

Pražská vysoká škola psychosociálních studií

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2015

Bc. Hana Horáková

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



**Vliv komunitně-skupinové práce v denním stacionáři pro
kvalitu života adolescentů**

Bc. Hana Horáková

Vedoucí práce: Mgr. Eva Petráková

Praha 2015

Prague college of psychosocial studies



**The effect of communal-group work on the quality of life of
adolescents in the daily centre**

Bc. Hana Horáková

The Diploma Thesis Work Supervisor:
Mgr. Eva Petráková

Praha 2015

Anotace:

Diplomová práce se zaměřuje na vliv komunitně-skupinové práce v denním stacionáři pro kvalitu života adolescentů, představuje teoretická východiska řešené problematiky. Podstatou práce je výzkumná část včetně kvantitativního výzkumu, který byl proveden ve skupině adolescentů v denním stacionáři psychiatrické kliniky VFN Praha.

Klíčová slova:

Kvalita života, adolescence, komunita, skupina, rodina, vrstevnická skupina, prožívání, sociální vztahy, zdraví, prostředí, komunitně-skupinová práce, skupinová psychoterapie.

Abstract:

The diploma work mainly focuses on the effect of communal-group work on the quality of life of adolescents in the daily centre and it introduces theoretical foundation to presented issues. The main emphasis of the work is placed on the research part which includes a quantitative research. The quantitative research was conducted using a group of adolescents in the daily centre of the psychiatric clinic VFN Prague.

Keywords:

Quality of life, adolescence, community, group, family, group of peers, experiencing, social relationships, health, environment, communal-group work, group psychotherapy.

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou řádně uvedeny v seznamu použité literatury.

V Praze dne 20.7.2015

Bc. Hana Horáková

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí své diplomové práce Mgr. Evě Petrákové za odborné vedení, rady a trpělivost při vedení této diplomové práce. Dále bych velmi ráda poděkovala Doc.PhDr. Karlu Hnilicovi, Csc. za přínosné konzultace týkající se výzkumné části diplomové práce.

Obsah:

ÚVOD.....	9
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA ZKOUMANÉ PROBLEMATIKY.....	10
1.1 Kvalita života.....	10
1.2 Adolescence.....	13
1.2.1 Ranná a pozdní adolescence.....	14
1.2.2 Emoční vývoj v adolescenci.....	15
1.3 Komunita.....	16
1.3.1 Terapeutická komunita.....	18
1.4 Skupina.....	20
1.4.1 Terapeutická skupina.....	22
1.5 Problematika dospívání v terapii.....	27
1.5.1 Posuzovací hlediska pro diagnostiku a indikaci léčby.....	27
1.5.2 Ohrožení vývoje dítěte.....	28
1.5.3 Dysfunkční rodina.....	28
1.5.4 Nepříznivá sociální situace.....	29
1.5.5 Psychická deprivace.....	30
1.5.6 Poruchové chování v adolescenci.....	31
2 KOMUNITNĚ-SKUPINOVÁ PRÁCE S ADOLESCENTY V DENNÍM STACIONÁŘI VFN.....	35
2.1 Denní stacionář pro adolescenty ve VFN.....	35
2.1.1 Pacienti denního stacionáře.....	36
2.2 Terapeutické přístupy léčby a jejich vliv na kvalitu života.....	36
2.2.1 Komunitně-skupinová terapie v denním stacionáři.....	38
3 METODOLOGIE.....	41
3.1 Kvantitativní výzkum.....	41
3.1.1 Fáze výzkumu.....	42
3.2 Výběr souboru.....	44
3.3 Výzkumný problém.....	45
3.4 Stanovení hypotéz.....	45
3.4.1 Jaký je vliv léčby na celkovou kvalitu života?.....	46
3.4.2 Jaký je vliv léčby na spokojenost se zdravím u pacientů?.....	46
3.4.3 Jaký je vliv léčby na fyzické zdraví?.....	47
3.4.4 Jaký je vliv léčby na prožívání pacientů?.....	47
3.4.5 Jaký je vliv léčby na sociální vztahy pacientů?.....	47
3.4.6 Jaký je vliv léčby na prostředí pacientů?.....	48
3.5 Dotazník WHOQOL-Bref.....	48
3.5.1 Domény.....	49
3.5.2 Škály.....	51
3.5.3 Administrace dotazníku.....	52
3.5.4 Výpočet skór.....	53
3.6 Měření.....	54
3.6.1 Charakteristiky polohy.....	55
3.7 Korelační výzkum.....	56
4 VYHODNOCENÍ VÝZKUMU.....	59
4.1 Zpracování získaných dat z dotazníku WHOQOL-BREF.....	59
4.1.1 Vyhodnocení kvality života adolescentů z Dotazníku č.1, při přijetí do léčby.....	61
4.1.2 Vyhodnocení kvality života adolescentů z Dotazníku č.2, při ukončení léčby.....	62
4.1.3 Vyhodnocení srovnání kvality života při zahájení a ukončení léčby.....	63

4.1.4	Vyhodnocení výsledků měření charakteristik poloh.....	64
4.1.5	Rozdíly výsledků mezi muži a ženami.....	65
4.2	Korelace.....	67
4.2.1	Pearsonův korelační koeficient u Q1 a Q2.....	67
4.2.2	Pearsonův korelační koeficient mezi Q1 a Q2 vůči doménám DOM1-DOM4....	70
4.3	Testování hypotéz.....	72
	ZÁVĚR.....	73
	Seznam literatury.....	76
	Použité elektronické zdroje.....	78
	Přílohy.....	79
	Seznam příloh.....	80

ÚVOD

Pro svoji diplomovou práci jsem zvolila téma Vliv komunitně-skupinové práce v denním stacionáři pro kvalitu života adolescentů. Ve výběru tématu jsem se inspirovala dlouhodobou praxí ve VFN Praha, Psychiatrické kliniky, v zařízení Denního stacionáře pro adolescenty, kde jsem působila 1x týdně jako terapeut v rámci komunitně-skupinové práce s adolescenty po dobu minulých 2 let. Současně pracuji ve své práci s dysfunkčními rodinami v rámci programu sociálně aktivizační služby v Komunitním centru v Říčanech, kde se často setkávám s patologickým vlivem rodiny, kde psychologické potíže dětí z velké části vznikají.

Cílem práce bylo zjistit jak adolescenti s psychickými potížemi vnímají kvalitu svého života. Jak jsou spokojeni po fyzické, psychické, emocionální a sociální stránce, jak vnímají pomoc od svých nejbližších a jak se jim žije v jejich prostředí. Stěžejním cílem diplomové práce je srovnání vnímání kvality života adolescentů v denním stacionáři před zahájením a po ukončení léčby. Dalším cílem práce bylo určení, který z výše uvedených faktorů byl léčbou nejvíce ovlivněn.

Diplomová práce je složena, mimo úvodu a závěru, ze čtyř částí. První část obsahuje teoretická východiska, kde se zabývám jednotlivými nejdůležitějšími pojmy, které vztahují zároveň k cílům práce a propojují do teoretických východisek, část je věnována problematice dospívání v terapii, kde se zabývám posuzovacími hledisky, vlivy rozvoje poruch i typy poruchového chování v adolescenci. Následující kapitola práce se zabývá komunitně-skupinovou prací s adolescenty v denním stacionáři VFN, kde představuji zařízení, cílovou skupinu a terapeutické přístupy zde užívané, samostatně se věnuji popisu formy komunitně-skupinové práce. Třetí část diplomové práce je věnována metodologii, kde uvádím zvolený typ výzkumu, fáze výzkumu, výběr souboru, stanovení hypotéz, dále jakými nástroji byl výzkum prováděn a jaké hodnoty a jakou formou byly zjišťovány a jakým způsobem s nimi bylo dále operováno. Poslední kapitola je věnována vyhodnocení výzkumu. V této kapitole porovnávám výsledky zjištěné kvality života adolescentů v denním stacionáři před zahájením a po ukončení léčby a dále vyhodnocuji, jak se změnil jednotlivé faktory kvality života a jak úzce s kvalitou života souvisí. Body 1.5.2.-1.5.5, týkající se vlivu dysfunkční rodiny, nepříznivé sociální situace a psychické deprivace a jejich dopadu v adolescenci, byly převzaty z mé bakalářské práce na téma *Sociální práce s dysfunkční rodinou*, celkem v rozsahu cca 4 stránek.

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA ZKOUMANÉ PROBLEMATIKY

Teoretická hlediska zkoumané problematiky zpracovávám v této práci vzájemným propojením základních pojmů, týkajících se kvality života, adolescence, způsobu práce s adolescenty a jejich základních charakteristik a dále se zabývám vlivy na zdravý, nebo patologický vývoj jedince. Teoretická část obsahuje u nejdůležitějších pojmů základní definice, zároveň je vždy vztažena k dané zkoumané problematice.

1.1 Kvalita života

Kvalitu života je vhodné vnímat v širším pojetí. Kvalita života je pojem, který svojí šíří zasahuje do mnoha oborů. Tento pojem se snaží definovat medicína, ekonomie, sociologie a další, každý ze svého přístupu. Kvalita života musí tedy nutně přesahovat všechny tyto obory a zároveň se stává jedním z důležitých elementů vědního zájmu. Ekonomie spojuje kvalitu života s materiálním blahobytem, sociologie vnímá kvalitu života přes optiku účinné sociální politiky. Kvalita života je dle Jandourka: „...*málo propracovaný pojem sociologické, futurologické a sociálněreformátorské provenience. Označuje kvalitativní parametry lidského života, způsobu života, životního stylu a životních podmínek společnosti.*“¹ Sociologie vztahuje kvalitu života k materiální stránce života, respektive k jejímu vztahu jak je uspokojována, či nikoliv a jejímu vlivu na potřeby nemateriálního, duchovního charakteru. Futurologický obsah definice se vztahuje k dosažení její žádoucí podoby a orientuje se do budoucnosti.

Poprvé zmínil pojem kvality života ve své práci Pigou, který se zabýval ekonomikou a sociálním zabezpečením. Zájmem jeho výzkumu byl význam poskytování státní podpory sociálně slabým vrstvám obyvatel a to jak z hlediska dopadů na kvalitu života těchto vrstev, tak dopadů na státní rozpočet. Význam pojmu kvality života ještě nebyl ve dvacátých letech minulého století oceněn, do popředí zájmu se dostává v šedesátých letech 20. století.² V tomto období se dostává pojem kvality života do popředí vzhledem k rostoucím problémům v oblasti nerovnosti ve společnosti a pohledu na menšiny. Kvalita

¹ JANDOUREK, 2001, s.557

² VADUROVA, MUHLPACHR, 2005, s.7

života se začíná objevovat v hledáčku zájmu z důvodu rostoucího ekonomického vlivu na život jedince, a také vědy, které současně umožňují vyšší uspokojování potřeb jedince, ale zároveň ovlivňují jeho zdraví a existenci.

Kvalita života se netýká jen jednotlivce, autoři Engel a Bergsma uvádí celkem tři roviny³. Makro úroveň se týká kvality života na území celých kontinentů a velkých společenských celků, které jsou určeny demograficky. V této souvislosti se jedná o celkové problémy společností jako jsou úroveň vzdělanosti, bezpečnost, chudoba, epidemie atd. Kvalita života se v této rovině odráží zejména do politických rozhodnutí konkrétních zemí. Přeneseme-li je do obtíží dneška, můžeme sem zařadit také stránku globalizace, nebo ekologie.

V mezo rovině se zabývá kvalitou života v menších skupinách, kdy se jedná o určitou komunitu, například podnik, nebo škola, která je již definována vzájemnými vztahy mezi jedinci a morálními i jinými hodnotami, které sdílejí a uspokojováním jejich potřeb.

Personální rovina se obrací k subjektivnímu vnímání kvality života jedincem, zejména jeho zdraví. Kvalita života je zde ovlivněna osobními hodnotami, očekáváními i představami daného jedince.

Poslední rovinou je rovina fyzické existence, která obsahuje pozorovatelné chování jednotlivce, například fyzické zlepšení funkce orgánu po léčbě. Tato dimenze se zdá být v měření nejobektivnější, vzhledem k její výrazně dobré měřitelnosti, nemusí však odpovídat pocitu vnímání daného jedince. Do ohniska léčby současné medicíny se dostávají dlouhotrvající a chronická onemocnění. Důvodem je prodlužující se délka lidského života, cílem medicíny tedy není již jen zdraví, ale zejména zlepšení, nebo udržení kvality života. Medicína vyhodnocuje, jak kvalitu života ovlivňuje léčba. „ *Termín „kvalita života“ vyjadřoval, že je pro rozhodování v medicíně třeba brát ohled také na to, jaké strádání léčba pacientovi způsobí a nakolik mu pomůže si zachovat nezávislost a vykonávat běžné životní role.*“⁴ Medicína může vnímat kvalitu života zejména z pohledu bolesti, kterou pacient zažívá. Mareš vzhledem ke kvalitě života a vnímání bolesti uvádí: „*V těchto případech se pacient snaží zůstat v klidu, vyhýbá se aktivitám, které bolest vyvolávají, bere léky, navštěvuje opakovaně specialisty, podrobuje se dalším a dalším vyšetřením i zákrokům; ve vážných případech může být zařazen do kategorie zdravotně postižených. Za této situace bývá pro pacienta obtížné věnovat stejné úsilí zvládnutí bolesti*

³ In KŘIVOHLAVÝ, 2002, s.163

⁴ DRAGOMIRECKÁ, BARTOŇOVÁ, 2006, s.9

a cenění si dalších aspektů svého života, které nejsou bolestí tak zasaženy. Pacient se primárně soustřeďuje na vyrovnávání se s bolestí, upíná se na další pokusy o její léčbu a odsouvá do pozadí úvahy o kvalitě svého života. Tím, že se stále zabývá svou bolestí, sleduje její spouštění, průběh, zabývá se svými prožitky, přemýšlí o ní, připravuje se na ni, dochází pak ke zvyšování citlivosti na bolest, ke zhoršování dosavadního stavu.“⁵

Jiný, psychosociální pohled nabízí Rapley ve své definici kvality života, kde navazuje na tři oblasti, které kvalita života obsahuje a které byly definovány britskými profesory Felcem a Perrym. Kvalita života dle nich zahrnuje objektivní životní podmínky, subjektivní pocit pohody a osobní hodnoty a cíle, které dohromady zahrnují *overall assessment of well-being*⁶, tedy celkové hodnocení kvality života. Objektivní životní podmínky zahrnují psychickou, materiální, sociální a citovou pohodu a osobní rozvoj a aktivitu. Na objektivní životní podmínky působí osobní hodnoty a cíle a opačně. Subjektivní pohoda pak vyjadřuje spokojenost s výše uvedenými faktory. Na všechny tři oblasti samozřejmě působí vnější vlivy.

Kvalita života v souvislosti s definicí zdraví, dle World Health Organization vychází z Nagpalovy definice⁷, který ji určuje jako komplexní měření fyzické, psychické a sociální pohody, štěstí, spokojenosti a naplnění subjektivním vnímáním jedince a je definována tak, jak ji přijímám ve své práci i já.

Zkoumání kvality života u adolescentů má mnoho různých cílů, které přesahují možnosti jednotlivých přístupů. Vaďurová s Muhlpachrem navazují ve svém pojetí na profil kvality života adolescentů⁸, který byl v roce 1995 vytvořen v americkém The Centre for Health Promotion (Centrum pro podporu zdraví), které tvoří pojmy: existence, sounáležitost a adaptabilita. Vaďurová uvádí: „ *Měření kvality života zahrnuje zvážení širokého spektra determinant, zahrnující jak psychologické, tak společenské aspekty... na mnoha úrovních: specifické osobní vlivy (postoje, vyznání), společenské faktory (rodina, kohorta, zaměstnání a škola) a strukturální faktory (výška příjmu, vzdělávací a pracovní možnosti).*“⁹ Existence zahrnuje fyzickou stránku, tedy vnímání svého vzhledu a způsobu života jedince. Dále zahrnuje psychickou stránku, která říká, jak je jedinec nezávislý a jaké má představy o budoucnosti a dále duchovní stránku, která je určena vírou v otevřenou budoucnost a smysl života. Sounáležitost mapuje místo jedince na světě, zda se cítí být jeho součástí a do jaké míry, jak bezpečné je jeho místo ve světě. Dimenze sounáležitosti

⁵ MAREŠ, MAREŠOVÁ, 1993, s. 6

⁶ RAPLEY, 2003, s.286

⁷ In DRAGOMIRECKÁ,ŠKODA, 1997, s.104

⁸ VAĐUROVÁ, MUHLPACHR, 2005, s.90

⁹ tamtéž

v oblasti mezi lidmi je určena faktory jako je přátelství a jak je jedinec vnímán okolím. Sounáležitost ve společnosti se zaměřuje na volný čas a dostupnost zdravotní péče. Adaptabilita je určena přístupem ke každodennímu životu, k volnému času a plánům do budoucna.

1.2 Adolescence

Období adolescence, respektive mládí, jak ho ekvivalentem pojímá sociologický slovník je chápáno jako období, které je přechodovou fází mezi závislostí a relativní nezávislostí a svébytností jedince¹⁰. Na adolescenci můžeme pohlížet z několika hledisek. Z ontologického hlediska, hlediska vývoje jedince, se jedná o dozrávání předpokladů pro reprodukci. Sociogenetické hledisko se zaměřuje na soubor subkulturních znaků, které je charakteristické pro toto období, jeho podobu a proměny. Nejčastěji je definována adolescence jako životní etapa nebo fáze životního cyklu, mezi dětstvím a dospělostí.

Hartl v psychologickém slovníku vymezuje pojem adolescence jako: „*dospívání...dosažení pohlavní zralosti, dozrávání rozumových schopností a dotváření integrity osobnosti, u dívek mezi 12. a 18.rokem, u chlapců mezi 14. a 20. rokem.*“¹¹, přičemž vyděluje období pubescence jako samostatné období.

Vágnerová vymezuje období dospívání, adolescenci, jako období od 10 do 20 let, které je charakteristické komplexní proměnou osobnosti v oblasti tělesné, psychické i sociální.¹² V současné době se období adolescence stále rozšiřuje oběma směry, dříve začíná a později končí. Proměna týkající se těla je prvním a velmi významným znakem tohoto období. Je signálem pro okolí, a zároveň se vlastní sebeobraz utváří velkou měrou z reakcí okolí jedince. Je intenzivně prožívána jedincem, reakce okolí má tedy i velký význam pro subjektivní vnímání sebe sama. Vágnerová uvádí: „*Zevnějšek je sociálním reprezentantem vlastní osobnosti. Je první informací, kterou o jedinci kterýkoliv jiný člověk získává. Změna dětského těla je tudíž doprovázena i změnou chování, s nimiž je pubescent v kontaktu. Reakce dospělých i vrstevníků mohou být velmi rozmanité podle toho, jaký subjektivní význam pro ně jeho proměna má a jaké asociace navozuje.*“¹³ Není-li tělesný

¹⁰ MAŘÍKOVÁ, PETRUSEK, VODÁKOVÁ, 1996, s.636

¹¹ HARTL, HARTLOVÁ, 2005, s.18

¹² VÁGNEROVÁ, 2005, s.321

¹³ VÁGNEROVÁ, 2005, s.326

vývoj dostatečný, větším problémem se stává pro chlapce. Větší tělesná vyspělost, výška, svalová hmota a fyzická síla vytváří pocit jistoty a umožňuje zaujímat vedoucí roli, opak snižuje společenskou prestiž a atraktivitu. Pochybnosti se však nevyhýbají ani těm nejatraktivnějším, což souvisí s celkovým pocitem nejistoty a pochybnostmi o sobě samém, tak typickými pro toto období.

Postoj jedince v tomto období bývá většinou spojen s tendencí co nejdříve získat nezávislé sociální postavení, svobodu, odhodit všechny atributy spojené s dětstvím, jako je podřízenost, bourání dosud akceptovaných hranic a limitů, které jsou dány převážně sociálně. Naopak atributy dospělosti spojené s odpovědností a povinnostmi přijímají jen velmi neochotně.

Jakým způsobem toto období proběhne, závisí vždy na konkrétní situaci jedince, na které se podílí mnoho vnějších vlivů: rodina, kultura, hodnoty, podmínky a očekávání společnosti ve které jedinec žije. Adolescence je významná pro jedince zejména z důvodu nalezení a utvoření vlastní identity. U přírodních národů bývá toto období ritualizováno, doba rituálu přesně vymezovala počínající dospělosti a jedinec ji musel přijmout včetně své role, rituál i období definovala tradice.

1.2.1 Raná a pozdní adolescence

Raná adolescence, také označována jako pubescence, je časována od 11. do 15. roku života jedince. Tělesné dospívání je jednoznačně nejvýraznějším znakem tohoto období, pro jedince je také základním faktorem podílejícím se na jeho sebepojetí i vnímání jedince okolím. Další změny, které mohou z fyzického dozrávání plynout se týkají změn myšlení a emočního prožívání. Pro jedince v tomto období se stává nosnou vrstevnická skupina, s níž sdílí totožné hodnoty, postoje a specifický životní styl. Vliv rodiny se snaží omezit, tím však zároveň opouští bezpečné jistoty, nastává tedy nová potřeba dobře se orientovat v nové situaci a získat novou stabilitu. Také potřeba citového přijetí mění směr z rodiny na okolí, proměňuje se také její charakter a to do podoby akceptace ve skupině, společnosti, světě. V prožívání jedince, ve spojitosti se změnami, se objevují pocity nejistoty a pochyb o sobě i světě. Konec rané adolescence se vztahuje k ukončení povinné školní docházky a stává se počátkem druhé fáze, fáze pozdní adolescence.

Od 15 do 20 let života jedince je toto období označováno jako pozdní adolescence. Toto období je charakteristické počátkem pohlavní zralosti. Psychosociální změna jedince,

kteřá probíhá v tomto období, se týká jak změny osobnosti jedince, tak výrazné změny v sociálním prostoru. V této době dochází k dokončení profesní přípravy, tedy k ukončení středoškolského vzdělání a nástupu do zaměstnání, nebo na vysokou školu a s tím spojená ekonomická nezávislost.

Počátek tohoto období je charakteristický přijetím hodnot příslušné vrstevnické skupiny, která slouží k potvrzení sociální identity.¹⁴ V rámci vývoje vlastního sebepojetí, vlastní identity jde o sebepoznávání, sebevymezení, aktivizuje se seberealizace, snaha o prosazování změn, které také souvisí s testováním hranic, někdy až extrémním způsobem. Může se jednat například o experimenty ve vztazích, s návykovými látkami, extrémním způsobem života a může přinášet značná rizika. Pozdní adolescence je pro jedince výhodným obdobím s dostatkem svobody, ale zatím malou mírou zodpovědnosti, dospělost se všemi nároky a povinnostmi nemusí být dostatečně lákavou. Vztahy již zahrnují i první partnerské zkušenosti, ke konci období se konflikty s rodiči zmírňují. V osmnáctém roce života jedinec dosahuje plnoletosti a získává práva, svobodu i plnou zodpovědnost za své činy. Úkolem správně zvládnuté pozdní adolescence je úspěšná volba vlastních cest a cílů v budoucnosti a také osamostatnění v oblastech, v nichž to společnost, ve které žije, očekává.

