

Pražská vysoká škola psychosociálních studií

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

Kombinovaná forma studia



Vliv jednotlivých přístupů psychiatrické péče na kvalitu života osob s duševním onemocněním

Bc. Lucie Kadounová, DiS.

Vedoucí práce: PhDr. Alice Holečková

Praha 2015

Prague college of psychosocial studies

Study program: Social work focused on communication and applied psychotherapy

Combined form of study



Effects of various approaches of psychiatric care on the quality of life of people with mental illness

Bc. Lucie Kadounová, DiS.

The Diploma Thesis Work Supervisor: PhDr. Alice Holečková

Prague 2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala zcela samostatně a veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a uvádím v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v knihovně PVŠPS.

V Praze dne

.....

Bc. Lucie Kadounová, DiS.

Poděkování

Ráda bych na tomto místě poděkovala vedoucí své diplomové práce PhDr. Alici Holečkové za její cenné rady a připomínky, inspiraci a poskytování podpory zejména v době, kdy mi již docházely síly.

Dále děkuji za podporu a poskytnutí odborné literatury svým kolegům.

V neposlední řadě patří můj dík i respondentům, jejichž ochoty a zájmu si velice vážím.

Anotace:

Diplomová práce se zabývá kvalitou života osob s duševním onemocněním v souvislosti s ústavní a komunitní péčí. Autorka v práci popisuje jednotlivé typy duševních nemocí, zejména s přihlédnutím jejich vlivu na běžný život. Další důležitá témata se týkají kvality života a charakteristických rysů ústavní a komunitní péče. V závěru teoretické části autorka nastiňuje reformu psychiatrické péče v České republice a uvádí některé ze zkušeností ostatních států Evropy. Součástí práce je i výzkumné šetření, které má za cíl zmapovat potřeby osob s duševním onemocněním a vliv ústavní a komunitní péče na kvalitu jejich života.

Klíčová slova:

Duševní nemoc, kvalita života, psychiatrická péče, ústavní péče, komunitní péče, reforma psychiatrie.

Abstract:

This thesis deals with the quality of life of people with mental illness in the context of institutional and community care. The author describes the work of the different types of mental illness, especially taking into account it is their impact on daily life. Other important issues relate to quality of life and the characteristics of institutional and community care. At the end of the theoretical part, the author outlines the reform of mental health care in the Czech Republic and presents some experience of other European countries. The work also includes research which aims to map the needs of people with mental illness and the impact of institutional and community care for their quality of life.

Key words:

Mental illness, quality of life, psychiatric care, institutional care, community care, reform of psychiatry.

OBSAH

ÚVOD	7
1 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ	9
1.1 MOŽNOSTI DĚLENÍ DUŠEVNÍCH NEMOCÍ.....	10
1.2 PŘÍČINY VZNIKU DUŠEVNÍCH NEMOCÍ A ZPŮSOBY LÉČBY	13
2 VYBRANÉ TYPY DUŠEVNÍCH NEMOCÍ	17
2.1 SCHIZOFRENIE	18
2.1.1 <i>Vliv schizofrenie na běžný život jedince.....</i>	<i>19</i>
2.2 AFEKTIVNÍ PORUCHY (PORUCHY NÁLADY).....	21
2.2.1 <i>Vliv afektivních poruch na běžný život jedince</i>	<i>22</i>
2.3 PORUCHY OSOBNOSTI A CHOVÁNÍ U DOSPĚLÝCH	23
2.3.1 <i>Vliv poruch osobnosti na běžný život jedince</i>	<i>25</i>
2.4 OBECNÉ SHRNUÍ.....	26
3 KVALITA ŽIVOTA	30
3.1 KVALITA ŽIVOTA V SOUVISLOSTI S NEMOCÍ (ZEJMÉNA DUŠEVNÍ).....	33
3.1.1 <i>Měření kvality života z pohledu zdraví.....</i>	<i>34</i>
3.1.2 <i>Měření kvality života u osob s duševním onemocněním.....</i>	<i>38</i>
3.2 OBECNÉ SHRNUÍ.....	41
4 PÉČE O OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	42
4.1 ÚSTAVNÍ PÉČE.....	46
4.2 KOMUNITNÍ PÉČE.....	47
4.2.1 <i>Oblasti potřebné péče</i>	<i>49</i>
4.3 OBECNÉ SHRNUÍ.....	52
5 REFORMA PSYCHIATRIE V ČESKÉ REPUBLICE.....	53
5.1 ZKUŠENOSTI ZE ZAHRANIČÍ	55
6 PRAKTICKÁ ČÁST, VLASTNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	58
6.1 CÍL VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	59
6.2 METODA ZKOUMÁNÍ.....	60
6.3 ZKOUMANÝ SOUBOR.....	61
6.3.1 <i>Etické aspekty výzkumného šetření</i>	<i>63</i>
6.4 POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR.....	63
6.4.1 <i>Metoda zpracování dat</i>	<i>64</i>
6.4.2 <i>Interpretace a komentář výsledků výzkumu.....</i>	<i>64</i>
6.5 SHRNUÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU.....	75
6.6 ZÁVĚR K VÝZKUMNÉ ČÁSTI.....	77
ZÁVĚR	79
SEZNAM LITERATURY	81
SEZNAM PŘÍLOH	85

ÚVOD

Duševní onemocnění je v současné době poměrně diskutované téma, které bohužel bývá mnohdy probíráno v negativních souvislostech, kdy nám například média předkládají většinou negativní obraz těchto nemocí a podtrhují násilné chování osob trpících obvykle určitou formou schizofrenie.

Není se pak čemu divit, že ve společnosti stále přetrvává přesvědčení, že jsou lidé s duševním onemocněním nebezpeční a měli by být nejlépe izolovaní od společnosti tak, aby společnost před těmito lidmi byla chráněná.

Oproti tomu se však objevují i snahy ze stran odborníků o kvalitní diskuse a to zejména v souvislosti s chystanou, a v některých ohledech už i částečně realizovanou reformou psychiatrické péče v České republice.

Pracuji v oboru psychiatrie již několik let, konkrétně na nelůžkovém oddělení jedné z psychiatrických nemocnic a náplní mé práce je zejména pomoci pacientům s přechodem z ústavní péče zpět do běžného života. Součástí toho je snaha o nalezení takové vhodné následné péče, která by jim dopomohla zařadit se zpět do společnosti a zamezila zbytečným rehospitalizacím.

I přes tyto snahy se však pacienti často do hospitalizace vracejí. Celý postup pak začíná od začátku, pacient tak zbytečně vypadává ze svého přirozeného prostředí a náročný proces návratu musí absolvovat znovu. Rozhodující slovo má v této rovnici zejména lékař, který nejen, že nastavuje medikaci, ale obvykle na něm závisí i rozhodnutí ohledně propuštění či nepropuštění pacienta z nemocnice.

V souvislosti s výkonem mé práce mívám často pocity, že jsou potřeby pacientů opomíjeny, respektive málokdy se jich někdo ptá, co by vlastně ten který pacient chtěl.

Téma vlivu jednotlivých přístupů psychiatrické péče jsem zvolila z tohoto důvodu, že jsem chtěla v celém tomto procesu poznat, co pacienti skutečně chtějí a co potřebují dle svých subjektivních měřítek. Od naplněných osobních potřeb se vlastně odvíjí pocit spokojeného a kvalitního života, jenž je mimo jiné i součástí cílů již zmíněné reformy psychiatrické péče.

V první kapitole této práce popisují charakteristiky a různé typy duševních onemocnění a možnosti jejich léčby. Ve druhé se pak zaměřuji na popsání projevů vybraných duševních nemocí, zejména s přihlédnutím na to, jaký má daná nemoc vliv na běžný život jedince.

V následné kapitole je popsán fenomén kvality života z různých hledisek, ale zejména z hlediska zdraví a duševní nemoci. Protože je kvalita života podávána v odborné literatuře hlavně v souvislosti s možnostmi jejího měření, vkládám do kapitoly i varianty těchto dotazníků.

Neobešla bych se bez popisu různých variant vsazených do systému péče o duševně nemocné, a proto ve čtvrté kapitole popisují hlavní charakteristiky ústavní a komunitní péče.

Protože se Česká republika nachází ve fázi příprav a prvních drobných realizací reformy psychiatrické péče, nemohla jsem ani toto téma opomenout a zabývám se jím v páté kapitole. Uvádím i některé zkušenosti ze zahraničí.

Praktickou část uvozují popisem zkoumaného vzorku, který čítá 12 respondentů, kteří trpí některou z nemocí z okruhů schizofrenie a kteří mají zkušenosti, jak s ústavní, tak komunitní péčí. Popisují rovněž metodiku výzkumu, jeho výsledky a tyto pak komentují.

Duševně nemocní, i podle výsledků výzkumu, to vůbec nemají lehké. Trpí frustracemi z nenaplnění většiny běžných i zásadních potřeb. Jejich potřeby se navíc neliší od potřeb zdravých, což je zrcadlem faktu, že duševně nemocní se od duševně zdravých v potřebách neliší a stírají se tak rozdíly mezi duševně nemocnými a duševně zdravými, k čemuž tato práce přispěla, aniž by to bylo deklarováno jako původní záměr.

1 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ

Diplomová práce je zacílena na osoby s duševním onemocněním, pro lepší uvedení do kontextu je tedy vhodné na úvod práce zařadit kapitolu zabývající se samotným pojmem „duševní onemocnění“. Definicí existuje celá řada, ty pak mohou být shodné, ale i nepatrně rozdílné, což ovlivňuje zejména historický vývoj, případně účel, pro který byla daná definice formulována. V současné době však celosvětově uznávaná definice duševního onemocnění neexistuje.

Světová zdravotnická organizace, zkráceně WHO (World Health Organization) vymezuje duševní nemoci a poruchy chování jako „...*klinicky významné jevy, vyznačující se změnami v myšlení, náladách (emocích) nebo chování, související s psychickou zátěží a/nebo poruchou zmíněných funkcí.*“¹ [vlastní překlad autorky této práce].

Lze pracovat i s definicí, která je uvedena v Psychologickém slovníku. Duševní porucha je dle WHO „*klinicky prokazatelná změna duševní činnosti, která vyřazuje člověka z práce, společenského života či zodpovědnosti při právních úkonech.*“²

WHO dále uvádí, že s některou z duševních nemocí se v průběhu života setká více než 25% osob. Duševní onemocnění může postihnout osoby z různého prostředí, různých věkových kategorií, pohlaví či společenského postavení. Ovlivňuje kvalitu života nejen jednotlivce, ale i jeho rodiny a blízkých.³

Definovat duševní onemocnění jako celek je bezesporu důležité, je však zapotřebí si uvědomit, že jsou pod tímto pojmem zahrnuty jednotlivé duševní nemoci s různými charakteristikami, které je dále možné zařadit do různých kategorií.

Následně budou uvedeny tři možnosti dělení duševních nemocí, se kterými se lze v praxi setkat nejčastěji. Ačkoli se jedná o dělení dle různých kritérií, nadcházející kategorie se navzájem nikterak nevyklučují.

¹ WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The world health report 2001: mental health : new understanding, new hope.* Geneva: World Health Organization, 2001, s. 21.

² HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník.* Praha: Portál, 2000, s. 424.

³ WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The world health report 2001: mental health : new understanding, new hope.* Geneva: World Health Organization, 2001.

1.1 Možnosti dělení duševních nemocí

Pro účely diagnostiky se v České republice nejvíce používá Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN), publikovaná WHO. Zde jsou jednotlivé duševní nemoci třízeny do kategorií dle shodných znaků a symptomů.

MKN-10⁴ (desátá revize) věnuje duševním nemocem V. kapitolu s názvem Poruchy duševní a poruchy chování. Tyto poruchy jsou poté pod písmenem F rozděleny následovně:

- F00–F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických
- F10–F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek
- F20–F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy
- F30–F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)
- F40–F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy
- F50–F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
- F60–F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých
- F70–F79 Mentální retardace
- F80–F89 Poruchy psychického vývoje
- F90–F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání
- F99 Neurčená duševní porucha

Na MKN navázala Americká psychiatrická asociace, která vypracovala podrobnější a konkrétnější Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, zkráceně DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders).

První verze, tedy DSM-I byl první oficiální klinicky využitelný manuál duševních poruch. V průběhu let byl několikrát aktualizován (DSM I, II, III a IV) až do nynější podoby.⁵

⁴ SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE. *MKN – 10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. 2. akt. vyd. Přeložil Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Praha: Bomton Agency, 2008.

⁵ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV*. 4. ed., 4. print. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1995.

Ačkoli DSM rozšiřuje a doplňuje MKN, v české praxi se DSM příliš nepoužívá. Nicméně oba manuály jsou vhodné k použití při určování přesné diagnózy a takto se i nejčastěji využívají. V souvislosti s tím však Smolík⁶ upozorňuje na možná úskalí těchto manuálů a nabádá nejen lékaře k nutnosti uvědomit si následující:

- Léčba a přístup ke každému pacientovi musí být individuální. To, co je vhodné pro jednoho pacienta, nemusí být vhodné pro jiného a to i v případě, že mají oba stanovenou stejnou diagnózu.
- Vyvarovat se tendenci zařazovat pacienty/klienty dle diagnózy do konkrétních kategorií např. „schizofrenici“. Zde Smolík nabízí vhodnější možnost například „pacient se schizofrenií“.
- Duševní poruchy se dle MKN či DMS diagnostikují většinou za pomoci určitých syndromů, které však mohou mít více příčin. Nelze tedy vycházet z toho, že duševní porucha takto diagnostikovaná má vždy jednu jedinou příčinu vzniku.

Smolík⁷ dále upozorňuje na nutnost znát historii jednotlivých duševních nemocí, pečlivě studovat odbornou literaturu a mít dostatečné teoretické a praktické vědomosti.

Další možností, jak lze dělit duševní nemoci, je **dle příčiny jejich vzniku** a to na primární (funkční) a sekundární (organické).

Vašina⁸ uvádí, že organické duševní poruchy vznikají úrazem, poraněním či poškozením mozku, natolik závažným, že dojde k přechodné či trvalé mozkové dysfunkci. Do této skupiny spadají například různé druhy demencí, mentální retardace či delirium. Organické duševní poruchy tedy prokazatelně vznikají somatickým onemocněním, což u funkčních poruch (např. schizofrenie) prokázáno není. Neznamená to však, že se na vzniku funkčních poruch vůbec biologické faktory nepodílí, nejsou však primární příčinou jak je tomu u organických.

Příčinám vzniku duševních nemocí bude věnována samostatná podkapitola.

⁶ SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy: Průvodce klasifikací, Nástin nozologie, Diagnostika*. Praha: Maxdorf-Jessenius, 1996.

⁷ Tamtéž

⁸ VAŠINA, Lubomír. *Základy psychopatologie a klinické psychologie*. Brno: Institut mezioborových studií Brno, 2008.

Třetí možnost dělení duševních nemocí souvisí s **mírou zásahu do osobnostní integrity**. Zde jsou dvě hlavní kategorie a to psychotické poruchy (neboli psychózy) a neurotické poruchy (neboli neurózy).

Psychologický slovník uvádí, že psychóza je pojem používaný pro „*označení těžkých duševních chorob, při nichž zpravidla*

- a) *je ztracen kontakt jedince s realitou,*
- b) *vnímání, prožívání, citění i vůle jsou těžce deformovány,*
- c) *chybí vědomí nemoci.“⁹*

Z této definice vyplývá, že psychózou označujeme závažnou duševní nemoc, která je charakteristická zejména narušením vnímání, myšlení a prožívání a dotýčný si svou nemoc neuvědomuje či nepřipouští. Psychóza tedy významně zasahuje do integrity osobnosti. Deformace vnímání se projevuje především přítomností iluzí a halucinací, pro poruchy myšlení je pak typická přítomnost bludů. Do skupiny psychóz lze zařadit zejména schizofrenii a afektivní poruchy (deprese, mánie) apod.

Oproti tomu u neuróz je osobnost zasažena pouze částečně. Foucault¹⁰ uvádí, že ačkoli i u neurózy se objevují různé změny v chování, myšlení jako takové zůstává nedotčené. Zásadním rozdílem mezi psychózou a neurózou je také skutečnost, že v případě neurózy si nemocný svou nemoc uvědomuje, v případě psychózy nikoliv. Mezi neurózy patří úzkostné stavy (obsedantně-kompulzivní porucha, posttraumatická stresová porucha apod.) a různé druhy fobií.

Krhutová¹¹ doplňuje, že i neurotické poruchy jsou pro člověka takto nemocného velmi nepříjemné, ovlivňují jeho život, nicméně neovlivňují vnímání reality a přímo nenarušují integritu osobnosti, tudíž jsou vnímány jako lehčí duševní poruchy, než jakými jsou psychózy.

⁹ HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000, s. 489.

¹⁰ FOUCAULT, Michel. *Psychologie a duševní nemoc*. Přeložila Věra Dvořáková a Richard Vyhliďal. Praha: Dauphin, 1999.

¹¹ KRHUTOVÁ, Lenka. *Občané se zdravotním postižením a veřejná správa*. Olomouc: Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených, 2005.

1.2 Příčiny vzniku duševních nemocí a způsoby léčby

Jak již bylo naznačeno v souvislosti s dělením duševních nemocí na organické a funkční, na vzniku duševních nemocí se podílí více faktorů.

Dle Praška a kol.¹² lze v tomto případě mluvit o v současné době populárním biopsychosociálním modelu nemoci. Již z názvu vyplývá, že faktory, ovlivňující vznik, vývoj, případně léčbu, jsou **biologické** (genetické, vrozené či získané), **psychologické a sociální**.

Z **biologického** hlediska příčiny vzniku duševních nemocí úzce souvisí s přímým či nepřímým postižením centrální nervové soustavy (CNS), ke kterému dochází zejména v případě poranění či poškození mozku. Konkrétní příčiny pak mohou být mozkové infarkty, hypoxie mozku způsobená srdečním selháním, akutní či chronická intoxikace, zánět mozku, závažné infekční choroby, závažné úrazy, metabolické či endokrinní poruchy apod.¹³

Úroveň rizika duševních nemocí ovlivňují i genetické dispozice, nicméně způsob přenosu je velmi složitý. Genetické vlivy navíc významně souvisí s životním prostředím, tedy se specifickými stresory, kterým je člověk vystaven (např. infekce, podvýživa, narušené rodinné prostředí, zanedbávání, izolace či trauma). Genetická výbava je zcela jistě důležitá, stále však platí, že se jedná o predispozici daného člověka, která se nemusí během života vůbec projevit.¹⁴

Psychické a sociální faktory souvisí s vývojem, výchovou, sociálním prostředím, ale i s osobnostními předpoklady. Příčiny vzniku duševních nemocí tak mohou být ovlivněny například charakterem a temperamentem dané osoby, významnými událostmi v životě, které jsou pro člověka určitým způsobem stresové (úmrtí blízké osoby, ztráta zaměstnání, somatické onemocnění, narození dítěte,...).¹⁵

¹² PRAŠKO, Ján, Petr MOŽNÝ a Miloš ŠLEPECKÝ, a kol. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton, 2007.

¹³ RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTOVÁ. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 4. rozš. vyd. Praha: Triton, 2006.

¹⁴ WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The world health report 2001: mental health : newunderstanding, new hope*. Geneva: World Health Organization, 2001.

¹⁵ Tamtéž

Dále pak vývojovými nároky (puberta, odchod dětí z rodiny, stáří,...) a dále pak stresem způsobeným například partnerskými, přátelskými konflikty či konflikty v rodině. V souvislosti se sociálními faktory lze vytyčit důležitost rodiny, kolektivu ve školní třídě či v práci. Tyto faktory mají významný vliv nejen na propuknutí duševního onemocnění, ale i na průběh a závažnost nemoci.¹⁶

Obecně lze mezi sociální faktory ovlivňující vznik a vývoj duševního onemocnění zařadit ekonomické vlivy (chudoba, bezdomovectví, nezaměstnanost), urbanizaci (znečištěné či přeplněné prostředí, vysoká úroveň kriminálního chování), dále pak občanské nepokoje, války apod. Na vznik duševní nemoci může mít vliv také diskriminace či rasismus. Míra vlivu pak často závisí na typu konkrétní společnosti.¹⁷

Příčinami vzniku duševních nemocí se zabývá i Mahrová¹⁸. Uvádí, že na vzniku duševní nemoci se nejčastěji podílí všechny uvedené faktory, v současné době však stále u mnoha konkrétních duševních nemocí nejsou známy či prokázány jasné příčiny vzniku a v případě podílení se více faktorů bývá často problém dohledat tu první, hlavní zásadní příčinu.

Mahrová¹⁹, Smolík²⁰ a zcela jistě i nespočet dalších autorů se shodují na tom, že ke každému člověku s duševní nemocí je nutno přistupovat naprosto individuálně. Dva klienti/pacienti se shodnou diagnózou mají rozdílné životy, prognózy, zázemí, osobnostní rysy, slabé a silné stránky a je tedy nezbytné ke každému přistupovat jako k jedinečné bytosti.

Jako autorka této práce s nutností individuálního přístupu naprosto souhlasím a na základě vlastních pracovních zkušeností mohu dodat, že individuální přístup by měl být uplatňován za každých okolností, zvláště pak v souvislosti s nalezením a nastavením vhodné léčby.

¹⁶ WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The world health report 2001: mental health : new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization, 2001.

¹⁷ Tamtéž

¹⁸ MAHROVÁ, Gabriela. Psychiatrické minimum. In: Gabriela MAHROVÁ, Martina VENGLÁŘOVÁ, a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008.

¹⁹ Tamtéž

²⁰ SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy: Průvodce klasifikací, Nástin nozologie, Diagnostika*. Praha: Maxdorf-Jessenius, 1996.

Existuje hned několik možných druhů léčby a i zde platí, že co je dobré pro jednoho, nemusí být dobré pro druhého.

Mezioborové zkušenosti a to nejen v dané problematice ukazují, že nejideálnější léčba je taková, která je komplexní, což znamená, že v sobě zahrnuje **farmakoterapii**, **psychoterapii** a terapii zaměřenou na sociální problematiku (v praxi se často užívá slovo „**socioterapie**“). Tyto způsoby léčby by se měly navzájem doplňovat a rozsah důležitosti každé z nich by měl být odkázán právě na individuální potřeby léčené osoby.

Farmakoterapie

Obor farmakoterapie, zjednodušeně „léčení pomocí léků“, se v psychiatrii rozvíjel zejména od konce padesátých let. V této době byl do praxe uveden lék Chlorpromazin, který sloužil k léčbě psychotických onemocnění, přičemž měl pozitivní vliv obzvláště na „léčení“ bludů a halucinací – což pro tento obor představovalo obrovský převrat.²¹

V psychiatrii se v souvislosti s farmakoterapií používá pojem psychofarmaka – jedná se o látky, které ovlivňují psychický stav člověka. Odborníci doposud nezastávají jednoznačné stanovisko ohledně dělení psychofarmak, nicméně jednou z možností je dělit psychofarmaka na antipsychotika, antineurotika, antidepresiva a stimulantia.²²

Na pozitivní účinek psychofarmak má vliv spousta faktorů – zejména pak to, jaký má člověk obecně k lékům vztah, zda se u něj projevují jejich pozitivní účinky či jsou naopak ve velké míře přítomny účinky nežádoucí apod.

Dle Vašiny²³ má velký vliv i to, jak se k farmakoterapii staví i samotní lékaři, kteří lék předepisují. Ti se pak mohou řadit do dvou hlavních protikladných skupin – farmakofilní (lékaři ale i pacienti, kteří účinnost léků přeceňují) a farmakofobní (ti, kteří léky kriticky odmítají).

²¹ BUCHTOVÁ, Božena, a kol. *Nezaměstnanost: psychologický, ekonomický a sociální problém*. Praha: Grada, 2002.

²² VAŠINA, Lubomír. *Základy psychopatologie a klinické psychologie*. Brno: Institut mezioborových studií Brno, 2008.

²³ Tamtéž

Psychoterapie a socioterapie

Psychoterapii lze charakterizovat jako specifické léčebné působení psychologickými prostředky. Je známo, že se jedná o odbornou činnost, jejímž cílem je zejména snaha o odstranění či alespoň zmírnění obtíží, které přináší sama duševní nemoc nebo na jejímž vzniku se podílejí psychologické a sociální faktory. Existuje mnoho směrů a metod, volba té nejvhodnější je opět odkázána na individuální potřeby dané osoby.

Socioterapii lze taktéž považovat za určitý druh léčebného působení, které je nedílnou součástí celého léčebného procesu. Do socioterapie spadá zejména sociální rehabilitace, řešící mimo jiné oblasti bydlení (např. chráněné bydlení), práce (pracovní terapie, práce v chráněných dílnách apod.) či volnočasové aktivity atd.²⁴

Úspěch či neúspěch léčby je ovlivněn mnoha faktory. Podstatný je vztah mezi pacientem a lékařem, kde by měla panovat důvěra. Neméně důležité je, aby lékař pacienta dostatečně informoval o jeho zdravotním stavu, o jeho nemoci, dále pak o léčebném postupu (sestavení léčebného plánu) a o důsledcích, které mohou nastat v případě, kdy nebude léčba dodržována správně. Nelze opomenout důležitost rodiny, která by měla být součástí celého léčebného procesu, včetně edukace o duševní nemoci apod. (jinak je to v případě, pokud si pacient účast rodiny z nějakých důvodů nepřeje).²⁵

²⁴ BUCHTOVÁ, Božena, a kol. *Nezaměstnanost: psychologický, ekonomický a sociální problém*. Praha:Grada, 2002.

²⁵ WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The world health report 2001: mental health : new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization, 2001.

2 VYBRANÉ TYPY DUŠEVNÍCH NEMOCÍ

V úvodu této kapitoly je třeba zmínit, že duševní poruchy týkající se psychického vývoje (F80-F89), poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání (F90-F98) a mentální retardace (F70-F79), nejsou předmětem této práce a budou tedy zcela vynechány. Diplomová práce je zacílena na dospělé osoby a autorka práce se domnívá, že cílová skupina dětí a dospívajících je natolik obsáhlá a specifická, že by bylo vhodnější jí věnovat samostatnou pozornost.

Stejně tak mentální retardace a duševní onemocnění (ačkoli dle MKN spadají do jedné skupiny), jsou poruchy natolik rozdílné s vlastními specifiky, že je nelze slučovat.

Vágnerová²⁶ mentální postižení definuje jako „*souhrnné označení vrozeného postižení rozumových schopností, které se projeví neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit. Můžeme ji definovat jako neschopnost jedince dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje, přestože byl k tomu výchovně stimulován.*“.

Z výše uvedené definice lze rozeznat základní rozdíly mezi duševním a mentálním onemocněním/postižením. Zatímco mentální postižení je vrozené a vzniká vlivem genetických faktorů, na duševní onemocnění mají vliv i psychologické a sociální faktory, přičemž onemocnění může přijít kdykoli v průběhu života a lze ho například pomocí farmakoterapie a psychoterapie nějakým způsobem ovlivnit, zmírnit. Oproti tomu mentální retardaci lze ovlivnit pouze minimálně, často se však jedná o stav neměnný.

Následující text bude zaměřen na konkrétní typy duševních nemocí, které se v populaci vyskytují nejčastěji. Jednou z těchto nemocí je bezesporu schizofrenie.

²⁶ VÁGNEROVÁ, Marie. *Úvod do vývojové psychopatologie III.: vzdělávací handicap - postižení schopností nezbytných k učení*. Liberec: Technická univerzita, 2003. Studijní texty pro distanční studium. s. 17.

2.1 Schizofrenie

„Schizofrenie je závažná duševní choroba, která se projevuje chronickým narušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobnostní integrity.“²⁷

Příčiny vzniku tohoto onemocnění dosud nejsou zcela známy, odborníci se však shodují, že se na vzniku schizofrenie podílí více faktorů a to jak biologických, sociálních, tak psychologických.

Jedním z autorů, kteří se příčinami vzniku schizofrenie zabývají, je Pavlovský²⁸. V první řadě uvádí, že genetické vlivy vzniku onemocnění jsou nesporné, což dokládá krom jiného i studie jednovaječných dvojčat (pravděpodobnost, že onemocní schizofrenií obě dvojčata, je 50% a to i v případě, že jsou vychovávána odděleně).

Dále za možnou příčinu vzniku uvádí drobné anatomické anomálie v limbickém systému, na čemž se opět může podílet mnoho faktorů (např. infekční onemocnění matky v době těhotenství). Tyto anomálie se poté projeví v době vývoje centrální nervové soustavy.²⁹

Pavlovský³⁰ také zmiňuje, že se schizofrenie více vyskytuje u lidí z nižších společenských vrstev. Příčinou této skutečnosti může být i fakt, že schizofrenie člověka natolik ovlivní (jeho běžný život, možnosti uplatnění se ve společnosti apod.), že až po propuknutí tohoto onemocnění dojde k propadu ve společenském žebříčku.

Kromě výše zmíněných biologických vlivů je důležité uvést i ty psychosociální. Jedná se zejména o sociální prostředí daného jedince (obzvláště pak rodina, školní třída, pracovní kolektiv apod.), přičemž podstatný vliv na vznik onemocnění má i to, jak daný jedinec na různé podněty reaguje, jakým způsobem se dokáže vyrovnat s určitou zátěží a jak jí dokáže zpracovat – obecně lze hovořit o temperamentu dané osoby.³¹

²⁷ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2004. s. 333.

²⁸ PAVLOVSKÝ, Pavel. Schizofrenie. In: Jiří RABOCH, Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTOVÁ. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 4. rozš. vyd. Praha: Triton, 2006.

²⁹ Tamtéž

³⁰ Tamtéž

³¹ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2004.

2.1.1 Vliv schizofrenie na běžný život jedince

Abychom si mohli představit, jaký má schizofrenie vliv na běžný život takto nemocné osoby, je nutné popsat, jak se vůbec schizofrenie projevuje.

Vágnerová³² uvádí, že schizofrenie nemá jednotný klinický obraz. Projevy schizofrenie tedy mohou být různorodé. Lze zde mluvit o tzv. pozitivních příznacích (např. bludy, halucinace, narušená kontrola chování apod.) a negativních příznacích (apatie, zpomalené myšlení, útlum emočních reakcí, sociální stažení atd.).

Pozitivní příznaky je možné charakterizovat jako nadměrné či zkreslené vyjádření standardních funkcí, negativní příznaky jsou naopak způsobeny úbytkem těchto funkcí.³³

Schizofrenie ve velké míře ovlivňuje pozornost a myšlení, což takto nemocné osobě ztěžuje či dokonce znemožňuje soustředit se či si něco zapamatovat. V souvislosti s myšlením lze hovořit o tzv. bludech, jakožto o nevývratných a nereálných přesvědčeních (např., že je člověk někým sledován, pronásledován). Člověk tak často prožívá úzkost, strach, pocity viny, cítí se ohrožen a dle toho také jedná.³⁴

Součástí tohoto onemocnění bývá i neschopnost si svou nemoc uvědomit – chybí tzv. náhled na nemoc. Nedostatečný náhled pak může negativně ovlivňovat případnou léčbu a vůbec jakoukoli snahu změnit následky této nemoci.³⁵

Dalším projevem schizofrenie je narušené vnímání. Zde hovoříme zejména o smyslových halucinacích. Pro schizofrenii jsou typické především halucinace sluchové, které jsou charakteristické nereálnými zvuky či hlasy v hlavě, které mohou něco přikazovat, komentovat a jsou pro danou osobu natolik reálné, že jim bezmezně věří a jedná dle nich.³⁶

³² VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2004.

³³ Tamtéž

³⁴ PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014.

³⁵ Tamtéž

³⁶ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2004.

Důležité je rovněž zmínit poruchy emočního prožívání, které se projevují například přecitlivělými reakcemi, nebo naopak nemožností cokoli emočně prožívat. Reakce taktéž mohou být neadekvátní v souvislosti s danou situací (např. smích jako reakce na negativní či neutrální situaci apod.).³⁷

Pavlovský³⁸ shrnuje významné problémové oblasti, které přináší schizofrenie. Mezi psychologické problémy řadí například již zmíněné narušené, zpomalené či nesouvislé myšlení, omezenou pozornost, emoční oploštělost, přecitlivělé reakce na stres a zátěžové situace, vysoké riziko depresí, užívání návykových látek a suicidálního chování.

Tyto projevy nemoci mohou mít vliv na vznik sociálních problémů, které se mohou týkat například oblastí bydlení, práce (vysoké riziko nezaměstnanosti, současně i potíže s hledáním zaměstnání), dále na problémy v souvislosti se sociálními vztahy, uplatněním se ve společnosti atd.³⁹

Je třeba doplnit, že výše uvedený text se věnuje schizofrenii obecně, důležité je však zmínit, že tzv. diagnostická kritéria se mohou lišit i typem schizofrenie. Existuje základních sedm typů schizofrenie (paranoidní, hebefrenií, katatoní, nediferencovaná, postschizofrenní deprese, reziduální a simplexní).⁴⁰

Dále má velký vliv, v jakém období nemoci se osoba nachází. Zde jsou důležité pojmy „ataka“ – propuknutí příznaků nemoci, „remise“ – vymizení příznaků nemoci a „relaps“ – konec remise, návrat příznaků nemoci.

O schizofrenii lze hovořit dlouze, nicméně již z výše uvedeného je patrné, že schizofrenie je výrazně stigmatizujícím onemocněním, které ovlivňuje člověka v mnoha životních oblastech a má tak podstatný vliv na kvalitu jeho života.

³⁷ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3 rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2004.

³⁸ PAVLOVSKÝ, Pavel. Schizofrenie. In: Jiří RABOCH, Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTOVÁ. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 4. rozš. vyd. Praha: Triton, 2006.

³⁹ Tamtéž

⁴⁰ SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE. *MKN – 10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. 2. akt. vyd. Přeložil Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Praha: Bomton Agency, 2008.

2.2 Afektivní poruchy (poruchy nálady)

Jak již z názvu vyplývá, poruchy nálady se projevují změnou nálady nebo afektu a to buď směrem k depresi (snížená, zhoršená nálada) nebo k mánii (zvýšená, povznesená nálada).

Deprese a mánie tedy zastupují dvě hlavní skupiny afektivních poruch, často se však jedná o jejich kombinaci – tedy bipolární afektivní poruchu (dříve známou pod pojmem maniodepresivní porucha), kdy se epizody mánie a deprese v různých intervalech střídají.

Afektivní poruchy jsou velmi rozšířené, postihují až pětinu populace a tím se řadí na třetí místo nejčastějších duševních poruch.⁴¹

Jako u většiny duševních nemocí, i u afektivních poruch není zcela jasná příčina jejich vzniku. Opět se tedy hovoří o biopsychosociálním modelu, kdy mezi psychosociální faktory je možné zařadit například množství prožitých stresových událostí a s tím pojící se schopnost či neschopnost tyto stresové události zpracovat a vypořádat se s nimi, do biologických faktorů lze poté zařadit např. poškození mozkové tkáně aj. Rovněž genetické dispozice s určitostí ovlivňují vznik onemocnění, nicméně míra tohoto vlivu není doposud jasná.⁴²

Pěč a Probstová⁴³ uvádějí, že mírné a střední formy tohoto onemocnění jsou spíše zapříčiněny psychosociálními faktory, zatímco těžší formy více souvisejí s faktory biologickými. Zároveň však poukazují na fakt, že i u těžších forem lze zpozorovat vliv raných psychických a sociálních faktorů, což může být dalším vysvětlením, proč se nemoc často objevuje v rodinách napříč generacemi.

Zjednodušeně řečeno může mít vliv jednak dědičnost z biologického pohledu, ale i „dědičnost“ ve smyslu předávání určitých sociálních vzorců typických pro určitou rodinu dalším členům této rodiny z generace na generaci.

⁴¹ RABOCH, Jiří. Afektivní poruchy. In: Jiří RABOCH, Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTOVÁ. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 4. rozš. vyd. Praha: Triton, 2006.

⁴² ANDERS, Martin a Jaroslava SKOPOVÁ. *Praktické otázky diagnostiky a léčby depresivních poruch*. Praha: Galén, 2006.

⁴³ PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014.

2.2.1 Vliv afektivních poruch na běžný život jedince

Projevy nemoci je nutné rozlišovat dle toho, zda se jedná o depresivní či manickou epizodu. Mezi typické projevy deprese patří zejména ztráta zájmů či schopnosti se z čehokoli těšit, nechutenství, poruchy spánku, neklid, pocity bezcennosti, sebeobviňování, bezradnost, beznaděj, ztráta energie, únava či pokles pracovní schopnosti apod. Velkým rizikem tohoto onemocnění je i vysoká tendence k suicidálnímu chování.⁴⁴

Tyto projevy nemoci pak mají podstatný vliv na vztahy a sociální život dotyčného. Člověk ztrácí přátele, zanedbává rodinu, stahuje se před sociálním okolím.

Jak jsem již byla mnohokrát svědkem, celá situace pak může dospět do tzv. bludného kruhu, kdy vlivem nemoci dojde například k poklesu zmíněné pracovní schopnosti, vlivem toho nemocný ztrácí zaměstnání a z toho důvodu přicházejí existenční problémy, které v daném člověku opět vyvolávají stres, který se negativně odráží na celkovém zdravotním stavu.

Mánie oproti tomu může zdánlivě působit jako ta „pozitivní“ epizoda nemoci. Projevuje se nadnesenou až euforickou náladou, velkou činnostní aktivitou, vysokým sebevědomím a sebehodnocením, sníženou potřebou spánku a zároveň značnou energií.⁴⁵

Dle mnohých výpovědí rodinných příslušníků (či blízkého okolí) a samotných osob s tímto onemocněním, mohou dodat, že je podstatný rozdíl ve vnímání těchto dvou epizod. Častokrát se můžeme setkat s názorem, že pro osobu takto nemocnou je mnohem příjemnějším obdobím epizoda manická (člověk se cítí plný energie, spokojený, šťastný, aktivní,...), pro blízké okolí však může být naopak mnohem náročnější manická epizoda než ta depresivní.

⁴⁴ MAHROVÁ, Gabriela. Psychiatrické minimum. In: Gabriela MAHROVÁ, Martina VENGLÁŘOVÁ, a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008.

⁴⁵ Tamtéž

Člověk často v manické fázi jedná bez ohledu na následky a dostává se tak do rizikových situací, jeho chování může na okolí působit dotěrně či naléhavě, jeho projev bývá hlasitý a rychlý, těžko přerušitelný. Toto chování opět může negativně ovlivnit různé oblasti života, ať už se jedná o sociální vztahy, vztahy v práci apod.⁴⁶

2.3 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

Poruchu osobnosti lze definovat jako „*přetrvávající, stabilní způsob myšlení, citění a chování, který vede k adaptačním potížím s důsledky v oblasti sociální, profesní či v oblasti subjektivního prožívání. Rysy osobnosti se projevují ve vyhraněných až extrémních formách a způsoby reagování jsou rigidní bez možnosti změny.*“⁴⁷

Z uvedené definice, ale i ze samotného názvu „porucha osobnosti“ vyplývá, že je u těchto poruch podstatně zasažena struktura osobnosti.

Obecně vzato lze poruchy osobnosti charakterizovat jako běžně se vyskytující povahové a osobnostní rysy, které jsou však v tomto případě u dotyčného zastoupeny v extrémní míře, která se od běžné sociokulturní normy výrazně odchyluje.

Vágnerová⁴⁸ v souvislosti s tím uvádí, že je někdy velmi těžké rozlišit, zda se již jedná o poruchu osobnosti či jsou tyto rysy ještě v normě a poruchu osobnosti tedy stanovit nelze.

V MKN tvoří poruchy osobnosti a chování u dospělých samostatnou kategorii, která je následně rozdělena do jednotlivých skupin. Těmito skupinami jsou například přetrvávající změny osobnosti, nutkavé a impulzivní poruchy (patologické hráčství, pyromanie, kleptomanie apod.), poruchy pohlavní identity (transsexualismus,...), poruchy sexuální preference (pedofilie, exhibicionismus, sadomasochismus,...).⁴⁹

⁴⁶ MAHROVÁ, Gabriela. Psychiatrické minimum. In: Gabriela MAHROVÁ, Martina VENGLÁŘOVÁ, a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008.

⁴⁷ PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. s. 119.

⁴⁸ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2004.

⁴⁹ SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE. *MKN – 10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. 2. akt. vyd. Přeložil Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Praha: Bomton Agency, 2008.

Řekne-li se porucha osobnosti, většina laiků si spíš vybaví skupinu specifických poruch osobnosti, mezi které se řadí zejména paranoidní porucha osobnosti, schizoidní, disociální, emočně nestabilní, anankastická či histriónská apod.

Na vzniku poruch osobnosti se opět podílí více faktorů, z biologického hlediska lze například mluvit o zvýšené hladině některých hormonů, vliv má zcela jistě i dědičnost a prostředí.

Halgin a Whitbourne uvádějí, že biologické faktory jsou významné zejména u disociálních, hraničních a schizoidních poruch, vlivy prostředí pak více ovlivňují vznik závislých a narcistických poruch.⁵⁰

Poruchy osobnosti byly dříve v psychiatrii známy pod pojmem psychopatie. I přes to, že je mnoho odborníků toho názoru, že poruchy osobnosti vlastně nepatří mezi typické duševní nemoci (resp. vůbec je nelze klasifikovat jako nemoc), jsou v psychiatrii čím dál častěji diagnostikovány. Některou z poruch osobnosti údajně trpí až polovina psychiatrických pacientů, mnohdy však ještě v kombinaci s jinou duševní nemocí.⁵¹

Péče o klienty/pacienty s poruchou osobnosti je velice zdlouhavá a náročná. Vašina⁵² je toho názoru, že poruchu osobnosti nelze léčit, nicméně vhodným terapeutickým přístupem lze dospět alespoň k nějaké změně (např. inspirovat dotyčného k náhledu a porozumění sobě samému).

Vágnerová⁵³ s náročností léčby souhlasí, dále však doplňuje, že v některých případech může dojít alespoň k nějaké změně či alespoň zmírnění problémů, které tato porucha přináší, přičemž pozitivní vliv může mít kromě léčby jako takové i přirozený vývoj dané osoby (tedy proces stárnutí).

⁵⁰ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2004.

⁵¹ MAHROVÁ, Gabriela. Psychiatrické minimum. In: Gabriela MAHROVÁ, Martina VENGLÁŘOVÁ, a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008.

⁵² VAŠINA, Lubomír. *Základy psychopatologie a klinické psychologie*. Brno: Institut mezioborových studií Brno, 2008.

⁵³ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2004.

2.3.1 Vliv poruch osobnosti na běžný život jedince

Projevy jednotlivých poruch osobnosti jsou odlišné, nicméně lze vyzorovat několik typických znaků. Lidé s poruchou osobnosti bývají častokrát nápadní ve svém chování a projevech, které nějakým způsobem vybočuje z normy, což má podstatný vliv na sociální adaptaci. Jedná se tedy o „*neschopnost sladit vlastní uspokojení s platnými sociálními normami*“.⁵⁴

Způsob uvažování a hodnocení situací je u lidí s poruchou osobnosti změněné, ovlivněné charakterem převažujících osobnostních rysů, dle nichž lze následně stanovit, o kterou konkrétní poruchu osobnosti se jedná.

Například pro paranoidní poruchu osobnosti je charakteristická nedůvěřivost, vztahovačnost či pocity ohrožení. Často bývají tyto lidé velmi ostražití, jsou přesvědčeni, že se jim každý snaží ublížit, chce je ponížit, obelstít. Typickou emoční reakcí je vztek a neustálý strach.⁵⁵

Lidé s paranoidní poruchou osobnosti jsou mnohdy v kolektivu neoblíbení, mohou se dopouštět agresivního chování, sami špatně snášejí kolektiv, což může zapříčinit, že selhávají v práci apod.⁵⁶

Oproti tomu lidé s histrionskou poruchou osobnosti touží po kolektivu, ocenění a pozornosti, i když současně platí, že jsou jim pocity druhých lhostejné. Často se před okolím předvádějí, chovají se vyzývavě, impulzivně a dramaticky. Vztahy těchto lidí bývají nestálé, pouze povrchní a svým chováním a jednáním se mnohdy dostávají do konfliktu s okolím.⁵⁷

Ač tyto lidé mohou působit velmi sebevědomě, ve skutečnosti si vlastně příliš nevěří a žijí v neustálém strachu, že nebudou přijímáni, obdivováni a ztratí pozornost druhých.⁵⁸

⁵⁴ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2004.

⁵⁵ Tamtéž

⁵⁶ PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014.

⁵⁷ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2004.

⁵⁸ Tamtéž

Mezi časté poruchy osobnosti lze zařadit i anankastickou. Lidé s touto poruchou mají potřebu nadměrné kontroly, jsou nerozhodní, nejsou schopni prožívat jakékoli příjemné pocity a radost. Často bývají opatrní a nejistí, neschopní přizpůsobit se změnám.⁵⁹

Anankastická porucha osobnosti je v mnohém podobná obsedantně kompulzivní poruše, například zabýváním se detaily, pravidly, přítomností obsesí (nutkavé myšlenky) či kompulzivním chováním (nutkavé jednání). Právě díky těmto projevům mohou tito lidé na své okolí působit nepříjemně či směšně.⁶⁰

V zaměstnání může být velkým problémem jejich nerozhodnost, zároveň přehnaná opatrnost a pedantství (často vyžadují po ostatních stejný postoj k pravidlům, preciznost apod.).⁶¹

2.4 Obecné shrnutí

Jesenský⁶² rozlišuje dvě základní skupiny činitelů, které ovlivňují život jedince (lze zobecnit na celou populaci, nejen na osoby s duševním onemocněním):

- Vnitřní činitele – „*somatické a psychické vybavení ovlivněné onemocněním, poruchou, defektem či defektivitami. Mezi vnitřní činitele patří všechny aspekty ovlivňující rozvoj a integritu osobnosti handicapovaného.*“.
- Vnější činitele – „*představují podmínky jejich existence. Jedná se o ekologické, společensko-kulturní, výchovně vzdělávací, pracovní, ekonomické a materiálně technické faktory.*“.

Obecně lze tvrdit, že duševní nemoc může mít podstatný vliv na lidské prožívání, chování, myšlení, jednání, emoce či sebehodnocení. Výrazným způsobem tedy zasahuje do všech možných oblastí života, ať už se jedná o pracovní uplatnění, trávení volného času, bydlení apod.

⁵⁹ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2004.

⁶⁰ Tamtéž

⁶¹ Tamtéž

⁶² In VAĎUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2005. s. 18.

Zároveň je však vhodné zmínit, že duševní onemocnění (či jakékoli jiné onemocnění) nemusí mít vždy, už jen z podstaty, negativní vliv na život jedince. Pro někoho může být onemocnění jakousi výzvou, díky které „sebere všechny své síly“ a s případnými důsledky nemoci bojuje, či dělá vše proto, aby se negativní důsledky nemoci vůbec neprojevíly.⁶³ Překážek je mnoho.