1.2.2 Emoční vývoj v adolescenci

Citové prožívání prochází v adolescenci velkou proměnou. Důvodem je hormonální změna, kterou jedinec v tomto období prochází. Emoce jsou nestabilní, zejména u dívek se často objevuje pláč, reakce na běžné podněty, které až dosud prožívání jedince nijak neatakovaly, má mnohem vyšší emotivní náboj. „ *Emoční reakce pubescentů jsou ve srovnání s jejich dřívějšími projevy nápadnější a zdají se být ve vztahu k vyvolávajícím podnětům méně přiměřené...I když mohou být jejich citové prožitky dost intenzivní, bývají spíše krátkodobé a navíc proměnlivé. Vzhledem k tomu lze jen těžko předvídat, jak zareagují příště.* “¹⁵ uvádí Vágnerová. Adolescenti také svému prožívání přikládají větší význam, věnují mu více pozornosti a více své pocity analyzují. Emoční egocentrismus¹⁶ představuje vztahování se k vlastním myšlenkám, k jejich výjimečnosti. Další stránkou emoční změny je větší introverze, typická je nechuť projevovat svoje city navenek.

¹⁴ VÁGNEROVÁ, 2005, s.325

¹⁵ VÁGNEROVÁ, 2005, s.340

¹⁶ VÁGNEROVÁ, 2005, s.341

Je-li vývoj jedince nesprávný, například rozvine-li se psychická porucha, odrazí se tento vliv také v prožívání adolescenta. V diplomové práci I. Košíčkové, zkoumající emocionalitu a její vliv na kvalitu života u dětí s poruchami chování se zaměřením na jejich osobnost, obsahující také srovnání se zdravými dětmi pomocí testu TCI-A, došla diplomantka k níže uvedeným závěrům: U dětí s poruchami chování vyšly vyšší skóre v dimenzi vyhledávání nového, odolnosti a sebepřesahu, níže skórovaly dimenzi vyhýbání se poškození a spolupráce. V dimenzích závislost na odměně a sebeřízení byly hodnoty skóre pro obě skupiny podobné. Děti bez poruchy chování jsou častěji veselé a radostné, děti s poruchami chování jsou častěji vzteklé. Největší problémy mají děti s poruchami chování v oblasti pocitů jako jsou obavy, smutek, hněv. Další potíže se týkají spánku, bezpečí, obav z budoucnosti a problémů ve škole. Děti bez poruch chování prožívají problémy ve všech zkoumaných oblastech jen v hladině „někdy“, tedy tento typ problémů nezažívají často.¹⁷

Prožívání tedy vzhledem k tomu, jaký má pro adolescenty význam, i to jak je ovlivněno odlišným, patologickým vývojem osobnosti, nebo situací jedince, má velký vliv na kvalitu života adolescenta.

1.3 Komunita

Pojem komunita charakterizuje velký sociologický slovník jako: „...*společenství, pospolitost...sociální útvar, charakterizovaný jednak zvláštním typem sociálních vazeb uvnitř, mezi členy, jednak specifickým postavením navenek, v rámci širšího sociálního prostředí...*“¹⁸ Pojem komunita je zde chápán i v mnoha dalších významech.

Tradičním významem komunity je chápána komunita, která se prostorově vymezovala takovým způsobem, že byla jednoznačně odlišitelná od ostatních komunit. Členové této komunity byli navzájem provázáni příbuzenskými vztahy, komunita také měla vlastní vnitřní hierarchii. Komunita byla schopna vlastními zdroji zabezpečit potřeby svých členů, ve vztahu k okolí často tato komunita vystupovala jako mocenský celek. Tento typ komunity byl postupně opouštěn, dnes tímto komunitním způsobem života žijí především přírodní národy.

¹⁷ KOŠÍČKOVÁ, 2015, s.69-76

¹⁸ MAŘÍKOVÁ, PETRUSEK, VODÁKOVÁ, 1996, s.512

Druhým významem je komunita ve smyslu komunitních hnutí. V tomto významu komunita provázela lidstvo již v dávné minulosti v různých obdobích i v různých kulturách. Jednalo se o ašrámy, kláštery, hippies komunity, sekty a další. Tento typ komunity je charakteristický svým postojem, který protestuje vůči platným mechanismům moderní doby. Hodnota komunity je zde kladena do protikladu obecným hodnotám většinové společnosti.

Dalším významem, který je v popředí zájmu dnešních sociologů, je komunita, která je představována geografickou oblastí, kde lidé žijí, například komunita sídliště, komunita čtvrti města, v menším rozsahu komunita ulice. Zájem sociologů o tento typ komunity vychází z hledání nových způsobů jak řešit dlouhodobé i nově vznikající sociální problémy, například okrajových ghet velkých měst atd. Myšlenka komunitní práce je postavena na předpokladu, že pokud si jedinec uvědomí svůj problém, rozpozná svoji situaci i svůj zájem, bude se aktivněji podílet na dosažení cílů, praxe však zároveň ukazuje, že komunitní práce může být funkční jen pokud očekávaný prospěch převáží investici jednotlivce.

Dalšími typy komunit jsou komunity morální, výcvikové, terapeutické. Terapeutická komunita je pro význam v této práci stěžejní, proto se jí budu věnovat v samostatném bodě. Morální komunity, které jsou založeny na duchovních vazbách, které představují stejné hodnoty, víry, postoje. Členové těchto komunit mohou svoje členství projevovat latentní, skrytou formou, společná činnost zpravidla neexistuje, nebo se mohou v rámci komunity stýkat. Výcviková komunita je specifický druh komunity, která je určena především profesionálům, kteří pracují v oblasti terapie, léčby a sociální práce. Cílem tohoto typu komunity je sebezkušenost, zaměřená na sebepoznání a získání nových dovedností, které jsou důležitým nástrojem pro tento typ práce s jednotlivcem.

Vrátím-li se ke všem výše uvedeným významům slova komunita a pominu-li jejich odlišnosti, je patrný jeden společný základ. Komunita je vždy charakterizována vztahy a je místem, kde jedinec může dávat i získat podporu, ocenění i praktickou pomoc. Být součástí vlastní komunity je důležitou potřebou jedince. Z tohoto pohledu vychází komunitní psychiatrie, která se začala rozvíjet od šedesátých let minulého století. Úkolem komunitní psychiatrie byla léčba pacientů při co největším zachování jejich vlastního prostředí, cílem bylo snížit počet hospitalizací a léčbu provádět ambulantním prostředím. Zároveň do léčby zapojit vlastní přirozené okolí pacienta, rodinu, komunitu a využít tak jejich vlastních zdrojů. V tomto období nastává rozvoj a vzrůstá význam terapeutických komunit.¹⁹

¹⁹ HARTL, 1997, s.154

1.3.1 Terapeutická komunita

Vliv dobře uspořádaného prostředí se uplatňuje nejsilněji právě v terapeutické práci. V průběhu druhé světové války přivedly ve Velké Británii následky válečných zážitků a traumat řadu vojáků do psychiatrických zařízení. Nárůst pacientů i potřeba rychle vojáky uzdravit, aby se opětovně mohli zúčastnit boje, vedla k intenzivnímu využívání skupinové psychoterapie. Systém terapeutické komunity vypracoval a jeho rozšíření do praxe zavedl Maxwell Jones, vedoucí sociologického rehabilitačního oddělení nemocnice Belmont Hospital, později tento způsob práce zavedl i v léčebných zařízeních ve Skotsku a USA. Postupně formuloval tři teze struktury, které mohou zlepšit léčbu pacientů. První faktor se týkal komunikace mezi pacienty, personálem zařízení i ostatními spolupracovníky. Jako druhý faktor určil možnost participace pacientů na rozhodování, které mělo podpořit identifikaci pacientů s cíli oddělení a současně změnu jednání s pacienty ze strany personálu. Třetím faktorem Jones určil vytvoření terapeutické kultury, složené z vstřícných postojů a rolí mezi pacienty a personálem.²⁰ Terapeutická komunita je tedy určena jako koncepce teorie, nebo jako léčebná metoda.

V tradičním léčebném nemocničním prostředí je hierarchie postavená shora dolů od personálu k pacientům. Toto uspořádání je autoritativní, práce s pacienty probíhá tradičním uspořádáním, kde pacient leží na lůžku a zdravotnický personál vykonává činnosti jako diagnostika, kontrola atd. V této roli pacienti přijímají většinou pasivní úlohu, která se charakterem léčby přímo nabízí. Vnímáme-li terapeutickou komunitu jako léčebnou metodu, jedná se o propojení účinných faktorů většího společenství i malé terapeutické skupiny. Komunita v léčbě představuje prostředí, které je blízké skutečnému prostředí života i se všemi odehrávajícími se konflikty a potížemi, se kterými se pacient běžně setkává. Komunitní struktura společenství přináší do léčby aktivní zapojení pacienta do systému i procesu vlastní údravy, odlišnosti jedince nejsou patologizovány, principem je jejich přijetí. Motivace jedince být součástí komunity je velmi významná pro vytváření vzájemných vztahů. Komunikace v terapeutické komunitě mezi představiteli různých úrovní probíhá vertikálně i horizontálně v obou směrech, cílem je otevřené vyjádření názorů, postojů a pocitů. Rozhodování v terapeutické komunitě je charakterizováno rovnoprávností členů na tomto procesu. Druhou stranou rozhodovacího procesu je zvýšená vlastní odpovědnost pacienta. Terapeutická komunita má svá pravidla, jejich porušení může vést až k vyloučení pacienta z komunity. Sankce jsou běžnou součástí komunitních

²⁰ HARTL, 1997, s.180

pravidel.²¹ Hartl uvádí: „ *Společná účast na činnostech komunity, vzájemné porozumění a pomoc, ovšem i kritika, jsou samozřejmostí a poskytují účinnou zpětnou vazbu jednotlivcům i komunitě...Zájmy komunity zde stojí nad zájmy jednotlivce a přizpůsobení se vede k individuální spokojenosti všech členů a ke společnému cíli.* “²²

Významným faktorem léčby, který je v komunitně-terapeutické práci přítomen, je faktor sociálního učení. Sociální učení je forma učení, která probíhá vlastní zkušeností jedince v interakcích s ostatními. Tak může dojít k uvědomění, porozumění, náhledu, pochopení i změně vlastního chování, postoje, nebo situace ve které se jedinec nachází. Bezpečný svět terapeutické komunity dává pacientovi možnost přicházet se svými problémy, kde může získat vhled do svého problému, vyrovnat se s obtížnými minulými zkušenostmi a v bezpečném prostředí natrénovat nové postoje, chování i zažití nových vztahů a tyto principy později přenést do vlastního života, do skutečného prostředí. Jde tedy o emocionálně korektivní zkušenost, která je založena na odlišné reakci prostředí, než na jakou byl pacient zvyklý. Hartl uvádí například reakci okolí na afektivní projev, kdy pacient očekává odmítnutí, nebo sankci, v terapeutické komunitě se setká s empatií, nebo případně nulovou reakcí, kterou umožňuje emočně uvolněná atmosféra.²³ V případě učení prostřednictvím zkušenosti jde o zamyšlení se nad dosavadními zkušenostmi, které může pacient nyní správně interpretovat, pochopit i prožít a následně se stává možnými nástroji v řešení problémů. Terapeut je v procesu v nedirektivní roli. Za důležité a nosné je považováno subjektivní vnímání pacientem, práce terapeuta spočívá v usnadňování procesu.

Růžička přirovnává rozdíl mezi terapeutickou skupinou a terapeutickou komunitou k rozdílu mezi kmenem a rodem: „...*Komunita vykazuje rysy uspořádání i hodnot, vztahových forem i chování, které jsou typické pro společenství kmenová...skupina má základní vlastnosti rodové pospolitosti.*“²⁴ Léčba využívající komunitně-skupinových procesů je tedy zjednodušením způsobu a hledisek podoby soužití dvou běžných společenských uspořádání.

²¹ HARTL, 1997, s.183

²² HARTL, 1997, s.184

²³ HARTL, 1997, s.186

²⁴ RŮŽIČKA, 2011, s.96

1.4 Skupina

Skupina je důležitou součástí života i léčby adolescentů. V životě zejména ve smyslu rodiny a jejího vlivu a vrstevnické skupiny a jejího vlivu významného v tomto období. V léčbě ve smyslu skupinové psychoterapie jako nástroje léčby.

Skupinu definuje Velký sociologický slovník v nejširším slova smyslu jako: „*jakékoliv lidské seskupení, ať v reálném prostoru a na základě reálných interakcí, nebo na základě určitých kritérií, společných znaků...*“²⁵. Tato definice je příliš široká, slovník uvádí ještě další typy skupin, skupina členská, skupina malá, velká, skupina primární, sekundární, skupina zájmová, referenční, skupina vrstevnická, skupina svépomocná a další. Pro účely této práce jsem vybrala tři pojmy týkající se skupiny: primární skupina, vrstevnická skupina a terapeutická skupina, kterými se budu blíže zabývat.

Primární skupinou je nazývána rodina. Psychologickým pohledem Langmeiera, Balzara a Špitze je rodina malá primární skupina, skládající se z jednotlivců, vůči sobě v různém poměru a zároveň na sobě závislých. Jejich společná existence se týká mnohých oblastí jejich života: sexuálních vztahů, výchovy, zdraví, nemoci, smrti, ale také společného rozhodování například o rodinném hospodaření, nebo trávení volného času. Výjimečnost rodiny vnímají i v tom, jak dlouhé trvání tato skupina má²⁶. V této sociální skupině se dítě poprvé setkává se vztahy, respektive se sociálními rolemi, které z ní přebírá, dle rodiny si utváří vlastní hodnotový systém.

Rieger s Vyhnálkovou přirovnávají rodinu k ostrovu: „*Jeho zakladatelé jsou prvními obyvateli ostrova, zabydlují jej. Aby pobyt na něm získal svůj smysl, nacházejí jeho další významy. Často takové, které přesahují horizont minulosti a přítomnosti. A které vymezují, ohraničují Ostrov vůči okolnímu oceánu. Proto je důležitá hranice Ostrova, která určuje jeho smysl a tvar pevniny. Umožňuje jeho spojení s Oceánem. Teď již mají jeho obyvatelé proč svůj Ostrov kultivovat, opečovávat a mít k němu vztah. Cítit k němu určitou zodpovědnost. Zvykají si na možnosti, které jim Ostrov nabízí z toho, co do něj přinesli ze svých rodných Ostrovů.*“²⁷ Autoři ještě doplňují spojení rodiny a ostrova se slovem *plující*. Přirovnávají stabilitu rodiny ke způsobu zakotvení ostrova. Některé proplouvají oceánem lehce, jiné jsou pevně a neměně zakotveny a změna je pro ně ohrožující. Zdravá rodina je zde vnímána přeneseně jako pevná půda ostrova v moři oceánu, okolního světa, která se může pohybovat po hladině oceánu, může plout dopředu,

²⁵ MAŘÍKOVÁ, PETRUSEK, VODÁKOVÁ, 1996, s. 994

²⁶ LANGMEIER, BALCAR a ŠPITZ, 2000, s. 170

²⁷ RIEGER, VYHNÁLKOVÁ, 2001, s.14

vyvíjet se. Je tedy jakýmsi pevným bodem, v životě jedince, i ve vztahu ke světu. Rodina, která se postupně utváří, tvoří své vlastní hodnoty, postoje, vztahování se k jednotlivým členům i okolnímu světu a to na základě svých minulých zkušeností z vlastních primárních rodin i nově vznikajících interakcí mezi členy rodiny. Rodina, jako první skupina, kterou si jedinec nevybírá, má zásadní význam pro jeho individualitu a socializaci.

Dalším důležitým fenoménem v životě adolescenta je jeho vrstevnická skupina. V adolescenci vzrůstá význam vrstevnické skupiny a pro prožívání jedince má v tomto období větší význam než primární skupina. Potřeba kontaktu s vrstevnickou skupinou nabývá na intenzitě v období školního věku. Vrstevnická skupina se v tomto období stává významným socializačním činitelem²⁸. Její role je jiná než role primární skupiny. Vrstevnická skupina zakládá určitá pravidla, které její člen musí přijmout, chce-li být její součástí, zároveň zde jedinec prosazuje vlastní individualitu dle svých schopností a skupina se dle toho k němu také vztahuje. Jedinec zde přijímá skupinové normy, ideály, styl i hodnoty. Jedinec zde vstupuje do interakcí, učí se dovednostem v komunikaci, spolupráci, sebeovládání. Jedinec zde přijímá role, které jsou svým charakterem jiné než v primární rodině. Účast ve vrstevnické skupině není předem určena, jako v primární rodině, vzniká nejčastěji v rámci školní třídy, kterou jedinec navštěvuje, v rámci okolí jeho bydliště, nebo například sportovního oddílu. První zkušenost s rolí kamaráda v nižším školním věku formuje jedince pro budoucí navazování bližších, partnerských vztahů v adolescenci.²⁹ Vágnerová uvádí: „*Ve skupině kamarádů získává dítě jiné zkušenosti než v rámci soužití se sourozenci, kamarádi i sourozenci se určitým způsobem liší: Kamarádi jsou obvykle stejného věku a pohlaví. Sourozenci se liší z hlediska věku, mohou být i odlišného pohlaví. Kamarády si lze vybrat, i když například ve třídě mohou být také spolužáci, které dítě nemá rádo, ale nemůže se jim vyhnout. Sourozence si vybrat nemůže, musí se jim přizpůsobit a snažit se s nimi nějak vyjít. S kamarády lze sdílet jiné zážitky a zkušenosti. Se sourozenci dítě sdílí zkušenosti z rodinného života, které jsou ostatním nedostupné. Děti z jedné rodiny spolu žijí od ranného věku, vytvářejí se mezi nimi hlubší a často i komplikovanější vazby.*“³⁰

Vrstevnická skupina je důležitým faktorem v rámci správného vnímání sebe sama, sebehodnocení, které je důležité od správného odpoutávání od vlastní rodiny se v pozdějším období. Její role je významná pro zážitek sdílení, podpory, pomoci, porozumění, ale i vzhledem k učení se zvládat konflikty, přijímat odlišné názory, a další.

²⁸ VÁGNEROVÁ, 2005, s.292

²⁹ tamtéž

³⁰ tamtéž

Zážitek akceptace skupinou vytváří dobrý předpoklad pro zvládnutí samostatné role v dospělosti jedince.

V adolescenci má vrstevnická skupina pro adoelscenta ještě další význam. Stává se nositelem kultury, často zaměřené proti konvenčním normám, obvykle proti kultuře předchozí rodičovské generace. Většinou se projevuje v různé formě stylizace zevnějšku, který přímo vyjadřuje jejich náklonost k určité skupině, může však naopak také odrážet vlastní nejistotu v hledání sebe sama. Mnozí adolescenti se tedy přiklánějí k uniformitě³¹, většinou dle mediálních vzorů, které jsou všeobecně známy, uniformita tedy představuje zejména jistotu přijetí okolím. V každém případě však stylizace zevnějšku slouží adolescentům k vymezení se již proti dětské roli a zároveň proti roli dospělého.

1.4.1 Terapeutická skupina

Skupinu ve smyslu terapeutické léčebné skupiny definuje například Yalom: „*Terapeutická skupina připomíná v mnohém rodinu: jsou to autoritativní rodičovské postavy, vrstevníci/ sourozenci, hluboká lidská sdělení, silné emoce a hluboká lidská důvěrnost stejně jako nenávisť a rivalita...*“³² Typické je i vedení skupin dvěma terapeuty, mužem a ženou, kteří představují ve skupině úlohu rodičů. Členové skupiny se tedy začnou ve skupině chovat způsobem, který je podobný způsobu, jakým se chovají ve vlastní rodině, a to jak ve vztahu k terapeutům-rodičům, tak ve vztahu k ostatním členům, kteří představují sourozence, vrstevníky atd. Skupina umožňuje skutečné rodinné konflikty znovu prožít, ale zejména prožít je s korektivní emoční zkušeností takovým způsobem, aby rigidní systém rodiny nebránil správnému vývoji jedince.

Při sestavování skupiny je důležité věnovat pozornost výběru členů skupiny. Je-li skupina příliš homogenní, může poskytovat vysokou dávku bezpečí a podpory jejím členům, ale zřejmě nebude dobře reprezentovat skutečné prostředí pacienta. Například v případě adolescentů výše uvedeného stacionáře VFN by přílišná homogenita představovala situaci pokud by skupina byla složena pouze z dívek ve věku 14-16 let s histrionskou poruchou osobnosti. Vyvážená homogenita skupiny však vypadala ve skutečnosti takto: chlapci i dívky ve věku 14-23 let s psychickými a behaviorálními poruchami. Důležité je zajistit vyváženost, například dodržením principu párového výběru. Ve skupině by nikdo neměl být se svým problémem osamocen, párový výběr zajistí, aby ve skupině byl

³¹ VÁGNEROVÁ, 2005, s.329

³² YALOM, 2007, s.35

přítomen ještě nejméně jeden člen se stejným problémem. Minimalizovat by se při sestavování měly možné projevy, které jsou pro skupinu rizikové, například nemotivovaní jedinci, agresivní jedinci, jedinci se sociopatickými rysy osobnosti a dalšími závažnými poruchami chování. Aby mohla být skupina funkční, může pojmout maximálně jednoho nebo dva pacienty s tímto typem problémů.