Jednou z významných je společenská izolace. Ta může být zapříčiněna samotnou nemocí a jejími charakteristickými projevy (např. u úzkostných poruch, některých typů poruch osobnosti atd.), rovněž i dlouhodobou hospitalizací v psychiatrické nemocnici, kdy je člověk „vytržen“ ze svého přirozeného prostředí a sociálního okolí.⁶⁴

Další zásadní příčinou společenské izolace jsou hluboko zakořeněné předsudky a stereotypy o duševním onemocnění, které mohou následně vést k diskriminaci osob takto nemocných. V této souvislosti je často používáno slovo „stigma“.

Fakt, že duševní onemocnění je velmi stigmatizujícím onemocněním, je nepopiratelný. Týká se nejen přímo nemocných osob, ale i jejich rodin, ba dokonce odborných pracovníků a psychiatrických zařízení.

Ve společnosti stále přetrvávají obavy, strach a hlavně neznalost duševních nemocí, čímž vzniká mnoho mýtů. Tyto mýty jsou následně hojně podporovány například médii, ve kterých je duševní onemocnění převážně spojováno s násilnými trestnými činy. Mezi časté mýty, se kterými jsem se osobně setkala, patří například:

„Lidé s duševním onemocněním jsou agresivní a nebezpeční.“

Bylo zjištěno, že zhruba 3% – 5% násilných trestných činů lze přičíst duševní nemoci, z čehož plyne, že tito lidé nejsou nebezpečnější a agresivnější než kdokoli jiný. Ve skutečnosti jsou to naopak právě osoby s duševním onemocněním, které jsou vystaveny většímu riziku, že se stanou obětí trestného činu.⁶⁵

⁶³ VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2003.

⁶⁴ ĎURECH, Oldřich. *Klient s duševním onemocněním v sociálních službách*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Benepal, 2014.

⁶⁵ *Mental Health Myths and Facts* [online]. HHS.GOV. [cit. 2015-06-25]. Dostupné z: <http://www.mentalhealth.gov/basics/myths-facts/>

„Lidé s duševním onemocněním nemohou pracovat a nepracují.“

V této práci již byly popsány projevy nemoci a její vliv na život jedince, jednalo se však o projevy a vlivy, které **mohou** nastat (záleží na typu a vážnosti onemocnění apod.).

Výše uvedený mýtus však nelze v žádném případě zobecnit na všechny osoby s duševním onemocněním, ba naopak lze tvrdit, že tito lidé mohou být v práci stejně úspěšní jako lidé zdraví.

„Lidé s duševním onemocněním musí být hospitalizováni.“

Opět toto tvrzení rozhodně není pravidlem. Během života může dojít k jedné či více hospitalizací, stejně tak je však možné onemocnění léčit ambulantně. Důležitý je vztah mezi pacientem a jeho ambulantním psychiatrem, popřípadě psychoterapeutem, pravidelné užívání léků dle předpisu lékaře atd. Zase vše rovněž závisí na typu a vážnosti nemoci, aktuálnímu zdravotnímu stavu, ale i na tom, zda dotyčný své onemocnění zná a dokáže například rozpoznat, kdy přichází ataka a kdy je nutné vyhledat odbornou pomoc.⁶⁶

Jsem toho názoru, že už jen označení psychiatrických nemocnic jako „blázců“ utvrzuje mnohé v tom, že za těmito zdmi jsou uzavřeni nebezpeční lidé „blázni, šílení“. K tomuto názoru, jak již bylo řečeno, přispívají i média. Zvláště v poslední době zaznamenávám zesilující radikální názory, že by lidé s duševním onemocněním měli být izolováni, zavřeni pod zámek, ba dokonce dohady o tom, zda si tito lidé vůbec zaslouží žít.

Převážně z toho důvodu, že lidé často o duševních nemocech mají nedostatečné nebo zkreslené informace, se mohou vyskytnout i názory, že duševní nemoci jsou nemoci vymyšlené či si za něj člověk může sám způsobem života, jakým žije. Věta slýchávaná například v médiích *„konal pod vlivem duševní nemoci, není tedy odpovědný za své činy“* tak často ve společnosti probouzí hněv či dokonce agresi, které mnohdy nejsou schopny ani osoby, které nějakou duševní nemocí trpí.

⁶⁶ DYREHAUGE, Leona. *13 mýtů o schizofrenii* [online]. PSYCHOLOGIE.CZ. [cit. 2015-06-25]. Dostupné z: <http://psychologie.cz/13-mytu-o-schizofrenii/>

Na druhou stranu však nepochybně existují i lidé, kteří smýšlejí o duševním onemocnění jinak, nejsou plni předsudků, ba naopak se snaží těmto lidem i nějakým způsobem pomoci. Co ale vlastně lidé s duševním onemocněním potřebují? WHO⁶⁷ v této souvislosti ve čtyřech oblastech popisuje složky potřebné péče:

- Lékařská péče
 - o Včasné rozpoznání nemoci, informace a edukace o nemoci a léčbě, psychologická podpora, kvalitní zdravotní péče apod.
- Rehabilitace
 - o Sociální podpora, možnosti vzdělávání, denní a dlouhodobá péče,...
- Komunitní péče
 - o Boj a snaha o zamezení stigmatizace a diskriminace, zapojení do společnosti, lidská práva atd.
- Rodina
 - o Rodinná soudržnost a podpora, krizová pomoc, finanční podpora, respitní péče aj.

Nejen tyto oblasti mají podstatný vliv na kvalitu života osob s duševním onemocněním. O kvalitě života více v následující kapitole.

⁶⁷ WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The world health report 2001: mental health : new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization, 2001. s. 60.

3 KVALITA ŽIVOTA

Na pojem „kvalita života“ lze nahlížet z mnoha úhlů. Tématem se zabývají odborníci různých oborů (od ekonomů, ekologů, politologů až po sociology, psychology či psychiatry).

Pro tuto diplomovou práci je stěžejní kvalita života lidí s duševním onemocněním, nicméně i tak je důležité se na tento pojem podívat z obecného hlediska, tedy nejen z pohledu zdraví či nemoci. Zde však narážíme na problém, jelikož definicí existuje nespočet, často jsou navzájem značně odlišné, přičemž žádná z nich není všeobecně uznávaná.

Kvalitu života lze v podstatě spojovat se všemi životními oblastmi, ať už se jedná o oblast materiální, kulturní, duchovní či například společenskou. Vnímání důležitosti a spokojenosti v jednotlivých oblastech může být pro každého jedince odlišné. I to ztěžuje kvalitu života definovat jednotně.⁶⁸

Irští psychologové O'Boye, McGee a Joyce⁶⁹ tak přicházejí s následujícím názorem: „*Definice kvality života by měla být formulována individuálně podle toho, jak si ji určí daný jedinec.*“

Tématem se zabývá i Hnilicová⁷⁰, která uvádí, že z nejobecnějšího hlediska lze kvalitu života chápat „*jako důsledek interakce mnoha různých faktorů. Jsou to sociální, zdravotní, ekonomické a environmentální podmínky, které kumulativně a velmi často neznámým (či neprobádaným) způsobem interagují, a tak ovlivňují lidský rozvoj na úrovni jednotlivců i celých společností.*“

Kvalita života se tak nevztahuje pouze na jednotlivce, její pojetí je rozsáhlejší.

⁶⁸ HALEČKA, Tibor. *Kvalita života a lidské práva: Kvalita života a jej ekologicko-environmentální rozmer*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity, 2002. s. 68.

⁶⁹ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002.

⁷⁰ HNILICOVÁ, Helena. *Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví*. In: Jan PAYNE. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005.

Křivohlavý⁷¹ v této souvislosti uvádí tři odlišné sféry/roviny kvality života, které popisují Engel a Bergsma.

Makro-rovina

Na kvalitu života je zde nahlíženo z pohledu velkých společenských celků, kterými mohou být například společenské celky konkrétní země či kontinentu. Kvalita života je tak součástí základních politických úvah, zabývajících se například bojem s hladomorem, chudobou, genocidou, terorismem apod.

Mezo-rovina

Zde je nahlíženo na kvalitu života z pohledu sociálních skupin, kterými mohou být například sociální skupiny v práci, ve škole, nemocnici, v pečovatelském domě atd. Součástí je tak i sociální klima, vztahy mezi lidmi, ale rovněž i uspokojování či naopak neuspokojování potřeb daného člověka v rámci skupiny apod.

Personální rovina (rovněž nazývána jako osobní rovina)

V této rovině je pohled kvality života vztažen přímo na každého jednotlivce jako na jedinečnou, individuální bytost. Každý z nás tak hodnotí kvalitu života ze svého subjektivního pohledu, ať už se jedná o zdravotní stav, obecně spokojenost, naděje atd. Podstatný vliv zde má právě jedinečnost každé osoby, tedy její individuální představy či očekávání.

Křivohlavý⁷² dále dodává, že Engel a Bergsma uvádějí i čtvrtou rovinou, kterou je **fyzická (tělesná) existence**. Ta je popisována jako objektivní měření a porovnávání druhých lidí (viditelné měření tělesných aktivit – chůze, sezení, přijímání potravy aj.).

Zde se tedy nabízí otázka, z jakých úhlů pohledu lze vlastně na kvalitu života nahlížet. V praxi se mluví o úhlu **objektivním a subjektivním**.

⁷¹ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002.

⁷² Tamtéž

Objektivní

„Objektivní kvalita života sleduje materiální zabezpečení, sociální podmínky života, sociální status a fyzické zdraví. Lze jí tedy vymezit jako souhrn ekonomických, sociálních, zdravotních a environmentálních podmínek, které ovlivňují život člověka.“⁷³

Jedná se o vnímání kvality života z hlediska celé společnosti, přičemž výše uvedené ukazatele lze objektivně měřit.

Subjektivní

Zde je kvalita života dána subjektivním vnímáním každého jednotlivce, tím, jak on sám vnímá své postavení ve společnosti, svou spokojenost či nespokojenost v životě a obecně tedy svou kvalitu života dle jeho subjektivních měřítek.⁷⁴

Vaňurová a Múhlpachr⁷⁵ doplňují, že odborníci všech možných oborů se v dnešní době již přiklánějí k hodnocení kvality života ze subjektivního hlediska. Zvláště vytyčují lékařský obor, jelikož ještě donedávna převládalo přesvědčení, že nejpodstatnější jsou objektivně měřitelné ukazatele zdraví. I zde již došlo k posunu a hodnocení kvality života je zde posuzováno převážně ze subjektivního hlediska.

Přehodnocení pohledu, tedy zaměření se na subjektivní hodnocení kvality života, lze vysvětlit i již zmíněným tvrzením, že ke každému člověku je nutno přistupovat naprosto individuálně, tudíž nelze jeho kvalitu života hodnotit z hlediska objektivního.

Zastávám názor, že neméně důležitý je komplexní pohled na jedince, o kterém i v kontextu kvality života můžeme mluvit jako o „biopsychosociálním“ modelu. Výklad slova je totožný, jako bylo doposud popisováno. Biologická, psychologická a sociální složka jsou oblasti, které spolu úzce souvisí a je potřeba je hodnotit jak společně, tak odděleně. Právě tento komplexní přístup dopomůže ke zvolení např. správné metody léčby, což může ve výsledku znamenat pozitivní posun v kvalitě života nemocného.

⁷³ VAĐUROVÁ, Helena a Pavel MÚHLPACHR. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2005. s. 17.

⁷⁴ HNILICOVÁ, Helena. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In: Jan PAYNE. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005.

⁷⁵ VAĐUROVÁ, Helena a Pavel MÚHLPACHR. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2005.

Biopsychosociální model je ve své podstatě promítnut i do oficiální definice zdraví, kterou uvedla WHO. Ta zdraví definuje jako „...stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody...“.⁷⁶

Následující podkapitola bude věnovaná kvalitě života z pohledu zdravotního stavu (HRQoL – Health-Related Quality of Life), zejména se zacílením na duševní onemocnění.

3.1 Kvalita života v souvislosti s nemocí (zejména duševní)

Již bylo zmíněno, definovat kvalitu života je velice složité. Ve vztahu ke zdraví však lze užít definici WHO, kterou zmiňuje řada odborníků nejen z oblasti psychiatrie.

WHO⁷⁷ kvalitu života chápe jako výsledek toho, „*jak jedinec vnímá své postavení v životě v kontextu kultury a hodnotových systémů, v nichž žije a ve vztahu ke svým cílům, očekávání, standardům a obavám.*“ [vlastní překlad autorky této práce].

V medicíně se začal pojem „kvalita života“ užívat v 70 letech 20. století, nicméně až v posledních letech se kvalita života stává čím dál více vyzdvihovaným a řešeným tématem.⁷⁸

Hnilicová⁷⁹ uvádí, že ve zdravotnictví se v souvislosti s kvalitou života sledují nejen klinické ukazatele (hodnoty krve, tělesná teplota, obecně aktuální stav přítomnosti symptomů nemoci, ...), ale i subjektivní či objektivní ukazatele související s fyzickým a psychickým stavem pacienta. Mezi tyto stavy zařazuje zejména přítomnost bolesti či únavy, schopnost sebeobsluhy, zda a v jaké míře pacient prožívá úzkost či napětí, jaké u něj převažují emoce apod.

⁷⁶ WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The world health report 2001: mental health : new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization, 2001. s. 3.

⁷⁷ WHOQOL-HIV Full Instrument [online]. WORLD HEALTH ORGANIZATION. [cit. 2015-06-28]. Dostupné z: http://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/. s. 3.

⁷⁸ HNILICOVÁ, Helena. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In: Jan PAYNE. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005.

⁷⁹ Tamtéž

Výše uvedený přístup je typický především pro léčbu psychiatrických pacientů.

*„V oblasti psychiatrie se kvalita života chápe jako rozhodující pro hodnocení účinnosti terapeutických programů, které se nezaměřují jen na redukci symptomů, ale pomáhají pacientovi navrátit se do jeho přirozeného prostředí.“*⁸⁰

Léčba duševních nemocí bývá velmi zdlouhavá a často nelze dosáhnout stavu úplného uzdravení, což je jeden z hlavních důvodů, proč se čím dál více hlavním cílem léčby stává snaha o zlepšení kvality života těchto lidí. Pokud však chceme dosáhnout cíle zlepšení kvality života, je nutné tuto oblast dostatečně analyzovat.

3.1.1 Měření kvality života z pohledu zdraví

Votava⁸¹ uvádí, že analyzovat kvalitu života ve výzkumné a klinické praxi je možné pomocí čtyř různých metodik. Jedná se o **spontánní oznamování** (výpověď pacient/klienta), **aktivní dotazování** (ústní forma – rozhovor, písemná forma – dotazník), **psychometrické testy** (zejména vizuální, numerické a verbální škály) a u pacientů, kteří mají omezenou schopnost vyjadřování, se používají tzv. **nepřímá měřítka**.

Křivohlavý⁸² popisuje tři možné přístupy k měření kvality života:

- *„Metody měření kvality života, kde tuto kvalitu života hodnotí druhá osoba.*
- *Metody měření kvality života, kde hodnotitelem je sama daná osoba.*
- *Metody smíšené, vzniklé kombinací obou metod...“.*

Ve své podstatě se tedy jedná o **objektivní, subjektivní a smíšené** metody měření. Některé z vybraných metod budou v rámci tohoto rozdělení popsány v následujícím textu.

⁸⁰ PROBSTOVÁ, Václava. *CAN: Camberwellské šetření potřeb: komplexní metoda šetření potřeb osob se závažným duševním onemocněním : manuál*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2011. s. 8.

⁸¹ VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2003.

⁸² KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. s. 165.

Objektivní metody měření kvality života

APACHE II (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System).

Tato metoda bývá v odborných publikacích uváděná mezi prvními. Jedná se o systém (často využívaný na jednotkách intenzivní péče), který kvantitativní metodou zjišťuje, jak se liší pacientův zdravotní stav od „normálního“ zdravotního stavu. Výsledkem je číslo, které určuje závažnost onemocnění (čím větší výsledné číslo, tím větší pravděpodobnost úmrtí pacienta).⁸³

The Karnofsky Performance Scale

Jedná se o hodnocení celkového zdravotního stavu z pohledu ošetřujícího lékaře. Ten je stanoven pomocí tzv. Karnofského indexu (čím nižší index, tím horší zdravotní stav pacienta). Důraz je kladen čistě na tělesnou (zdravotní) stránku, bez ohledu na tu sociální a psychologickou. Původně byl tento nástroj zacílen na pacienty s rakovinou plic.^{84,85}

Spitzer Quality of Life index – QL (dle W. O. Spitzera)

V případě objektivních metod měření kvality života pacientů, patří tento způsob dle Křivohlavého⁸⁶ k nejčastěji používaným. Kvalita života je zde posuzována pomocí kritérií, jako je například bolest či nepohodlí pacienta, jeho nálada, komunikace, sociální kontakty, volný čas, finanční situace apod.

Za významné životní oblasti je tak považována: „*Aktivita, každodenní život, vnímání zdraví, podpora rodiny a přátel a pohled na život.*“. K tomuto výsledku Spitzer dospěl uskutečněním empirického výzkumu, při kterém laici i zdravotníci hodnotili důležitost jednotlivých životních oblastí.⁸⁷

⁸³ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002

⁸⁴ VAĐUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2005.

⁸⁵ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002.

⁸⁶ Tamtéž

⁸⁷ VAĐUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2005. s. 55.

Patrick a Erickson⁸⁸ vidí však podstatný problém v tom, že při měření kvality života objektivními metodami, jsou často hodnoceny ty životní oblasti, které pro danou osobu nemusí být podstatné. Aby se tomu předešlo, navrhuji, aby nejdříve sám pacient zvolil oblasti (životní dimenze), které jsou pro něj podstatné a právě tyto dimenze brát v úvahu při hodnocení.

Buchtová⁸⁹ v souvislosti s tímto tématem uvádí několik poznatků získaných z mnohaletých zkušeností:

- *„Důležitější pro hodnocení kvality života jedince je jeho vlastní názor na stanovení priorit oblastí kvality života než stanovený a posuzovaný vnější systém hodnot.*
- *Jednotlivé dimenze kvality života mají pro každého jedince odlišnou závažnost.*
- *V průběhu života jedince dochází v důsledku procházení životními fázemi a překonáváním různých situací ke změnám v pořadí důležitosti dimenzí kvality života.*
- *Osobní pojetí kvality života je v úzkém vztahu k vyjádření spokojenosti s dosahováním cílů a plněním plánů.“*

Křivohlavý⁹⁰ doplňuje, že byl zjištěn podstatný rozdíl ve výsledcích hodnocení kvality života druhými lidmi a samotnými pacienty. Bylo tedy nutné hledat jiné způsoby měření, přičemž jednou z možností, v současné době uznávanější, bylo hodnotit kvalitu života čistě ze subjektivního hlediska, tedy tak, jak jí vnímá sám pacient.

Existují však obavy, zda jsou konkrétně lidé s duševním onemocněním vůbec schopni reálně zhodnotit kvalitu svého života. Autorka této práce se domnívá, že ač duševní nemoc může ve velké míře ovlivnit myšlení, vnímání či emocionální stránku člověka, je to koneckonců právě ten daný člověk, který má jedinečné právo kvalitu svého života hodnotit.

⁸⁸ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002.

⁸⁹ BUCHTOVÁ, Božena. Kvalita života dlouhodobě nezaměstnaných. In: Oliva ŘEHULKOVÁ, Evžen ŘEHULKA, a kol. *Kvalita života v souvislostech zdraví a nemoci*. Brno: MSD, 2008. s. 98.

⁹⁰ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002.

Subjektivní metody měření kvality života

Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL)

(autoři O'Boye, McGee a Joyce)

Tato metoda je realizována pomocí strukturovaného rozhovoru, kdy sám člověk vytyčí pět pro něj nejdůležitějších životních oblastí/hodnot, u kterých jednak procentuálně vyjádří, jak jsou pro něj v životě tyto oblasti/hodnoty důležité (musí být rovno 100%) a zároveň uvede, jak se ve které cítí spokojeně (škála od 1 do 100%). Výsledek pomocí výpočtu nakonec ukáže, kolikaprocentní je kvalita života dotyčného.⁹¹

Na základě výše uvedené metody vznikl nástroj Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – Direct Weighting (SEIQoL-DW), který je považován za méně náročný, tudíž po hodnocení kvality života pacientů vhodnější.

Pro měření kvality života je zde využíván standardizovaný polostrukturovaný rozhovor. Dotazovaná osoba opět stanoví pět svých nejdůležitějších životních oblastí/cílů, následně subjektivně zhodnotí, jak jsou u ní tyto cíle v současné chvíli naplňovány (stupnice od nejhoršího po nejlepší) a poté vzájemným porovnáním zhodnotí míru důležitosti každého cíle.⁹²

Smišené metody měření kvality života

Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA)

Metoda MANSA zjišťuje spokojenost v těchto oblastech: „*Zdravotní stav, sebepojetí, sociální vztahy, rodinné vztahy, bezpečnostní situace, životní prostředí, právní stav, finanční situace, náboženství (víra), trávení volného času a zaměstnání (škola)*“.“⁹³

⁹¹ ŘEHULKOVÁ, Oliva, Evžen ŘEHULKA, a kol. *Kvalita života v souvislostech zdraví a nemoci*. Brno: MSD, 2008.

⁹² VAĐUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2005.

⁹³ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. s. 176.

V rámci této metody je rozpracována tzv. stupnice spokojenosti LSS (Life Satisfaction Scale), která obsahuje sedm stupňů. Konkrétně: „*Nemůže to být již horší, z větší části nespokojen, nespokojen, stejně spokojen jako nespokojen, spokojen, z větší části spokojen, nemůže to být již lepší.*“⁹⁴

Cílem metody MANSA je zhodnotit kvalitu života konkrétní osoby v daný moment, podle čehož lze následně nastavit vhodnou péči, pomoc či léčbu.⁹⁵

Nástrojů pro měření kvality života z objektivního, subjektivního či kombinovaného hlediska existuje mnoho, přičemž nové nástroje často vznikají upravením, rozšířením či naopak zkrácením již vzniklých metod. Některé mohou být i zacíleny na určitou skupinu obyvatel (dle věku, pohlaví, místa pobytu, zdravotního stavu či například konkrétní psychiatrické diagnózy).

3.1.2 Měření kvality života u osob s duševním onemocněním

Na výběru vhodné metody velice záleží, překážkou však může být, že konkrétní nástroje nemusí být vždy dostupné.

Za účelem umožnění nalezení vhodného nástroje pro měření kvality života pacientů vznikla na internetu databáze s názvem Patient-Reported Outcome and Quality of life Instruments Database (PROQOLID) a je k dispozici na www.proqolid.org.

Mnoho z těchto nástrojů bylo přeloženo do různých jazyků, české verze se dočkal například i dotazník WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life Assessment) a jeho zkrácená verze WHOQOL-BREF, který je v klinické praxi hojně využíván (často v kombinaci s jinými metodami). Tyto dotazníky sestavila Světová zdravotnická organizace a autorkami českého překladu jsou Eva Dragomirecká a Jitka Bartoňová.

⁹⁴ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. s. 177.

⁹⁵ VAĐUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2005.

WHOQOL-100

Dotazník obsahuje 100 položek, přičemž v 6 hlavních doménách sleduje 24 aspektů lidského života. Mezi hlavní domény patří „*fyzické zdraví, prožívání, úroveň nezávislosti, sociální vztahy, prostředí, spiritualita a celková kvalita života.*“.⁹⁶

WHOQOL-BREF

Dotazník obsahuje 26 položek (24 souvisí se 4 základními doménami, dvě položky jsou samostatné a hodnotí celkovou kvalitu života a zdravotní stav).