Vrátím-li se k autorům Riegrovi a Vyhnálkové a jejich metafoře Ostrova rodiny v psychoterapeutickém přístupu, je možné jejich přístup využít a propojit s terapeutickou skupinou. Ve významu rodiny naplňuje terapeutická skupina stejné principy. Je zaměřena na dynamiku, tedy na vzájemné interakce, na to co se v rodině událo a jakým způsobem. Jedná se tedy o způsoby chování a prožívání. Struktura rodiny, stejně jako struktura skupiny je vnímána z hlediska rolí jejích členů, rozdělení moci, hranic mezi nimi i vůči okolí. Rodina má stejně jako skupina svůj vývoj i svůj vlastní jazyk, který je nástrojem k pojmenování reality. Skupina je stejně jako rodina živým organismem, který propojuje citlivá vlákna vytvářející vzájemné spojení a umožňující přenos vzruchů, respektive vztahů, napojení blízkosti a zase zpětné působení na jedince.³³

Yalom definuje celkem jedenáct faktorů, které ve skupinové terapii působí³⁴:

- Dodávání naděje
- Univerzalita
- Předání informací
- Atruismus
- Korektivní rekapitulace primární rodiny
- Rozvoj socializace (komunikace)
- Napodobující chování
- Interpersonální učení
- Skupinová soudržnost
- Katarze
- Existenciální faktory

Dodávání naděje je nezbytné v jakékoliv formě psychoterapie, tedy i ve skupinové psychoterapii, víra pacienta v možnost léčby je jedním ze základů úspěšnosti

³³ RIEGER, VYHNÁLKOVÁ, 2001, s.18

³⁴ YALOM, 2007, s.21

a v neposlední řadě pomáhá pacienta v léčbě udržet. Úkolem terapeuta je tento faktor u pacientů posilovat. Faktor je přítomen ve skupině i jakýmsi automatickým způsobem, přes zaznamenání zlepšení stavu jiného člena, který přišel do skupiny s podobným problémem.³⁵

Univerzalita umožňuje pacientovi pocítit úlevu, že není v problému osamocen, že se podobné potíže týkají i jiných lidí. Mnoho pacientů má při zahájení léčby pocit, že jediní, kdo mají problémy jsou oni sami, z čehož plyne pocit osamocení v reálném světě a tím i pocit nepřijetí okolím.³⁶

Předání informací nevnímá Yalom jako otevřené didaktické poskytování informací terapeutem, ale zejména jako vnitřní proces získávání informací o psychických poruchách, duševních nemocech, zdraví i psychodynamickém procesu z přímé zkušenosti. Některé skupiny, zaměřené kognitivně-behaviorálně, však pacientovy potíže nebo situaci přímo využívají k jednoznačným návodům, instrukcím a výkladům týkajících se pacientovy situace. Přímé rady členů skupiny se objevují zejména v rané fázi vývoje skupiny.³⁷

Altruismu obecně můžeme rozumět jako aktu dávání. Aktem dávání pacient také získává. Pacient přichází do terapie s pocitem, že on sám je pro skupinu zátěží, že nemá skupině co nabídnout. Altruismem může přispět nevědomě k získání vlastního smyslu života, přesahem sebe sama, svého problému a situace.³⁸

Korektivní rekapitulaci primární rodiny popisuje Yalom na případu pacientky Betty. Pacientka si stěžovala, že jí skupinová terapie nevyhovuje, definovala potíže mluvit před více lidmi, na druhou stranu byla rozhořčena z důvodu, že skupina z jejího pohledu dává přednost jiným členům před ní. Jak se ukázalo, příčina pocitů pacientky Betty pramenila ze zkušeností z primární rodiny, ze vztahu se sourozenci a nepředstavovala skutečný brzdící faktor, ale nosnou část pacientčina problému, vhodnou pro skupinovou psychoterapii.³⁹

Rozvoj socializace je významným faktorem, na který je kladen důraz zejména v adolescentních terapeutických skupinách, sociální učení je nezbytné pro rozvoj sociálních dovedností. Dynamicky orientovaná skupina poskytuje pacientovi důležitou zpětnou vazbu. Pacient se tak může dozvědět o způsobech chování a přístupu k ostatním, kterých si nemusí být ve skutečnosti vědom, skupina pacientovi také může přiblížit, jak

³⁵ YALOM, 2007, s.24

³⁶ YALOM, 2007, s.26

³⁷ YALOM, 2007, s.30

³⁸ YALOM, 2007, s.33

³⁹ YALOM, 2007, s. 35

jeho chování působí na ostatní, což může pacientovi pomoci nahlédnout na příčinu potíží v reálném světě a vztazích.⁴⁰

Napodobující chování pacienta v rámci terapeutické skupiny se týká vlivu terapeutů i ostatních účastníků skupiny. Terapeut je vzorem zejména v chování a komunikaci. Skupina, respektive ostatní pacienti, se stávají vzorem pro napodobování a to zejména přes přímé pozorování jednání pacientů se stejným problémem.⁴¹

Interpersonální učení chápe Yalom jako souhrn tří faktorů: mezilidských vztahů, korekce emočních zkušeností a zkušenostního mikrosvěta. Již primitivní kultury a primáti přežili jen ve skupinách, které byly charakteristické silnými vazbami. Také separační úzkost dítěte v raném věku poukazuje na důležitost pevného pouta jako základu pro zdravý vývoj jedince. Úkolem skupinové terapie je pomoci pacientovi vytvářet zdravé a uspokojivé interpersonální vztahy. Terapeutická skupina svým složením funguje jako zmenšený mikrosvět, na kterém mohou pacienti rozpoznat svoje obtíže i vyzkoušet si jak může fungovat na okolí změna jejich chování. Ve skupinové psychoterapii, stejně jako v jiných způsobech terapie, se objevuje zkreslené vnímání vztahu k terapeutovi, tedy přenos.⁴²

Skupinovou soudržnost můžeme vnímat jako přijetí do skupiny, respektive členství ve skupině, souhlas a podporu. Vřelý a soudržný vztah je léčebným faktorem ve většině terapeutických přístupů, i těch zdánlivě orientovaných méně osobně, jako například kognitivně-behaviorální terapie. Solidarita a soudržnost je ve skupině ceněna, ovlivňuje nejen podporu a obranu skupinových norem, ale například i docházku pacientů. Je tedy také známkou přitažlivosti skupiny pro pacienty.⁴³

Katarze, jako podpůrný faktor skupiny v oblasti emoční, je definována jako možnost sebevyjádření svých pocitů, i těch negativních. Pacient tedy může ventilovat silné emoce ohledně minulých zkušeností, nebo prožívaných tady a teď ve skupině a tím zažívá pocit úlevy.⁴⁴

Existenciální faktory působí v rovině skutečnosti, že pacient se naučí přijímat život i s jeho negativními aspekty. Pacient zde přijímá fakt, že některé zkušenosti nemá pod úplnou kontrolou, že je nutné se s něčím vyrovnat a smířit, že správným přístupem je převzetí vlastní zodpovědnosti za svůj život.⁴⁵

⁴⁰ YALOM, 2007, s.36

⁴¹ YALOM, 2007, s.37

⁴² YALOM, 2007, s.39

⁴³ YALOM, 2007, s.72

⁴⁴ YALOM, 2007, s.113

⁴⁵ YALOM, 2007, s.126

Role terapeuta má ve skupinové psychoterapii několik vrstev, terapeut je vzorem pro nápodobu, svým postavením představuje rodičovskou roli, na které se mohou promítat mnohé interakce ze života pacienta. Terapeut se ve skupinové psychoterapii zaměřuje zejména na usnadnění procesu. Terapeut také musí vnímat jednotlivé odlišnosti členů skupiny, z hlediska jejich možností vzhledem k jejich diagnóze, jak uvádí O'Brien v publikaci o adaptaci v psychodynamickém procesu v psychoterapii dětí a dospívajících, v kapitole o práci s depresivními adolescenty: „*The therapist must listen very actively to depressed adolescents, and must pace interventions to their level of ego – strength – their apperception, concentration, ideation, and activity – passivity balance. He or she must be careful not to proceed too rapidly – not to overwhelm, overestimate, overimpress, nor in other ways take over. The goal is to seek to establish conditions that favor mutual exploration. The therapist can check observations by giving feedback piecemeal, progressing from parts to wholes. It is valuable to discuss a wide ranging hodgepodge of data, for integration and synthesis will emerge gradually; it is also best to usually avoid the pressure of single focus or task assignment, except those involved in listening and attending together.*”⁴⁶ Volně přeloženo můžeme říci, že terapeut musí depresivním adolescentům naslouchat velmi aktivně, a musí přizpůsobit tempo intervence na úroveň jejich ega- síly a apercepce, koncentrace, myšlenek a rovnováhou mezi aktivitou a pasivitou. Terapeut musí dávat pozor, aby nepostupoval příliš rychle-nepřemáhal, nepřeceňoval, nepůsobil příliš dominantně, aby ani v jiných směrech nepůsobil převládajícím dojmem. Cílem je snažit se vytvořit podmínky, které upřednostňují vzájemné zkoumání. Terapeut může podpořit zkoumání tím, že předkládá zpětné vazby po částech, tím že postupuje z částí do celků. Je přínosem, aby se diskutovala širě témat a to z důvodu, že integrace a syntéza se objevuje postupně; obvykle je nejlepší se vyhnout tlaku na zaměření na jediné hledisko nebo úkol, kromě těch, které jsou součástí již součástí společné práce.

⁴⁶ O'BRIEN, 1992, s. 221

1.5 Problematika dospívání v terapii

Psychoterapeutická problematika dospívání má jiná hlediska posuzování onemocnění a patologických projevů, než u dospělých. Na rozdíl od dospělých pacientů se vzhledem k nedokončenému vývoji jedince v adolescenci jedná o takové projevy, které se vymykají z průměrného chování dané věkové a sociokulturní kategorie. Psychoterapeutickou problematiku adolescentů je tedy nutné posuzovat zároveň z hlediska věkové normy, pohlaví, sociokulturního prostředí a situace jedince.

1.5.1 Posuzovací hlediska pro diagnostiku a indikaci léčby

Při diagnostice, rozhodování o způsobu terapie i vlastní realizaci je vždy nutné brát v úvahu stupeň vývoje dítěte. Chování, které je atypické na jednom vývojovém stupni, může být přirozenou součástí jiného, např. nižšího stupně vývoje. Vývojové hledisko tedy vnímá rovinu vyspělosti všech složek osobnosti dítěte a porovnává je s předpokládánými a očekávanými výskytmi chování v daném období. Dle závažnosti rozporu může určit zda jsou viditelné známky chování projevem patologie, či jen důsledkem procházení určitým věkovým obdobím a také předpokládat, jak může dítě na daném vývojovém stupni reagovat na zvolenou léčbu.

Dalším závažným faktorem při hodnocení je sociokulturní prostředí dítěte. Patologické projevy mohou být projevem reakce například na rodinné prostředí. Zdravá rodina je prostředím, které rozvíjí kognitivní i emocionální stránku dítěte, podporuje poznávání okolního světa a přirozeně rozvíjí socializaci dítěte. Rodina je tedy velmi podstatným faktorem při formování identity dítěte. Rodinné i rodičovské hodnoty, postoje, způsoby chování dítěte přebírá právě z důvodu, že rodič je emocionálně významným činitelem, autoritou, ke které se dítě vztahuje a tato identifikace posiluje, nebo snižuje jeho vlastní sebejistotu a sebehodnocení, v závislosti na zdravém, nebo patologickém chování rodiče. Úkolem rodiny pro socializaci dítěte je umožnění jedinci jeho zdárný fyzický i psychosociální vývoj, v nejlepším případě dosažením jeho maximálního potenciálu, ztotožnění se se správnými morálními hodnotami, zajištění mu bezpečí a umožnění vytváření své vlastní identity. Cílovou skupinou této práce jsou adolescenti s psychickými obtížemi. Na rozvoji psychických obtíží v adolescenti se ve většině případů významně podílí rodinné prostředí, které dítě formuje od narození. Ohrožujícími vlivy rodiny

na vývoj dítěte a vzniku problémů v adolescenci se zabývám podrobněji v kapitole 1.5.2-1.5.5

1.5.2 Ohrožení vývoje dítěte

K tématu psychosociálního vývoje dítěte a vlivu rodiny uvádí Balcar, že spory a frustrace krátkodobějšího charakteru, které jsou signálem dočasného problému v rodině, si je zdravá rodina schopna kompenzovat vlastními prostředky a metodami. Rodinná patologie vzniká tam, kde způsoblost a motivace mají takový odklon od normálu, že ohrožují rodinu v jejích základních životních rolích⁴⁷. V této podkapitole se zabývám nejvýznamnějšími patologickými faktory ovlivňujícími život dítěte v rodině a důsledky z toho vyplývajícími. Vývoj dítěte ohrožují, dle odborníků, zejména faktory týkající se naplňování jeho potřeb, biologických, emocionálních, podnětových a dalších jako jsou: nepříznivá sociální situace, psychická deprivace, týrání a zanedbávání a další.⁴⁸

1.5.3 Dysfunkční rodina

Pokud výše stanovené základní funkce není rodina schopna zvládat, jedná se zpravidla o nedostatek jejích kompetencí, respektive schopností a dovedností, které neumí a tudíž ani nemůže naplnit, nebo je v jiném případě naplnit odmítá. Tato skutečnost bude pak působit zejména na nejvíce ovlivnitelný článek rodiny, kterým je dítě. V rámci vývoje dítěte se jedná o negativní zátěž a v takovém případě hovoříme o dysfunkční rodině. Dysfunkční rodinou nazýváme takovou rodinu „...kde se vyskytují vážnější poruchy některých nebo všech funkcí rodinných, které bezprostředně ohrožují a poškozují rodinu jako celek a zvláště vývoj a prospěch dítěte. Takováto rodina vyžaduje soustavnou pomoc.“⁴⁹, jak uvádí Dunovský, který se v ČR tímto tématem dlouhodobě zabývá. V jeho práci o poruchách rodiny najdeme také celkové členění funkčnosti rodiny, kde rodinu dle výsledku mapování určuje jako rodinu funkční, problémovou, dysfunkční a afunkční.

Jakékoli chování v rodinném společenství, normální i patologické, je nutné interpretovat ve vzájemných vztazích členů rodiny a prostředí, do něhož je zasazena. Každá rodina si v průběhu vlastního vývoje utváří specifický způsob reakcí, které

⁴⁷ BALCAR, 2012, s. 39

⁴⁸ KULAJTOVÁ, 2013, s.12

⁴⁹ DUNOVSKÝ, 1986, s. 28

vycházejí jak z genetických předpokladů jednotlivců ji utvářejících, tak i z naučených vzorců chování a preferovaných hodnot rodičů, či vlivu zevního prostředí nebo sociální skupiny, v níž rodina žije a podobně. Rodič funguje jako model, který dítě napodobuje a identifikuje se s ním. Dítě si tak přebírá a osvojuje celou řadu pozitivních i negativních vlastností a způsobů chování. Např. rodiče prožívající aktivně svůj volný čas, předají tento žádoucí vzor chování dítěti, jiným přeneseným modelem je příklad, kdy děti násilníků se často stávají také násilníky.

Na vývoji dítěte se významně odráží, jak rodina dítě podporuje, věří mu, povzbuzuje ho, nebo naopak je-li stěžejní postoj rodičů ukotven spíše v očekávání pochybování, podceňování atd. Například pedagogická psychologie uvádí specifické označení tohoto jevu jako Pygmalion efekt. Jádrem jevu je fakt, že dítě splní očekávání rodičů, i když je očekávání negativní. Snadněji neuspěje nebo selže, je-li podceňováno kritické hodnocení⁵⁰. Ne každý rodič umí dobře zvládat svoji rodičovskou roli. U rodiče s výrazně problematickými rysy osobnosti jakými jsou například nízká schopnost empatie, problémy se sebehodnocením, impulzivita, nízká sebekontrola, nebo u rodiče s výrazně špatnými zkušenostmi z dětství a s mezilidskými vztahy, u rodiče s rizikovým chováním a jinými patologickými rysy můžeme ve zvýšené míře očekávat selhání v rodičovské roli.⁵¹

1.5.4 Nepříznivá sociální situace

Forma nepříznivé sociální situace⁵² může být vyjádřena v různých důsledcích znevýhodnění: chudoba, nízká sociokulturní úroveň a socioekonomický status rodiny, snížené schopnosti nebo dovednosti rodičů a dětí, či zdravotní postižení dětí, které se váže ve většině případů také k výraznější sociální izolaci dítěte, nebo zanedbávání ze strany rodičů. Často se jedná o souhrnný vliv uvedených faktorů, které komplikují a ohrožují zdravý vývoj dítěte a správné sociální fungování rodiny. Na úrovni důsledku můžeme určit vnější projevy nepříznivé situace zejména v chování dětí, u nichž se objevují výchovné a výukové problémy, zdravotní nebo hygienické deficity, rizikové chování. Důsledky mohou vést k různým omezením rodiny ze strany státu, jakými jsou např. výchovná

⁵⁰ VÁGNEROVÁ, 2008, s. 590

⁵¹ KULAJTOVÁ, 2013, s.11

⁵² Zákon č. 108/1992 Sb., o sociálních službách

opatření, dohled sociálních pracovníků OSPOD, sociálních kurátorů, nebo až umístění dítěte mimo rodinu, do ústavní nebo náhradní rodinné péče^{53, 54}.

1.5.5 Psychická deprivace

Vyskytují-li se v rodině vážné poruchy některých nebo všech funkcí, dochází k závažnému poškození vývoje a zájmů dítěte. Sama rodina buď není schopna tyto poruchy velmi často identifikovat, nebo v případě, že je rozpozná, vlastními silami napravit. V důsledku toho dochází u dětí k nenaplnění zásadních potřeb zejména emocionálních a velmi často se u nich objevuje syndrom psychické deprivace.

Cíleně se zaměřili na definování psychických potřeb dětí Langmeier s Matějčkem. Pojem „psychická deprivace“ definovali v šedesátých letech jako nový psychologický koncept, o němž se poprvé zmínili v knize nesoucí název *Psychická deprivace v dětském věku*⁵⁵. Plynule tak navázali na práci doc. Kocha a prof. Papouška, respektive na jejich klinicky zpracované poznatky z výzkumu dětí umístěných v raném věku do jeslí, sociodiagnostických ústavů atd., kteří si kladli za cíl určit nedostatky tohoto způsobu výchovy a stanovit možnosti jejich nápravy. Společná práce Langmeiera, Matějčka a Kocha zasáhla i do nového návrhu péče o děti mimo rodinu. Tito uznávaní odborníci se podíleli i na konceptu náhradní rodinné výchovy založením SOS dětských vesniček. Rodinnou výchovu charakterizuje Matějček typickými znaky, jako jsou hluboké a trvalé emocionální vztahy mezi dítětem a jeho vychovateli⁵⁶, jak uvádí ve své stati o trvalosti a hloubce citových vztahů v rodině. Profesor Matějček spolu se svými kolegy patřil k významným osobnostem rozvíjejícím znalosti odborné i široké veřejnosti, v oblasti potřeb a péče o dítě. Výsledky jejich výzkumů pozitivně ovlivnily nastavení celé společnosti a odrazily se především v důrazu na potřebu ochrany a práv dětí.

Psychiatrické centrum Praha zveřejnilo v roce 1997 závěry výzkumné práce Zdeňka Matějčka, Věduny Bubleové a Jiřího Kovaříka, která vycházela z dlouholetého psychologického zkoumání 60 dětí během 32 let⁵⁷.

Ve výzkumu srovnávali děti, které byly zařazeny do v ústavní výchovy, s dětmi, které byly vychovávány v náhradní rodinné péči, SOS vesničkách, a dětmi vyrůstajícími

⁵³ Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině

⁵⁴ KULAJTOVÁ, 2013, s.12

⁵⁵ LANGMEIER, MATEJČEK, 1963

⁵⁶ MATEJČEK, 2009, s. 363

⁵⁷ MATEJČEK, BUBLEOVÁ, KOVAŘÍK, 1997

ve vlastní rodině. Z výsledků tohoto ojedinělého výzkumu vyplynula nízká sociální kompetence dětí z ústavní výchovy, která se projevovala v různých oblastech: nízká úroveň vzdělání, nízká úspěšnost v zaměstnání, nízká úroveň společenského začlenění, vysoká míra opakované trestné činnosti, vztahové problémy, nízká míra celkové životní spokojenosti.

Ne jakýkoliv následek psychické deprivace je patrný na první pohled. Každé dítě disponuje jinou mírou křehkosti psychiky, která záleží na mnoha faktorech- dědičnosti, vlivu zevního prostředí, způsobu, jakým se dítě vyvíjelo dosud atd. Důsledek psychické (citové) deprivace se u těchto dětí přenáší do oblasti sebehodnocení, socializace, komunikace, partnerských vztahů a dalších interpersonálních dějů. Většinou pak selhávají při řešení problémů, což vede k následným sociálně patologickým jevům např. závislosti, agresivitě atd. Vágnerová uvádí, že v sebehodnocení psychicky deprivovaných dětí můžeme vysledovat dvě krajnosti, respektive protipóly přeceňování a podceňování se. Přeceňování vychází z přemrštěné obrany a podceňování koresponduje s nejistotou⁵⁸. Je tedy zřejmé, že psychická (citová) deprivace má významný vliv na celkový budoucí vývoj dítěte.

Bowlby se zamýšlí nad přístupy k práci s deprivovanými dětmi podle tří směrů- teorie učení, psychoanalytické teorie a teorie vývojových úkolů, které propojuje několika poznatky. Jedná-li se o jednorázovou deprivacní situaci, je uzdravení ze situace rychlé, rizikem ale může být citlivost vůči podobným situacím v budoucnu. Deprivace v trvání cca do 1 roku věku dítěte může dítě překonat poměrně rychle, s možnými následky na intelektové úrovni. Dlouhodobá deprivace do 3 let věku dítěte má již výrazné následky na osobnostním vývoji dítěte a ovlivňuje zpomalení jeho psychomotorického vývoje, ale tyto následky ještě bývají vratné. Dále se zabývá tím, jak a čím mohou být negativní zkušenosti dítěte a z nich vyplývající poškození systematicky prohlubovány a velkou pozornost věnuje významu intenzivní terapeutické práce^{59, 60}

Terapeutická práce nabývá na významu v procesu léčby jedince tím více, čím je zatížení v dětství hlubší a trvá déle, respektive rozvine-li se tímto vlivem patologická porucha.

⁵⁸ VÁGNEROVÁ, 2008, s. 600

⁵⁹ MATOUŠEK, PAZLAROVÁ, 2010, s. 33

⁶⁰ KULAJTOVÁ, 2013, s.13

1.5.6 Poruchové chování v adolescenci

Typickým příkladem poruchových projevů chování v adolescenci jsou pro rannou adolescenci zejména návaly zlosti, přecitlivělost, žárlivost, školské selhávání, nadměrná uzavřenost a náladovost. Pro pozdní adolescenci jsou typické poruchové projevy: školské selhávání, záškoláctví, lhaní a podvádění, deprese, opíjení se, kouření, zneužívání drog, předčasná sexuální aktivita, krádeže či jiné porušování sociálních norem.⁶¹

Dynamicko-systemické pojetí násilí a agrese a možnosti jejich socializace otevírá v jedné z kapitol své publikace Poněšický, který se zabývá nevědomými motivacemi vzniku tohoto typu poruch. Agresivní chování vnímá na pozadí vysokých nebo jinak nereálných sociálních požadavků, které jedinec není schopen naplnit: „ *Esenciální roli hraje socializace při obraně či dosahování cílů, kulturace dítěte během jeho vývoje (výchovy), jež zahrnuje i určitou společensky předávanou představu o lidském spolubytí či toleranci. Tento proces zahrnuje postupnou identifikaci s těmito představami a s nimi spjatými normami chování, empatii a respekt k druhým, vědomí nutnosti vyjednávání, neboť typicky lidské potřeby jsou interpersonální, jako například ohraničení vůči druhému, prosazení se, vybudování určité vztahovosti, sebeocení ve srovnání s ostatními lidmi, potřeba lásky, potřeba sebekontroly i kontroly okolí, imponování, seberealizace....Z dosud uvedeného vyplývá, že násilí je spíše jeden ze způsobů, jak uspokojovat vlastní potřeby a obvykle se stupňuje při jejich frustraci.*“⁶² Dnešní děti se neliší při narození nijak zásadně od předchozích generací. To, co se liší v rámci jejich vývoje je okolní svět. Okolí, které je obklopuje, ať již nejbližší, tedy rodina, nebo okolí vzdálenější, prostředí ve kterém žijí, se v posledních desetiletích výrazně proměnilo. „...*nevhodná výchova (doma a mnohdy i ve škole), nedostatek podpory a porozumění, uspěchanost doby a přemíra techniky z nich dělá jedince, kteří nejsou schopni se poprat s denodenní realitou.*“⁶³ uvádí Martínek.

Dětská a dorostová psychiatrie vyčleňuje několik oblastí poruch: V oblasti psychického vývoje se jedná o Specifické poruchy (F80-F83), kde se jedná o poruchy jednotlivých funkcí (poruchy řeči, čtení, psaní), Pervazivní vývojové poruchy (F84), například autismus, hyperaktivní porucha, Aspergerův syndrom. Tyto typy poruch se přímo netýkají tématu mé práce, proto se jimi nebudu dále zabývat. Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci označuje MKN-10 jako F90-F98. Jedná se zejména o Hyperkinetické poruchy (F90), Poruchy chování (F91), Smíšené poruchy emocí

⁶¹ LANGMEIER, BALCAR, ŠPITZ, 2000, s.24

⁶² PONĚŠICKÝ, 2005, s. 97

⁶³ MARTÍNEK, 2009, s.7

a chování (F92), Emoční poruchy v dětství (F93), Poruchy sociálních vztahů v dětství (F94) a Tikové poruchy (F95). Velmi často se vyskytují hyperkinetické poruchy (F90), porucha pozornosti ADD (Attention-Deficit Disorder), nebo porucha pozornosti s hyperaktivitou ADHD (Attention-Deficit Hyperactivity Disorder), u kterých se projevy emoční lability odrážejí negativně zejména v sociálních vztazích. Poruchy chování (F91), které jsou charakteristické projevy porušováním norem a pravidel. Dle typu může být Porucha chování vázaná na vztahy v rodině (F91.0) týkající se svým charakterem výhradně rodinného prostředí. Nesocializovaná porucha chování (F91.1) se projevuje hrubostí, násilím, nedostatkem empatie, je výsledkem disharmonického vývoje osobnosti a chybějícími morálními hodnotami. Patří k poruchám s nejhorší prognózou. Socializovaná porucha chování (F91.2) se typicky projevuje narušenými vztahy s autoritou. Etrénní vzdorovitost, šikana, nerespektování autority, která se objevuje u dětí do 10 let a často bývá předstupněm nesocializované poruchy chování, je označena jako Porucha opozičního vzoru (F91.3). Smíšené poruchy chování a emocí (F92) se odlišují od výše uvedených poruch tím, že k narušenému chování, které je uvedeno výše, přibývají také narušené emoce. Neurotické projevy se týkají úzkosti, fobií, obsesivně-kompulzivních projevů až po depresivní ladění (např. Depresivní porucha chování F92.0) Tyto typy poruch (F91 a F92) byly také nejčastěji diagnostikovány u pacientů v Denním stacionáři pro adolescenty ve VFN Praha. Dalšími typy poruch je skupina poruch F93- Emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství, což je skupina poruch charakterizovaných úzkostí, strachem z nebezpečí, z konkrétních situací až izolací od okolí. Skupina poruch F94- Poruchy sociálních vztahů se vznikem specifickým pro dětství a adolescenci je specifická projevy vůči okolí, jedná-li se o ambivalenci, bázlivost, nebo naopak abnormálním sociálním zapojováním. Skupina poruch F95-Tikové poruchy, které se týkají motorických tikových projevů. Skupina F98-Jiné poruchy chování a emocí začínající obvykle v dětství a adolescenci se týká různorodých poruch od enurézy, enkoprézy, přes poruchy příjmu potravy v dětství, přes piku, až po brebtavost a koktavost. Ve skupině adolescentů Denního stacionáře byly z této skupiny diagnostikovány pacienti s F98.2-Porucha příjmu jídla v útlém dětském věku a F98.3-Pika v dětství. Duševní porucha jinde a jinak nespecifikovaná je označována F99.⁶⁴

„ Děti s poruchou chování jsou, vzhledem k charakteristice tohoto jevu, skupinou silně ohroženou všemi možnými negativními psychosociálními jevy. Mezinárodní statistiky poukazují na to, že jsou tyto děti častěji týrané, zneužívané a zanedbávané. Také jsou

⁶⁴ OREL, 2012, s.178

náchylnější k sociálně patologickým jevům. Prognóza jejich školní a životní kariéry je oproti jejich vrstevníkům značně pesimističtější. Tyto děti jsou častěji ohroženy i celou řadou zdravotních rizik. Vykazují například významně vyšší úrazovost, vyšší výskyt žloutenky. Dívky s poruchami chování přicházejí častěji do jiného stavu, před 18 rokem věku, než jejich vrstevnice.“⁶⁵ uvádí Petráková.

Jak závažná je porucha je objektivně těžké predikovat. Zde hraje roli množství faktorů, jako je stupeň vývoje, frustrační tolerance jedince, odolnost psychiky, způsoby prožívání, schopnosti a možnosti dítěte. Je-li jedinec vybaven větší tvárností organismu, může porucha i při větším zdravotním zatížení mít dobrý předpoklad k uzdravení a jeho vývoj může směřovat ke zdravému pólu. Dítě také lehčeji reaguje například tělesnými projevy na změnu v okolí. Tělesné příznaky tedy odrážejí situaci tak, aby jedinec i okolí mohli rozpoznat problém a v neposledním případě jsou také funkčním nástrojem vyrovnání se se situací. V některých případech je poruchové chování součástí dalšího vývojového stupně z důvodu, že každý vývojový stupeň předkládá jedinci vyšší požadavky na jeho zvládnutí. V tomto případě je důležitá reakce okolí, zejména rodiny, která nepoškozují-li dítě a jeho vývoj, často vede k samovolnému vymizení příznaků. Poruchy které byly reakcí na přemrštěné nároky okolí a vyskytly se od narození do pěti let věku dítěte, téměř všechny do dospělosti zmizí. Netýká se však výjimky, kterou tvoří následky ranné deprivace. Poruchy vzniklé mezi pátým a patnáctým rokem vymizí v průběhu dětství a adolescence zhruba v 50-80% případů. Poruchy, které se rozvinuly v dospívání, tedy mezi 13-18 rokem samovolně vymizí v 30-60% případů.⁶⁶

Můžeme tedy předpokládat, že u adolescentních pacientů v mnoha případech k tomuto zdravému procesu nedochází a proto se rozvinou v patologickém vývoji jedince a psychických poruchách. „*Poznatky o vztazích duševního, tělesného, duchovního a sociálního vývoje dítěte k jeho zdraví či nemoci můžeme zobecnit hypotézou, že nejvíce ohrožena poruchou bývá ta oblast (orgán, funkce, regulace, výkon apod.), která právě prochází zásadní vývojovou proměnou.*“⁶⁷ shrnuje Langamjer.

⁶⁵ PETRÁKOVÁ, 2012, s.5

⁶⁶ LANGMAJER, BALZAR, ŠPITZ, 2000, s. 26

⁶⁷ LANGMAJER, BALZAR, ŠPITZ, 2000, s.27

2 KOMUNITNĚ-SKUPINOVÁ PRÁCE S ADOLESCENTY V DENNÍM STACIONÁŘI VFN

2.1 Denní stacionář pro adolescenty ve VFN

V roce 1999 bylo na Psychiatrické klinice v rámci Centra dorostové a vývojové psychiatrie otevřeno nové oddělení určené pro pacienty ve věku 14-21 let s názvem Denní stacionář pro adolescenty. Oddělení, které má kapacitu 15 pacientů, má komunitní formu vedení a samosprávu pacientů.

Odbornou péči oddělení zajišťují dva lékaři, psychiatři pro děti a dorost, zdravotní sestra, psychoterapeut, arteterapeut. V rámci Psychiatrické kliniky spolupracuje oddělení s psychologem, rehabilitačním pracovníkem a sociálním pracovníkem. Na oddělení je třída Základní školy při VFN, pro 4-5 žáků. Denní stacionář pro adolescenty nabízí komplexní diagnostický a terapeutický program. Součástí psychoterapeutické léčby je farmakoterapie.

Příjem na oddělení je možný po předchozí telefonické domluvě, na žádost pacienta, rodičů, nebo školy, i bez doporučení obvodního lékaře nebo psychiatra. Maximální délka pobytu pacienta v denním stacionáři je tři měsíce. Pacient je veden v ambulantní péči a dle potřeby může být veden v pracovní neschopnosti. Pobyt je hrazen zdravotními pojišťovnami.

Denní stacionář je otevřen každý pracovní den od 8,00 do 16,00 hodin. Nabízí otevřenou skupinu pro 15 osob pro pacienty limitované věkem, viz výše. Kontraindikací přijetí je abúzus alkoholu a návykových látek, odmítání léčby nebo stupeň onemocnění vyžadující léčbu na uzavřeném oddělení. Závažné porušení pravidel oddělení vede k předčasnému ukončení pobytu pacienta ve stacionáři.

Denní program stacionáře probíhá od 8,00 do 14,00 hod. Dopolední program zahrnuje vždy komunitní setkání (dále jen komunita) a skupinovou psychoterapii. Odpolední část je zaměřena na jednu z dále poskytovaných forem léčby: arteterapii, socioterapii, ergoterapii, léčebnou tělesnou výchovu, autogenní trénink. Dle situace pacienta je indikována také individuální a rodinná terapie. Pro pacienty s poruchami příjmu potravy je vytvořen speciální stravovací režim.

Následná péče je zajišťována psychiátrům v místě bydliště. Bývalí pacienti, případně rodiče bývalých pacientů mohou využít možnost konzultací, případně oddělení zprostředkuje kontakty na další odbornou péči. V případě potíží je pro bývalé pacienty krátkodobě možná účast na vybrané skupině.

2.1.1 Pacienti denního stacionáře

Oddělení je určeno pro diagnostiku a léčbu pacientů s následujícími poruchami dospívání: emoční poruchy, adaptační poruchy, psychosomatické poruchy, neurotické poruchy, poruchy příjmu potravy, počínající nebo odeznívající abúzus návykových látek. K léčbě jsou přijímáni spolupracující pacienti s diagnózami, pro které je indikována psychiatrická péče formou skupinové psychoterapie. Častým důvodem přijetí je rizikový vývoj jedince v období adolescence, adolescentní krize, syndrom rizikového chování, experimenty drogové a vztahové, riskantní adrenalinové aktivity a záměrné porušování norem chování. Mezi pacienty jsou téměř rovnoměrně zastoupeny tři skupiny diagnóz: depresivní a úzkostné poruchy, poruchy chování a poruchy příjmu potravy. Ojedinele byly diagnostikovány Aspergerův syndrom, dráždivý trakčník na psychosomatickém podkladě, přechodná disociativní porucha v dětství a adolescenci, posttraumatická stresová porucha, patologické hráčství. Jedná se tedy především o psychické a behaviorální poruchy.

Ze statistiky denního stacionáře, která byla provedena v letech 1999-2006 bylo v denním stacionáři léčeno 327 pacientů, z toho 152 dívek a 175 chlapců. Průměrný věk pacientů byl 16,2 let.

2.2 Terapeutické přístupy léčby a jejich vliv na kvalitu života

Volba konkrétního terapeutického přístupu je vždy velmi individuální a u dětských a adolescentních pacientů závisí na mnoha okolnostech. K nejvýznamnějším patří věk, psychosociální zralost a osobnost pacienta, fáze onemocnění, motivace ke spolupráci a rodinné zázemí, o vhodnosti metody rozhoduje lékař přijímající pacienta. Používané hlavní psychoterapeutické metody jsou totožné jako při léčbě dospělých pacientů: kognitivně-behaviorální terapie, psychoanalytická a dynamická psychoterapie, rodinná terapie, skupinová terapie orientovaná dynamickým přístupem. Doplnkové terapeutické

přístupy využívají arteterapii, muzikoterapii a herní terapii. Pro všechny pacienty jsou v počátku léčby standardně aplikovány metody komunitně-skupinové práce v denním režimu stacionáře a vyžaduje-li to situace pacienta, jsou doplněny o další metody jako rodinná terapie, psychoanalytická individuální terapie atd.

*„Group psychotherapy is a form of therapy in which two or more patients meet with one or more therapists to alter behavioral and cognitive patterns. The therapist has a psychodynamic concept of change and uses that in the therapeutic process. This process assumes that change occurs via external and internal forces at work within the patient that are derived from the unique interactions occurring in a group setting. The same psychodynamic processes, including transference and other phenomena ordinarily described in dyadic therapy, occur with children and adolescents, except that a wider, more extensive set of techniques must be used to take advantage of the unique qualities and development in these patients.“*⁶⁸ uvádí Kymissis ve své publikaci o terapeutické práci s dětmi a adolescenty. Tedy volně přeloženo uvádí, že skupinová psychoterapie jako forma terapie, ve které se dva nebo více pacientů setkávají s jedním nebo více terapeuty umožňuje, aby došlo ke změně chování a kognitivních vzorců. Terapeut používá v léčebném procesu psychodynamický koncept změny. Tento proces předpokládá, že změny nastanou prostřednictvím vnějších a vnitřních sil uvnitř pacienta, které jsou odvozeny z jedinečných interakcí vyskytujících se v prostředí skupiny. Stejně psychodynamické procesy, včetně přenosu a jiných jevů, obvykle popsanych v dyadické terapii, nastávají i s dětmi a dospívajícími. Kromě toho musí být použit širší a hlubší soubor technik, které využívají jedinečné vlastnosti a vývoj u těchto pacientů.

Teorie tedy potvrzuje používaný přístup práce s adolescenty v denním stacionáři. Cílem psychodynamického přístupu je poznat a změnit patologické vzorce chování, postoje k sobě a okolí a dále způsob myšlení, který souvisí s rozvojem a patologickým udržováním poruchy. Psychoanalytická a dynamická psychoterapie se snaží pomoci pacientům porozumět hlubším příčinám vzniku poruchy, včetně nevědomých souvislostí. Rodinná terapie je součástí léčby u patologie systému rodiny u mladších i dospělejších pacientů, kteří žijí se svými rodiči. Dále se v této práci zabývám pouze komunitní částí programu a skupinovou psychoterapií, tedy léčbou, které je věnován ve stacionáři největší podíl léčebného procesu a pacienti ho absolvují pravidelně 5x týdně. Predikuji, že na podílu změny stavu pacienta bude mít tato část péče o pacienty mnohem větší vliv, než

⁶⁸ KYMISSIS, 1996, s.4

ostatní, doplňkové terapeutické metody. V této souvislosti také predikují, že může nejvíce ovlivnit kvalitu života pacientů.

2.2.1 Komunitně-skupinová terapie v denním stacionáři

Práce s komunitou je důležitá součást léčby psychických a behaviorálních poruch. Komunitní část léčby pacientů denního stacionáře začíná ranním setkáním v 8,30 hod, v délce trvání 1,5 hodiny. Jedná se o setkání pacientů i personálu, které je označováno jako komunita. Komunita se mimo pacientů účastní přítomní lékaři, arteterapeut, psychoterapeut, zdravotní sestra a pedagog, případně stážisté a praktikanti působící v přímé práci s pacienty. Komunita je vedena zpravidla psychoterapeutem. V počátku komunity jsou uvedeni nově příchozí členové, dochází k prvnímu seznámení se s komunitou i naopak, komunita pacientů se seznamuje s nově příchozím členem. V rámci komunity reflektují pacienti předchozí den, plány i potřeby týkající se běžného života i pobytu ve stacionáři. Pacienti se v rámci reflexe zabývají situací ve vlastní rodině, v okolí i v rámci školy a to v přiměřeném rozsahu důvěry a bezpečí, kterou komunita poskytuje. Zejména v oblasti týkající se školy, úkolů, nebo například dohody zkoušení v rámci své školní docházky, která většinou vychází z individuálního plánu, vzhledem k několikaměsíčnímu docházení do stacionáře, se sleduje, jak je pacient schopen zadané úkoly a dohodnuté termíny naplňovat. V rámci komunity se také navrhuje jednotlivým pacientům, umožňuje-li to jejich stav, například rozvolnění docházky do stacionáře a postupný návrat do jejich prostředí. Pedagog stacionáře také informuje komunitu o studijních výsledcích pacientů v rámci vzdělávání se v rámci základní školy stacionáře, je-li pacient začleněn stále do základního vzdělávání, i s doporučeními dalšího postupu v přípravě, komunikace se školou pacienta atd.

Komunita má také svoji provozní část, kdy je nutné zjistit plánované absence pacientů ve stacionáři, například vzhledem k docházce do školy, plánovaným návštěvám lékaře a dalším důvodům, objednávání stravy a další.

Komunita také slouží k řešení provinění se členů vůči pravidlům stacionáře. Denní stacionář má pro všechny své členy jasně definována pravidla, jejichž plnění je striktně vyžadováno. Pacienti jsou povinni dodržovat komunitní režim a účastnit se terapeutických aktivit, neúčast na programu povoluje lékař nebo terapeut. Neúčast na kterékoli části programu bez závažného důvodu nebo bez souhlasu ošetřujícího lékaře je hodnocena jako

porušení režimu. Neúčastní-li se pacient podstatné části ze zdravotních důvodů, je zvažováno ukončení léčby. Pacienti a personál stacionáře jsou vázáni mlčenlivostí, vzhledem k důvěrnému dění ve stacionáři. Nedoporučuje se navazování partnerských, a zejména sexuálních vztahů mezi členy komunity, dojde-li k navázání vztahu, může být diskutován v rámci terapie, případně může dojít k propuštění jednoho z pacientů ve vztahu, který může dokončit léčbu následně. Na oddělení jdou nepřipustné krádeže, fyzické násilí a požívání drog a alkoholu, porušení tohoto pravidla je hodnoceno jako porušení režimu. Na oddělení je zakázáno nosit jakékoli zbraně, pyrotechniku, chemikálie atd. Během terapeutických aktivit není možné používat mobilní telefon. Tři neomluvené absence nebo jiná porušení režimu mohou být důvodem pro ukončení léčby v denním stacionáři.

V průběhu komunity dochází také k určení samosprávy provozu, tedy rozdělení zodpovědnosti za jednotlivé úkoly v rámci provozu stacionáře, například určení vedoucího dne v rámci komunity z řad pacientů, který dohlíží na včasnost nástupu všech pacientů na jednotlivé aktivity stacionáře, na naplnění dalších rozdělených úkolů přiřazených dalším účastníkům komunity, na dodržování pravidel atd. Dalšími úkoly, které jsou distribuovány do samosprávy pacientů je například dovoz obědů pro celou komunitu, umývání nádobí, zalévání květin, otevírání dveří, odevzdávání mobilních telefonů personálu atd. Komunita také slouží k vyjasnění plánu dne, personál seznamuje pacienty s programem, například s formou odpolední terapeutické práce, zda je plánována arteterapie, ergoterapie nebo jiné formy práce se skupinou, pacienti i personál se podílejí na dohodě o jeho náplni, například jakým způsobem by chtěli pracovat v rámci arteterapie, zda bude probíhat venku, nebo v prostorách stacionáře atd.

Skupinová práce má v rámci denního stacionáře několik forem, jak jsem uvedla výše. Ve své práci se zabývám především skupinovou psychoterapií. Důvodem je skutečnost, že tato forma práce se spolu s komunitou opakuje každodenně, ostatní formy se střídají, můžeme tedy předpokládat její významný vliv. Skupinová psychoterapie adolescentů probíhá denně od 10,30 do 12,00 hod. Skupinová terapie je nástrojem k mnoha cílům terapie. Skupina svojí dynamikou vytváří prostředí, které jedince formuje, například v omezování nežádoucích vlivů, liší se mírou působení u neorutických poruch, či traumat a u poruch chování, závislostí, poruch sebepoškozování, nebo poškozování okolí a to zejména vlivem hranic které vytváří. Cílem je spuštění změny ve stránce motivace pacienta. Vyjasněním patologie ve vazbách, které se mnohdy objevují i ve vazbách pacienta se skupinou, je možné aby došlo k uvolnění napětí, v období adolescence vede již, vzhledem k rozvinutým kognitivním schopnostem adolescenta, k vzhledu do problému

a tím i možnosti pochopení a zpracování patologických událostí nebo příčin problému v minulosti a následně k odstranění překážek ke změně motivů a nastartování správného vývoje. „Většina pacientů, kteří vstupují do skupin- vyjma těch, kteří trpí posttraumatickým stresovým syndromem nebo nějakým zdravotním či vnějším stresem, má za sebou velmi neuspokojivou zkušenost se svou první a nejdůležitější skupinou: primární rodinou.“⁶⁹ uvádí Yalom.

S psychociálními faktory je tedy při léčbě adolescentů nutno počítat v první řadě právě z důvodu, že tyto faktory se nejen podílejí na vzniku poruch, ale také na jejich udržování. Jedinec totiž zpravidla nemá možnost se v období adolescence od primární skupiny odpoutat a její vliv zmírnit. Z tohoto důvodu bývá komunitně-skupinová práce v denním stacionáři doplněna v případě patologického rodinného zázemí také o rodinnou terapii, umožňuje-li to situace.

⁶⁹ YALOM, 2007, s.35

3 METODOLOGIE

Cílem praktické části diplomové práce na téma: *Vliv komunitně-skupinové práce v denním stacionáři na kvalitu života adolescentů* je na základě dotazníkového šetření získat informace o tom, zda a jak se změnila kvalita života adolescentů po léčbě v denním stacionáři psychiatrické kliniky. Z provedeného kvantitativního výzkumu vyplyne skutečnost, jaká je souvislost změny kvality života se změnou zdraví, vnímání, prožívání a naplnění potřeb adolescentů.

Pro formu zpracování praktické části diplomové práce jsem zvolila následující postup: průběh šetření, výsledky studie a vyhodnocení studie.

Metodologický výzkum je obecně rozdělen na kvalitativní a kvantitativní. Pro svoji diplomovou práci jsem zvolila kvantitativní pohled.

3.1 Kvantitativní výzkum

Kvantitativní výzkum je metoda standardizovaného vědeckého výzkumu popisujícího jevy pomocí proměnných. Na začátku je problém existující buď v teorii, nebo sociální realitě. Nutně tedy vychází z premise, že objektivně existuje sociální realita, kterou je možno měřit. Tento problém je přeložen do hypotéz, které jsou základem pro výběr proměnných. Shromážděná data jsou použita pro testování hypotéz a výstupem kvantitativního výzkumu je soubor přijatých nebo zamítnutých hypotéz. Jeho cílem je tedy právě potvrzení nebo vyvrácení hypotéz, tudíž nelze tuto metodu využít pro jevy, o kterých nemáme relevantní informace. Logika kvantitativního výzkumu je deduktivní, oproti kvalitativnímu výzkumu, kde základem je indukce. Indukce je charakterizována jiným způsobem práce, konkrétně nejprve dochází ke sběru dat, v kterých pátráme po pravidelnostech a významu dat, teprve posléze můžeme vyvozovat závěry. Ve své práci jsem zvolila právě z výše uvedených důvodů kvantitativní přístup.