Tyto čtyři základní domény/oblasti lidského života popisují Vaďurová a Mühlpachr⁹⁷ následovně:

1. Fyzické zdraví (např. samostatnost, mobilita, únava, energie, bolest, schopnost práce,...).
2. Psychické zdraví (sebehodnocení, sebepojetí, myšlení, paměť, učení, emoce,...).
3. Sociální vztahy (rodinné a další sociální vztahy, podpora,...).
4. Prostředí (svoboda, bezpečí, finance, možnosti vzdělání a dostupnost zdravotnické péče,...).

Oba uvedené dotazníky vyplňuje jedinec sám, pouze v případě potřeby je vyplněn pomocí standardizovaného pohovoru. Doba vyplňování je u plné verze 20 – 30 minut, u zkrácené verze 5 – 10 minut.⁹⁸

Dotazníky pokrývají široké spektrum oblastí života, může být však nevýhodou, že tyto oblasti jsou jedinci již předloženy, ač pro něj nemusí být v současné chvíli významné.

Jejich výhodou je možnost rozlišení a srovnávání jednotlivých skupin lidí ať už z demografického či například zdravotního hlediska.

⁹⁶ ŠŤASTNÁ, Lenka. *Dotazník kvality života WHOQOL-BREF a WHOQOL-100* [online]. KLINIKA ADIKTOLOGIE. [cit. 2015-06-29]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/586/904/Dotaznik-kvality-zivota-WHOQOL-BREF-a-WHOQOL-100>

⁹⁷ VAĐUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2005.

⁹⁸ ŠŤASTNÁ, Lenka. *Dotazník kvality života WHOQOL-BREF a WHOQOL-100* [online]. KLINIKA ADIKTOLOGIE. [cit. 2015-06-29]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/586/904/Dotaznik-kvality-zivota-WHOQOL-BREF-a-WHOQOL-100>

V rámci WHOQOL jsou dále vyvíjeny jednotlivé moduly, které jsou zaměřené na konkrétní skupiny lidí v populaci (např. seniory, uprchlíky či osoby trpící nějakou nemocí).⁹⁹

Další známou metodou je dotazník SQUALA (Subjective QUALity of Life Analysis). Autorem toto dotazníku je M. Zanotti a pro české podmínky jej upravila Eva Dragomirecká. Ve své podstatě vychází z Maslowovy třístupňové teorie potřeb.¹⁰⁰

Jedná se o sebeposuzovací dotazník, ve kterém je zahrnuto 21 oblastí života, konkrétně „*zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, prostředí a domov, spánek, rodina, mezilidské vztahy, děti, péče o sebe, sex, odpočinek, záliby, bezpečí, práce, spravedlnost, svoboda, krása a umění, pravda, peníze, jídlo.*“¹⁰¹

Podobně jako u metody SEIQoL se zde sleduje jak spokojenost s konkrétní oblastí, tak její subjektivní důležitost pro každého jednotlivce. Hlavní oblasti života jsou zde však předepsány. Tento dotazník je možné používat u psychiatrických pacientů, nicméně autorka práce se domnívá, že pro závažně duševně nemocné nemusí být dostatečně citlivý a zároveň může být příliš obecný.

Přímo pro měření efektivity psychiatrické léčby (ambulantní i ústavní) byla vytvořena tzv. Schwartzova škála hodnocení terapie (SOS-10). Jedná se o krátkou a jednoduchou škálu, kterou do české verze opět přeložila Eva Dragomirecká a kol., z Psychiatrického centra Praha.¹⁰²

Škála je sestavena z 10 jednotlivých otázek, přičemž dotazovaný každou z nich subjektivně ohodnotí pomocí 7 bodové škály od 0 po 6 (0 – nikdy, 6 – neustále nebo téměř stále). Čím větší je výsledné skóre, tím lepší je kvalita života.¹⁰³

Pro doplnění příkládám Schwartzovu škálu hodnocení terapie do přílohy č. I.

⁹⁹ VAĐUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2005.

¹⁰⁰ Tamtéž

¹⁰¹ PROBSTOVÁ, Václava. *CAN: Camberwellské šetření potřeb: komplexní metoda šetření potřeb osob se závažným duševním onemocněním : manuál*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2011. s. 8.

¹⁰² ŠŤASTNÁ, Lenka. *Schwartzova škála hodnocení terapie* [online]. [cit. 2015-06-29]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/586/1304/Schwartzova-skala-hodnoceni-terapie>

¹⁰³ Tamtéž

3.2 Obecné shrnutí

Kvalita života je velmi široký a složitý pojem, často spojovaný s termíny jako je spokojenost/nespokojenost, pocity štěstí/smutku, životní potřeby, realizace osobních cílů či naopak nemožnost jejich naplňování. Ztotožňuji se s názorem, že nejvýznamnější je na kvalitu života nahlížet ze subjektivního hlediska, tedy tak, jak jí vnímá sám jedinec. Zároveň si však uvědomuje i důležitost objektivních přístupů.

Za zásadní považuji i rozdělení kvality života na jednotlivé sféry/roviny (dle Engela a Bergsma). Roviny jsou to diametrálně rozdílné, z určitého hlediska lze však říci, že spolu úzce souvisí. Do jisté míry je možné domnívat se, že čím lepší bude kvalita života společnosti, tím bude „kvalitnější“ i život jedince. Toto tvrzení však nelze zobecnit, už právě z toho důvodu, že vnímání kvality života ze subjektivního pohledu jednotlivců je naprosto individuální.

Pro dosažení kvalitního života jsme často nuceni překonat jisté překážky, jejichž vznik můžeme či nemůžeme ovlivnit. Reakce na tyto životní nástrahy jsou různé, mohou nás omezit, zastavit nebo naopak popohnat dál. Jednou z takovýchto překážek může být právě i duševní nemoc.

WHO¹⁰⁴ uvádí, že z mnoha studií vyplývá, že vliv duševní nemoci na kvalitu života je nejen podstatný, ale častokrát i trvalý. Důležité je rovněž zmínit, že duševní nemoc neovlivňuje pouze člověka takto nemocného, ale má značný vliv i na jeho blízké okolí a rodinu. Nedávné studie prokázaly, že i již zmíněná stigmatizace a diskriminace duševně nemocných osob je velkým problémem, rovněž tak i dlouhodobá hospitalizace těchto lidí podstatně ovlivňuje kvalitu jejich života.

¹⁰⁴ WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The world health report 2001: mental health : new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization, 2001.

4 PÉČE O OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Psychiatrie se ve své podstatě vyvíjela již od počátku lidské existence. Již tehdy byly ve společnosti lidé, kteří se nějakým způsobem od ostatních odlišovali. Společnost se tedy s těmito lidmi musela vyrovnávat, přístup k nim se v různých dobách měnil. Historický pohled na psychiatrii a obecně na duševní onemocnění je nesmírně důležitý. Může například přispět k pochopení různých postojů ve společnosti k duševním nemocem, samému oboru, jenž se těmto nemocem věnuje, ale i pochopení lidských hodnot a norem v současné době.¹⁰⁵

Psychiatrie se stala samostatným (univerzitním) oborem v 19. století, nicméně její počátky můžeme zaznamenat nejen v lékařství, ale také ve filosofii. Kondáš¹⁰⁶ v této souvislosti připomíná, že Cicero jako první ve své 3. knize *Tusculanei* uvedl, že filosofie je „umění léčit duši“.

Oproti tomu Höschl¹⁰⁷ zastává názor, že ač je psychiatrie vědou na pomezí biologie a sociologie, vyvíjela se čistě jako odvětví medicíny. Upozorňuje tedy na nutnost neplést obor psychologie (jako nauky o duši) s oborem psychiatrie, který se věnuje příčinám, studiu, diagnostice, léčbě a prevenci duševních nemocí.

Dále dodává, že ač mají tyto obory odlišné historické kořeny, tyto rozdíly přestaly být ve 20. století zřetelné. Höschl to vysvětluje zejména vznikem psychoanalýzy, což ve své podstatě znamenalo určité splynutí psychologie a medicíny (potažmo psychiatrie).

Z obecného hlediska se však Höschl nesnaží tyto vědy důsledně oddělovat, určitou spojitost a souvislost uznává. Jeho stanovisko je dáno zejména snahou o to, aby obory psychologie a psychiatrie nebyly zaměňovány či plně slučovány, resp. aby byly chápány správně.

Tak či onak, ačkoli je obor psychiatrie spojen až s 19. stoletím, osoby trpící nějakou duševní nemocí zde byly již odpradáвна.

¹⁰⁵ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2004.

¹⁰⁶ KONDÁŠ, Ondrej. *Klinická psychológia*. Martin: Osveta, 1977. s. 40.

¹⁰⁷ HÖSCHL, Cyril, Jan LIBIGER a Jaromír ŠVESTKA. *Psychiatrie*. 2. dopl. a opr. vyd. Praha: TIGIS, 2004.

Lidé si po dlouhá léta nebyli schopni vysvětlit různé jevy, tudíž duševní nemoci pokládali za vliv zásahu nadpřirozených sil (často jako posedlost zlými duchy). „*Např. staří Egypťané se domnívali, že bolesti hlavy způsobuje duch Tin, Labartu zapříčiňuje tzv. noční můry a Labasu záchvaty bezvědomí.*“¹⁰⁸

Ve starověku došlo k jistému pokroku, kdy byly duševní nemoci chápány jako kterákoli jiná onemocnění, přičemž úzce souvisely s nerovnováhou čtyř tekutin (krev, lymfa, černá a žlutá žluč - dle Hippokrata). Kupříkladu melancholie měla souvislost s přílišným množstvím černé žluči. Duševní nemoci tak byly často léčeny pomocí dietní léčby (pročišťování, projímadla apod.).¹⁰⁹

Počátky středověku lze spojit s křesťanským pohledem, tudíž lidé s duševním onemocněním měli ve společnosti své místo, důstojnost. Duševně nemocní žili u svých rodin, případně využili bydlení, které bylo pro tyto účely zřízeno u klášterů. Mnohé se změnilo na konci středověku, kdy začalo docházet v historii ke známému „upalování čarodějnic“.¹¹⁰

Šedivec¹¹¹ ve svém článku popisuje, že až v období renesance (uvádí 16. století) začali lékaři uznávat názor, že je nutné rozlišovat přirozené duševní nemoci a duševní nemoci, které jsou způsobené posedlostí démony.

Mýtus o čarodějnictví byl zaznamenán již v 15. století, kdy církev procházela krizí. Tato krize byla mimo jiné považována za dílo ďábla, spiknutí proti křesťanské společnosti, tudíž byly čarodějnice (ženy údajně spolčené s ďáblem) hojně pronásledovány a upalovány.¹¹²

Šedivec v tomto kontextu dodává, že cílem nebyli duševně nemocní, ale ženy, které se upsaly ďáblu (jednalo se tedy o sociální problém, ne lékařský), což bývá v historii často zaměňováno.

¹⁰⁸ RABOCH, Jiří a Petr ZVOLSKÝ. *Psychiatrie*. Praha: Galén, 2001. s. 136.

¹⁰⁹ Tamtéž

¹¹⁰ Tamtéž

¹¹¹ ŠEDIVEC, Vladislav. *Názory na duševní nemoci ve středověku a renezančním lékařství a mýtus čarodějnictví* [online]. ČESKÁ A SLOVENSKÁ PSYCHIATRIE. [cit. 2015-07-02]. Dostupné z: <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=343>

¹¹² Tamtéž

V 17. a 18. století se čím dál více zvyšovaly nároky na jednotlivce, což nakonec znamenalo, že lidé, kteří se nějakým způsobem odlišovali (duševně nemocní, ale i nezaměstnaní, lidé s kriminální minulostí apod.) a tyto nároky nezvládali, byli zavíráni do zvláštních zařízení. Konkrétní psychiatrické ústavy v Evropě vznikaly až od roku 1750 a v letech 1863 – 1928 začalo docházet ke stavbě velkých psychiatrických léčeben (v ČR např. PL Bohnice, Dobřany apod.), což bylo reakcí na soustavné rozšiřování psychiatrické péče.^{113,114}

V roce 1886 byla zřízena psychiatrická klinika Univerzity Karlovy. Na počátku 20. století lze mluvit o rozvoji psychiatrie, kdy vznikaly odborné články, učebnice a terminologie. Byly zřizovány další ústavy/léčebny či kliniky, zvyšovala se efektivita léčby. V období druhé světové války však prosperita končí, vysoké školy jsou zavírány a mnoho duševně nemocných je deportováno do koncentračních táborů.^{115,116}

Höschl¹¹⁷ v této souvislosti uvádí, že v nacistickém Německu „byli duševně nemocní likvidováni jako vřed na společnosti.“. Dále popisuje, že nahlížení na duševně nemocné je ve společnosti často spjato se snahou izolovat takto nemocné někam mimo civilizaci (což mimo jiné dokládá i poloha dnešních psychiatrických nemocnic).

V letech 1948 – 1989, tedy v době socialismu, došlo ke zrušení soukromého sektoru. Česká psychiatrie v 60. letech viditelně zaostávala za ostatními zeměmi západní Evropy. Psychiatrická péče byla zajišťována psychiatrickými léčebnami, odděleními v nemocnicích a ambulancemi, chyběly nelékařské profese, vše bylo řešeno pomocí farmakologie (česká farmakologie v této době sklízela úspěchy).¹¹⁸

Období po roce 1989 se vyznačuje zejména dostatečnou sítí lůžkových zařízení, nicméně nedostatkem rehabilitační a preventivní péče. Psychologické a sociální složky jsou tak opomíjeny na rozdíl od těch biologických.¹¹⁹

¹¹³ HÖSCHL, Cyril, Jan LIBIGER a Jaromír ŠVESTKA. *Psychiatrie*. 2. dopl. a opr. vyd. Praha: TIGIS, 2004.

¹¹⁴ RABOCH, Jiří a Petr ZVOLSKÝ. *Psychiatrie*. Praha: Galén, 2001.

¹¹⁵ HÖSCHL, Cyril, Jan LIBIGER a Jaromír ŠVESTKA. *Psychiatrie*. 2. dopl. a opr. vyd. Praha: TIGIS, 2004.

¹¹⁶ RABOCH, Jiří a Petr ZVOLSKÝ. *Psychiatrie*. Praha: Galén, 2001.

¹¹⁷ HÖSCHL, Cyril, Jan LIBIGER a Jaromír ŠVESTKA. *Psychiatrie*. 2. dopl. a opr. vyd. Praha: TIGIS, 2004. s. 32.

¹¹⁸ DRAGOMIRECKÁ, Eva. *Co jsme podědili: aneb čísla a data z historie psychiatrické péče*. FF UK a Psychiatrické centrum Praha. Dostupné také z: <http://www.rpkk.cz/download/Sbornik/files/033.pdf>

¹¹⁹ Tamtéž

V následujících letech však lze hovořit o mírných změnách například v souvislosti s přibýváním ambulantních zařízení (stoupá i počet osob zde vyšetřených), vzniku nových nestátních organizací, využívání stacionářů pro „léčbu“ duševních nemocí apod.¹²⁰

Péče o duševně nemocné procházela a stále prochází vývojem. V systému péče o osoby s duševním onemocněním lze rozlišit péči zdravotní (resort zdravotnictví), do které spadá péče ambulantní a lůžková a péči sociální (resort práce a sociálních věcí), kam spadají služby pobytové, ambulantní nebo terénní. Z obecného pohledu lze pak systém péče dělit na péči ambulantní, lůžkovou a komunitní.

Podoba konkrétních systémů byla odkázána na aktuální dobu, vládnoucí režim, náboženském vyznání, společenské vyspělosti, rovněž i dostupností informací, které se této problematice věnovaly. Z historického pohledu se tedy kromě ústavní péče vyvíjela i péče komunitní, které bude věnována jedna z následujících kapitol, nejdříve je však nutné trochu více přiblížit péči ústavní.

Sochorová¹²¹ ve své diplomové práci v přehledné tabulce charakterizuje zásadní rozdíly v přístupech a chápání ústavní/institucionální péče a péče komunitní. Tato tabulka je přílohou č. II.

¹²⁰ DRAGOMIRECKÁ, Eva. *Co jsme podědili: aneb čísla a data z historie psychiatrické péče*. FF UK a Psychiatrické centrum Praha. Dostupné také z: <http://www.rpkk.cz/download/Sbornik/files/033.pdf>

¹²¹ SOCHOROVÁ, Gabriela. *Principy komunitní péče v praxi regionálního komunitního týmu péče o duševní zdraví*. Diplomová práce. UK Praha, FF, Katedra sociální práce. Vedoucí práce PhDr. Václava Probstová, CSc. s. 9.

4.1 Ústavní péče

Ústavní péče (možné užívat i slova institucionální) by měla mít následující základní funkce:¹²²

- Podpora a péče
 - o když jiná péče není dostupná či dostačující
- Léčba, výchova, resocializace
 - o náprava chování, zdravotního stavu apod.
- Omezení, izolace a represe
 - o ochrana společnosti
- Ústavy s rekreační funkcí
 - o zejména ozdravovny, lázně aj.

Modely ústavní péče lze dělit dle délky hospitalizace, potažmo dle závažnosti handicapu klienta. **Klasický model** je typický pro krátkodobé hospitalizace, jedná se tedy zejména o pobyty v běžných nemocnicích. **Rehabilitační modely** jsou pro lidi, kteří mají dlouhodobý handicap a **model pečovatelský** je typický pro klienty, kteří mají handicap trvalý.¹²³

Matoušek¹²⁴ uvádí, že pro pacienty/klienty, je ústav dočasnou nebo trvalou náhradou domova. Podstatný problém vidí v tom, že zaměstnanci těchto ústavů pacienty/klienty vnímají jako objekty své práce, ti však chtějí být subjekty.

Dlouhodobá, ale i krátkodobá ústavní péče je vždy zásahem do lidského života. Ústavní péče s sebou nese mnoho rizik, mezi které lze zařadit například ztrátu soukromí a sociálních vztahů, riziko šikany apod.

Všechna tato rizika jsou velmi závažná, v posledních letech se však čím dál více hovoří o riziku hospitalismu.

¹²² VRTIŠKOVÁ, Marie. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Tribun EU, 2009.

¹²³ Tamtéž

¹²⁴ MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. Přeproc. a rozš. 2. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. Studijní texty.

„Pojmem hospitalismus označujeme stav dobré adaptace na umělé ústavní podmínky v souvislosti se snižující se schopností adaptace na podmínky neústavní,....“¹²⁵

Jsem toho názoru, že zejména u dlouhodobých hospitalizací lze pozorovat změny v chování pacientů na začátku a v průběhu hospitalizace. Člověk často ztrácí přehled o reálném světě, přichází o sociální vazby a hlavně zájem o okolní dění, de facto rezignuje.

Velkým problémem je zvyk na určitý „servis“, kdy původně aktivní člověk tzv. „z pohodlí“, má jen málo povinností a dostačující pro něj tak může být i to, že se má kde vyspat a má co jíst, o jeho další program je v podstatě postaráno.

V případech, kdy to vyžaduje zdravotní stav člověka (a není-li možné využít jiných služeb), je hospitalizace nutná. Hospitalizace poté může být dobrovolná, nedobrovolná či nařízená soudem (ochranná léčba), přičemž k nedobrovolné hospitalizaci může dojít pouze za splnění určitých podmínek stanovených zákonem.

Nutno dodat, že ústavní péče (lůžková péče v psychiatrických nemocnicích) by měla být poskytována zejména z důvodu stabilizace zdravotního stavu (pokud nelze jinak), v žádném případě by tak neměla zastávat jedinou možnou volbu péče a pomoci pro lidi s duševním onemocněním. Jak dle mých zkušeností v praxi často děje.

4.2 Komunitní péče

Komunitní péči je v současné době věnována čím dál větší pozornost a je považována za důležitou, ne-li nejdůležitější ze složek péče o osoby s duševním onemocněním. V jistém smyslu je komunitní péče vnímána jako protiklad k péči ústavní, přičemž nejideálnější je však jejich vhodné propojení.

Komunitní péče stále prochází vývojem a to zejména v posledních letech, její kořeny však sahají do dávné historie.

¹²⁵ VRTIŠKOVÁ, Marie. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Tribun EU, 2009. s. 72.

Foitová¹²⁶ dle Falloona a Faddenové rozděluje tři etapy ve vývoji komunitní péče:

Nemocniční přístup

Tento model se rozvíjí zejména od konce 60. let (v Evropě, USA a Kanadě). Péči zde poskytují profesionálové zejména na psychiatrických odděleních nemocnic. Člověk s duševním onemocněním je tak vnímán pouze jako pacient. Dochází tak k značné míře izolace od komunity, ochrany komunity před pacientem apod.

Komunitní přístup

Komunitní přístup se rozvíjí od 70. a 80. Let (zejména Itálie, Velká Británie, Holandsko, USA,...). Profesionální služby jsou stále považovány za nutné, objevují se však názory, že tyto služby nejsou dostatečné pro integraci. Uživatel péče tak začíná být vnímán ne jako pacient, ale jako klient a přijímá tak služby, které si sám volí.

Integrativní přístup

Tento přístup se vyvíjí až od 90. let, převážně v již zmiňovaných zemích. Uživatel péče je vnímán hlavně jako občan, přičemž se klade důraz hlavně na jeho schopnosti a kapacitu, ne na nemoc a nedostatky. Profesionální služby stále zůstávají, ale péči o lidi s duševním onemocněním pokrývají až tehdy, kdy běžné služby dostatečnou péči a asistenci poskytnout nemohou.

Pojem komunitní péče úzce souvisí i s dalšími pojmy tohoto druhu, jako je komunita, komunitní přístup, komunitní psychiatrie, komunitní služby apod.

Samotný pojem komunitní péče lze definovat následovně: „*Komunitní péče je široký soubor služeb, programů a zařízení, jehož cílem je pomoci lidem s duševní poruchou žít co nejvíce v podmínkách běžného života, subjektivně co nejuspokojivějším způsobem tak, aby mohly být co nejvíce uspokojeny jejich zdravotní, psychologické a sociální potřeby.*“¹²⁷

¹²⁶ FOITOVÁ, Zuzana. Komunitní péče aneb Aby péče o duši neztratila duši. In: Ondřej Pěč a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009.

¹²⁷ PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. s. 184 – 185.

Hartl¹²⁸ dodává, že díky komunitní psychiatrii byla tradiční psychiatrie rozšířena o poznatky sociologické, psychologické, filozofické, pedagogické i antropologické. Hlavním cílem je zkvalitnění života nejen lidem s duševním onemocněním, ale i jejich sociálnímu okolí.

Principem komunitní péče je tedy zejména mobilita a propojenost služeb s ohledem na potřeby klientů, poskytování péče ve vlastním a přirozeném prostředí klientů, důraz na jejich silné stránky a orientace na lidská práva.

4.2.1 Oblasti potřebné péče

Komunitní péči lze v současné době rozdělit na služby intermediární a meziresortní.¹²⁹

Intermediární

Jedná se o služby, které se nachází na pomezí mezi lůžkovou a ambulantní péčí a spadají do resortu zdravotnictví. Mluvíme tedy zejména o denních stacionářích, krizových centrech, krizových mobilních týmech a komunitních psychiatrických sestřích.

Pěč a Probstová¹³⁰ uvádějí, že v České republice v současné době existuje 22 denních stacionářů, 3 krizová centra, 2 mobilní krizové týmy a 3 pracoviště terénních psychiatrických sester. Je tak patrné, které ze služeb by bylo potřeba posílit co do počtu.

Meziresortní

Meziresortní služby formálně spadají do sociálních služeb, nicméně jejich činnost je sociálně zdravotní. Mezi konkrétní patří například služby pro podporu práce a zaměstnání, bydlení, volného času a sociálních kontaktů, mezi další lze zařadit case management, poradenství, případové vedení apod. Tyto služby jsou z největší části poskytované nestátními neziskovými organizacemi.