Kvantitativní výzkum charakterizuje silná redukce proměnných a vztahů mezi nimi a omezený rozsah informací o velkém počtu jedinců. K výhodám kvantitativního přístupu patří zejména skutečnost, že forma metody umožňuje získání numerických dat, se kterými lze dobře dále pracovat, analýzu dat lze provést rychleji, lze využít statistické zpraování na PC s vysokou mírou reliability. Například určit zda a do jaké míry spolu proměnné

souvisí, prokázat příčinu a účinek a další. V neposlední řadě patří k výhodám kvantitativního přístupu jeho užitečnost při zkoumání velkých skupin a použitelnost informací, která spočívá v možnosti jejich zobecnění. Nevýhody kvantitativního přístupu spočívají ve skutečnosti, že kategorie a teorie použité výzkumníkem nemusejí odpovídat lokálním zvláštnostem, nejsou vhodné pro zkoumání marginálních jevů. Výzkumník je do jisté míry omezen reduktivním způsobem získávání dat.

3.1.1 Fáze výzkumu

První fází výzkumu je příprava. Tato důležitá a obtížná část výzkumu spočívá ve vlastní teoretické přípravě, která zahrnuje studium literatury vztahující se k výzkumému problému i technickou stránku výzkumu. V mém případě se jednalo o studium literatury týkající se skupinové psychoterapie, komunitní práce, seznamování se se specifiky práce v denním stacionáři během své dvouleté praxe, studium obecných poznatků o cílové skupině, uvažování o výzkumných otázkách, formulaci hypotéz, zvažování typů výzkumných projektů a o technické zajištění provedení výzkumu. Příkladem technické stránky výzkumu byla zejména registrace v Psychiatrickém centru Praha, jakožto spolupracujícím centru Světové zdravotnické organizace (World Health Organization), která mi umožnila získat nástroj na provedení výzkumu, tedy dotazník WHOQOL i jeho nástroje na zpracování získaných dat. Před zahájením výzkumu bylo nutné zajistit oprávnění od Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, respektive získat souhlas vedení pracoviště i vedení VFN. Dále bylo nutné dohodnout pravidla s vedením pracoviště i pracovníky, jakým způsobem bude sběr dat probíhat. Bylo nutné respektovat chod a možnosti oddělení denního stacionáře. Výzkumný proces byl schválen vedením VFN a podporován vedením psychiatrické kliniky, a jeho výsledky budou předány k možnému využití v léčebných postupech denního stacionáře. Pro řádný a etický způsob výzkumného šetření byly mnou vytvořeny dokumenty, které zajišťovaly písemný souhlas respondentů a týkaly se poučení účastníků studie, informovaný souhlas pacientů, případně jejich zákonných, zástupců, s uveřejněním provedené studie a zveřejněním výsledků v diplomové práci.

Dokument týkající se poučení pro účastníky studie v denním stacionáři, viz příloha č. 1, obsahoval objasnění proč je otázkou zkoumání kvalita života a dále informaci o použitém nástroji, jeho relevantnosti a způsobu provádění výzkumného šetření. Součástí

dokumentu byl údaj o místě a datu podpisu a vlastnoruční podpis účastníka studie a řešitele studie.

Dokument týkající se informovaného souhlasu, viz příloha č.2, obsahoval údaje o cílech výzkumu, komu budou výsledky předány, kde budou uváděny (v diplomové práci). Dále dokument obsahoval informace o tom, jakým způsobem bude výzkum prováděn, tedy formu dotazníkového šetření při nástupu a po ukončení léčby v denním stacionáři, s možností oslovení pacienta s žádostí také po dvou měsících od ukončení léčby. Dalším ustanovením informovaného souhlasu byla skutečnost dobrovolnosti a možnosti kdykoliv svoji účast na výzkumném šetření ukončit. Dále bylo v dokumentu obsaženo ujednání o ochraně citlivých údajů dle Zákona 101/2000 Sb.⁷⁰ s odkazem na skutečnost, že při vyhodnocení budou data zpracovávána výhradně pod číselným kódem. Informovaný souhlas byl zpracován pro pacienty do 18 let jako informovaný souhlas zákonných zástupců, a dále pro pacienty nad 18 let jako vlastní informovaný souhlas. Součástí informovaného souhlasu bylo jméno a příjmení účastníka studie, vlastnoruční podpis účastníka studie, případně podpis zákonného zástupce účastníka studie, podpis osoby provádějící studii a místo a datum podpisu informovaného souhlasu.

Cílem druhé fáze výzkumu, kterým je sběr dat, bylo získání relevantních poznatků předem definovaným způsobem a vhodným nástrojem. V mém případě se jednalo o standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF. Data byla sbírána v prvotní a konečné fázi léčby pacientů, aby bylo možné změřit nejen jak koreluje kvalita života s proměnnými, ale také zda a jak se změnila. Data po dvou měsících od ukončení léčby se nepodařilo od pacientů získat. Předpokládám že důvodem byla snížená motivace pacientů vzhledem k ukončení léčby a také z důvodu odlišného typu oslovení, dotazník byl zaslán elektronickou poštou, jelikož osobní přístup k pacientům již nebyl možný. Získaná data byla také v této fázi přenesena z papírové formy dotazníků do podoby souborů, se kterými bylo možné dále pracovat ve třetí fázi.

Třetí fáze výzkumu, zpracování dat a jejich interpretace, se týkala třídění dat, sestavování domén, zjišťování míry souvislostí mezi proměnnými, verifikaci hypotéz i určitá zobecnění.

⁷⁰ Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů

3.2 Výběr souboru

Pro zkoumání proměnných není možné obsáhnout data z celé populace, lze se opírat jen o data získaná od určitého vzorku. Zásadním předpokladem je, aby vzorek dobře charakterizoval vlastnosti celé skupiny, tedy byl reprezentativní. Nejprve bylo nutné určit základní soubor.⁷¹

Základním souborem jsou v mém případě jsou všichni adolescenti s psychickými obtížemi, kteří jsou léčeni v denních stacionářích psychiatrických klinik v České Republice. Dále bylo třeba určit tzv. výběrový soubor. Výběrovým souborem rozumíme určitou část základního souboru, pro jeho správné stanovení je nutné dobře znát charakteristiky základního souboru. Charakteristiky základního souboru jsem určila takto:

- ženy, muži
- věková hranice 14- 21 let
- pacient trpí psychickými poruchami dospívání: emoční poruchy, adaptační poruchy, psychosomatické poruchy, neurotické poruchy, poruchy příjmu potravy, schizoidní epizody, symptomatický abúzus návykových látek
- projevy psychické poruchy způsobují pacientovi, nebo jeho okolí, obtíže v jeho každodenním životě
- pacient je obvykle veden v psychiatrické ambulanci v místě bydliště
- pacient může užívat léky

Základními kritérii tedy byl věkový interval a zároveň psychické obtíže v míře ovlivňující kvalitu života a mající dopady na život pacienta, nebo na jeho blízké okolí.

Výběrovým souborem toho výzkumu byli určeni adolescentní pacienti denního stacionáře psychiatrické kliniky Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, kteří byli přijati do léčby v průběhu období duben 2014 a dále, a zároveň ukončili léčbu v denním stacionáři do konce prosince 2014. Způsob výběru byl tedy nenáhodný. Do výzkumu nebyli zařazeni pouze pacienti, kteří s výzkumným šetřením nesouhlasili. Celkem do výběrového souboru patřilo 44 pacientů. V souboru se vyskytovalo celkem 11 mužů a 33 žen.

⁷¹ SRNEC, 2006, s.19

3.3 Výzkumný problém

Začátek výzkumu se odvíjí od vymezení výzkumného problému. Výzkumný problém tedy uvažujeme jako to, co chceme řešit, a na které otázky chceme získat odpověď. Výzkumný problém se stanovuje jako výrok, nebo otázka, ke které se hledá odpověď. V první fázi výzkumného projektu jsem uvažovala výzkumný problém jako otázku a cílem výzkumu bylo nalézt odpověď na výzkumný problém: Změní se kvalita života adolescentů po léčbě v denním stacionáři, která probíhá formou komunitně-skupinové práce? Jak úzce souvisí změna kvality života se změnou jejich jednotlivých aspektů? Pro účely výzkumu a diplomové práce jsem je přeformulovala do výroku: Vliv komunitně-skupinové práce v denním stacionáři na kvalitu života adolescentů.

Dalším úkolem bylo výzkumný problém blíže určit, tedy zejména definovat hlavní pojmy. Hlavní pojmy byly určeny z definice kvality života dle WHO jako: zdraví, prožívání, prostředí, sociální vztahy. Při kritickém pohledu na způsob práce v denním stacionáři je i forma komunitně-skupinové práce zaměřena především na tyto aspekty pacientova života. Mohu tedy určit, že hlavní pojmy jsou relevantní jak k pojmu kvalita života, tak ve vztahu působení na tyto konstrukty v rámci léčby a tím možnosti získání relevantních dat o jejich proměně před a po léčbě.

Určení hlavních pojmů slouží k operacionalizaci definice, která umožní zvolit nástroj k jejímu uskutečnění a stanovení hypotéz.

3.4 Stanovení hypotéz

V rámci deduktivní logiky kvantitativního výzkumu je v počátku problém existující buď v teorii nebo sociální realitě. Tento problém je přeložen do hypotéz. Ty jsou základem pro výběr proměnných. Sebraná data jsou použita pro testování hypotéz a výstupem kvantitativního výzkumu je soubor přijatých nebo zamítnutých hypotéz. Proměnnou uvažujeme jako vlastnost, které můžeme přiřazovat různé hodnoty nebo čísla. Před vyslovením hypotéz bylo nutné stanovit dílčí výzkumné otázky. Následná korelace umožňuje pochopit čím je odpověď na otázku po vlivu na kvalitu života ovlivněna.

Pro testování hypotéz jsou vytvořeny vždy dvě hypotézy. Testovaná hypotéza H_0 , negativní hypotéza, která výrok neguje, tedy říká, že to chceme prokázat není platné

a alternativní hypotéza H_A , která je formulována jako neplatnost hypotézy H_0 . Hypotéza H_0 bývá formulována pomocí rozdělení, nebo pravděpodobnosti. Cílem testování je H_0 zamítnout a přijmout H_A .

P-hodnota testu je pravděpodobnost, že při H_0 by testová statistika nabyla hodnoty jaká vyšla z dat, nebo hodnoty ještě extrémnější. Hladina testu (alfa), která nejčastěji nabývá hodnot 0,05, číslo z intervalu od 0 do 1. Pokud je $p < \alpha$, tak platnost H_0 je velmi málo pravděpodobná a potom zamítáme H_0 na hladině α a přijímáme H_A . Buď H_0 platí, ale nastala data, která se objevují s pravděpodobností menší než α (nastalo něco velmi nepravděpodobného), nebo vskutku platí H_A , k čemuž se kloníme.

Celkem bylo vytvořeno šest hypotéz H_1 - H_6 . Pro zjednodušení pojmů v hypotézách nahrazuji pojem *komunitně-skupinová práce* pojmem *léčba*.

3.4.1 Jaký je vliv léčby na celkovou kvalitu života?

Definice kvality života, v tomto případě jako typ jako proměnné, dle Dragomirecké: „...*jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům*“.⁷²

Výše uvedená výzkumná otázka vyjadřuje vztah mezi léčbou a Kvalitou života, změnou Q_1 před zahájením léčby a Q_1 po ukončení léčby. Stanovení hypotéz k výzkumné otázce:

H_1 : Vlivem léčby selepší kvalita života pacientů.

H_0 : Mezi léčbou a kvalitou života pacientů není vztah.

3.4.2 Jaký je vliv léčby na spokojenost se zdravím u pacientů?

Proměnnou, kterou definuji ve významu celkového Zdraví, uvádí Dragomirecká jako: „...*stav kompletní fyzické, duševní a sociální pohody a ne pouze nepřítomnost nemoci*“.⁷³

Výše uvedená výzkumná otázka vyjadřuje vztah mezi léčbou a Zdravím, změnou Q_2 před zahájením léčby a Q_2 po ukončení léčby. Stanovení hypotéz k výzkumné otázce:

H_2 : Vlivem léčby selepší spokojenost se zdravím u pacientů.

⁷² DRAGOMIRECKÁ, BARTOŇOVÁ, 2006, s. 10

⁷³ tamtéž

H0: Mezi léčbou a spokojeností se zdravím u pacientů není vztah.

3.4.3 Jaký je vliv léčby na fyzické zdraví?

Proměnnou, která je zde definována ve významu fyzické zdraví, uvádí Dragomirecká jako zahrnující: „...*mobilitu, schopnost vykonávat běžné každodenní činnosti, schopnost pracovat a případnou závislost na zdravotní péči...*“⁷⁴

Výše uvedená výzkumná otázka vyjadřuje vztah mezi léčbou a Fyzickým zdravím, změnou DOM1 před zahájením léčby a DOM1 po ukončení léčby. Stanovení hypotéz k výzkumné otázce:

H3: Vlivem léčby selepší fyzické zdraví pacientů.

H0: Mezi léčbou a fyzickým zdravím není vztah.

3.4.4 Jaký je vliv léčby na prožívání pacientů?

Proměnnou, která je zde definována ve významu prožívání, uvádí Dragomirecká jako: „...*psychologické zdraví včetně náladu, kognitivních funkcí a vztahu k sobě*“⁷⁵

Výše uvedená výzkumná otázka vyjadřuje vztah mezi léčbou a Prožíváním, změnou DOM2 před zahájením léčby a DOM2 po ukončení léčby. Stanovení hypotéz k výzkumné otázce:

H4: Vlivem léčby selepší prožívání pacientů.

H0: Mezi léčbou a prožíváním není vztah.

3.4.5 Jaký je vliv léčby na sociální vztahy pacientů?

Proměnnou, která je zde definována ve významu sociální vztahy, uvádí Dragomirecká jako oblast: „...*kam patří blízké osobní vztahy, partnerství a širší sociální prostředí*“⁷⁶

⁷⁴ tamtéž

⁷⁵ tamtéž

⁷⁶ DRAGOMIRECKÁ, BARTOŇOVÁ, 2006, s.17

Výše uvedená výzkumná otázka vyjadřuje vztah mezi léčbou a Sociálními vztahy, změnou DOM3 před zahájením léčby a DOM3 po ukončení léčby. Stanovení hypotéz k výzkumné otázce:

H5: Vlivem léčby selepší sociální vztahy pacientů.

H0: Mezi léčbou a sociálními vztahy není vztah.

3.4.6 Jaký je vliv léčby na prostředí pacientů?

Proměnnou, definovanou jako prostředí, určuje Dragomirecká jako „...*popisující životní podmínky včetně podnětnosti, bezpečí a celkové kvality okolního prostředí, finanční situace a kvality péče*“⁷⁷

Výše uvedená výzkumná otázka vyjadřuje vztah mezi léčbou a Prostředím pacientů, změnou DOM4 před zahájením léčby a DOM4 po ukončení léčby. Stanovení hypotéz k výzkumné otázce:

H6: Vlivem léčby selepší prostředí pacientů.

H0: Mezi léčbou a prostředím není vztah.

3.5 Dotazník WHOQOL-Bref

Kvalita života je identifikována jako teoretický konstrukt. Sama o sobě tedy není identifikovatelná, nelze ji vidět a tedy není možné ji přímo měřit. Pro účely výzkumu je nutné každému teoretickému konstruktu přiřadit fenomény, které k němu odkazují, respektive vystihují ho, tedy formátují indikátory, které kvalitu života charakterizují.

„...Konceptuálně se výzkum opírá o subjektivní škály QoL. A dominantním metodologickým rámcem se stala psychometrie (Rapley 2003). Ustálilo se pojetí QoL jako mnohorozměrného jevu. V řeči psychometrie je QoL složená z n domén. Je předmětem debaty, kolik domén „doopravdy“ je. Doménou jsou: osobní rozvoj, sebeurčení, mezilidské vztahy, sociální začlenění, práva, duševní pohoda, fyzické zdraví, a podobně. Zda se

⁷⁷ DRAGOMIRECKÁ, BARTOŇOVÁ, 2006, s.17

domény překrývají a které jsou reálnější je stále otevřená otázka, která se řeší v rámci psychometrického testování a zejména faktorové analýzy.“⁷⁸ uvádí Kocman.

Kvalita života je nejčastěji zjišťována pomocí dotazníků. Všeobecné dotazníky se užívají pro zdravou populaci i v jakémkoliv souboru pacientů. Jejich prostřednictvím je možné srovnávat různé podmínky, srovnávat různé soubory osob, jsou vhodné i pro populační šetření. Dále existují speciální typy dotazníků, které zjišťují specifické důsledky specifického onemocnění. Tento typ dotazníku úžeji reflektuje klinické změny, výsledky výzkumu z těchto dotazníků lze hůře srovnávat, nebo z nich provádět obecné závěry.

Pacienti denního stacionáře pro adolescenty, kde bylo výzkumné šetření prováděno, nejsou pro léčbu indikováni jednotnou diagnózou, podmínkou přijetí je pouze věk a psychické obtíže (viz.výše). Z toho důvodu jsem se rozhodla použít všeobecný dotazník WHOQOL, konkrétně WHOQOL-BREF s 26 položkami, který je nejčastěji využíván v praxi a je vhodný i pro pacienty s různými druhy obtíží. Jedná se o zkrácenou verzi původního typu WHOQOL-100, která se jeví pro klinickou praxi příliš dlouhá.

Faktorová i vnitřní konzistence původní i české verze dotazníku byla analýzami potvrzena jako velmi dobrá. Při testování zdravých respondentů a respondentů s onemocněním se skóry významně lišily. Reliabilita byla provedena retestem, opakovaným testováním u stejných respondentů, také s dobrým výsledkem. WHOQOL-BREF byl testován celkem ve 23 zemích.⁷⁹

3.5.1 Domény

Dotazník WHOQOL-BREF se skládá ze 2 položek celkového hodnocení, tj. kvality života a zdraví, a dále z dalších 24 položek, které se týkají celkem čtyř oblastí a to: fyzické, psychologické a sociální oblasti a prostředí. Z těchto čtyř oblastí byly vytvořeny čtyři odpovídající domény: Fyzické zdraví, Prožívání, Sociální vztahy, Prostedí. Doménu Fyzické zdraví (DOM1) tvoří celkem 7 položek, doménu Prožívání (DOM2) tvoří celkem šest položek, doménu Sociální vztahy (DOM3) tvoří celkem tři položky a doménu Prostedí (DOM4) tvoří celkem osm položek.

Doména DOM1, Fyzické zdraví, se zaměřuje na bolest a nepříjemné pocity, energii a únavu a spánek a odpočinek. U bolesti a nepříjemných pocitů se zaměřuje na to, jak je

⁷⁸ KOCMAN, 2011, s.5

⁷⁹ DRAGOMIRECKÁ, BARTOŇOVÁ, 2006, s.14

respondent prožívá a jak je jimi ovlivněn jeho běžný život. Zda je možné bolest kontrolovat, jak je obtížné, respektive snadné, dosáhnout úlevy. Předpokladem je vztah mezi strachem z bolesti, bolestí a kvalitou života, tedy, čím lépe respondent může dosáhnout úlevy od bolesti, tím menší je obava z bolesti a tím méně se kvalita života zhoršuje. Položky týkající se energie a únavy jsou zaměřeny na schopnost zvládat nezbytné úkony běžného dne i dalších, specifických, například produktivního trávení volného času a obecně chuti do života a životní síly. Oddíl spánku a odpočinku mapuje jak problémy v této oblasti, zejména problémy s usínáním, nemožnost usnutí, probouzení během spánku, nedostatečný pocit odpočinku po spánku a další, ovlivňují kvalitu respondentova života.

Doména DOM2, Prožívání, je zaměřena na pozitivní pocity, myšlení, paměť a soustředění, sebedůvěru a sebeúctu, vnímání těla a vzhledu a negativní pocity. Pozitivní pocity zkoumá z hlediska zažívání pocitu spokojenosti, harmonie, klidu, štěstí, naděje, pohledu na budoucnost a radosti a potěšení z dobrých věcí v životě respondenta. Faceta myšlení, učení, paměť a soustředění se zabývá hodnocením respondenta jaká je jeho schopnost se soustředit, rozhodovat, jaká je rychlost a jasnost jeho myšlení. Oddíl sebedůvěra a sebeúcta se zaměřuje na vlastní názor na sebe sama. Zabývá se vlastním přijetím, úspěšností, vlastní spokojeností se sebou samým, zda souvisí s vlastním výkonem, s přijetím od ostatních lidí, jak moc si věří, jak moc si váží sám sebe atd. Oddíl vnímání vlastního těla a vzhledu určuje, jak respondent vnímá svoje tělo, jak dokáže akceptovat svůj tělesný vzhled a jaký to má vliv na jeho celkové vnímání sebe sama. Negativní pocity se zaměřují na vyhodnocení prožívání pocitů smutku, viny, úzkosti, jak často je cítí, nakolik si dělá respondent starosti a jiné.

Doména DOM3, Sociální vztahy, se zaměřuje na osobní vztahy, sociální podporu od okolí a sexuální život. Faceta osobních vztahů je zaměřena na otázky týkající se důvěrných osobních vztahů jako je přátelství a láska, tedy nakolik jsou v životě respondenta obsaženy, zda cítí, že je milován a sám je schopen cítit lásku k druhým, obsahuje např. i otázky na pocity osamělosti. Oddíl sociální podpory od okolí zjišťuje, jaká je míra prožívání pocitu, že mu blízcí lidé z rodiny i okolí poskytují, nebo jsou ochotni mu poskytnout pomoc, jakou potřebuje a také v době, kdy ji potřebuje, zda vnímá, že na své problémy není sám a vnímá důvěru od okolí. Faceta sexuálního života je zaměřena na spokojenost se sexuálním životem a důraz klade na přání, vyjádření, možnosti a naplnění v sexuální oblasti. Není relevantní jaká je sexuální orientace respondenta.

Doména DOM4, Prostředí, se dotýká pocitů týkajících se vlastního fyzického bezpečí a jistoty, domácího prostředí, finanční situace, zdravotní a sociální péče, možností

získávat nové informace a dovednosti, volného času a zálib, životního prostředí a dopravy. Oddíl fyzického bezpečí a jistoty se zaměřuje na pocity ohrožení, možnosti napadení, pocitu svobody. Faceta domácího prostředí se zabývá situací, jak je příjemné místo, kde respondent žije, jak bydlení odpovídá jeho potřebám, jak vnímá bezprostřední okolí bydliště a jak to ovlivňuje jeho život. Oddíl finanční situace respondentovi umožňuje zhodnotit jak je uspokojena jeho materiální potřeba a potřeba finančních prostředků, zda má dost peněz k uspokojení svých potřeb atd. Faceta zdravotní a sociální péče se zaměřuje na dostupnost a kvalitu, respektive jaký je názor respondenta na to, jak vnímá její dosažitelnost v rámci svého života, bydliště i jak vnímá její rozsah a kvalitu. Otázky se týkají i návazných, například sociálních služeb. Faceta možností získávání nových informací a dovedností se orientuje na zjištění, jaké možnosti a zájem má respondent k získávání nových znalostí, zda má přístup k informacím, které potřebuje pro svůj každodenní život atd. Oddíl volného času a zálib je zaměřen na zájmové a rekreační činnosti, zjišťuje nakolik má respondent prostor pro trávení volného času, jakou má možnost věnovat se svým zálibám, jaké pociťuje potěšení z trávení volného času atd. Faceta životního prostředí zahrnuje názory respondenta na vlivy klimatických podmínek, hlučnosti, celkový vzhled okolního prostředí, kde respondent žije atd. Oddíl dopravy zjišťuje jak respondent vnímá dopravní obslužnost v místě kde žije, jak snadné je použití dopravních prostředků, jak moc problémy omezují jeho život.⁸⁰

Přehled položek, které jsou přiřazeny jednotlivým doménám uvádím přehledně v tabulce, v příloze č. 3. Jednotlivé položky jsou označeny q3-q26. Dvě samostatné položky kvalita života a spokojenost se zdravím jsou označeny Q1 a Q2. Označení položek bylo důležité zachovat i pro zpracování z písemné formy dotazníků do souboru a následně tvorbu vzorců pro zpracování dat i výpočet hrubých skór.

3.5.2 Škály

Položky dotazníku jsou hodnoceny pomocí pětistupňové Likertovy škály, která vyjadřuje množství. Stupně jsou rozlišeny na škály množství, kapacitu, frekvenci a hodnocení dle formulace otázek. Množství, vyjadřující *jak moc*, je možné hodnotit vyjádřením pomocí stupnice: vůbec ne- trochu- středně- hodně- maximálně. Otázky na množství zjišťují, jak moc respondent prožíval určité věci. Kapacita, vyjadřující hledisko *v jakém rozsahu*, je hodnocena stupnicí: vůbec ne- spíše ne- středně - většinou ano-

⁸⁰ DRAGOMIRECKÁ, BARTOŇOVÁ, 2006, s.59

zcela. Otázky na kapacitu zjišťují, v jakém rozsahu respondent prováděl, nebo mohl provádět určité činnosti. Frekvence, vyjadřující *jak často*, je určováno stupnicí: nikdy- někdy -středně- celkem často - neustále. Otázky na frekvenci zjišťují, jak často respondent prožíval určité věci. Hodnocení, probíhá na stupnici: velmi špatná- špatná- ani špatná ani dobrá- dobrá- velmi dobrá, a dále: velmi nespokojen- nespokojen- ani spokojen ani nespokojen- spokojen- velmi spokojen. Otázky na hodnocení zjišťují, jak byl respondent šťastný, nebo spokojený s různými oblastmi svého života. Všechny odpovědi se týkají období posledních dvou týdnů respondentova života před vyplněním dotazníku.

3.5.3 Administrace dotazníku

Dotazník je koncipován způsobem, který umožňuje, aby mohl být respondentem vyplňován samostatně, v případě potřeby lze provést administraci prostřednictvím rozhovoru, přičemž v druhém případě je nutné zohlednit potřebu delší doby k vyplnění dotazníku. Doba při samostatném vyplňování dotazníku respondentem se uvádí cca 5 minut, prostřednictvím rozhovoru 15-20 minut. V případě mého dotazníkového šetření všichni respondenti vyplňovali dotazník samostatně, doba vyplňování se pohybovala cca 5-8 minut. Vzhledem ke skutečnosti, že dotazník je primárně určen pro dospělé jedince považovala jsem za vhodné předem respondenty s dotazníkem podrobně seznámit a před vyplněním se ujistit, že respondenti ve věku adolescentů plně porozuměli obsahu i způsobu vyplňování dotazníku, respondentům však nebyly otázky pojmy ani otázky nijak interpretovány. Součástí dotazníku také byla stránka s instrukcemi o vyplnění. Dále měli respondenti možnost se mne dotázat v průběhu vyplňování dotazníku. Respondenti neměli s pochopením, porozuměním a vyplněním dotazníku žádné obtíže, mohu tedy vyplněné dotazníky považovat za relevantní.

Dotazník byl předkládán respondentům při zahájení léčby, tedy při přijetí do denního stacionáře a následně při ukončení léčby, výstupu z denního stacionáře. Vzhledem k tomu, že pacienti jsou přijímáni do stacionáře průběžně, bylo nutné zajistit pro právě přijímané pacienty prostor pro vyplnění dotazníku, tedy klidné místo s minimem rušivých vlivů, stranou od ostatních pacientů, kteří se v té době v denním stacionáři nacházeli. Pro tento účel byla ve většině případů využita uzavřená místnost na oddělení stacionáře, určená pro skupinovou psychoterapii. Dotazník byl předkládán v papírové formě.

3.5.4 Výpočet skór

Výsledky jsou vyjádřeny jako doménové skóry. Doménový skór se rovná průměrnému hrubému skóru vypočtenému z jednotlivých položek odpovídajících dané doméně. Tvorbu skórů jsem provedla pomocí počítačové aplikace EXCEL. Datový soubor bylo nutné sestavit do matice o 44 řádcích. Odpovědi každého respondenta na všechny otázky byly uvedeny vždy na jednom řádku, počet řádků tedy odpovídá počtu respondentů. Dále matice obsahuje 26 sloupců, v Excelu označené jako A-Z, které odpovídají položkám q1-q26, tedy odpovídají jednotlivým otázkám dotazníku. Za maticí byl uveden také identifikátor pohlaví, ve sloupci AG byla uvedena numerická hodnota označující ženu číslem 0 a numerická hodnota označující muže číslem 1.

Matice byla naplněna číselnými daty z dotazníku, respektive v matici byly zachyceny číselné hodnoty jednotlivých odpovědí. Například v odpovědi respondenta na otázku č.16 jak je spokojen se svým spánkem, uvedl velmi nespokojen, odpovídá číselná hodnota odpovědi číslu 1. Do matice byla převedena v řádku daného respondenta a sloupci q16 numerická hodnota 1. Takto byly převedeny do matice numerické hodnoty všech respondentů pro všechny otázky. Vzhledem ke skutečnosti, že šetření bylo prováděno dvakrát, na počátku i na konci léčby, bylo nutné zpracovat dvě matice, pro první a druhé šetření zvlášť, aby bylo možné zároveň porovnat, zda a jak se hodnoty skór změnily po léčbě, oproti stavu před léčbou. Další čtyři sloupce, v Excelu označeny jako AA, AB, AC, AD, odpovídají čtyřem doménám DOM1-DOM4. Pro každou doménu a každého respondenta bylo třeba zadat vzorec výpočtu hrubého skór, který byl zkopírován pro každý řádek matice. Pro doménu DOM1, Fyzické zdraví, řádku 2, který odpovídá prvnímu respondentovi, je vzorec určen:

$$=\text{PRŮMĚR}((6-C2);(6-D2);J2;O2;P2;Q2;R2)*4.$$

Argumenty funkce jsou odkazy na buňky, které jsou v jediném řádku ve sloupcích příslušných položek, tedy C2=q3, D2=q4, J2=q10, O2=q15, P2=q16, Q2=q17, R2=q18). Při výpočtu bylo nutné otočit některé škály, proto je ve vzorci hodnota uvedena od čísla šest. U domény DOM2, Prožívání, byl zapsán vzorec do buňky AB, ve druhém řádku, pro výpočet v následujícím tvaru:

$$=\text{PRŮMĚR}(E2;F2;G2;K2,S2;(6-Z2))*4 .$$

Pro doménu DOM3, Sociální vztahy, byl zapsán vzorec do buňky AC, ve druhém řádku, pro výpočet ve tvaru:

$$=\text{PRŮMĚR}(T2;U2;V2)*4 .$$

Pro doménu DOM4, Prostředí, byl uveden vzorec v buňce AD, na řádku číslo dva, pro výpočet ve tvaru:

$$=\text{PRŮMĚR}(H2;I2;L2;M2;N2;W2;X2;Y2)*4$$

Pro průměrné hrubé skóry u jednotlivých domén za celý soubor byl vzorec umístěn do buňky pod každým sloupcem u každé z domén ve tvaru:

$$\begin{aligned} &=\text{PRŮMĚR}(AA2:AA44),=\text{PRŮMĚR}(AB2:AB44),=\text{PRŮMĚR}(AC2:AC44), \\ &=\text{PRŮMĚR}(AD2:AD44). \end{aligned}$$

3.6 Měření

Pro kvantitativní přístup je charakteristické zachycení velikosti jevu nebo množství jevu měřením. Přiřazování numerických hodnot se v rámci kvantitativního přístupu děje vždy dle určitých, předem stanovených pravidel. „*Stanovení pravidla pro přiřazování je pro kvalitu měření nejdůležitější. Vyjádřeno matematicky, jde o to, nalézt funkci (pravidlo) pro přiřazování prvků množiny měřených objektů k prvkům množiny čísel.*“⁸¹ uvádí Chráska. Tuto funkci pak lze vyjádřit jako:

$$f = \{(x,y)\}$$

V případě výzkumu této diplomové práce se jednalo o Likertovu pětistupňovou škálu, které byly přiřazeny hodnoty takto:

Hodnota 1 byla přiřazena odpovědím: velmi špatná, vůbec ne, velmi špatně, velmi nespokojen, nikdy.

⁸¹ CHRÁSKA, 2006, s.18

Hodnota 2 byla přiřazena odpovědím: špatná, trochu, spíše ne, špatně, nespokojen, někdy.

Hodnota 3 byla přiřazena odpovědím: ani špatná ani dobrá, středně, ani dobře ani špatně, ani nespokojen ani spokojen.

Hodnota 4 byla přiřazena odpovědím: dobrá, hodně, většinou ano, dobře, spokojen, celkem často.

Hodnota 5 byla přiřazena odpovědím: velmi dobrá, maximálně, zcela, velmi dobře, velmi spokojen, neustále.

3.6.1 Charakteristiky polohy

V kvantitativním výzkumu ověřujeme hypotézy, jejich platnost, pomocí sběru hromadných dat. Zvolíme-li k jejich zpracování nejčastěji užívané metody, kterými jsou aritmetický průměr, medián a modus, získáme hodnotu, která všechny hodnoty souboru charakterizuje. Pomocí nich odhadujeme střední hodnotu souboru, která není známa. Aritmetický průměr byl vypočten pro jednotlivé domény DOM1-DOM4 dle vzorce:

$$\bar{x} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i.$$

Matematické vyjádření aritmetického průměru můžeme využít pro odvozování dalších vztahů. Výhodou je, že je závislý na všech hodnotách celého souboru, je však citlivý na extrémně odchýlené hodnoty, které se v souboru mohou vyskytovat.

Medián je prostřední hodnota souboru. Nejprve je nutné data v souboru seřadit dle velikosti. Medián pak můžeme určit jako hodnotu, která rozděluje soubor na dvě stejné části. Je-li počet hodnot v souboru liché, lze určit jako medián přesně jednu hodnotu, která je přímo v jeho středu. Je-li počet hodnot v souboru sudý, určíme medián průměrem ze dvou prostředních hodnot. Medián není tolik citlivý na odlehlé hodnoty jako aritmetický průměr. Medián byl vypočten pro domény DOM1-DOM4.

Chceme-li stanovit střední hodnotu souboru, využijeme modus. Modusem získáme hodnotu, která je v souboru obsažena nejčastěji. Také modus je nezávislý na extrémních hodnotách.

„ Pomocí charakteristik polohy (měr ústřední tendence) je možno si učinit základní představu o datech, která zpracováváme- ale tato představa není zdaleka úplná. Charakteristika polohy nic neříká o skladbě hodnot, z nichž byla vypočítána. Informaci o tom, jak dalece jsou hodnoty kolem střední hodnoty nakupeny či naopak rozptýleny, vyjadřují míry variability (charakteristiky rozptýlení). “⁸²uvádí Chráska.

Pro stanovení míry variability bylo použito standardní (směrodatné) odchylky, která je aritmetickým průměrem čtverců odchylek od aritmetického průměru, dle vzorce:

$$s = \sqrt{s^2}$$

Směrodatná odchylka byla vypočtena zvlášť pro muže a ženy pro domény DOM1-DOM4 a dále zvlášť pro muže a ženy pro dvě základní teze Q1 a Q2.

3.7 Korelační výzkum

Cílem korelačního výzkumu je „...zjistit vzájemné vztahy mezi proměnnými; na rozdíl od experimentu korelační výzkum neposkytuje přímé informace o kauzálních vztazích mezi jevy, na příčinné vztahy umožňuje pouze usuzovat, výsledky výzkumů mají význam pro predikci, mívají bezprostřední použitelnost v praxi, korelační výzkum může nahradit experiment tam, kde nelze experiment uskutečnit (např. z etických důvodů)“⁸³ uvádí Srnec.

V korelačním výzkumu nejde o manipulaci s proměnnými, jako v případě jiné kvantitativní metody, např. experimentu, tedy neposkytuje výslednou informaci o tom, která proměnná má vliv na jinou proměnou, respektive nezjišťuje příčinu a následek. Korelační výzkum proměnné měří a zjišťuje zda a jak úzce spolu souvisejí. Variabilita je tedy dána rozptylem hodnot na stupnicích, škálách, nebo intenzitou projevu, zařazuje je do učité kategorie. Vzájemné vztahy mezi proměnnými lze zkoumat v různých podmínkách i obecně. Jde o typ výzkumu, který je v psychosociální oblasti často využíván. Ve výzkumu v diplomové práci jsou zjišťovány korelace mezi kvalitou života a čtyřmi vytvořenými doménami: fyzické zdraví, sociální vztahy, prožívání a prostředí.

⁸² CHRÁSKA, 2006, s.57

⁸³ SRNEC, 2006, s. 17

Pro výpočet korelace byl zvolen Pearsonův koeficient pořadové korelace, který je málo citlivý na přítomnost vybočujících hodnot, pomocí kterého je možné určit, jak úzce, spolu dva měřené jevy souvisí. Korelací je možné určit mezi veličinami vzájemnou statistickou závislost. Korelační koeficient nabývá hodnot inrevalu (-1, +1). Při změně pořadí proměnných se výše korelačního koeficientu nemění. Čím je hodnota koeficientu bližší koncovým hodnotám intervalu, tedy hodnotě -1 a +1, tím těsnější je vztah mezi zkoumanými jevy. Hodnota korelačního koeficientu -1 značí zcela nepřímou závislost, tedy čím více se zvětší hodnoty v první skupině znaků, tím více se zmenší hodnoty ve druhé skupině znaků. Hodnota korelačního koeficientu +1 značí zcela přímou závislost, tedy čím více se zvětší hodnota v první skupině znaků, tím více se zvětší hodnoty v druhé skupině znaků. Korelační koeficient, jehož hodnota se rovná nule určuje, že mezi jevy není žádný vztah. Korelační koeficient nepodává informaci o příčinných souvislostech, v rámci interpretace výsledků je tedy nutné vzít v potaz skutečnost, že ani při vysoké vzájemné korelaci nelze určit, že jeden z jevů musí být příčinou a druhý následkem. Vztah závislosti proměnných může být také výsledkem působení jiné, neměřené proměnné.

Nelze předpokládat, že koeficient bude nabývat extrémních, tedy koncových hodnot intervalu, je nutné blíže interval rozklíčovat. Chráska uvádí interpretaci korelačního koeficientu (r) takto: Při $r= 1$ je mezi jevy naprostá závislost. Pohybuje-li se koeficient v pásmu $1,00 > r \geq 0,90$ je mezi zkoumanými jevy velmi vysoká závislost. Je-li hodnota koeficientu $0,90 > r \geq 0,70$ je mezi jevy vysoká závislost. Při $0,70 > r \geq 0,40$ uvažujeme mezi jevy střední závislost. Nízkou závislost určuje výsledek koeficientu $0,40 > r \geq 0,20$. Výsledek koeficientu v intervalu $0,20 > r \geq 0,00$ určuje velmi slabou závislost. Při $r=0$ uvažujeme naprostou nezávislost.⁸⁴

Pro ověřování hypotéz byl použit Pearsonův korelační koeficient. Pearsonův korelační koeficient je nástroj pro měření síly lineární závislosti mezi dvěma veličinami, korelace tedy neznamená kauzalitu. Výpočet byl proveden dle níže uvedeného vzorce, kde s_x je směrodatná odchylka proměnné X, s_y směrodatná odchylka proměnné Y a s_{xy} takzvaná kovariance proměnných X a Y:

$$r = \frac{s_{xy}}{s_x s_y}$$

⁸⁴ CHRÁSKA, 2007, s. 68

Koeficient v této práci vyjadřuje významnost změny Q1, Q2, DOM1, DOM2, DOM3 a DOM4 před zahájením léčby a po ukončení léčby. Koeficient byl dále použit pro výpočet vztahů mezi kvalitou života a zdravotním stavem, tedy mezi Q1 a Q2, zvláště pro muže a ženy. Dále byl určen pro vztah mezi Q1 a jednotlivými doménami DOM1-DOM4 a dále mezi Q2 a DOM1-DOM4. Pro výpočty byl použit statistický program SPSS.

4 VYHODNOCENÍ VÝZKUMU

Výzkum vlivu komunitně-skupinové práce v denním stacionáři na kvalitu života adolescentů byl vyhodnocen dle výše uvedené metodologie. Celkem bylo osloveno 55 potencionálních respondentů výzkumu. Jeden nezletilý pacient byl z oslovení vyřazen z důvodu jeho momentální situace, pacient byl dočasně umístěn v dětském domově, nebylo možné zajistit souhlas zákonných zástupců. Šest pacientů se výzkumného projektu odmítlo zúčastnit, informovaný souhlas podepsalo celkem 49 pacientů. Pět pacientů bylo vyřazeno z důvodu, že od těchto pacientů nebyla získána všechna potřebná data, uvedení respondenti nedoložili vyplněné dotazníky. Celkem dotazníky vyplnilo 44 respondentů. návratnost dotazníků byla tedy 90 %.

4.1 Zpracování získaných dat z dotazníku WHOQOL-BREF

Data získaná z dotazníků vyplněných respondenty, pacienty Denního stacionáře pro adolescenty, byla zpracována dle pokynů uvedených v Příručce pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF, WHOQOL-100. Manuál pro vyhodnocení byl připraven v Laboratoři sociální psychiatrie Psychiatrického centra Praha, která je odpovědným centrem za vývoj českých verzí nástrojů WHOQOL.⁸⁵

Data jsem přepsala do matice, která obsahuje celkem 44 řádků, které odpovídají jednotlivým respondentům, a celkem 26 sloupců s numerickými hodnotami odpovědí otázek. V dotazníku při zahájení léčby, dále jen Dotazník č.1, u respondenta uvedeného na ř. 43, u otázky č. q15 *Jak se dokážete pohybovat?*, nebyla uvedena odpověď. Numerická hodnota odpovědi byla nahrazena průměrnou hodnotou u této otázky. V dotazníku při ukončení léčby, dále jen Dotazník č.2, respondenti odpověděli na všechny otázky. Pro lepší přehlednost jsem jednotlivé položky q1 až q26 v matici označila barevně podle toho, ke které doméně jsou přiřazeny. Domény byly označeny stejnou barvou.

Rozpětí škály u jednotlivých otázek je 1-5. U domén je rozpětí škály 4-20. Vyšší skóre znamená lepší kvalitu života. Při mém využití WHOQOL bylo nutné při vyhodnocování rozlišit skutečnost, která se vztahuje k homogenitě skupiny. V tabulce č. 2 jsou zachyceny průměrné hrubé skóre uváděné v příručce pro uživatele; ty byly

⁸⁵ DRAGOMIRECKÁ, BARTOŇOVÁ, 2006, s.7

vytvořeny z výzkumného souboru z běžné populace. V tabulce č. 3 jsou uvedeny průměrné hrubé skóry uváděné v příručce pro uživatele; ty byly vytvořeny z výzkumného souboru pacientů (dále jen pacienti WHOQOL) s fyzickými i psychickými typy onemocnění: pacienti po chirurgické léčbě obezity, pacienti po operaci slinivky, pacienti s Parkinsonovou nemocí, pacienti se schizofrenií. Lze tedy předpokládat, že průměrné hrubé skóry u pacientů WHOQOL budou jiné u pacientů s fyzickým onemocněním, než u pacientů s psychickým onemocněním, celkové hrubé skóry pacientů WHOQOL budou považovat za orientační a srovnání hrubých skór respondentů provedu i vůči výsledkům z běžné populace. Zjišťované skóry toho výzkumu se týkaly pacientů Denního stacionáře pro adolescenty, na Psychiatrické klinice VFN, týkaly se tedy respondentů, u kterých se předpokládá snížená kvalita života. Dosažením například průměrné kvality života jako u běžné populace může být velmi úspěšným cílovým stavem pacienta. Změnu vnímání kvality života lze zachytit porovnáním výsledků před a po léčbě.

Typ domény	Hrubý skór
Q1 Celková kvalita života	3,82
Q2 Zdravotní stav	3,68
DOM1 Fyzické zdraví	15,49 (+/- 2,56)
DOM2 Prožívání	14,80 (+/- 2,34)
DOM3 Sociální vztahy	14,93 (+/- 2,74)
DOM4 Prostředí	13,41 (+/- 2,07)

Tabulka č. 2 : Průměrné hrubé skóry WHOQOL-BREF, běžná populace

Typ domény	Hrubý skór
Q1 Celková kvalita života	3,82
Q2 Zdravotní stav	3,68
DOM1 Fyzické zdraví	12,46 (+/- 2,55)
DOM2 Prožívání	12,97 (+/- 2,7)
DOM3 Sociální vztahy	12,92 (+/- 3,05)
DOM4 Prostředí	13,45 (+/- 2,18)

Tabulka č. 3 : Průměrné hrubé skóry WHOQOL-BREF, pacienti WHOQOL

4.1.1 Vyhodnocení kvality života adolescentů z Dotazníku č.1, při přijetí do léčby

Průměrná hodnota výsledku vnímání kvality života adolescentů při přijetí do léčby v denním stacionáři byla 3,41. Celkový zdravotní stav byl vyhodnocen průměrem všech odpovědí adolescentů v hodnotě 3,27. Průměrný skór, který uvádí příručka pro uživatele, u položky Q1, kvalita života, činí 3,82, průměrný skór u položky q2, týkající se spokojenosti se zdravím je 3,68. Porovnáním zjištěných a uváděných průměrných skór byla identifikována nižší než průměrná hodnota u běžné populace vnímání kvality života a spokojenosti se zdravotním stavem při zahájení léčby.

Průměrný zjištěný skór u DOM1, Fyzické zdraví, činí 13,38, což je nižší než průměrný hrubý skór u běžné populace, ale zároveň je vyšší než průměrný hrubý skór u pacientů WHOQOL. Můžeme předpokládat, že fyzické zdraví není vnímáno respondenty jako výrazně horší vzhledem ke kvalitě života.

Průměrný zjištěný hrubý skór u DOM2, Prožívání, činí 11,59, hodnota je výrazně nižší než u běžné populace, zjištěná hodnota je nižší i než průměrný hrubý skór u pacientů. Můžeme tedy předpokládat, že psychické obtíže respondentů mají velký vliv na prožívání. Vnímání prožívání u respondentů je výrazně horší než u běžné populace a zároveň horší než u pacientů WHOQOL, záporně ovlivňuje kvalitu života.

Průměrný zjištěný hrubý skór u DOM3, Sociální vztahy, činí 13,88, hodnota se těsně blíží průměrnému skór u běžné populace, je vyšší než u průměrných skór u pacientů WHOQOL. Vnímání sociálních vztahů vzhledem ke kvalitě života je podobné jako u běžné populace a je lepší než u pacientů WHOQOL.