¹²⁸ HARTL, Pavel. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997. Studijní texty.

¹²⁹ PĚČ, Ondřej. *Komunitní péče* [online]. ČESKÁ PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST. [cit. 2015-07-02]. Dostupné z: <http://www.psychiatrie.cz/index.php/deni-reforma-psychiatrie/deni-komunitni-pece>

¹³⁰ PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014.

V předešlém textu jsou opět zahrnuty oblasti typu bydlení, práce, společenského postavení a trávení volného času, které již byly zmiňovány v předešlých kapitolách v souvislosti s vlivem duševní nemoci na běžný život jedince. Jedná se však o obecné pojmy, na které je potřeba podívat se blíže.

Služby týkající se práce a zaměstnávání

Práce zastává v lidském životě významnou roli a to nejen z hlediska finančního, ale také z psychologického a sociálního. Dopomáhá k získání různých zkušeností, sociálních kontaktů, sebedůvěry, pocitu sounáležitosti (někam patřit) a být důležitý. Práce je pro lidi s duševním onemocněním stejně důležitá jako pro všechny ostatní, nicméně příležitosti mohou mít tito lidé omezené, ztížené či vůbec žádné, to podle hloubky jejich onemocnění a podle služeb, které jim mohou práci zprostředkovat. Na to pamatuje i zákon o zaměstnanosti.

Matoušek¹³¹ uvádí, že lidé často v důsledku dlouhodobé nezaměstnanosti ztrácí základní pracovní návyky, schopnosti a dovednosti, často i motivaci k práci.

Nejen z tohoto důvodu zde existují služby, které napomáhají k zařazení osob s duševním onemocněním do pracovního procesu. Jedná se například o rehabilitační dílny, tréninkové pracoviště, sociální firmy či družstva, přechodné a podporované zaměstnávání, podpůrné programy při pracovní rehabilitaci (Job kluby) apod.¹³²

Služby bydlení

Nutnost „bydlení“ je naprosto zřejmá. Lidé s duševním onemocněním však nezřídka své bydlení ztrácí, což může být ovlivněno například ztrátou zaměstnání, ale souvisí to i s určitým „selháním“ v podobě zhoršení péče o vlastní osobu a domácnost, kdy ke ztrátě bydlení dochází buď vlivem nemoci, nebo vlivem opakované hospitalizaci. Služby v oblasti bydlení se snaží poskytnout takovou následnou péči, která by mohla docílit zkracování dob hospitalizací a dopomohla lidem s duševním onemocněním k návratu do společnosti.

¹³¹ MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007.

¹³² PĚČ, Ondřej. *Komunitní péče* [online]. ČESKÁ PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST. [cit. 2015-07-02]. Dostupné z: <http://www.psychiatrie.cz/index.php/deni-reforma-psychiatrie/deni-komunitni-pece>

Konkrétními službami pro lidi s duševním onemocněním jsou hlavně chráněná bydlení (komunitního či individuálního typu), podporované bydlení, domy a byty na půl cesty, terapeutické komunity apod. Lidé s duševním onemocněním často využívají i ubytovny (obvykle kvůli finančním potížím) a azylové domy.

Volný čas, vzdělávání a sociální kontakty

Volný čas a vzdělávání jsou neméně důležitými oblastmi v životě každého člověka. Smysluplné využití volného času má bezesporu pozitivní vliv na lidskou psychiku, odráží se například v pocitu spokojenosti v životě, rozvoji sociálních dovedností, souvisí se sebevědomím, sebepojetím apod.

Lidé s duševním onemocněním však mnohdy žijí izolovaně, obávají se sociálních kontaktů, mohou být i společností do jisté míry odmítáni či z toho alespoň mohou mít obavu, a proto se jí raději vyhýbají. Z těchto důvodů existují služby, jako jsou centra denních aktivit, nabídka různých kurzů, možnosti výletů či účast v různých klubech, například sportovních.

Služba Case managementu (CM)

V souvislosti s překladem tohoto termínu se mnoho odborníků rozchází v názorech. Někteří CM překládají jako případové vedení, až v posledních letech bývá nahrazován pojmem asertivní komunitní přístup/léčba.

Stuchlík¹³³ popisuje základní prvky CM takto:

- *„přehled o potřebách a schopnostech klienta,*
- *„plánování péče – plán obsahuje jasně definované cíle,*
- *uskutečňování plánu – za pomoci klienta a jeho vlastního sociálního okolí,*
- *monitorování a zaznamenávání dosaženého či naopak nedosaženého pokroku,*
- *vyhodnocování práce a výsledků společně se všemi, kteří se na práci s klientem podílejí.“*

¹³³ STUHLÍK, Jan. *Asertivní komunitní léčba & case management*. Praha: Fokus Praha, 2001. s. 9.

V České republice se jedná o poměrně novou metodu, první pokusy o CM lze zaznamenat až v roce 1995. Službu využívají zejména ti lidé, kteří potřebují pomoci ve více oblastech svého života. CM by měl být v ideálním případě tvořen multidisciplinárním týmem, ve kterém má být kupříkladu sociální pracovník, psychiatr, psycholog, terapeut, zdravotní/psychiatrická sestra apod. Koordinátorem takového týmu by měl být case manager, který je tzv. průvodcem klienta a podílí se na realizaci výše popsaných základních prvků CM.¹³⁴

4.3 Obecné shrnutí

V České republice je přes veškeré úsilí stále ještě patrna tendence přeceňovat lůžkovou péči (institucionální) a s ní spojenou farmakoterapii. V ČR v roce 2013 dle statistických údajů lůžkovou péči zajišťovalo 18 psychiatrických léčeben (dnes již nemocnic) pro dospělé. Konkrétní počet lůžek byl 8 606 (ve srovnání s minulými lety došlo k celkovému poklesu lůžek o 241). V souvislosti s psychiatrickými odděleními nemocnic (30 oddělení) lze hovořit o 1 275 lůžkách.¹³⁵

Jak je výše uvedeno, postupem času dochází k mírnému poklesu psychiatrických lůžek. V současné době lze tedy zaznamenat některé posuny, změny v přístupu k lidem s duševním onemocněním. Vznik nových neziskových organizací či nových programů v již vzniklých organizacích toho může být dokladem.

Je vhodné zmínit, že existuje Asociace komunitních služeb, dostupná na www.askos.cz, kde lze mimo jiné nalézt i adresář komunitních služeb.

Mezi nejznámější neziskové organizace poskytující popsané služby, či alespoň některou z nich, patří zejména Fokus (Praha, Labe, Vysočina,...), Eset – Help o. s., Bona o. p. s., o. s. Baobab, o. s. Green Doors, Modré dveře a mnoho dalších.

¹³⁴ STUHLÍK, Jan. *Asertivní komunitní léčba & case management*. Praha: Fokus Praha, 2001.

¹³⁵ *Psychiatrická péče*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2015. ISBN 978-80-7472-140-3. Dostupné také z: <file:///F:/Sta%C5%BEn%C3%A9%20soubory/psych2013.pdf>

5 REFORMA PSYCHIATRIE V ČESKÉ REPUBLICE

Reforma psychiatrické péče je v současné době velice aktuální téma, proto je jí věnována samostatná kapitola. Systém psychiatrické péče v České republice je již delší dobu pokládán za značně nevyhovující, což se následně odráží na kvalitě života osob s duševním onemocněním.

Jarolímek¹³⁶ v této souvislosti shrnuje několik zásadních problémů:

- Lůžková péče je koncentrována do velkých psychiatrických léčeben/nemocnic, které jsou v mnohém nevyhovující,
- nedostatečná kapacita psychiatrických ambulancí (mnoho pacientů, málo psychiatrů),
- neuspokojivá dostupnost komunitní péče v přirozeném prostředí duševně nemocných,
- hospitalizace ze sociálních důvodů,
- nedostatečné zajištění ochrany práv,
- špatná dostupnost psychoterapie,
- nedostatečné finanční prostředky pro zajištění psychiatrické péče atd.

Cílem současné podoby reformy psychiatrické péče je:

- zlepšení kvality, dostupnosti a provázanosti zdravotních služeb,
- zkvalitnění podmínek v současných psychiatrických nemocnicích či odděleních,
- sociální integrace osob s duševním onemocněním a snaha o zamezení stigmatizace těchto osob.¹³⁷

Těchto cílů je plánováno dosáhnout podporou a rozvojem center duševního zdraví, osvětovými aktivitami zacílenými na destigmatizaci, vzděláváním pracovníků (zdravotnických i nezdravotnických) a to i těch, kteří nejsou přímo součástí psychiatrické péče (např. policie, školství, úřady aj.).¹³⁸

¹³⁶ JAROLÍMEK, Martin. *Na cestě ke komunitní psychiatrii: Transformace psychiatrické péče*. Pardubice: Občanské sdružení Péče o duševní zdraví, 2010.

¹³⁷ *Strategie reformy psychiatrické péče: Proč to děláme?* [online]. [cit. 2015-07-05]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/proc_reformujeme/#.Va7AWqTmko

¹³⁸ Tamtéž

Pro uskutečnění reformy je důležitá vhodně zvolená strategie. Ta bude rozdělena do tří oblastí:

- „*Formulace strategie (vznik strategického dokumentu)*
- *Tvorba Národního plánu péče o osoby s duševním onemocněním, tj. realizace strategie (převod do taktického plánu, komunikace, koordinace, zajištění a alokace zdrojů, adaptace strategie)*
- *Implementace strategie (realizace jednotlivých projektů zajišťujících dosažení výsledků).*“¹³⁹

Reforma se má úzce dotýkat psychiatrických léčeben/nemocnic. Zde by se měl zásadním způsobem snížit počet lůžek (není však v plánu léčebny či nemocnice razantně rušit), zároveň by ale mělo dojít k rozšíření kapacit a poskytovaných služeb ve službách následných.¹⁴⁰

Změny by měly proběhnout i v psychiatrických ambulancích, kde je třeba zvýšit počet psychiatrů i dalších pracovníků. Důležité je i provázání péče mezi psychiatry, praktickými lékaři a ostatními pracovníky.¹⁴¹

Součástí reformy jsou i již zmíněná centra duševního zdraví. V České republice se jedná o zcela nový typ péče, kde by měly být koncentrovány sociálně zdravotní služby. Smyslem je péče o klienty v jejich přirozeném prostředí, součástí tak budou terénní multidisciplinární týmy, krizová a denní centra apod.¹⁴²

Je v plánu, že první fáze reformy bude trvat od roku 2014 do roku 2020. Celková reforma psychiatrické péče však potrvá několik desítek let. Je potřeba počítat i s překážkami, které mohou nastat. Je třeba mluvit například o nedostatku financí či o neochotě institucí měnit způsoby své práce.¹⁴³

¹³⁹ *Strategie reformy psychiatrické péče: Strategie* [online]. [cit. 2015-07-05]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/strategie/#.VbouJ_Ptmkp

¹⁴⁰ ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Reforma: Jak by měla vypadat psychiatrická péče po roce 2023* [online]. [cit. 2015-07-05]. Dostupné z: <https://g.denik.cz/1/3a/2407-reforma-psychiatrie-web.jpg>

¹⁴¹ Tamtéž

¹⁴² Tamtéž

¹⁴³ *Strategie reformy psychiatrické péče: Proč to děláme?* [online]. [cit. 2015-07-05]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/proc_reformujeme/#.Va7AWqTmko

Největší obavy se však týkají toho, zda je vůbec dnešní česká společnost na plné přijetí lidí s duševním onemocněním připravená.¹⁴⁴

Popsaným problémem se zabývá také Jarolímek¹⁴⁵, který uvádí, že společnost je zcela zahlcena předsudky, nevědomostí či strachem, což mnohé uvádí v přesvědčení, že reforma psychiatrické péče vlastně není naléhavým problémem.

V příloze č. III přikládám obrázek doplňující informace k reformě psychiatrie ČR.

5.1 Zkušenosti ze zahraničí

Mnoho vyspělých států reformou psychiatrie prochází již několik let, již došlo k mnoha proměnám, Česká republika v tomto ohledu bohužel dost zaostává. Lze v tom však spatřovat i nějaká pozitiva, například možnost poučení se z chyb ostatních států a snažit se těmto chybám vyhnout.

Reformy v některých státech probíhaly postupně (Anglie), někde radikálně (Itálie). Důležité je ale uvědomit si, že ač je směr reformem u většiny států Evropy přibližně stejný, mentalita, prostředí, ekonomické možnosti a výchozí podmínky mohou být značně odlišné.¹⁴⁶

Anglie

V Anglii od 50. let docházelo ke snižování počtu lůžek na minimum. Všechny služby jsou poskytovány v komunitách rozdělených dle regionálních oblastí, mnoho z těchto služeb poskytují charitativní organizace a ve všech funguje tzv. multidisciplinární tým.¹⁴⁷

¹⁴⁴ *Strategie reformy psychiatrické péče: Proč to děláme?* [online]. [cit. 2015-07-05]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/proc_reformujeme/#.Va7AWqTmko

¹⁴⁵ JAROLÍMEK, Martin. *Na cestě ke komunitní psychiatrii: Transformace psychiatrické péče*. Pardubice: Občanské sdružení Péče o duševní zdraví, 2010.

¹⁴⁶ WINKLER, Petr, Filip ŠPANIEL a Ladislav CSÉMY. *Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2013. Dostupné také z: http://www.nudz.cz/files/common/reforma_systemu_psychiat_pecce.pdf

¹⁴⁷ Tamtéž

Reforma psychiatrie je tak zacílená převážně na dostatečně vybudování komunitní péče. Vhodnou propojenost a návaznost by měl zajišťovat klíčový pracovník. „V Anglii je role klíčových pracovníků v péči o duševně nemocné skutečně klíčová, u nás je klíčových pracovníků daleko méně než klíčů od bran psychiatrických léčeben.“¹⁴⁸

V některých případech je žádoucí, aby člověk s duševním onemocněním alespoň na nějakou dobu nepobýval v prostředí, kde vzniklo jisté napětí. Jarolímek¹⁴⁹ uvádí, že v Anglii a Holandsku je možné v těchto případech člověka umístit do jiné rodiny, kde po nějakou dobu může pobýt (například měsíc) a pak se vrátit zpět domů. Nutno říci, že „náhradní“ rodina k tomuto svoluje zcela dobrovolně a od obce dostává finanční dotaci.

Itálie

V Itálii proběhla radikální reforma už před více než 35 lety. Zhruba od roku 1978 do roku 2000 docházelo k postupnému zavírání všech psychiatrických léčeben, přičemž nezbytné hospitalizace byly uskutečňovány na psychiatrických odděleních nemocnic. V průběhu docházelo k rozvoji komunitní péče (komunitní centra, denní kliniky a rezidenční zařízení). Nyní na 25-150 tisíc obyvatel připadá přibližně 16 komunitních center s 98 lůžky.¹⁵⁰

Zajímavé je zmínit studii v Lombardii z roku 2011, která mimo jiné ukázala, že 49,3% pacientů s psychózami se nedostalo adekvátní léčby.¹⁵¹

Dánsko

Ambulantní péči v Dánsku zajišťují komunitní centra, specializované kliniky a pro klienty s těžšími formami psychóz intenzivní ambulantní služby.¹⁵²

¹⁴⁸ JAROLÍMEK, Martin. *Na cestě ke komunitní psychiatrii: Transformace psychiatrické péče*. Pardubice: Občanské sdružení Péče o duševní zdraví, 2010. s. 95.

¹⁴⁹ Tamtéž

¹⁵⁰ WINKLER, Petr, Filip ŠPANIEL a Ladislav CSÉMY. *Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2013. Dostupné také z: http://www.nudz.cz/files/common/reforma_systemu_psychiat_pece.pdf

¹⁵¹ Tamtéž

¹⁵² Tamtéž

Dále zde v rámci sociálních služeb fungují domy na půli cesty, služby poradenství, služby psychiatrických sester apod. Velkým problémem v Dánsku je čekací doba na jednotlivé služby. Na první kontakt s lékařem tak mnoho lidí čeká více než 3 měsíce.¹⁵³

Švédsko

Ve Švédsku reformní kroky započaly již v 70. letech. V roce 1982 byl přijat zákon o sociálních službách, který mimo jiné obsahoval i povinnost samospráv poskytovat služby pro osoby s duševním onemocněním (zejména služby bydlení a práce). Dalším krokem bylo v roce 1995 snížit kapacitu lůžkové péče a pacienty přesunout do ambulantních zařízení a dalších následných služeb. Zde však nastal problém, protože tyto služby nebyly na příliv nových klientů dostatečně připraveny.¹⁵⁴

Státy Evropy mají stejný cíl reformy psychiatrické péče, tedy zejména zkvalitnění péče, integrace a zlepšení kvality života osob s duševním onemocněním. Těchto cílů se bude snažit dosáhnout i Česká republika.

¹⁵³ WINKLER, Petr, Filip ŠPANIEL a Ladislav CSÉMY. *Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2013. Dostupné také z: http://www.nudz.cz/files/common/reforma_systemu_psychiat_pece.pdf

¹⁵⁴ Tamtéž

6 PRAKTICKÁ ČÁST, VLASTNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

V teoretické části této diplomové práce jsem se snažila podat souhrnné informace, týkající se kvality života lidí, kteří trpí některou z vybraných duševních nemocí. Samostatnou kapitolu tvořila kromě jiného i reforma psychiatrické péče, která je v současné době velmi aktuálním a diskutovaným tématem. V rámci dané reformy by mělo docházet k co nejoptimálnějšímu propojení ústavní/lůžkové a komunitní péče tak, aby byla zvýšena kvalita života osob s duševním onemocněním.

Osobně pokládám cíl reformy jako nadmíru důležitý, rovněž i snížení počtu lůžek a směřování péče do přirozeného prostředí lidí s duševním onemocněním. Pracuji již několik let v psychiatrické nemocnici, kde hlavní náplní mé práce je indikovaným pacientům nemocnice podat informace o nabízených službách komunitní péče, poskytnout kontakty či konkrétní kontakt na následnou službu zprostředkovat. Cílem je tedy dopomoci ke zkrácení doby hospitalizace a najít takovou formu pomoci, která by byla pro konkrétního pacienta vhodná a pomohla mu k návratu do běžného života tak, aby se v následné službě udržel a aby nedocházelo ke zbytečným rehospitalizacím.

Díky svému zaměstnání mám možnost sledovat změny, které již v této oblasti nastaly, rovněž i názory a postoje pacientů, kterých se tyto změny osobně dotýkají. V souvislosti s debatami o reformě psychiatrické péče v České republice jsem si kladla nejrůznější otázky: *„Je společnost na reformu připravená? Existuje naděje, nebo dokonce reálná možnost, že bude dostatek kvalitních komunitních služeb s takovou kapacitou, aby lidé například na chráněné bydlení nemuseli čekat několik měsíců až let? Jsou hlavně pacienti na tuto reformu připraveni? Mají vůbec zájem vrátit se zpět do společnosti? Mají tento zájem skutečně všichni? Nepovažují někteří za „výhodnější“ či bezpečnější zůstat v nemocnici a „nechat ostatní“, aby se o ně „postarali“? Čím může být kromě přítomnosti nemoci dáno to, že někteří přechod do společnosti zvládnou a někteří selhávají? Co lidé s duševním onemocněním skutečně chtějí, co potřebují, aby byli spokojeni a šťastní? Jak vlastně pacienti na celou reformu nahlízejí, chtějí jí, nebo je to něco, co by chtít měli a co je jim vnucováno?“*

Nejen tyto otázky mě napadají v souvislosti s výkonem mého zaměstnání, jsou tedy opodstatněné osobní zkušeností a situacemi, které ve své práci zažívám. To vše přispělo k mému rozhodnutí na toto téma zacílit své výzkumné šetření.

6.1 Cíl výzkumného šetření

Cílem výzkumného šetření je zejména zjistit, jak osoby s duševním onemocněním subjektivně hodnotí svou zkušenost s ústavní péčí ve srovnání s péčí komunitní, rovněž tak i pozitivní či negativní dopady konkrétní péče na kvalitu jejich života. Jinými slovy hlavním cílem tohoto výzkumu je snaha o zmapování skutečných, nikoli domnělých potřeb lidí s duševním onemocněním, tedy těch, které subjektivně považují za nejdůležitější a které zásadním způsobem ovlivňují kvalitu jejich života.

Díky svému povolání zjišťuji, že mnoho odborníků při práci s lidmi s duševním onemocněním vychází z určitých vžitých předpokladů, které se ve své podstatě týkají především potřeb duševně nemocných. Zjednodušeně lze tento postoj vyjádřit slovy: „My víme lépe, co oni chtějí.“. Tímto výzkumem jsem tyto „domnělé“ potřeby duševně nemocných chtěla zrevidovat. Odborníci totiž často za hlavní cíl péče považují, aby se lidé s duševním onemocněním léčili, tudíž se ptají, co potřebuje duševně nemocný člověk k tomu, aby se léčit chtěl. Mé otázky však směřovaly k cíli zjistit, co subjektivně potřebují duševně nemocní k tomu, aby byl jejich život kvalitní.

Je možné, že výzkum tyto „domnělé potřeby“ duševně nemocných prokáže jako potřeby reálné, ale i k takovému potvrzení může tento výzkum sloužit. Existuje i jistá vyhlídka, že se díky výzkumu může objevit i úplně nová potřeba, kterou zatím odborníci třeba vůbec neberou v potaz.

V souvislosti s ústavní a následnou/komunitní péčí jsem sledovala subjektivní pohledy respondentů na tyto jednotlivé přístupy psychiatrické péče. Obecně se má například za to, že ten, kdo svou duševní nemoc již zná, respektive kdo jí trpí již delší dobu, bude do hospitalizace vstupovat dobrovolně, zatímco ten, kdo je teprve na začátku a nemoc se u něj objevila nedávno, se bude hospitalizaci bránit. Zajímalo mě tedy, proč někteří hospitalizaci pojmají jako dobrovolný akt, jiní jí mají za vynucené zlo.

Bylo potřeba sledovat i další dílčí cíle, přičemž jedním z důležitých je zjistit, jak dotazované osoby vlastně chápou samotný pojem „kvalita života“, jaké životní oblasti považují za důležité/nejdůležitější a zda svůj život pokládají za kvalitní (v čem ano a v čem ne).

Tyto jednotlivé cíle sloužily tomu základnímu, kterým je zmapovat potřeby osob duševně nemocných, kteří trpí duševní nemocí ze schizofrenního okruhu a na které se v podstatě koncentruje reforma psychiatrické péče. Tato „mapa potřeb“ by mohla sloužit jako jisté vodítko k tomu, jak tyto nově vznikající služby konstruovat, aby naplňovaly potřeby nemocných, jak je o těchto službách informovat, jak citlivě jim je nabízet apod.

Reflektuji, že tento cíl je příliš rozsáhlý a je daleko nad rámec tohoto výzkumu, ale jeho výsledky mohou sloužit jako nepatrný podklad pro další výzkumná šetření většího rozsahu.

6.2 Metoda zkoumání

Pro výzkumné šetření jsem zvolila kvalitativní metodu zkoumání. Obávala jsem se, že kvantitativní data by pravděpodobně vedla jen k povrchnímu pohledu na daný problém. Již v teoretické části jsem sympatizovala s názory nahlížet na kvalitu života ze subjektivního pohledu, a jelikož jsem potřebovala hlubší a osobnější pohled do tématu, rozhodla jsem se pro polostrukturované rozhovory.