Průměrný zjištěný hrubý skór u DOM4, Prostředí, činí 14,32, hodnota je mírně nižší než u běžné populace a opět vyšší, než u pacientů WHOQOL. Vnímání prostředí vzhledem ke kvalitě života je přibližně podobné jako u normální populace a lepší vzhledem k pacientům WHOQOL.

Typ domény	Hrubý skór
Q1 Celková kvalita života	3,41
Q2 Zdravotní stav	3,27
DOM1 Fyzické zdraví	13,38
DOM2 Prožívání	11,59
DOM3 Sociální vztahy	13,88
DOM4 Prostředí	14,32

Tabulka č. 4 : Výsledné zjištěné hrubé skóry při přijetí do léčby

4.1.2 Vyhodnocení kvality života adolescentů z Dotazníku č.2, při ukončení léčby

Průměrná hodnota výsledku vnímání kvality života adolescentů při ukončení léčby v denním stacionáři byla 3,68. Celkový zdravotní stav byl vyhodnocen průměrem všech odpovědí adolescentů v hodnotě 3,57. Porovnáním zjištěných skór s průměrnými skóry, viz výše, se hodnoty při ukončení léčby blíží hodnotám průměrných skórů, které uvádí příručka pro uživatele, u položky Q1, Kvalita života, činí 3,82, průměrný skór u položky Q2, Zdravotní stav, je roven 3,68. Porovnáním zjištěných a uváděných průměrných skór byla identifikována průměrná hodnota blížící se těsně průměrné kvalitě života běžné populace a zároveň vyšší než u pacientů WHOQOL. Tento výsledek u respondentů s predikovanou nízkou kvalitou života vzhledem k onemocnění můžeme považovat za úspěšný.

Průměrný zjištěný skór u DOM1, Fyzické zdraví, činí 14,66, což je mírně nižší než průměrný hrubý skór u běžné populace, ale zároveň je vyšší než průměrný hrubý skór u pacientů WHOQOL. Fyzické zdraví není vnímáno respondenty jako výrazně horší vzhledem ke kvalitě života.

Průměrný zjištěný hrubý skór u DOM2, Prožívání, činí 12,65, hodnota je stále výrazně nižší než u běžné populace, zjištěná hodnota se těsně blíží průměrnému hrubému skór u pacientů WHOQOL. Vnímání prožívání, vzhledem ke kvalitě života, je u respondentů výrazně horší než u běžné populace a zároveň nižší než u pacientů WHOQOL.

Průměrný zjištěný hrubý skór u DOM3, Sociální vztahy, činí 14,55, hodnota se těsně blíží průměrné hodnotě hrubých skór u běžné populace a je výrazně vyšší než

u průměrných skór u pacientů WHOQOL. Vnímání sociálních vztahů, vzhledem ke kvalitě života je podobné jako u normální populace a je výrazně lepší než u pacientů WHOQOL.

Průměrný zjištěný hrubý skór u DOM4, Prostředí, činí 14,95, hodnota je vyšší než u běžné populace a výrazně vyšší, než u pacientů WHOQOL. Vnímání prostředí, vzhledem ke kvalitě života je lepší než u běžné populace i než u pacientů WHOQOL.

Typ domény	Hrubý skór
Q1 Celková kvalita života	3,68
Q2 Zdravotní stav	3,57
DOM1 Fyzické zdraví	14,66
DOM2 Prožívání	12,65
DOM3 Sociální vztahy	14,55
DOM4 Prostředí	14,95

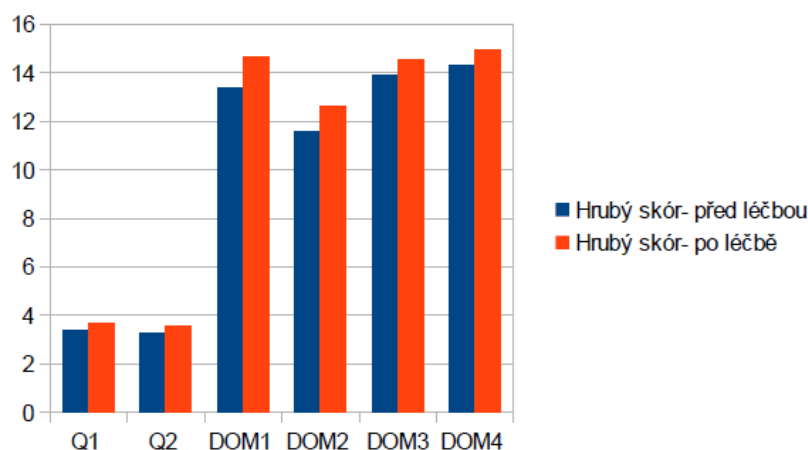
Tabulka č. 5 : Výsledné zjištěné hrubé skóry při ukončení léčby

4.1.3 Vyhodnocení srovnání kvality života při zahájení a ukončení léčby

Porovnáním kvality života před zahájením léčby a po ukončení léčby můžeme identifikovat, jak se změnilo její vnímání pacienty. V tabulce č. 6 uvádím srovnání hodnot v obou zjišťovaných případech.

Typ domény	Hrubý skór před léčbou	Hrubý skór po léčbě
Q1 Celková kvalita života	3,41	3,68
Q2 Zdravotní stav	3,27	3,57
DOM1 Fyzické zdraví	13,38	14,66
DOM2 Prožívání	11,59	12,65
DOM3 Sociální vztahy	13,88	14,55
DOM4 Prostředí	14,32	14,95

Tabulka č. 6: Srovnání zjištěných hrubých skór před zahájením léčby a po léčbě



Graf č.1: Grafické znázornění srovnání průměrných hrubých skóre před léčbou a po léčbě

Z tabulky i grafického znázornění je patrné, že všechny hodnoty hrubých skóre, které vyplývají z vyhodnocení dotazníků před zahájením a po ukončení léčby, se zvýšily. Je možné tedy vyvozovat, že léčba u respondentů má vliv na vnímání kvality života, celkového zdravotního stavu, prožívání, fyzického zdraví, sociálních vztahů i prostředí. Těsnost vztahů mezi jednotlivými proměnnými a celkovou kvalitou života jsem zjišťovala korelačním koeficientem, vyhodnocení popisují v bodě 4.2 .

4.1.4 Vyhodnocení výsledků měření charakteristik poloh

Měření charakteristik poloh se týkalo aritmetického průměru, mediánu a modusu a dále směrodatné odchylky. Měření proběhlo pro výsledky před zahájením léčby a po ukončení léčby. Vyhodnocení aritmetického průměru je totožné, jako v bodě 5.2.3, dále se jím nebudu v tomto bodě zabývat. Téměř u všech poloh se hodnoty po ukončení léčby zvýšily, i uvnitř souboru tedy došlo k homogennímu nárůstu hodnot vzhledem k zvýšené kvalitě života po ukončení léčby.

Typ domény	Medián	Modus	SD
Q1 Celková kvalita života	4	4	0,97
Q2 Zdravotní stav	3	3	0,95
DOM1 Fyzické zdraví	13,42	14	0,84
DOM2 Prožívání	11,33	9,67	0,79
DOM3 Sociální vztahy	14,67	15,33	0,88
DOM4 Prostředí	14,75	15	0,83

Tabulka č. 7: Charakteristiky polohy před zahájením léčby

Typ domény	Medián	Modus	SD
Q1 Celková kvalita života	4	4	0,86
Q2 Zdravotní stav	4	4	1,07
DOM1 Fyzické zdraví	15,43	15,43	0,94
DOM2 Prožívání	13,33	13,33	0,81
DOM3 Sociální vztahy	14,67	13,33	0,58
DOM4 Prostředí	15	15,25	0,6

Tabulka č. 8: Charakteristiky polohy po ukončení léčby

4.1.5 Rozdíly výsledků mezi muži a ženami

Níže uvedené tabulky uvádí rozdíly výsledků mezi muži a ženami a zároveň před zahájením léčby a po ukončení léčby. Výsledky jsou mezi sebou odlišeny pozadím řádku a výsledky po ukončení léčby jsou vždy uváděny jako druhé v pořadí.

	Pohlaví					
	žena			muž		
	M	SD	N	M	SD	N
Jak byste hodnotil kvalitu svého života?	3,27	0,94	33	3,82	0,98	11
Jak jste spokojen se svým zdravím?	3,15	0,87	33	3,64	1,12	11
Jak byste hodnotil kvalitu svého života?	3,55	0,79	33	4,09	0,94	11
Jak jste spokojen se svým zdravím?	3,39	0,97	33	4,09	1,22	11

Tabulka č.9: Rozdíly mezi muži a ženami v Q1 a Q2 před zahájením a po ukončení léčby

	pohlaví					
	žena			muž		
	M	SD	N	M	SD	N
1. doména: fyzické zdraví	3,30	0,85	33	3,48	0,84	11
2. doména: prožívání	2,83	0,91	33	3,09	0,83	11
3. doména: sociální vztahy	3,51	0,76	33	3,36	1,39	11
4. doména: prostředí	3,59	0,49	33	3,53	0,82	11
1. doména: fyzické zdraví	3,55	0,75	33	4,01	0,83	11
2. doména: prožívání	3,09	0,84	33	3,38	0,82	11
3. doména: sociální vztahy	3,57	0,78	33	3,85	0,89	11
4. doména: prostředí	3,68	0,50	33	3,92	0,83	11

Tabulka č. 10: Rozdíly mezi muži a ženami ve výsledcích DOM1-DOM4 před zahájením a po ukončení léčby.

Ženy dosahují v polohách uvedených v tabulce č. 9 a č.10 téměř ve všech aspektech nižších hodnot, proměna hodnot vůči stavu před zahájením léčby a po ukončení léčby se však jeví podobně u žen i u mužů.

4.2 Korelace

Pomocí Pearsonova koeficientu byla zjišťována těsnost vztahů mezi proměnnými, výsledné numerické hodnoty jsou uvedeny v tabulkách níže. Interpretaci Pearsonova korelačního koeficientu⁸⁶ vyjadřuje tabulka č. 11.

Koeficient	Interpretace
$r=1$	naprostá závislost
$1,00 > r \geq 0,90$	velmi vysoká závislost
$0,90 > r \geq 0,70$	vysoká závislost
$0,70 > r \geq 0,40$	střední závislost
$0,40 > r \geq 0,20$	nízká závislost
$0,20 > r \geq 0,00$	velmi slabá závislost
$r=0$	naprostá nezávislost

Tabulka č. 11: Interpretace Pearsonova koeficientu

4.2.1 Pearsonův korelační koeficient u Q1 a Q2

Těsnost vztahů byla výše uvedeným koeficientem zjišťována u Q1 – Kvality života a Q2 Spokojenost se zdravím. Tabulka č. 12 uvádí hodnoty koeficientu vyjadřujících vzájemný vztah před zahájením léčby a po ukončení léčby u všech pacientů dohromady, tabulka č. 13 uvádí v obou případech rozdíly výsledků mezi muži a ženami.

	Jak byste hodnotil kvalitu svého života?	Jak jste spokojen se svým zdravím?	Jak byste hodnotil kvalitu svého života?	Jak jste spokojen se svým zdravím?
Jak byste hodnotil kvalitu svého života?	–	0,456**	0,802**	0,534**
Jak jste spokojen se svým zdravím?		–	0,453**	0,556**
Jak byste hodnotil kvalitu svého života?			–	0,713**
Jak jste spokojen se svým zdravím?				–

Tabulka č. 12: Pearsonův koeficient u Q1 a Q2 u všech pacientů před zahájením a po ukončení léčby

⁸⁶ CHRÁSKA, 2007, s. 105

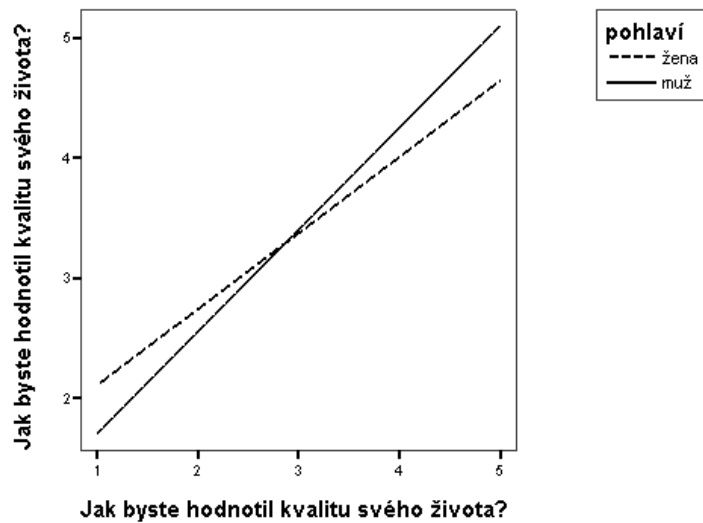
pohlaví		Jak byste hodnotil kvalitu svého života?	Jak jste spokojen se svým zdravím?	Jak byste hodnotil kvalitu svého života?	Jak jste spokojen se svým zdravím?
žena	Jak byste hodnotil kvalitu svého života?	–	0,328	0,754**	0,495**
	Jak jste spokojen se svým zdravím?		–	0,238	0,336
	Jak byste hodnotil kvalitu svého života?			–	0,689**
	Jak jste spokojen se svým zdravím?				–
muž	Jak byste hodnotil kvalitu svého života?	–	0,661*	0,883**	0,516
	Jak jste spokojen se svým zdravím?		–	0,791**	0,904**
	Jak byste hodnotil kvalitu svého života?			–	0,686*
	Jak jste spokojen se svým zdravím?				–

Tabulka č. 13: Pearsonův koeficient u Q1 a Q2 před zahájením a po ukončení léčby zvlášť pro muže a ženy

	M	SD	t	df	p
Jak byste hodnotil kvalitu svého života?	-0,273	0,585	-3,091	43	0,003

Tabulka č.14: Párový t-test, položka Q1

Z výše uvedené tabulky č. 14, z výsledků párového testu Q1 vyplývá, že po ukončení léčby je kvalita života signifikantně lepší. Záporná hodnota potvrzuje, že původní hodnota byla nižší, tedy kvalita života byla horší a zároveň, že hodnoty po ukončení léčby byly vyšší, tedy kvalita života se zvýšila. Čím je hodnota p nižší, v tomto případě je rovna 0,003, tedy nízká, tím je hodnota statisticky významnější. Níže uvedený graf pro doplnění uvádí rozdíly mezi muži a ženami.

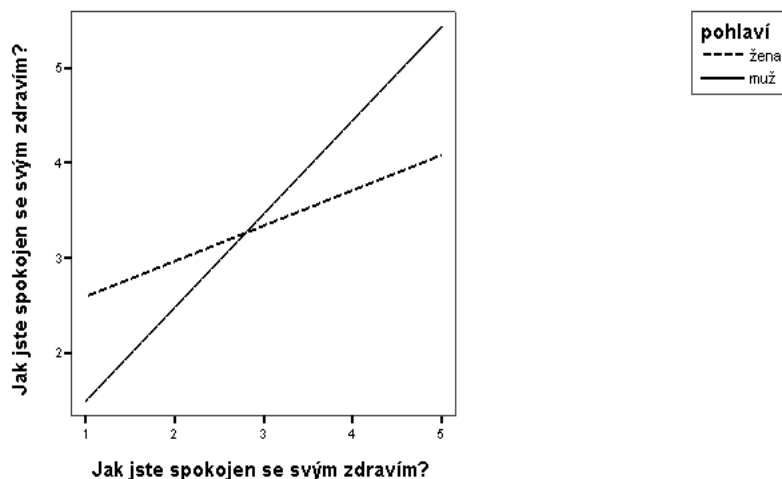


Graf č.2: Rozdíl mezi muži a ženami u Q1

Z výsledků párového testu, v tabulce č. 15, u Q2 vyplývá, že po ukončení léčby je spokojenost se zdravím signifikantně lepší. Záporná hodnota potvrzuje, že původní hodnota byla nižší, tedy spokojenost se zdravím byla horší a zároveň, že hodnoty po ukončení léčby byly vyšší, tedy spokojenost se zdravím se zvýšila. Čím je hodnota p nižší, v tomto případě je rovna 0,046, tedy nižší než 0,05, tím je hodnota statisticky významnější. Níže uvedený graf pro doplnění uvádí rozdíly mezi muži a ženami.

	M	SD	t	df	p
Jak jste spokojen se svým zdravím?	-0,295	0,954	-2,054	43	0,046

Tabulka č. 15: Párový t-test, položka Q2



Graf č.3: Rozdíl mezi muži a ženami u Q2

4.2.2 Pearsonův korelační koeficient mezi Q1 a Q2 vůči doménám DOM1-DOM4

Z důvodu různých aspektů kvality života, v tomto případě je představují čtyři domény, jsem se zaměřila také na těstnost vztahů mezi subjektivním vnímáním Q1 a Q2 a doménami DOM1-DOM4, tedy jak je pacienty vnímána změna kvality života v závislosti na proměně jednotlivých domén, aby bylo možné zjistit, která z domén má na kvalitu života největší vliv a jak se tento vliv proměňuje před zahájením léčby a po léčbě. Z toho důvodu byl Pearsonův korelační koeficient vypočten také mezi Q1 a DOM1-DOM4, který představuje tabulka č. 16 a dále mezi Q2 a DOM1-DOM4, který je uveden v tabulce č. 17.

Výsledky jsou zachyceny před zahájením léčby a po ukončení léčby a stejně jako v předchozích případech výsledky po léčbě uvedeny druhé v pořadí, odlišeny barevným pozadím.

Výsledky jsou uvedeny pro celý soubor dohromady. Rozdíly mezi muži a ženami nebyly zjišťovány, z výše uvedených předchozích korelací bylo zjištěno, že rozdíly ve výsledcích mezi muži a ženami nejsou statisticky významné.

	Jak byste hodnotil kvalitu svého života?	Jak byste hodnotil kvalitu svého života?
1. doména: fyzické zdraví	0,323*	0,628**
2. doména: prožívání	0,550**	0,663**
3. doména: sociální vztahy	0,184	0,366*
4. doména: prostředí	0,415**	0,607**

Tabulka č.16: Pearsonův k. mezi Q1 a DOM1-DOM4, před zahájením a po ukončení léčby

Z výše uvedené tabulky je patrné, že hodnota těsnosti vazby se zvýšila před zahájením léčby a po ukončení léčby mezi Q1 a všemi doménami DOM1-DOM4. Liší se pouze ve výši rozdílu mezi prvním a druhým měřením, respektive korelací. Nejmenší nárůst těsnosti vztahu byl zachycen u domény DOM2-Prožívání. První hodnota měření těsnosti byla však velmi vysoká u DOM2, vykazovala nejvyšší těsnost vztahu a tedy i možný nejvyšší vliv na kvalitu života ze všech domén. Také hodnota druhé korelace u DOM2 vykazovala nejvyšší hodnotu.

Další tabulka, tabulka č.17 ukazuje, že těsnost vztahu před zahájením a po ukončení léčby mezi Q2 a všemi doménami DOM1-DOM4 se zvýšila. Nejvyšší těsnost vztahu prokazuje v obou případech měření doména DOM1-Fyzické zdraví a tedy i nejvyšší možný vliv na kvalitu života. Nejvyšší nárůst těsnosti mezi měřeními byl zachycen u DOM3-Sociální vztahy, u které ale byla zjištěna celkově velmi slabá závislost. Hodnoty korelací se pohybovaly v intervalu od velmi slabé závislosti po střední závislost.

	Jak jste spokojen se svým zdravím?	Jak jste spokojen se svým zdravím?
1. doména: fyzické zdraví	0,424**	0,586**
2. doména: prožívání	0,422**	0,545**
3. doména: sociální vztahy	0,088	0,281
4. doména: prostředí	0,150	0,380*

Tabulka č. 17: Pearsonův korelační koeficient mezi Q2 a DOM1-DOM4, před zahájením a po ukončení léčby

Výsledky korelací byly použity pro testování hypotéz H1-H6.

4.3 Testování hypotéz

Na základě výše uvedených výsledků jsem testovala platnost hypotéz H1-H6:

Hypotéza H1 byla stanovena jako tvrzení, že se vlivem léčbylepší kvalita života pacientů. Z výsledků měření vyplývá, že se kvalita života po ukončení léčby, tedy vlivem léčby, zvýšila. Korelace potvrzují, že mezi léčbou a kvalitou života je vztah. Zamítám hypotézu H0: Mezi léčbou a kvalitou života není vztah a přijímám hypotézu H1.

Hypotéza H2 byla stanovena jako tvrzení, že se vlivem léčbylepší spokojenost se zdravím u pacientů. Z výsledků měření vyplývá, že se spokojenost se zdravím po ukončení léčby u pacientů zvýšila. Korelace potvrzují, že mezi léčbou a spokojeností se zdravím je vztah. Zamítám hypotézu H0: Mezi léčbou a zdravím pacientů není vztah a přijímám hypotézu H2: Mezi léčbou a zdravím pacientů je vztah.

Hypotéza H3 byla stanovena jako tvrzení, že se vlivem léčbylepší fyzické zdraví pacientů. Z výsledků měření vyplývá, že fyzické zdraví se po ukončení léčby zlepšilo. Korelace potvrzují, že mezi léčbou a fyzickým zdravím je vztah. Zamítám hypotézu H0: Mezi léčbou a fyzickým zdravím není vztah a přijímám hypotézu H3.

Hypotéza H4 byla stanovena jako tvrzení, že se vlivem léčbylepší prožívání pacientů. Z výsledků měření vyplývá, že prožívání se po ukončení léčby zlepšilo. Korelace potvrzují, že mezi léčbou a prožíváním je vztah. Zamítám hypotézu H0: Mezi léčbou a prožíváním není vztah a přijímám hypotézu H4.

Hypotéza H5 byla stanovena jako tvrzení, že se vlivem léčbylepší sociální vztahy pacientů. Z výsledků měření vyplývá, že sociální vztahy se po ukončení léčby zlepšily. Korelace potvrzují, že mezi léčbou a sociálními vztahy je vztah. Zamítám hypotézu H0: Mezi léčbou a sociálními vztahy není vztah a přijímám hypotézu H5.

Hypotéza H6 byla stanovena jako tvrzení, že se vlivem léčbylepší prostředí pacientů. Z výsledků měření vyplývá, že prostředí se po ukončení léčby zlepšilo. Zamítám hypotézu H0: Mezi léčbou a prostředím není vztah a přijímám hypotézu H6.

ZÁVĚR

Cílem obecného zvyšování kvality života je opuštění neuspokojivého stavu a hledání kvalitativně jiné interpretace bytí jedince. Současný přístup k člověku zahrnuje bio-psycho-sociální rovinu, myslíme-li tedy kvalitu života člověka, musíme nutně zahrnout všechny tyto aspekty. Všechny tyto roviny jsou dále ovlivněny subjektivním vnímáním adolescenta, které vychází z jeho vlastní situace, v jakém se nachází životním období, jaké jsou jeho dosavadní zkušenosti a v jaké kultuře žije. Na úrovni jedince kvalita života představuje dimenzi duchovního charakteru, která přesahuje uspokojení materiálních potřeb, které nemůže zcela naplnit jiné psychické potřeby, které by jedinci v jeho životě chyběly. Současné chápání kvality života směřuje od objektivně měřitelných faktorů k subjektivnímu pohledu jedince na vlastní kvalitu života. Mezi nejčastěji používané nástroje patří WHOQOL-100 a WHOQOL-BREF.