Určitá struktura rozhovoru musela být dána. Ve své podstatě jsem téma týkající se kvality života již s pacienty při mnoha příležitostech probírala (třeba i v jiných souvislostech). Ti však mívají tendenci spontánně vyprávět, což je zcela jistě velmi cenné, ale pro účely tohoto výzkumného šetření by to nebylo vhodné, respektive rizikové v tom smyslu, že bychom se k sledovanému cíli vůbec nemuseli dostat.

Pokládala jsem otevřené otázky a zmiňovaná struktura byla zajišťována zejména tím, že jsem respondenty vedla k tomu, aby mi objasnili, jaká svá životní období považují za kvalitní a proč, jak by podle nich měl vypadat kvalitní život apod.

Část otázek byla zaměřena na subjektivní zkušenosti respondentů s ústavní péčí, a jakým způsobem hospitalizace ovlivnila jejich život (kvalitu jejich života). S ohledem na komunitní péči mě zajímalo, jak jsou následné služby provázány s těmi ústavními a jak se tato provázanost případně neprovázanost promítla do kvality jejich života.

6.3 Zkoumaný soubor

Pro realizaci výzkumu se mi jevilo vhodnější oslovit osoby s duševním onemocněním z okruhu psychóz, jejichž zdravotní stav je stabilizovaný, nejsou v současné chvíli hospitalizováni, ale s hospitalizací mají svou osobní zkušenost. Ne, že by výpovědi hospitalizovaných osob nebyly cenné, ba naopak, ale potřebovala jsem, aby vybraní respondenti byli schopni reflektovat vlastní zkušenost s prožitou hospitalizací a zároveň měli aktuální zkušenost s nějakou ze služeb komunitní péče, tedy aby měli možnost určitého srovnání.

Oslovila jsem celkem 15 osob s duševním onemocněním, přičemž dva z nich rozhovor odmítli s odůvodněním, že již mají dost toho, jak se každý „hrabe“ v jejich soukromí. Bylo tedy plánováno uskutečnit rozhovory s 13 lidmi, u jedné z respondentek však na poslední chvíli došlo k hospitalizaci v psychiatrické nemocnici a nebylo tedy možné s ní rozhovor zrealizovat.

Nakonec byl rozhovor uskutečněn s 12 respondenty, přičemž náhodně došlo k vyrovnanému zástupu mužského a ženského pohlaví (6 žen a 6 mužů). Respondenti se pohybují ve věku 19 – 57 let, přičemž první zkušenost s duševní nemocí mají různě dlouhou dobu v rozmezí od několika měsíců po mnoho let. Všichni mají za sebou minimálně jednu hospitalizaci v psychiatrickém zařízení a zároveň i současnou zkušenosti s některou z komunitních služeb.

Všech 12 respondentů má diagnostikovanou jednu z duševních nemocí z okruhu schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy (F20 – F29)¹⁵⁵. Nejčastěji se jednalo o paranoidní schizofrenii.

¹⁵⁵ Pozn. autorky: Tito budou v následujícím textu uváděni jako duševně nemocní, osoby s duševním onemocněním apod.

Pro přehled základních charakteristik respondentů přikládám tabulku. Všechna jména zde uvedená jsou z důvodu zachování deklarované a vyžadované anonymity změněná.

Tabulka respondentů						
Jméno	Věk	Profese	Délka nemoci ¹⁵⁶	Počet ¹⁵⁷ hospitalizací	Bydlení	Oblasti využívaných komunitních služeb
Aneta	43	prodavačka	5 let	2	vlastní, s manželem	kurzy, volnočasové aktivity
David	31	nezaměstnaný	11 let	15	chráněné bydlení	bydlení
Filip	27	chráněná práce	1 rok	1	chráněné bydlení	práce, bydlení, CM
Jakub	21	chráněná práce	9 měsíců	1	chráněné bydlení	práce, bydlení, CM
Jana	39	učitelka klavíru	8 let	3	pronájem, sama	CM
Lenka	32	nezaměstnaná	4 roky	1	ubytovna	stacionář
Lukáš	25	chráněná práce	2 roky	1	chráněné bydlení	práce, CHB
Marie	55	chráněná práce	27 let	6	u přítele	práce, CM
Ondřej	48	programátor	19 let	5	pronájem, s manželkou	stacionář
Petr	41	brigádník, různé	16 let	13	ubytovna	centrum denních aktivit
Věra	57	nezaměstnaná	25 let	4	vlastní, s manželem	centrum denních aktivit
Zuzana	19	studentka	7 měsíců	1	u rodičů	CM

Tabulka č. 1: Tabulka respondentů

¹⁵⁶ Pozn. autorky: Délkou nemoci se rozumí jak dlouho má již dotýčný duševní nemoc diagnostikovanou.

¹⁵⁷ Pozn. autorky: Jedná se o celkový počet hospitalizací nejen v psychiatrických léčebnách/nemocnicích, ale i na psychiatrických odděleních nemocnic apod.

6.3.1 Etické aspekty výzkumného šetření

Všichni účastníci rozhovoru byli informováni, k čemu bude rozhovor sloužit a zároveň byli ubezpečeni, že v diplomové práci neuvedu pravá jména ani jakákoli osobní data.

V příloze č. IV přikládám přesné znění informovaného souhlasu, který jsem dávala respondentům k podpisu. Někteří respondenti nerozuměli tomu, proč mají tento informovaný souhlas podepsat, když by vše mělo být anonymní. Formulář však slouží i pro bezpečnost respondentů, tudíž jsme se nakonec domluvili, že jej skutečně podepíší, nemusí však svým jménem, ale například nějakým znakem či symbolem, který si sami zvolí – s tímto souhlasili.

V souvislosti s ochranou anonymity v práci na žádost respondentů neuvádím, kde přesně jsem respondenty oslovila, u jaké konkrétní organizace využívají komunitní služby či v které konkrétní psychiatrické léčebně/nemocnici byli hospitalizováni.

Dále je důležité uvést, že jsem celkem 8 rozhovorů se svolením respondentů nahrála na záznamník. Jeden respondent použití záznamníku odmítl již na začátku rozhovoru, tudíž bylo možné dělat jen ruční zápisky a tři respondenti zpočátku se záznamníkem souhlasili, byl pro ně však v průběhu rozhovoru natolik rušivý a nepříjemný, že jsem jej musela vypnout a pokračovat pomocí ručních zápisků. Tak jak uvádím v informovaném souhlasu, záznamy rozhovorů budou po analýze dat a dokončení této diplomové práce vymazány. Respondenti byli rovněž ubezpečeni, že je dle jejich vlastního uvážení, na které otázky chtějí či nechtějí odpovídat.

6.4 Polostrukturovaný rozhovor

V příloze č. V uvádím orientační schéma připravených otázek. Nutno podotknout, že schéma těchto otázek je skutečně pouze orientační. Sloužilo zejména k tomu účelu, aby byla dodržena určitá struktura rozhovoru a aby byly zodpovězeny všechny důležité oblasti pro tento výzkum. Otázky jsem různě formulovala, přičemž některé byly zodpovězeny již v souvislosti s jinou otázkou nebo naopak bylo nutné položit doplňující otázku, která zde není uvedena.

Časové rozpětí jednotlivých rozhovorů se pohybovalo mezi 45 a 90 minutami. Všechny rozhovory jsem realizovala v období od konce února do začátku dubna roku 2015.

6.4.1 Metoda zpracování dat

Po realizaci všech 12 rozhovorů jsem veškerá data, ať už z papírové formy či záznamu (AUDIOzáznam), přepsala do textového dokumentu v počítači. To mi umožnilo mít data přehledně a čitelně obsažená v jednom souboru. Záznam jsem si poslechla ještě jednou a provedla kontrolu a případné opravy. Následně jsem z již zmíněných důvodů veškeré záznamy vymazala.

Jako techniku přípravy dat pro analýzu jsem využila dle Miovského¹⁵⁸ tzv. barvení textu. Tato technika spočívá v tom, že „*můžeme v textu barevně označovat pasáže, které se týkají určitých tematických celků (které odpovídají základním výzkumným otázkám)*“.

Každému hlavnímu tématu jsem tedy přidělila konkrétní barvu a touto barvou jsem označila všechna místa v textu, kde se dané téma objevovalo. „*Takto připravený text, zejména pokud se jedná o větší množství přepisů nebo větší rozsah původních dokumentů, usnadňuje orientaci a urychluje analýzu.*“¹⁵⁹

Rozhovory jsem si mnohokrát pročetla a přistoupila jsem k interpretaci výsledků.

6.4.2 Interpretace a komentář výsledků výzkumu

V následujícím textu uvedu některé vybrané odpovědi na otázky, které byly pro účely tohoto výzkumu zásadní. Často se obsah a smysl odpovědí opakoval, tudíž uvádím pouze některé z nich a to ty, které nejvíce vypovídají a nejlépe vystihují názory dotazovaných. Odpovědi respondentů jsou přepsány naprosto doslovně a to zejména z toho důvodu, aby byla zachována jejich autenticita.

¹⁵⁸ MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. s. 211.

¹⁵⁹ Tamtéž

Většina respondentů měla vcelku jasnou představu o tom, **co znamená a jak lze chápat pojem „kvalita života“**. Často tento pojem spojovali s jinými pojmy typu spokojenost, potřeba, štěstí apod.

„Kvalita života je podle mě to, jak jsem v životě spokojená, nic zásadního mi nechybí a kromě základních věcí mám i třeba něco navíc, co mě dělá šťastnou, někomu ale třeba stačí mít jenom ty základní věci, u každého člověka je to asi trochu jinak.“
(Marie, 55 let)

„Ono je asi možný kvalitu života chápat ve víc souvislostech, třeba se o tom mluví z hlediska životního prostředí, kvalitu vzduchu, vody a tak. Ale tak jak děláte vy ten výzkum, tak si myslím, že vám de třeba konkrétně i o mojí kvalitu života, jestli mam jako spokojenej život, jestli mam co jíst, kde bydlet a další věci, který potřebuju k životu.“
(Ondřej, 48 let)

Subjektivní hodnocení současné kvality života respondentů

Otázky zaměřené na kvalitu života prokázaly, že pro respondenty, kteří trpí duševní nemocí kratší dobu, je téma nemoci jedním z nejpodstatnějších. Někteří si dokonce ani neumějí představit, že by se schizofrenií mohli žít kvalitní život. Na rozdíl od toho ti, kteří s duševní nemocí žijí již delší dobu, uvádějí kromě zdravotního stavu i jiné pro ně důležité životní dimenze.

V každém případě je ale pro všechny dotázané duševní nemoc vnímána jako něco, co ve velké míře ovlivňuje kvalitu jejich života (u někoho více, u jiného méně).

„Víte co, je hrozně těžký hodnotit kvalitu mého života teď, když jsem se relativně nedávno dozvěděl, že mám schizofrenii a musím na to brát nějaký prášky po kterých mi je blbě. Jasně, že sem byl spokojenější před tím, to je jasný, ne? Zase na druhou stranu nemůžu říct, že je to teď tak strašný, jako strašný to je, ale kdybych si to přiznal, bylo by to ještě horší, jestli mi rozumíte. Musím s tím něco dělat a bojovat proti tomu a nesmím se tomu tak poddávat.“ (Filip, 27 let)

„Já si myslím, že mám docela spokojený život. Mám milující rodinu, přátele, mám kde bydlet, mám i nějaké koníčky třeba jako procházky a výlety a tak. Ted' už je to rozhodně lepší, než to bylo. Měla sem hodně ošklivý období, ale to už je pryč, ted' je to dobré. Jenom je škoda, že kvůli svojí nemoci už nemůžu chodit do svojí starý práce, to mě mrzí, ale už bych jí stejně asi nezvládla.“ (Věra, 57 let)

„Tak já žila úplně normálně, pak se ale něco zvrtilo a skončila sem v blázinci. Měla sem kluka, kamarády, studovala sem a ted' je to všechno v prdeli...pardon.“ (Zuzana, 19 let)

Pravou ale je, že ze své praxe znám mnoho takových, kteří mi sebevědomě sdělili, že duševní nemoc na jejich bytí žádný vliv nemá a to proto, že žádnou duševní nemocí netrpí. Je pochopitelné, že ten duševně nemocný, který je v období popírání této nepříjemné skutečnosti, ten si nebude vliv nemoci připouštět. Nutno dodat, že mnou zvolení respondenti na své potíže s duševním zdravím skutečně náhled měli. Podařilo se ho vybudovat také u Zuzany.

Nicméně stává se i to, že duševně nemocní svůj „náhled“ na nemoc předstírají. Je totiž pravdou, že respondenti dobře cítí, že „mít náhled“ je často nevyjádřenou podmínkou propuštění z hospitalizace.

Otázky zaměřené na hospitalizaci (ústavní péči)

Většina respondentů ústavní péči hodnotí jako něco, co velmi negativně ovlivnilo jejich kvalitu života. Jednalo se zejména o ty respondenty, kteří mají hospitalizaci relativně nedávno za sebou a přišla pro ně v nečekanou chvíli. Ti, kteří do hospitalizace vstupovali dobrovolně, ústavní péči hodnotili přeci jen pozitivněji než ti, u kterých byla hospitalizace nedobrovolná a nečekaná.

Každý z mnou zvolených respondentů byl motivován k tomu, aby v lůžkové péči neustrnul. To hodně ovlivnilo pohled na hospitalizaci jako takovou. Je také jasné, že akt dobrovolného vstupu do hospitalizace bude současně ovlivňovat pohled na ni. Nicméně respondenti často cítí, že jim vlastně nic jiného než hospitalizace nezbyvá (i třeba proto, že je blízcí doma nesnesou), tak vstoupí do hospitalizace „dobrovolně“. Ale těžko říci, zda je takový akt skutečně svobodný a dobrovolný, nemám-li jinou volbu.

Nemocní také dobře vnímají, že budou-li s personálem léčebny kooperovat a bude-li jejich vstup dobrovolný, dočkají se od personálu vstřícnějšího chování. Zdá se tedy, že se v systému péče učí „chodit“ a konformitu s tímto systémem buď předstírají, nebo jej integrují do své osobnosti, aby byl jejich život pohodlnější. Celý proces integrace pravidel je pochopitelný a pro jejich přežití nutný.

„Jooo to se pobavíte, já byl zavřenej v blázinci už patnáctkrát, někdy jenom chvíli, jednou celej rok. Jednou mě tam zavřeli bez mýho svolení, přivezla mě policie. To bylo zrovna jak sem tam byl ten rok. To bylo dost blbý, hlavně když mi došlo jak sem na tý ulici blbnul. Bylo to kvůli tomu, že sem přestal jíst ty prášky. Tohle byla asi moje nejhorší zkušenost, ten pocit že sem někde zavřenej kde bejt nechci. Když sem tam přišel sám, že zase začínám mít ty hlasy, tak to pro mě bylo jednodušší, než když mě tam zavřeli oni. Když sem přišel dobrovolně, už se ke mně i líp chovali, myslim jako zaměstnanci. Asi že už mě znali (smích).“ (David, 31 let)

„Já byla hospitalizovaná jen jednou, ale stálo to za to. Je to hnusnej pocit když víte, že někde musíte být, nechcete tam být a ještě vám řeknou, že máte schizofrenii a už se jí nikdy nezbavíte. Jsou tam divný lidi, fakt si tam připadáte jako mezi bláznama a pak vám dojde, že jste taky blázen“ ...“Sestry sou nepříjemný, všichni na vás koukaj povyšenej a furt dokola chodíte stríhat nějakou blbou látku nebo co.“ (Zuzana, 19 let)

„Hospitalizace na psychiatrii? To je nejhorší zkušenost, jakou jsem mohla zažít a už jí v životě začít nechci!“ (Lenka, 32 let)

Jedním z nejdůležitějších témat, které se objevilo nejen v souvislosti s ústavní péčí, byla medikace, užívání léků a jejich případné vedlejší účinky. Na medikaci jsem se cíleně neptala, toto téma však přišlo hned zezáčátku a prolínalo se průběžně celými rozhovory. Následně uvádím několik odpovědí, které jsou vcelku vypovídající.

„...třeba takový prášky, zkuste mít s nima kvalitní život, když jenom po půl roce ztloustne patnáct kilo.“ (Zuzana, 19 let)

„Tak na hospitalizaci bylo pozitivní jenom to, že mi upravili prášky a bylo mi pak líp, neměl sem už potom ty divný pocity.“ (Jakub, 21 let)

„Já si za tu třetí hospitalizaci můžu sama, protože sem přestala užívat léky. Bylo to dobrý ponaučení už to nedělat. Když mě po nich ale fakt nebylo dobře, hlavně od žaludku a brněly mě ruce. Učím totiž hru na klavír a s těma rukama to fakt nešlo.“
(Jana, 39)

Medikace je tak další podmínkou, kterou musí duševně nemocný snést, aby měl v systému péče pohodlnější život. Braním léků si pobyt nepodmiňuje jenom nemocnice či léčebna, ale také následné služby. Pokud by medikaci nemocný odmítal, do služeb nemůže, jak ostatně uvádí i smlouvy mezi subjektem, který provozuje chráněné bydlení a nemocným klientem. Je jasné, že léčba nemocným uleví, ale je také pravdou, že tato úleva je velmi relativní, protože s ní přichází nespočet dalších potíží. Mezi lékaři se mluví o mimovolních pohybech očí, k dalším nežádoucím účinkům také patří zvýšené slinění, syndrom neklidných lýtek a další potíže. Takovou nálož potíží, včetně zmíněného dramatického nabírání na váze, někdy musí duševně nemocný přijmout, aby mohl bydlet nebo pracovat, byť třeba v chráněných podmínkách. Medikace je tak nadmíru pochopitelným zdrojem dilemat duševně nemocných a významně mění jejich prožívání kvality života. Nehledě na to, že nemocní často popisují, že po léčích ztratili sami sebe. Pocit ztráty sebe sama je ale téma na samostatnou práci, navíc spíše z oboru filosofie či psychologie.

Dalším důležitým tématem se stala práce a zaměstnání. Čtyři respondenti zmínili, že díky hospitalizaci ztratili milované zaměstnání a nyní tak dobré zaměstnání sehnat nemohou. Téma zaměstnání vlastně už v uvedeném textu zmínila i Věra.

„No to je právě to ošklivý období, o kterým sem mluvila. Ted' si zpětně uvědomuju, že mi pobyt v léčebně asi pomohl, přestala sem mít ty hlasy a tak, dostala sem docela dobrý prášky, ale prostě svojí milovanou práci sem kvůli tomu ztratila, byla sem tam strašně dlouho a už mě do práce zpět vzít nechtěli.“ (Věra, 57 let)

„Vlastně jsem kvůli hospitalizaci přišla o všechno. Nejdřív o práci, potom o manžela a nakonec i o bydlení. Ohledně dětí se s manželem soudíme, ale kdo dá dítě do péče matce, která má schizofrenii, bere tunu prášků a nemá ani pořádně kde bydlet? Kdo mi dá plnohodnotnou práci, kterou sem dříve dělala, abych si to bydlení mohla zaplatit? Nikdo!“ (Lenka, 32 let)

Fakt mít bydlení a mít práci je sociologicky, ale i z dalších mnoha úhlů pohledu zásadní téma. Stigmatizace, kterou někdy duševně nemocní zakoušejí, není někdy ani dána faktem duševní nemoci (pokud tato „podivnost“ není zřejmá a viditelná), ale je dána jistým opovržením společnosti, že se tito lidé „flákají“.

Fyzicky tito lidé vypadají často tak, že by pracovat bezpochyby mohli, ale duševní stav jim to znemožňuje a to je pro společnost obtížně uvěřitelné. Mezi schizofreniky zvláště, existuje značná část těch, kteří neúnavně pokouší pracovat, čímž ovlivní negativně výši svého důchodu, jestli je jim na základě těchto pokusů pracovat, vůbec důchod příznán.

Výpovědi respondentů dále ukázaly, že muži hodnotí hospitalizaci trochu pozitivněji než ženy. Muži často uváděli, že ač byla hospitalizace nepříjemná, měli v tu chvíli alespoň „co jíst a kde spát“. Rovněž se u nich více objevoval strach z návratu do společnosti, respektive obava, že již mimo ústavní péči neumějí žít. Tyto poznatky nelze samozřejmě z tak malého vzorku respondentů zobecnit, nicméně jedná se o data vcelku zajímavá.

„Mně přišla hospitalizace celkem vhod, byl jsem v té době pod mostem, plácal jsem se tak různě a začala být zima. Možná sem se vlastně zbláznil z té zimy a hladu (smích).“ (Lukáš, 25)

„Nemůžu říct, že by bylo bůh ví jak příjemný být někde zavřenej, zase jako mi tam ale vlastně nic moc nechybělo. Jako jo, trochu toho soukromí by bylo fajn, taky občas dělat něco smysluplnýho chápete. Ale jinak co no, spát, jíst a chodit na povinný aktivity a když moc nevtavujete, tak vás nechaj být.““Bylo hustý jít odtamtud, jako člověk si za tu dobu hrozně zvykne nic nedělat žejo.“ (David, 31)

„Já to tam nenáviděl, hrozně sem chtěl jít pryč, jenže pokaždý, když jsem to zkusil, tak sem se za chvíli zase vrátil zpátky. Přišlo mi, že to všichni o mě veděj a nechtěj mě mezi sebe, vůbec sem nevěděl co mam venku dělat a jestli to tam vůbec zvládnou.“ (Petr, 41 let)

Další významná témata se týkala osobní svobody, nedostatku přátel, dotyků, absence v oblasti sexu apod.

„Připadal sem si v ... zavřenej jak ve vězení, za to, že sem nemocnej. To je drsnej trest, že jo? A ještě mě dali na takový oddělení, kde byli ty nehorší případy, vůbec nevím proč zrovna tam. Pořád mě někdo otravoval, všude jenom pacienti co chtěli cigáro a tak. Nebylo to nic příjemnýho. Jednou sem tam poznal docela fajn holku, jenže na to přišli a ono je to tam zakázaný, to víte? Nepřijde vám to ujetý? Tak jsme se schovávali, jenže ona se pak bála že nás chytěj, tak se na mě vykašlala. Dokonce sem byl nucenej i jednou za sex platit, chápete ten paradox?“ (Petr, 41)

Sex, prožitek blízkosti je také významnou součástí života a být o tyto hodnoty ochuzen, třeba i v mladém věku, to představuje obrovskou zátěž pro psychiku už tak zatíženého člověka. Musí-li osoba za sex navíc platit, to je nepochybně zářez do osobního sebevědomí, ať už jde o uvědomovaný či nikoliv.

Všichni respondenti se shodli, že jedním z nejdůležitějších aspektů zlepšení kvality ústavní péče je změna v přístupu personálu (zejména zdravotních sester). Několikrát bylo zmíněno, že problém spočívá i v nedostatku poskytnutých informací ze stran psychiatrů. Někteří respondenti si stěžovali, že s nimi nikdo neprobíral plán léčby, vedlejší účinky léků a dokonce i základní informace o jejich nemoci.

Další návrhy pro změny se týkaly stravy, prostředí léčeben a nemocnic, denního režimu apod.