Cílem diplomové práce na téma Vliv komunitně-skupinové práce v denním stacionáři na kvalitu života adolescentů bylo zmapovat situaci, jak adolescenti vnímají kvalitu svého života a provedení srovnání kvality života adolescentů s psychickými potížemi před zahájením a po ukončení léčby. Kvalita života jako teoretický pojem je sama o sobě neměřitelná. Pohledy na to, co ji tvoří se různí, pro svoji práci jsem přijala koncept WHO, který určuje kvalitu života jako souhrn vnímání vlastního zdraví, prožívání, sociálních vztahů a prostředí ve kterém jedinec žije. Období adolescence je specifické období ve vývoji jedince, kdy se dotváří jeho osobnost, hledáním vlastní cesty i cílů v životě. Pro adolescenta se stává významnou jeho vrstevnická skupina, kde vytváří první blízké přátelské a partnerské vztahy, význam této skupiny v období adolescence přesahuje význam adolescentovy rodiny. Vliv rodiny, v její patologii, se velké míře může podílet na rozvoji psychických obtíží adolescenta. Skupinová psychoterapie je velmi vhodná forma terapie právě v období adolescence, vzhledem k jejím účinným faktorům i rolím, které ve skupině zastává terapeut, nebo terapeuti. V Denním stacionáři pro adolescenty, Psychiatrické klinice VFN Praha, je základní metodou práce právě komunitně-skupinová práce s adolescenty.

Cílem výzkumné části mé diplomové práce bylo na základě dotazníkového šetření pomocí standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF získat informace o tom, jak adolescenti vnímají kvalitu svého života. Ze získaných dat jsem v první fázi

vyhodnocovala příslušné jednotlivé domény kvality života ve smyslu Zdravotního stavu, Prožívání, Sociálních vztahů a Prostředí, ve fázi před léčbou i po ukončení léčby.

Výsledky výzkumu byly v první fázi srovnány s výsledky běžné populace a pacienti WHOQOL, které byly převzaty z příručky k vyhodnocení dotazníku. Porovnáním zjištěných a uváděných průměrných skóre byla identifikována nižší než průměrná hodnota u běžné populace vnímání Kvality života a Spokojenosti se zdravotním stavem při zahájení léčby. U Fyzického zdraví je průměrný hrubý skóre nižší, než u běžné populace, ale zároveň je vyšší než průměrný hrubý skóre u pacientů WHOQOL. Můžeme předpokládat, že fyzické zdraví není vnímáno respondenty jako výrazně horší vzhledem ke kvalitě života. V případě Prožívání byla hodnota výrazně nižší než u běžné populace, zjištěná hodnota byla nižší i než průměrný hrubý skóre u pacientů. Můžeme tedy předpokládat, že psychické obtíže respondentů mají velký vliv na prožívání. Vnímání prožívání u respondentů bylo výrazně horší než u běžné populace a zároveň horší než u pacientů WHOQOL, záporně ovlivňuje kvalitu života. Sociální vztahy se těsně blížily průměrnému skóru u běžné populace, hodnota byla vyšší než u průměrných skóre u pacientů WHOQOL. Vnímání sociálních vztahů vzhledem ke kvalitě života bylo podobné jako u běžné populace a zároveň bylo lepší než u pacientů WHOQOL. V případě vnímání Prostředí, byl výsledek mírně nižší než u běžné populace a opět vyšší, než u pacientů WHOQOL. Vnímání prostředí vzhledem ke kvalitě života bylo přibližně podobné jako u normální populace a lepší vzhledem k pacientům WHOQOL.

Z výsledků hrubých skóre jednotlivých domén ve zkoumaném vzorku adolescentů denního stacionáře, v rámci dalšího srovnání pro naplnění hlavního cíle diplomové práce, kterým bylo zjištění kvality života před léčbou a po ukončení léčby je patrné, že všechny hodnoty, vyplývající z vyhodnocení dotazníků, které byly předloženy celkem 44 pacientům s psychickými obtížemi ve věku adolescentů před zahájením a po ukončení léčby, se zvýšily. Všechny domény, Fyzické zdraví, Prožívání, Sociální vztahy a Prostředí, vykazují vyšší hodnoty hrubých skóre po ukončení léčby. Pacienti je tedy vnímají jako lepší, než před zahájením léčby. Ve vyhodnocení jsem z výše uvedeného vyvodila, že léčba u respondentů má vliv na vnímání kvality života, celkového zdravotního stavu, prožívání, fyzického zdraví, sociálních vztahů i prostředí.

Stanovené hlavní hypotézy v rámci změny kvality života a zdraví i dílčí hypotézy vlivu jednotlivých domén na kvalitu života z dotazníku WHOQOL-BREF jsem ověřovala pomocí Pearsonova korelačního koeficientu. Při ověřování hypotéz jsem dospěla k závěru, že všechny stanovené hypotézy se potvrdily a mezi zkoumanými jevy existuje nižší nebo

střední závislost. Vyhodnocení výsledků přineslo závěr, že kvalita života adoelscentů se po léčbě zlepšila. Nejvíce vzrostl faktor prožívání a má také nejtěsnější vazbu na kvalitu života ve zjištěných korelačních výpočtech. Rozdíly mezi muži a ženami nebyly statisticky významné. Výsledky výzkumu budou předány zdravotnickému zařízení, ve kterém byl výzkum prováděn, aby mohly být využity k léčbě dalších pacientů. Cíle práce byly dle mého úsudku naplněny.

Seznam literatury

DRAGOMIRECKÁ, E., BARTOŇOVÁ, J. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-82-4.

DRAGOMIRECKÁ, E., ŠKODA C. *Kvalita života. Vymezení, definice a historický vývoj pojmu v sociální psychiatrii*. Praha: ČS Psychiatrie, 1997. ISBN neuvedeno.

HARTL, P., *Komunita občanská a komunita terapeutická*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997. ISBN 80-85850-45-1

HARTL, P. a HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-803-1.

CHRÁSKA, M., *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

CHRÁSKA, M., *Úvod do výzkumu v pedagogice*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1367-1

KOCMAN, D., *Využití kvantitativních a kvalitativních metodologií při hodnocení kvality života a hodnocení intervencí v sociálních službách- diskusní zpráva*. Praha: Quip – Společnost pro změnu, 2011. ISBN neuvedeno.

KYMISSIS, P., HALPERIN, D.A. *Group Therapy with Children and Adolescents*, Washington: American Psychiatric Press, 1996. ISBN 0-88048-654-6

LANGMEIER, J., BALCAR, K. a ŠPITZ, J. *Dětská psychoterapie*. 2. rozš. a přepr. vyd., Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-381-1.

MARTÍNEK, Z., *Agresivita a kriminalita školní mládeže*, Praha: Grada Publishing, 2009, ISBN 978-80-247-2310-5

MAŘÍKOVÁ, H., PETRUSEK, M. a VODÁKOVÁ, A. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-164-1 (1. svazek), ISBN 80-7184-311-3 (soubor).

O'BRIEN, J.D., PILOWSKY, D.J., LEWIS, O.W. *Psychotherapies With Children and Adolescents: Adapting the Psychodynamic Process*. Washington: American Psychiatric Press, 1992. ISBN 0-88048-406-3

OREL, M. a kol. *Psychopatologie*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3737-9

PONĚŠICKÝ, J. *Agrese, násilí a psychologie moci*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-593-0

RAPLEY, M. *Quality of life research: a critical introduction*. London : SEGA Publications, 2003. ISBN 978-0-7619-5457-6

RIEGER, Z., VYHNÁLKOVÁ, H., *Ostrov rodiny*, Hradec Králové: Konfrontace, 2001. ISBN 80-86088-06-5

RŮŽIČKA, J., *Komunitní a skupinová psychoterapie v české perspektivě*. Praha: Triton, 2011. ISBN 978-80--7387-467-4.

SRNEC, J. *Strategie a metody psychosociálního výzkumu*. Studijní materiál pro distanční vzdělávání. Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií, 2006. ISBN neuvedeno.

VAĎUROVÁ, H.; MÜHLPACHR, P. *Kvalita života : Teoretická a metodologická východiska*. Brno : MU, 2005. ISBN 80-210-3754-7.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0956-8

YALOM, I.D., LESZCZ, M., *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-304-8.

Jiné použité zdroje

KULAJTOVÁ, H. *Sociální práce s dysfunkční rodinou*. Bakalářská práce. Praha, 2013. Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Vedoucí: Mgr. Lucie Vacková.

PETRÁKOVÁ, E. *Poruchy chování*. Ineditní text. Archiv E. Petrákové. Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií, 2012.

Použité elektronické zdroje

ČESKO. Zákon č. 101/2000 o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné z: <http://www.sbirkazakonu.info/zakon-o-ochrane-osobnich-udaju/>

MAREŠ, J., MAREŠOVÁ, J. *Bolest a kvalita života u dětí. Text využívaný pro výuku Lékařské psychologie a psychoterapie (3. ročník) na 1. LF UK Praha*. In: *Portal.LF1.cuni.cz* [online]. Dostupné z: <https://el.lf1.cuni.cz/p1xh5c7gsyg/>

KOŠÍČKOVÁ, I. *Porovnání osobnosti dětí s poruchami chování a zdravých dětí s pomocí TCI-A. Diplomová práce*. In: Muni.cz [online]
Dostupné:http://is.muni.cz/th/174678/ff_m/Plny_text_diplomove_prace_Irena_Kosickova.pdf

Přílohy

Seznam příloh

Příloha I: Poučení pro účastníky studie

Příloha II: Informovaný souhlas

Příloha III: Přehled domén a položek WHOQOL-BREF

Příloha č. I: Poučení pro účastníka studie

Poučení pro účastníky studie „Vliv pobytu v denním stacionáři na kvalitu života adolescentů“

Vážený pane, vážená paní,

rádi bychom Vás seznámili s podstatou projektu řešeného na Psychiatrické klinice 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, do kterého jste ochoten se zapojit.

Cílem je zkvalitnění péče a možností léčebné indikace s bezprostředním pozitivním dopadem pro pacienta, kdy budou výsledky vyhodnocení oznámeny ošetřujícímu lékaři. Zároveň bude studie použita v diplomové práci.

Kvalita života se v současné době používá pro hodnocení zdravotních a sociálních intervencí u širokého spektra onemocnění, postižení a nepříznivých životních okolností.

Psychologická data budou získávána pomocí dotazníku, při nástupu, při ukončení pobytu a dále po 2 měsících od ukončení. Dotazník Světové zdravotnické organizace ve verzi WHOQOL- BREF zahrnuje 26 položek, které se týkají fyzického zdraví, prožívání, sociálních vztahů a prostředí, dále celkového zdravotního stavu a kvality života.

Veškerá osobní data budou při vyhodnocování studie anonymizována, takže nebude možné zjistit od koho data pocházejí. Všechna medicínská data, která mají význam pro tuto studii, budou využita pro vědecký výzkum a mohou být publikována. Pokud budete mít otázky k podrobnostem projektu, jsme připraveni Vám na ně odpovědět.

V Praze, dne

podpis řešitele studie

podpis pacienta

Příloha II: Informovaný souhlas o účasti ve studii

INFORMOVANÝ SOUHLAS O ÚČASTI VE STUDII

• Cílem této studie s názvem: **Vliv pobytu v denním stacionáři pro kvalitu života adolescentů**, je zkvalitnění péče a možností léčebné indikace s bezprostředním pozitivním dopadem pro pacienta, kdy budou výsledky vyhodnocení oznámeny ošetřujícímu lékaři. Zároveň bude studie použita v diplomové práci.

Nástroje: dotazník kvality života WHOQOL- BREF (zkrácená verze)

Forma výzkumu:

a) použití dotazníku v papírové formě při nástupu pacienta do stacionáře

b) použití dotazníku v papírové formě při ukončení pobytu ve stacionáři

c) možnost zaslání dotazníku po uplynutí 2 měsíců

• Je mi více než 18 let a byl(a) jsem podrobně informován(a) o cílech studie a jejích postupech. Lékař nebo psycholog pověřený prováděním studie mi vysvětlil případné problémy, které by se mohly vyskytnout během mé účasti ve studii a vysvětlil mi způsob, jakým budou tyto problémy řešeny.

• Jsem si vědom, že svou účast ve studii mohu kdykoliv přerušit či ukončit, aniž by to jakkoli ovlivnilo mou další léčbu.

• Při zařazení do studie budou má osobní data uchována s plnou důvěrností v souladu se Zákonem o ochraně osobních údajů 101/2000 Sb. Při vlastním hodnocení studie budou veškeré materiály vedeny pouze pod číselným kódem.

• Porozuměl(a) jsem tomu, že mé jméno se nebude nikdy v referátech o studii vyskytovat a souhlasím s tím, aby mé anamnestické údaje a výsledky mých vyšetření byly součástí publikovaných sdělení s dodržением naprosté anonymity.

• Vyjadřuji svým podpisem souhlas s účastí ve studii

Jméno a příjmení účastníka: _____

Podpis účastníka: _____

Podpis osoby provádějící studii: _____

Místo a datum: _____

INFORMOVANÝ SOUHLAS O ÚČASTI VE STUDII- zákonný zástupce

• Cílem této studie s názvem: **Vliv pobytu v denním stacionáři na kvalitu života adolescentů**, je zkvalitnění péče a možností léčebné indikace s bezprostředním pozitivním dopadem pro pacienta, kdy budou výsledky vyhodnocení oznámeny ošetřujícímu lékaři. Zároveň bude studie použita v diplomové práci.

Nástroje: dotazník kvality života WHOQOL- BREF (zkrácená verze)

Forma výzkumu:

a) použití dotazníku v papírové formě při nástupu pacienta do stacionáře

b) použití dotazníku v papírové formě při ukončení pobytu ve stacionáři

c) možnost zaslání dotazníku po uplynutí 2 měsíců

• Jsem zákonným zástupcem níže uvedeného dítěte a jsem podrobně informován(a) o cílech studie a jejich postupech. Lékař nebo psycholog pověřený prováděním studie mi vysvětlil případné problémy, které by se mohly vyskytnout během účasti dítěte ve studii a vysvětlil mi způsob, jakým budou tyto problémy řešeny.

• Jsem si vědom, že účast dítěte ve studii mohu kdykoliv přerušit či ukončit, aniž by to jakkoli ovlivnilo další léčbu.

• Při zařazení do studie budou osobní data uchována s plnou důvěrností v souladu se Zákonem o ochraně osobních údajů 101/2000 Sb. Při vlastním hodnocení studie budou veškeré materiály vedeny pouze pod číselným kódem.

• Porozuměl(a) jsem tomu, že jméno se nebude nikdy v referátech o studii vyskytovat a souhlasím s tím, aby anamnestické údaje a výsledky vyšetření byly součástí publikovaných sdělení s dodržáním naprosté anonymity.

• Vyjadřuji svým podpisem souhlas s účastí ve studii

Jméno a příjmení účastníka: _____

Podpis účastníka: _____

Podpis osoby provádějící studii: _____

Místo a datum: _____

Příloha III: Přehled domén a položek WHOQOL-BREF

DOMÉNA		POLOŽKY	
DOM1	FYZICKÉ ZDRAVÍ	q3	bolest a nepříjemné pocity
		q4	závislost na lékařské péči
		q10	energie a únava
		q15	pohyblivost
		q16	spánek
		q17	každodenní činnost
		q18	pracovní výkonnost
DOM2	PROŽÍVÁNÍ	q5	potěšení ze života
		q6	smysl života
		q7	soustředění
		q11	přijetí tělesného vzhledu
		q19	spokojenost se sebou
		q26	negativní pocity
DOM3	SOC. VZTAHY	q20	osobní vztahy
		q21	sexuální život
		q22	podpora přátel
DOM4	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
2 SAM. POLOŽKY		Q1	kvalita života
		Q2	spokojenost se zdravím

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autorky: Bc. Hana Horáková

Studijní program: N6734 Sociální práce a sociální politika

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Vliv komunitně-skupinové práce v denním stacionáři pro kvalitu života adolescentů

Počet stran (bez příloh): 78

Celkový počet stran příloh: 3

Počet titulů české literatury a pramenů: 20

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 3

Počet internetových odkazů: 3

Vedoucí práce: Mgr. Eva Petráková

Rok dokončení práce: 2015

Evidenční list knihovny

Souhlasím s tím, aby moje diplomová práce byla využívána ke studijním účelům.

V Praze, dne

Uživatel/ka potvrzuji svým podpisem, že pokud tuto diplomovou práci využiji ve své práci, uvedou ji v seznamu literatury a budou ji řádně citovat jako jakýkoliv jiný pramen:

Jméno, příjmení	Adresa	Datum	Podpis

**Posudek vedoucí diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta: Bc. Hana Horáková

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii
Název práce: Vliv komunitně-skupinové práce v denním stacionáři pro kvalitu života

adolescenční

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Eva Petráková

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 78

Počet stránek příloh: 3

Počet titulů v seznamu literatury: 26

0'	1	2	3	4
----	---	---	---	---

Vyběr tématu

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Závaznost tématu

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Oborová přílehavost tématu

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Originalita tématu a jeho zpracování

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafraze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Metody práce

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Vhodnost a úroveň použitých metod

Využití vyzkumných empirických metod

				X
--	--	--	--	---

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešení problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

				X
--	--	--	--	---

Naplnění cílů práce

				X
--	--	--	--	---

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

				X
--	--	--	--	---

Navaznost kapitol a subkapitol

				X
--	--	--	--	---

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

				X
--	--	--	--	---

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

				X
--	--	--	--	---

Studentka se ve své diplomové práci věnuje tématu: "Vliv komunitně-skupinové práce v denním stacionáři pro kvalitu života adolescentů"

V teoretické části práce věnuje autorka pozornost teoretickým hlediskům týkajících se kvality života, adolescence a způsobů práce s adolescenty. Ve své práci popisuje rozdíly mezi skupinou a komunitou a věnuje i pozornost specifickým terapeutickým skupinám a to ve vztahu k tématu práce. Velmi pěkně je vypracována důležitá kapitola 1.5, pojednávající o problematice dospívání v terapii. V následující kapitole autorka popisuje komunitně-skupinovou práci s adolescenty v denním stacionáři VFN. Teoretická část diplomové práce, je přehledně zpracována, kapitoly na sebe navazují. Autorka dokazuje, že umí pracovat s odbornou literaturou,

V praktické části si studentka stanovila za cíl zjistit, jak adolescenti s psychologickými potížemi vnímají kvalitu svého života. Hlavním cílem bylo srovnání vnímání kvality života adolescentů v denním stacionáři před zahájením a po ukončení léčby v denním stacionáři VFN. Studentka se rozhodla pro kvalitativní výzkum a použila vhodné standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF. Praktickou část považují za velmi dobře vypracovanou.

V celé práci a zejména pak v závěrečném hodnocení je patrná osobní zkušenost autorky a její profesionální přístup k danému tématu.

Po formální stránce je práce dobře zpracována.

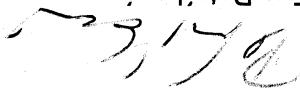
Práci hodnotím jako velmi pěknou a doporučuji k obhajobě.

Navrhovaná klasifikace: vyborně

Datum, podpis:

9.9.2015

Mgr. Eva Petráková



**Posudek oponentky diplomové práce
na Právské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta: Bc. Hana Horáková

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii
Název práce: Vliv komunitně-skupinové práce v denním stacionáři pro kvalitu života adolescentů

Oponentka diplomové práce – Mgr. Zuzana Janotková

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 78

Počet stránek příloh: 3

Počet titulů v seznamu literatury: 26

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Vyber tématu

	X			
--	---	--	--	--

Závaznost tématu

	X			
--	---	--	--	--

Oborová přílehavost tématu

	X			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	X			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

	X			
--	---	--	--	--

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafraze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	X			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	X			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	X			
--	---	--	--	--

Využití vyzkumnych empirických metod

			X	
--	--	--	---	--

Využití praktických zkušeností

			X	
--	--	--	---	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešení problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

				X
--	--	--	--	---

Naplnění cílů práce

			X	
--	--	--	---	--

Vyváženost teoretické a praktické části

			X	
--	--	--	---	--

v daném tématu

Návacnost kapitol a subkapitol

			X	
--	--	--	---	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

			X	
--	--	--	---	--

Vhodnost prezentace závěrů práce

(publikace, referáty, apod.)

			X	
--	--	--	---	--

Studentka se ve své diplomové práci věnuje tématu: "Vliv komunitně-skupinové práce v denním stacionáři pro kvalitu života adolescentů"

V teoretické části práce je věnována pozornost teoretickým hlediskům před definicí základních pojmů, které se týkají kvality života, adolescence a způsobů práce s adolescenty. Dále se v práci objasňuje rozdíl mezi skupinou a komunitou. Důležitá je podkapitola 1.5., která se věnuje problematice dospívání v terapii.

Další kapitola práce se zabývá komunitně-skupinovou prací s adolescenty v denním stacionáři VFN, s důrazem na formy komunitně-skupinové práce.

Tato část diplomové práce, která se věnuje teoretickým východiskům vztahujícím se k cílům

práce, je zpracována přehledně, kapitoly na sebe navazují. Je zde známá práce s odbornou literaturou, ale přivítala bych více zahraníční literatury k dané problematice. Postrádám zde nezbytné informace o různých výzkumech v oblasti kvality života. Tím by byla teoretická práce ucelená.

Studentka si stanovila za cílem v praktické části práce zjistit jak adolescenti s psychologickými potížemi vnímají kvalitu svého života. Jak jsou spokojeni po fyzické, psychologické, emocionální a sociální stránce, jak vnímají pomoc od svých nejbližších a jak se jim žije v jejich prostředí. Zásadním cílem bylo srovnání vnímání kvality života adolescentů v denním stacionáři před zahájením a po ukončení léčby. Dalším cílem práce bylo určení, který z výše uvedených faktorů byl léčbou nejvíce ovlivněn. Jednalo se o kvalitativní výzkum, byl použitý standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF.

Praktické části je věnována velká pozornost. Je metodologicky kvalitně zpracována. Stanoveny byly zajímavé hypotézy a výsledky jsou přínosné pro prax v studijním odboru. Uvítala bych v závěru práce osobní názor, myšlenky studentky k získaných výsledkům, klady a úskali při sběru dat a zpracování, případně podnět k dalšímu bádání v dané problematice. Celkově je diplomová práce zpracována precizně a kvalitně. Vnímám ji jako zdařilou a přínosnou a doporučuji k obhajobě.

Práci vnímám jako zdařilou a doporučuji k obhajobě.

Navrhovaná klasifikace: velmi dobře - výborně

Otázky k obhajobě:

1. Jak vnímáte práci na výzkumně části Vaší práce a dosažené výsledky?

2. Můžete uvést ještě existuje podobný nebo srovnatelný výzkum k tématu kvality života?