„Některé zdravotní sestry byly otrěsné. I když jsem jen hloupá prodavačka, nejsem zvědavá na to, aby mi sestry tykaly a mluvily se mnou jako s nějakým dementem. Psychiatra jsem měla naštěstí docela dobrýho, ten zas ale na mě neměl moc času, měl tam hodně pacientů, takže se mě vždycky zeptal jak se cejtím a přidal mi nebo mi ubral léky a to bylo všechno.“ (Aneta, 43)

„Když sem z ulice přišel do léčebny, připadalo mi to ze začátku jako hroznej luxus. Tepló, spaní, jídlo třikrát denně, nic moc sem nemusel dělat. Když to ale teď srovnám s chráněným bydlením tak si uvědomuju, jak to tam vlastně bylo všechno hnusný. Sem rád, že sem mohl jít odtamtud rovnou do bydlení i když sem na to bydlení čekal hroznou

dobu. Nejvíce sem byl pak překvapen z toho, jak se ke mně v chráněném bydlení chovají terapeuti, bylo to úplně něco jiného než v léčebně, měl sem zase aspoň trochu pocit, že sem člověk.“ (Lukáš, 25 let)

„Hrozně dlouho mi trvalo, než sem vůbec pochopila, co se mi to vlastně stalo. Nikdo mi pořád nechtěl nic říct, jen sem musela chodit na nějaký testy, dávali mi nějaký prášky. Dvakrát mě přesouvali na jiný oddělení a tam to zase začalo znovu a pořád dokola. Vůbec sem nevěděla co se mnou je, furt mě odkazovali na psychiatra. Ten mi ale pořád říkal, že musím počkat že ještě neví. Trvalo to celý moc dlouho.“ (Zuzana, 19)

Stigmatizace duševně nemocných je palčivým problémem, obzvláště, prosákla-li i mezi profesionály, kteří mají duševně nemocným jejich tíživé bytí usnadňovat. I když zde nemusí jít nutně o projevy stigmatizace, ale nabízí se hlavně potíže s vyhořením přetíženého personálu. Reforma psychiatrické péče by tak měla hlavně najít mechanismy, jak pečovat i o personál.

Druhá popisovaná nepříjemně vnímaná okolnost duševně nemocných v hospitalizaci je strava. „Nemít u sebe vlastní ledničku.“, to je jev, který může působit na povrchní pohled banálně a nemám-li ani příbuzné, kteří mi přinesou do nemocnice, co mám rád, nebo namám-li ani peníze, či podmínky na to, abych si to mohl koupit, to je při hlubším, empatickém pohledu také něco, co kvalitu života značně otráví, zvláště pokud léky chutě na jídlo zvyšují.

Další okruh otázek se týkal komunitních služeb. Zde mě zajímalo zejména to, zda respondenti hodnotí nabídku služeb jako dostačující a zda tyto služby přispěly ke zkvalitnění jejich života. Výsledky ukázaly, že velkým problémem je dlouhá čekací doba na jednotlivé služby (zejména pak na chráněné bydlení).

Dalším problémem je vzdálenost služeb (nutnost dojíždět, popřípadě problém ohledně trvalého bydliště, kdy klient není přijat do služby z toho důvodu, že nepatří do potřebné spádové oblasti). Respondenti však obecně o komunitní péči hovořili mnohem pozitivněji, než o péči ústavní.

„Ted už je to dobré, mám kejsmanažera, který mi se všemi věcmi pomáhá. Zpočátku byl pro mě problém najít nějakou službu v Praze, protože z Prahy nejsem, jenom tu bydlím u přítele. Kejsmanažer mi dokonce dokázal najít práci v chráněných podmínkách nebo jak se tomu říká, takže dostávám i nějaké peníze a ta práce mě baví.“ (Marie, 55)

„Já vůbec nechápal, jak to šlo rychle. Nejdřív nic nic a pak najednou bum a byl sem v léčebně, najednou mě poslali abych si zařídil chráněný bydlení, domluvil sem si schůzku, zapsali mě do nějakýho poradníku a pak sem asi za tři nebo čtyry měsíce nastoupil. V tý léčebně sem měl známýho, kterej čekal mnohem dýl, už když sem ho poznal, tak v tom poradníku prej byl. Je fakt, že já čekal na komunitní bydlení a on asi na to samostatný. S prací to ale bylo horší, už sem byl v bydlení a furt se nic nedělo. Pak ale dostali nějaký prachy z nějakých fondů nebo co, takže to pak šlo rychlejc.“ (Jakub, 21)

„No jasně že sem čekal. Jedenáct let. Jenže to je taky moje chyba, že sem to furt chtěl zkoušet sám. Pak sem tam ale viděl ty mlad'ochy co maj za sebou tak akorát jednu hospitalizaci a já s těma svýma patnácti a oni si furt chodili zařizovat nějaký chráněný bydlení. Sem si řekl, že to zkusim taky a nakonec to vyšlo. Spíš jenom nechápu proč mi to jako někdo nenabídnul.“ (David, 31 let)

„Štve mě, že nikde v okolí mého bydliště není možnost nějaké chráněné práce nebo něčeho podobnýho. Nebydlíme s manželem v Praze, tam je toho docela dost, ale u nás je jenom jedno takové malé centrum, tak aspoň kam můžu chodit popovídat si s kamarádkama a u toho třeba něco vyrábět.“ “No kdyby byla možnost, určitě bych třeba nějakou chráněnou práci využila.“ (Věra, 57 let)

Na počátku výzkumu jsem se ptala, zda jsou služby lůžkové péče provázány s těmi následnými/komunitními a výzkum ukázal, že je tomu tak jen v malém procentu případů a že velkou bolestí tohoto systému jsou čekací doby a to jak na chráněná pracovní místa, tak zejména na chráněné bydlení. Uvědomíme-li si, že smyslem hospitalizace je hlavně včasné propuštění, aby nedocházelo k „hospitalismu“ a dalším nepříjemným jevům jako dlouhodobé vytržení z přirozeného prostředí nemocného, pak musíme konstatovat, že tyto čekací doby vlastně upevňují a vytvářejí problém, který služby naopak slibují odstraňovat.

Velkým tématem se kromě dlouhých pořadníků staly i finance, díky kterým vyvstalo i téma invalidních důchodů. Zajímavé je, že ačkoli někteří z respondentů vědí, že by si získáním invalidního důchodu finančně polepšili, tak ho rezolutně odmítají. Tak jak uvádějí, souvisí to hlavně s pocitem sebedůvěry a sebehodnoty, zároveň s obavou, že úplně ztratí možnost najít plnohodnotnou práci.

„O tom sem s doktorkou mluvil už hodněkrát. Jenže já mam strach, že bych přišla o svojí práci a hlavně že by se to o mě dověděl zaměstnavatel a buď by mě vyhodil, nebo by se ke mně začal chovat úplně jinak, to samý kolegyně.“ (Aneta, 43)

„Nad invalidním důchodem jsem přemýšlela hrozně dlouhou dobu. Moc si jako učitelka klavíru nevydělám a musím platit byt, takže by se mi asi hodil. Já furt nevím, možná o něj zažádám, dost se ale bojím, budu si připadat už úplně neschopně.“ (Jana, 39)

„Já vlastně ani nevím jestli by mi invalidní důchod dali. Ono je to jedno, stejně bych ho nechtěl. To je jak kdybych si na čelo napsal, že sem blázen. Ted' sem sice v chráněný práci ale jednou chci dělat normálně.“ (Filip, 27 let)

Finance ve výčtu všech potíží duševně nemocných jsou také zásadním tématem. Zejména jejich nedostatek se promítá do kvality života nás všech, o co více do kvality života duševně nemocných, kteří i v ostatních oblastech strádají. Invalidní důchod, který je má „zajistit“ je tak jako tak nízký, dokáže-li jej duševně nemocný vůbec vybojovat. Navíc duševně nemocní, obzvláště lidé trpící schizofrenií, mívají k získání důchodu velmi ambivalentní vztah. Skrze pobírání invalidního důchodu jen těžko o sobě mohou získat dobrý sebeobraz a sebevědomí. Cítím-li se jako parazit na společnosti a sám do ní nic nedávám, jak je mi třeba předkládáno, to pochopitelně mou kvalitu života nezlepší a je to jen další nepříjemná okolnost, kterou duševně nemocní musí unést.

Ohledně reformy psychiatrické péče jsem z rozhovorů zjistila, že respondenti vlastně pořádně nevědí, co si mají pod reformou představit. Když jsem jim poté cíl reformy objasnila, většinou reagovali, že je to asi dobrý nápad, ale nedokážou zhodnotit, zda je možné jej zrealizovat. Někteří se na reformu doptávali, jiní působili, že mají z reformy trochu obavy.

„O reformě jsem nikdy neslyšela, možná o tom někdo někdy mluvil a třeba to jinak nazval, ale fakt nevím o co de.“ (Marie, 55 let)

„Tak asi by bylo dobrý kdyby byly jiný možnosti pro ty lidi, co jsou v léčebnách hrozně dlouho, ale podle toho co sem tam všechno viděl si některý fakt jako představit neumím že by šli odtamtud pryč.“ ...“...jako já sám mam narovinu trochu strach z tý reformy, léčebnu beru tak trochu jako jistotu když se ostatní věci pos....ehm no zkazej. Že jako vždycky přinejhorším mam kam jít a kde bejt.“ (Petr, 31 let)

„To teda znamená, že bude víc služeb? Že bude třeba i něco ve městě kde žiju?“ ...“No právě, u nás je jenom to denní centrum.“ (Věra, 57 let)

„A to chtěj nakonec zrušit všechny blázince? Kam ty lidi pudou?“ (Ondřej, 48 let)

„Obavy z reformy“ jsou pochopitelné, protože reforma je určitými pacienty vnímána tak, že se po nich „bude něco chtít“. Něco, v čem mají obavy, že neobstojí a že se jim vstup i do toho současného mála služeb, sotva dostupných, uzavře. Obava ze změn je navíc pro duševně nemocné celkem typická, i když typizacím tohoto typu se chci vyhnout.

Otázky zaměřené na životní hodnoty byly pro respondenty nejcitlivější a nejvíce se jimi zaobírali. Všichni respondenti mezi prvními hodnotami či oblastmi života zmínili zdraví, někteří doplnili, že nejspíš nepůjde změnit to, že jsou nemocní, ale ocenili by, aby se jejich nemoc alespoň nezhoršovala. Mezi dalšími zmiňovanými hodnotami se objevovala rodina či přátelé, peníze, vzdělání, práce, zájmy apod.

„Když onemocníte touhle nemocí, tak teprv pak si uvědomíte, jakou jak vy říkáte hodnotu má vůbec zdraví.“ (Lenka, 32 let)

„Občas se sice necejtím moc dobře, ta nemoc člověka ovlivňuje, to víte, ale pořád by to mohlo být horší a jsem ráda, že teď není.“ (Věra, 57 let)

„Pro mě je hrozně důležitá moje rodina a hlavně to, abych se o ně dokázal postarat. Vždycky se hrozně bojím, že kvůli svý nemoci budu pro rodinu přítěží. Taky mě hrozně baví moje práce, vůbec nevím co bych dělal, kdybych o ní přišel.“ (Ondřej, 48 let)

„No já bych chtěl chodit do normální práce, snad to jednou vyjde když se teď snažím v té práci chráněný, tak to třeba k něčemu bude.“ (Filip, 27 let)

„...taky bych si rád našel ženskou a měl třeba jednou dítě, jestli to vůbec pude, aby to ten chudák nedostal taky. A nevím jestli nejsem už moc starej, ale to by snad ještě bylo v pohodě, ne? K tomu bych ale potřeboval pořádnou práci a byt.“ (Petr, 41 let)

„Je zajímavý, že se ptáte na moje potřeby, na to se mě ještě nikdo neptal.“

(Zuzana, 19 let)

Popisované hodnoty respondentů vypovídají o „normalitě“ duševně nemocných. Zdá se, že není téměř nic, co by „oni“ v tomto ohledu nechtěli a co bychom současně nechtěli i „my“ (myslí se duševně zdraví). Proto je nutné zdůraznit, že dělení světa na „my“ a „oni“ se stírá, respektive je nutné ho setřít, protože je nesmyslné a nepodložené.

6.5 Shrnutí výsledků výzkumu

Konkrétní odpovědi respondentů na vybraná témata byly uvedené v předchozím textu a nyní se pokusím o shrnutí nejdůležitějších poznatků, ke kterým jsem ve svém výzkumu dospěla.

Prvním, podstatným a rovněž i očekávaným poznatkem je skutečnost, že duševní onemocnění má zásadní vliv na kvalitu života duševně nemocných. Zejména ti respondenti, kteří duševní nemocí trpí krátkou dobu a s nemocí se ještě nesmířili, považují toto téma za hlavní při hodnocení kvality svého života (lze spatřit např. u Lenky a Zuzany). Oproti tomu například Věra, která schizofrenií onemocněla před 25 lety, ve svých výpovědích uvádí, že i s duševní nemocí žije spokojený život. Nutno podotknout, že i tak duševní nemoc její život ovlivňuje, Věra si ale dokázala srovnat priority tak, aby byl dopad duševní nemoci na její život co nejmenší. Zjednodušeně řečeno, Věra se se svou nemocí již naučila žít.

Mnohokrát zmiňovaným tématem je medikace, která je bezesporu jednou z důležitých součástí léčby duševních nemocí. Kromě přítomnosti negativních účinků respondenti často uváděli, že si uvědomují nutnost medikaci užívat, nicméně by ocenili, aby se lékař na užívání konkrétní medikace s dotyčnými domluvil, nebo aby jim alespoň vše kolem léků dostatečně vysvětlil.

S medikací se často duševně nemocní setkávají prvně až v hospitalizaci, tamní lékař je tedy první, který by měl pacienta o léčbě edukovat.

Hospitalizace byla obecně mezi respondenty hodnocena spíše negativně, pozitivně pouze v tom smyslu, že člověk v danou chvíli získal zázemí, stravu a střechu nad hlavou. Tento názor se několikrát objevil i v souvislosti s chráněným bydlením, kdy někteří respondenti tuto službu pojmají pouze jako určitou možnost ubytování.

Za zásadní považují okruhy témat, které se týkají hodnocení psychiatrické péče, zejména pak nápady respondentů, jakým způsobem by bylo možné ústavní či komunitní péči zkvalitnit.

Respondenti často uváděli nespokojenost s přístupem zdravotnických pracovníků, kdy postrádali partnerský přístup a mnohdy i slušné chování ze strany personálu. Někteří respondenti uvedli, že opakovaně zažívali situace, kdy zásadním způsobem docházelo k porušování jejich soukromí (velké vizity, debaty se zdravotními sestrami na chodbě před ostatními pacienty, kdy je pacientova situace a psychický stav necitlivě probírán apod.).

Na kvalitu ústavní péče má dle mnohých vliv i prostředí psychiatrických nemocnic a léčeben, čistota, poskytovaná strava a režim dne. Ač některým respondentům (tak jak sami uvedli) „nicnedělání“ vyhovovalo, většina smysluplné trávení času bere jako zásadní.

Komunitní péče byla hodnocena mnohem pozitivněji, avšak i zde respondenti uváděli některá negativa, která souvisela hlavně s dlouhými pořadníky čekatelů na službu. Například u chráněného bydlení jsou zájemci často nuceni na nástup čekat v nemocnici/léčebně, čímž se jejich hospitalizace mnohdy zbytečně prodlouží.

Zejména mimopražští jako velký problém uváděli, že mnoho služeb je pro ně nedostupných jednak jejich vzdáleností, dále tím, že kvůli trvalému bydlišti nepatří do spádové oblasti dané služby a jsou tak často odmítáni.

V uvedených názorech na psychiatrickou péči a v jejich nápadech na zkvalitnění této péče lze v podstatě nalézt potřeby respondentů, potažmo lidí s duševním onemocněním. Lze říci, že každá z potřeb respondentů je současně návrhem, jak služby zlepšit. Duševně nemocní tedy nechtějí „nesmysly“, jak by mohla třeba laická veřejnost předpokládat. Není to ale pouze psychiatrická péče, která má vliv na kvalitu života duševně nemocných.

Je zřejmé, že respondenti ve svých odpovědích zmiňovali hlavně ty životní oblasti/hodnoty, které jsou pro ně aktuálně důležité zejména z toho důvodu, že se v těchto oblastech cítí či se kdysi cítili nespokojeně, tudíž si nyní jejich důležitost uvědomují.

Kromě zdravotního stavu tak můžeme vytyčit oblast bydlení, práce, vzdělání, důležitost rodiny (popř. mít možnost založit rodinu), přátel, smysluplného trávení volného času, dále pak potřeba někam patřit a být plnohodnotně přijímán.

Když se na tyto hodnoty/životní oblasti podíváme, tak vlastně zjistíme, že lidé s duševním onemocněním mají hodnoty a potřeby rovnocenné, jako lidé zdraví. Potíž je ovšem v tom, že člověk duševně zdravý má většinu z těchto potřeb naplněnu, duševně nemocní ve všech těchto oblastech nějak strádají a musí hledat kompenzační mechanismy, jak se s nenaplněním potřeb vypořádat.

6.6 Závěr k výzkumné části

Výzkum tedy krom jiného ukázal, že duševně nemocní mají nesmírné množství potíží, které je omezují v prožívání kvality života a že se ve svých potřebách od duševně zdravých osob (nebo těm, kterým duševní nemoc diagnostikována nebyla, zatím) neliší.

Na závěr praktické části diplomové práce bych ráda poznamenala, že výzkumy na dané téma již existují, nicméně já se na toto téma chtěla podívat čistě z pohledu českých pacientů/osob s duševním onemocněním a to v době, kdy Česká republika stojí před reformou psychiatrické péče.

Existence výzkumů na téma kvality života osob s duševním onemocněním je doložena již v teoretické části této práce, kde jsou mimo jiné i představeny různé nástroje a metody sloužící k tomuto účelu.

Jedním z projektů, které dané téma či jeho část zkoumá, je například KOP – kvalita očima pacientů. Jedná se o projekt Spokojenosti pacientů s poskytovanou péčí a vznikl jako reakce na projekt WHO „Zdraví 21“. K dispozici je na webových stránkách <http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/>.

ZÁVĚR

Duševní onemocnění zasahuje do všech životních oblastí svého nositele. To je realita, na kterou upozorňuje vědecká literatura na dané téma a potvrdilo to i výzkumné šetření, které bylo zacílené na ty, kteří trpí některou duševní nemocí z okruhu schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy.

Duševně nemocní jsou nuceni vést „podmíněný život“. Podmínkami jejich života je předně řádné užívání medikací tak, jak jim to doporučil lékař. Experimenty s léky či jejich vysazování se nemocným nevyplácí jak z hlediska relapsu onemocnění, tak i následně v interakcích s lékaři, dalším nemocničním personálem a kupodivu také ve vztahu k poskytovatelům následných služeb.

Ten nemocný, který léky nebere, je diskvalifikován nejen ze společnosti, která se duševně nemocných straní, ale i ze služeb, které deklarují péči o takto nemocné. Ten, kdo brát léky nechce, tak vlastně nemůže být sám sebou. Tento mechanismus ale duševně nemocní poměrně záhy rozpoznají a léky většinou přes všechna negativa (ztráta sexuální apetence, nabírání na váze, zvýšená slinivost a další diskomfort, který se negativně promítá do pohledu na kvalitu jejich života) užívají.

Výzkumné šetření dále ukázalo, že hospitalizace je vnímána veskrze negativně. Odborníci považují za výhodu ústavní péče například dostupnost lékaře, nicméně nemocní často oceňují spíše to, k čemu ústavní péče sloužit primárně nemá a to je možnost bydlení a jídla. Duševně nemocní totiž dostupnost lékaře v rámci ústavní péče vlastně příliš neregistrují, protože lékař na ně nemá čas a pokud s nimi mluví, jde jen o stručné rozhovory při veřejných vizitách, které pacienta naprosto neuspokojí. Nemocní jsou v rámci ústavu v kontaktu jen s přetíženými sestrami, jejich přístup ale není vždycky pacienty oceňován, spíše naopak.

Provázanost ústavní a následné péče je velmi nedokonalá, což se projevuje zejména v neúnosně dlouhých čekacích dobách a v tom, že se za některé služby platí a někteří tak na potřebnou službu nedosáhnou. Služba je navíc podmíněna trvalým bydlištěm v daném regionu, což pro některé znamená také diskvalifikaci ze služby.

Někdy je problémem i nesprávná diagnóza, pro kterou (resp. pro ty, kteří jí trpí) ještě žádná služba neexistuje (jde o formy deviací, o různé poruchy osobnosti, pro které je služeb žalostně málo, atd.). Výsledkem je, že v hospitalizaci nemocní zůstávají zbytečně dlouho (někteří by do hospitalizace nemuseli vůbec, pokud by v jejich regionu existovala přílehavá terénní služba), často tedy v hospitalizaci zůstávají ze zcela jiných, než zdravotních důvodů. Tyto protahované hospitalizace mají jen ten důsledek, že se běžného života nemocný zesíleně obává, protože byl příliš dlouho „konzervován“ v ústavních podmínkách.

„Mapa potřeb“ duševně nemocných je v zásadě shodná s potřebami zdravé populace (a té její části, která o svém duševním onemocnění neví). Tito lidé potřebují práci, bydlení, kvalitní vztahy, fyzickou blízkost. Potřebují se včas dostat z nemocnice, potřebují, aby se k nim personál choval partnersky, a v neposlední řadě potřebují mít na naplnění svých potřeb peníze. Ačkoli to může působit nesmírně banálně, tato sonda ukazuje, že ani jedna z těchto potřeb není u duševně nemocných naplněna a jsou tak odsouzeni k dlouhodobé frustraci, než si na svůj diskomfort zvyknou a naučí se s tím žít.

Z uvedeného vyplývá, že určitým těžkostem v životech duševně nemocných můžeme předejít, pokud s nimi budeme mluvit (o jejich potřebách), pokud pro ně zlevníme služby nebo jim navýšíme důchody, usnadníme jim cestu k těmto službám, pomůžeme jim ke kvalitním vztahům tím, že se jich nebudeme stranit, protože nejsou v zásadě jiní, ale jako jiné je nálepkujeme.

Výzkum potvrdil jisté předpoklady, které se opírají o praxi, že totiž duševně nemocní žijí nesmírně složitý život a to z výše popsaných důvodů. Výzkum ale také otevřel další otázky. Jistě by stálo za to věnovat vědeckou pozornost rodinným vztahům duševně nemocných. Jejich blízcí totiž oscilují mezi hyperprotekcí a hyperkritickým přístupem k nim, až jsou rodinné vztahy natolik vyčerpané, že duševně nemocný tyto důležité vztahy ztrácí zcela nebo je jejich ztrátou ohrožen. Dalším tématem, kterého se tento výzkum pouze dotkl, je stigmatizace duševně nemocných. Tomuto tématu by bylo vhodné věnovat pečlivější vědecké úsilí. V neposlední řadě budou nutná výzkumná šetření v souvislosti s realizovanými změnami v rámci reformy psychiatrické péče, a jak se tyto změny promítají do osobní pohody duševně nemocných.

SEZNAM LITERATURY

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV*. 4. ed., 4. print. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1995. ISBN 0-89042-061-0.

ANDERS, Martin a Jaroslava SKOPOVÁ. *Praktické otázky diagnostiky a léčby depresivních poruch*. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-396-6.

BUCHTOVÁ, Božena, a kol. *Nezaměstnanost: psychologický, ekonomický a sociální problém*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-9006-8.

ĎURECH, Oldřich. *Klient s duševním onemocněním v sociálních službách*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Benepal, 2014.

FOUCAULT, Michel. *Psychologie a duševní nemoc*. Přeložila Věra Dvořáková a Richard Vyhliďal. Praha: Dauphin, 1999. ISBN 80-86019-30-6.

HALEČKA, Tibor. *Kvalita života a lidské práva: Kvalita života a jej ekologicko-environmentální rozmer*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity, 2002. ISBN 80-8068-088-4.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.

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

HÖSCHL, Cyril, Jan LIBIGER a Jaromír ŠVESTKA. *Psychiatrie*. 2. dopl. a opr. vyd. Praha: TIGIS, 2004. ISBN 80-900-1307-4.

JAROLÍMEK, Martin. *Na cestě ke komunitní psychiatrii: Transformace psychiatrické péče*. Pardubice: Občanské sdružení Péče o duševní zdraví, 2010.

KONDÁŠ, Ondrej. *Klinická psychológia*. Martin: Osveta, 1977.

KRHUTOVÁ, Lenka. *Občané se zdravotním postižením a veřejná správa*. Olomouc: Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených, 2005. ISBN 80-903658-0-9.

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

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

MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.

MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. Přeprac. a rozš. 2. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. Studijní texty. ISBN 80-858-5076-1.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.

PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.

PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.

PRAŠKO, Ján, Petr MOŽNÝ a Miloš ŠLEPECKÝ, a kol. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7254-865-1.

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

PROBSTOVÁ, Václava. *CAN: Camberwellské šetření potřeb: komplexní metoda šetření potřeb osob se závažným duševním onemocněním : manuál*. 2. aktual. vyd. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2011. ISBN 978-80-260-0138-6.

RABOCH, Jiří a Petr ZVOLSKÝ. *Psychiatrie*. Praha: Galén, 2001. ISBN 80-726-2140-8.

RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTOVÁ. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 4. rozš. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-746-1.

ŘEHULKOVÁ, Oliva, Evžen ŘEHULKA, a kol. *Kvalita života v souvislostech zdraví a nemoci*. Brno: MSD, 2008. ISBN 978-80-7392-073-9.

SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy: Průvodce klasifikací, Nástin nozologie, Diagnostika*. Praha: Maxdorf-Jessenius, 1996. ISBN 80-85800-33-0.

SOCHOROVÁ, Gabriela. *Principy komunitní péče v praxi regionálního komunitního týmu péče o duševní zdraví*. Diplomová práce. UK Praha, FF, Katedra sociální práce. Vedoucí práce PhDr. Václava Probstová, CSc.

STUHLÍK, Jan. *Asertivní komunitní léčba & case management*. Praha: Fokus Praha, 2001.

SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE. *MKN – 10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. 2. akt. vyd. Přeložil Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Praha: Bomton Agency, 2008. ISBN 978-80-904259-0-3.

VAĐUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2005. ISBN 80-210-3754-7.

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

VÁGNEROVÁ, Marie. *Úvod do vývojové psychopatologie III.: vzdělávací handicap - postižení schopností nezbytných k učení*. Liberec: Technická univerzita, 2003. Studijní texty pro distanční studium. ISBN 80-708-3669-5.

VAŠINA, Lubomír. *Základy psychopatologie a klinické psychologie*. Brno: Institut mezioborových studií Brno, 2008. ISBN 978-80-87182-00-0.

VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0708-5.

VRTIŠKOVÁ, Marie. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Tribun EU, 2009. ISBN 978-80-7399-877-6.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The world health report 2001: mental health : new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization, 2001. ISBN 92 4 156201 3

Internetové zdroje

DRAGOMIRECKÁ, Eva. *Co jsme podědili: aneb čísla a data z historie psychiatrické péče*. FF UK a Psychiatrické centrum Praha. Dostupné také z: <http://www.rpkk.cz/download/Sbornik/files/033.pdf>

DYREHAUGE, Leona. *13 mýtů o schizofrenii* [online]. PSYCHOLOGIE.CZ. [cit. 2015-06-25]. Dostupné z: <http://psychologie.cz/13-mytu-o-schizofrenii/>

Mental Health Myths and Facts [online]. HHS.GOV. [cit. 2015-06-25]. Dostupné z: <http://www.mentalhealth.gov/basics/myths-facts/>

PĚČ, Ondřej. *Komunitní péče* [online]. ČESKÁ PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST. [cit. 2015-06-27]. Dostupné z: <http://www.psychiatrie.cz/index.php/deni-reforma-psychiatrie/deni-komunitni-pece>

Psychiatrická péče. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2015. ISBN 978-80-7472-140-3.

Dostupné také z: <file:///F:/Sta%C5%BEen%C3%A9%20soubory/psych2013.pdf>

Strategie reformy psychiatrické péče: Proč to děláme? [online]. [cit. 2015-06-29]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/proc_reformujeme/#.Va7AWqTmko

Strategie reformy psychiatrické péče: Strategie [online]. [cit. 2015-07-02]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/strategie/#.VbouJ_Ptmkp

ŠEDIVEC, Vladislav. *Názory na duševní nemoci ve středověku a renezančním lékařství a mýtus čarodějnictví* [online]. ČESKÁ A SLOVENSKÁ PSYCHIATRIE. [cit. 2015-06-27]. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=343>

ŠŤASTNÁ, Lenka. *Dotazník kvality života WHOQOL-BREF a WHOQOL-100* [online]. KLINIKA ADIKTOLOGIE. [cit. 2015-06-29]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/586/904/Dotaznik-kvality-zivota-WHOQOL-BREF-a-WHOQOL-100>

ŠŤASTNÁ, Lenka. *Schwartzova škála hodnocení terapie* [online]. [cit. 2015-06-26]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/586/1304/Schwartzova-skala-hodnoceni-terapie>

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Reforma: Jak by měla vypadat psychiatrická péče po roce 2023* [online]. [cit. 2015-07-02]. Dostupné z: <https://g.denik.cz/1/3a/2407-reforma-psychiatrie-web.jpg>

WHOQOL-HIV Full Instrument [online]. WORLD HEALTH ORGANIZATION. [cit. 2015-07-30]. Dostupné z: http://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/

WINKLER, Petr, Filip ŠPANIEL a Ladislav CSÉMY. *Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2013, 1 online zdroj. ISBN 978-80-87142-21-9. Dostupné také z: http://www.nudz.cz/files/common/reforma_systemu_psychiat_pece.pdf

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. I	Dotazník SOS-10
Příloha č. II	Institucionální péče X komunitní péče
Příloha č. III	Reforma psychiatrické péče ČR
Příloha č. IV	Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu
Příloha č. V	Orientační schéma rozhovoru

Příloha č. I: Dotazník SOS-10

SCHWARTZOVA ŠKÁLA HODNOCENÍ TERAPIE (SOS-10)

Instrukce: Následuje 10 výroků o Vás a o Vašem životě, které nám pomohou zjistit Váš názor na to, jak se Vám daří. Odpovězte, prosím, na každý výrok tak, že označíte číslo odpovědi, které nejlépe vystihuje jak se Vám většinou během posledních sedmi dní (jednoho týdne) dařilo. Neexistují žádné správné ani špatné odpovědi, ale je důležité, aby Vaše odpověď *vystihla* Váš vlastní názor na to, jak se Vám dařilo. První odpověď, která Vás napadne, bývá často nejlepší. Děkujeme Vám za Vaši soustředěnou snahu. Zkontrolujte, prosím, že jste odpověděl/a na všechny výroky.

1. Vezmu-li v úvahu svou současnou fyzickou kondici, jsem spokojen/a s tím, co mohu dělat.

nikdy 0 1 2 3 4 5 6 neustále nebo téměř stále

2. Důvěřuji své schopnosti udržovat důležité osobní vztahy.

nikdy 0 1 2 3 4 5 6 neustále nebo téměř stále

3. Do budoucnosti hledím s optimismem.

nikdy 0 1 2 3 4 5 6 neustále nebo téměř stále

4. Často mě v životě něco zaujme nebo se pro něco nadchnu.

nikdy 0 1 2 3 4 5 6 neustále nebo téměř stále

5. Dovedu si užít legraci.

nikdy 0 1 2 3 4 5 6 neustále nebo téměř stále

6. Jsem celkově spokojen/a se svým duševním zdravím.

nikdy 0 1 2 3 4 5 6 neustále nebo téměř stále

7. Dovedu si odpustit svá vlastní selhání.

nikdy 0 1 2 3 4 5 6 neustále nebo téměř stále

8. Můj život probíhá podle mého očekávání.

nikdy 0 1 2 3 4 5 6 neustále nebo téměř stále

9. Dovedu zvládat konflikty, které mám s jinými lidmi.

nikdy 0 1 2 3 4 5 6 neustále nebo téměř stále

10. Mám klid v duši.

nikdy 0 1 2 3 4 5 6 neustále nebo téměř stále

Příloha č. II: Institucionální péče X komunitní péče

	<u>Institucionální péče</u>	<u>Komunitní péče</u>
Model	Medicínský (tzv. <i>power over</i>)	Recovery – přístup zaměřený na úzdavu (tzv. <i>power with</i>)
Přístup k nemocnému	<ul style="list-style-type: none"> - autoritativní přístup experta - lékařský paternalismus - zaměření na neschopnosti - důraz na kontrolu symptomů - orientace na diagnózu - tendence k segregaci - tendence k tvorbě závislosti 	<ul style="list-style-type: none"> - partnerský a podpůrný přístup - zplnomocňování klienta (empowerment) - zaměření na silné stránky - důraz na kvalitu života - orientace na potřeby - snaha o integraci - snaha o autonomii
Užívaný jazyk – pojmy	<ul style="list-style-type: none"> - pacient - nemoc - psychiatrie - léčení 	<ul style="list-style-type: none"> - klient / uživatel - krize - péče o duševní zdraví - úzdava (zotavení)
Užívané symboly	<ul style="list-style-type: none"> - bílý plášť - bezejmennost 	<ul style="list-style-type: none"> - civilní oblečení - pojmenovávání
Způsob používání restriktivní moci	<ul style="list-style-type: none"> - sporadické legislativní ustanovení 	<ul style="list-style-type: none"> - přesné vymezení „kdo“, „kdy“, „co“
Způsob práce	<ul style="list-style-type: none"> - vertikálnita moci, přísná hierarchie - dominance lékařů, psychiatrů - nesdílení informací - zdroje dominantně v institucích - individuální specialisté - neohraničená spádová zodpovědnost 	<ul style="list-style-type: none"> - horizontalita moci - multidisciplinarita, větší míra zapojení a rovnocennosti všech zúčastněných profesionálů - otevřenost informací - zdroje dominantně v komunitě - práce v týmu - ohraničená spádovost

i PÉČE ODUŠEVNĚ NEMOCNÉ NYNÍ A PO REFORMĚ

REFORMA: jak by měla vypadat psychiatrická péče v roce 2023

Cíle

- 1 Zvýšit kvalitu psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování
- 2 Omezit stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně
- 3 Zvýšit spokojenost uživatelů s poskytovanou psychiatrickou péčí
- 4 Zvýšit efektivitu psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemoci
- 5 Zvýšit úspěšnost plynulého začleňování duševně nemocných do společnosti (zejména zlepšením podmínek pro zaměstnanost, vzdělávání, bydlení aj.)
- 6 Zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb
- 7 Humanizovat psychiatrickou péči

Pilíře strategie

Psychiatrické léčebny: měly by snížit objem akutní péče a zaměřit se na následnou (celkově by měly snížit objem péče), mělo by dojít k diferenciaci a specializaci zařízení, která by zároveň měla rozšířit spektrum služeb např. o denní stacionáře, pokoje by měly být max. třílůžkové s příslušenstvím, přístup srovnatelný s nepsychiatrickými pacienty.

Centra duševního zdraví: jde o nový typ péče se sociálně-zdravotními službami, budou pečovat o pacienta v jeho přirozeném prostředí, součástí budou terénní multidisciplinární týmy, krizové a denní centrum či psychologická a psychiatrická péče, měla by pacientovi poradit ohledně možnosti sociální péče.

Ambulance: je třeba dobudovat síť v regionech, zvýšit počet lékařů i dalších pracovníků, více se zaměřit na primární péči a provázet péči s praktickými lékaři a dalšími složkami psychiatrické a sociální péče.

Psychiatrická oddělení v nemocnicích: je třeba rozvinout jejich síť, navýšit počet pracovníků, zavést max. dvoulůžkové pokoje s příslušenstvím, péče by měla mít obdobné podmínky a přístup jako u nepsychiatrických pacientů, poskytovat by měla hlavně akutní péči a doléčovací denní a specializované stacionáře.

Jak by měla vypadat dostupnost péče po reformě

- 25 psychiatrů na 100 000 obyvatel
- 12 ambulantních psychiatrů na 100 000 obyvatel
- jedno centrum duševního zdraví na cca 100 000 obyvatel, dojezd do 30 minut veřejnou dopravou
- psychiatrické oddělení v nemocnici by mělo být v dojezdové vzdálenosti do 60 minut
- 2 lůžka/100 000 lidí na psychiatrickém oddělení na intenzivní péči, 40 lůžek/100 lidí na veškerou specializovanou péči, 4,2 lůžka/100 000 lidí na dětskou a dorostovou psychiatrii
- psychiatrická nemocnice s následnou péčí by měla být v dojezdové vzdálenosti do 90 minut

Náklady na reformu

2,95 mld. Kč
Finance určené na vzdělávání, komunikaci, destigmatizaci a přípravu metodik

3,085 mld. Kč
Finance určené na budování center a humanizaci stávajících pilířů psychiatrické péče

Péče v roce 2012

2,91 % prostředků

na zdravotnictví jde u nás na psychiatrickou péči. V ostatních zemích EU je to 5–10 %.

Počet psychiatrických oddělení v nemocnicích: 30 (1260 lůžek)

Počet psychiatrických nemocnic (léčeben): 18 pro dospělé (8847 lůžek), 3 pro děti (250 lůžek)

- Psychiatrické léčebny pro dospělé
- Psychiatrické léčebny pro děti



Využití psychiatrických lůžek: 93 %

Průměrná ošetřovací doba: 76 dní

Počet hospitalizací

Na psychiatrických odděleních v nemocnicích: 18 134

V psychiatrických léčebnách pro dospělé: 39 638

V psychiatrických léčebnách pro děti: 1045

V ostatních psychiatrických lůžkových zařízeních: 568

Celkem: 59 385

Počet invalidních důchodů vyplácených z důvodu psychiatrické diagnózy

1. stupně	17 430
2. stupně	8197
3. stupně	63 131

33 047 lidí bylo v pracovní neschopnosti kvůli psychiatrické diagnóze, celkem na ní strávili 3 072 403 dnů (průměrně 93 dnů na jednoho).

Příloha č. IV: Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu

Vážená paní, vážený pane,

ráda bych Vás přizvala k účasti na výzkumu, který je součástí mé magisterské práce: **„Vliv jednotlivých přístupů psychiatrické péče na kvalitu života osob s duševním onemocněním“**

Vaše účast v rozhovorech – prováděných v rámci výzkumu práce bude sestávat z rozhovoru, který bude nahráván (pokud si nebudete přát jinak), aby údaje a informace takto získané mohly být později zpracovány a analyzovány. Po analýze budou veškeré záznamy vymazány.

Je samozřejmé, že pokud nebudete na některé otázky chtít odpovědět, nemusíte.

Rozhovor je anonymizován. Při zpracování a prezentaci informací získaných v rozhovoru s Vámi nebudou uváděny žádné osobní údaje (jméno, adresa...).

Z Vašeho zapojení do výzkumu nevyplývají žádná rizika ani povinnosti.

Máte samozřejmě právo neúčastnit se výzkumu a toto rozhodnutí nebude mít pro Vás žádné následky.

Data budou využita pouze pro výzkumné účely.

Jakékoliv otázky o výzkumu, průběhu rozhovorů a zpracování informací těmito rozhovory získanými, Vám ráda zodpovím.

Lucie Kadounová,

Terapeut

tel.:

lkadounova@seznam.cz

.....

podpis

Svým podpisem stvrzuji, že mi byl vysvětlen cíl tohoto výzkumu, byly mi zodpovězeny všechny otázky a souhlasím se svým zapojením do výzkumu.

Potvrzuji, že jsem obdržel kopii tohoto dokumentu.

jméno a příjmení (hůlkově)

.....

podpis

Příloha č. V: Orientační schéma rozhovoru

Úvod rozhovoru

- Stručné představení diplomové práce a podání základních informací o účelu, smyslu a průběhu rozhovoru.

Základní údaje

- Věk, bydliště, vzdělání, profese,...

Otázky zaměřené obecně na kvalitu života

- Jak rozumíte pojmu kvalita života a co vše si pod tímto pojmem představujete?
- Hodnotíte svůj dosavadní život jako kvalitní?
- Jaké období Vašeho života hodnotíte jako nejkvalitnější a proč?
- Co by ve Vašem životě nemělo chybět, aby byl kvalitní/kvalitnější?
- Jak hodnotíte současnou dobu Vašeho života, považujete ji za kvalitní? (v čem ano, v čem ne)

Otázky zaměřené na ústavní péči

- Kolikrát jste již byl/a hospitalizovaný/á a jak dlouho trvala nejdelší hospitalizace?
- Jednalo se o hospitalizace dobrovolné či nedobrovolné?
- Jak je to dlouho, co jste byl/a naposledy hospitalizovaný/á?
- Co Vám v hospitalizaci chybělo či naopak čeho bylo dostatek?
- Jak se hospitalizace odrazila na kvalitě Vašeho života? (klady i zápory)
- Napadá Vás, co je reálné, aby se v souvislosti s ústavní péčí mohlo změnit tak, aby to zvýšilo kvalitu života pacientů?

Otázky zaměřené na komunitní péči

- Využíváte v současné době nějakou službu, kterou nabízejí neziskové organizace pro lidi, kteří mají nějaké duševní onemocnění? Pokud ano, tak jakou službu?
- Hodnotíte současnou nabídku následných služeb jako dostačující?
- Měli či mají tyto služby vliv na kvalitu Vašeho života? V čem konkrétně?

Otázky zaměřené na reformu psychiatrické péče

- Slyšel/a jste někdy o reformě psychiatrické péče? Co konkrétně?
- Jaký máte na reformu názor a spatřujete již nějaké změny, které proběhly?
- Kdyby jste mohl/a na současném systému psychiatrické péče něco změnit, co by to bylo? Zvýšilo by to kvalitu Vašeho života?

Otázky zaměřené na životní hodnoty a potřeby respondentů

- Co byste pro svůj život potřeboval/a tak, aby byl co nejvíce kvalitní?
- Kterých hlavních životních oblastí se Vaše potřeby týkají?
- Cítíte se v těchto oblastech spokojeně nebo naopak?
- Už jste někdy slyšel/a o tzv. žebříčku hodnot? Pokuste se nad svými hlavními hodnotami zamyslet, které to jsou?

Otázky na závěr

- Chcete něco doplnit či dovysvětlit?
- Máte nějaký dotaz na mě?

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE:

Jméno a příjmení autorky: Bc. Lucie Kadounová, DiS.

Studijní program: Sociální práce a sociální politika

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

Název práce: Vliv jednotlivých přístupů psychiatrické péče na kvalitu života osob s duševním onemocněním

Počet stran (bez příloh): 79

Celkový počet stran příloh: 5

Počet titulů české literatury a pramenů: 34

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 4

Počet internetových odkazů: 13

Vedoucí práce: PhDr. Alice Holečková

Rok dokončení práce: 2015

Posudek vedoucího/opponenta bakalářské/diplomové práce na Pražské vysoké škole psychosociálních studií

Jméno a příjmení studentky: **Bc. Lucie Kadounová, DiS.**

Obor studia: **Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii**

Název práce: **Vliv jednotlivých přístupů psychiatrické péče na kvalitu života osob s duševním onemocněním**

Vedoucí/epONENT práce: **PhDr. Alice Holečková**

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 79

Počet stránek příloh: 5

Počet titulů v seznamu literatury: 38 + 13 internetových odkazů

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

Výběr tématu

Závaznost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová přilehavost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

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

	1			
--	---	--	--	--

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

	1			
--	---	--	--	--

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

	1			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití vyzkumných empirických metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

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

	1			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

		2		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	1			
--	---	--	--	--

Návnaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		2		
--	--	---	--	--

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

		2		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Předmětem obhajoby by mohlo být zpřehlednění a jasnější debata nad výsledky výzkumu, co autorka sama považuje za nejzásadnější zjištění? V čem vidí hlavní příspěvek svého výzkumného šetření?
Dále by autorka mohla zpřesnit své důvody, proč neprezentovala zahraniční výzkumy na dané téma, zda takové výzkumy nedohledala či k tomu měla jiný důvod?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Soudím, že daná práce je zpracována velmi pečlivě a to jak v její teoretické, tak praktické části, na které je dělena. Jejím zásadním kladem je fakt, že autorka zpracovává výsoce aktuální téma, které nasedá do připravované a částečně již také realizované reformy psychiatrické péče v ČR. Výrazným pozitivem práce je její cíl, kdy autorka sleduje potřeby duševně nemocných respondentů a mimo jiné uvádí, že lékaři vidí hlavní potřebu v medicaci, zatímco pro nemocné je důležitější a nenaplněnou hodnotou partnerský přístup.

Nedostatkem by se mohl jevit fakt, že v práci chybí odkazy na zahraniční obdobně výzkumy, nicméně tento "minus" autorka reflektuje a uvádí, že jí zajímal právě jen český kontext a to, jaké jsou potřeby právě českých duševně nemocných osob. Duševně nemocní např. v Terstu (kde je péče o duševně nemocné na vysoké úrovni) budou mít možná jiné potřeby, než duševně nemocní např. v Praze, to by ale byla otázka pro další výzkumná šetření.

I když se výsledky výzkumné práce mohou zdát banální (př. nemoc sama nejvíce proměňuje kvalitu života duševně nemocných, nemocní často předstírají konformitu s pravidly v ústavu péči, aby tak docílili brzkého propuštění, že medicaci nemocní spíše "útrpně snažejí", než aby v ní viděli nutnou podmínku jejích dalšího spokojeného být, že medicace pro ně znamená ztrátu sebe sama, že sama hospitalizace je vzdaluje od spokojeného života, že chtějí bydlet a pracovat, aby byli spokojeni, že potřebují blízkost a to i tu fyzickou a pocit svobody, který výrazně absentují apod.). Tato zdánlivě banální však vypovídají o důležitosti zjištění a to, že se lidé s duševním onemocněním ve svých potřebách neliší od lidí, kteří žádné duševní onemocnění diagnostikované nemají.

Daná práce odpovídá kvalitou i rozsahem magisterské práci a může sloužit jako dílčí vědecká podpora těm, kteří se tématem zabývají a je myslím velmi dobrou částí v mozaice potřeb duševně nemocných a může dopomoci "odpovědit" společenskou představu o duševně nemocných od stigmatizujících charakteristik.

Nejen proto navrhuji klasifikovat práci jako velmi dobrou až výbornou.

Doporučení k obhajobě: doporučuji/neodporuji!

Navrhovaná klasifikace: výborně

Datum, podpis: 5.9.2015

Hotukova

Posudek vedoucího/opponenta bakalářské/diplomové práce na Pražské vysoké škole psychosociálních studií

Jméno a příjmení studenta/-tky: **LUCIE KADOUŇOVÁ**
 Obor studia: **Práce ve znanostech na komunikaci a aplikovanou psychologii**
 Název práce: **Vliv jednatelských přístupů psychologů - obsah s. 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 866, 867, 868, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876, 877, 878, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 890, 891, 892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 899, 900, 901, 902, 903, 904, 905, 906, 907, 908, 909, 910, 911, 912, 913, 914, 915, 916, 917, 918, 919, 920, 921, 922, 923, 924, 925, 926, 927, 928, 929, 930, 931, 932, 933, 934, 935, 936, 937, 938, 939, 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948, 949, 950, 951, 952, 953, 954, 955, 956, 957, 958, 959, 960, 961, 962, 963, 964, 965, 966, 967, 968, 969, 970, 971, 972, 973, 974, 975, 976, 977, 978, 979, 980, 981, 982, 983, 984, 985, 986, 987, 988, 989, 990, 991, 992, 993, 994, 995, 996, 997, 998, 999, 1000**

Technické parametry práce:
 Počet stránek textu (bez příloh): **74**
 Počet stránek příloh: **5**
 Počet titulů v seznamu literatury: **48**

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

Vyber tématu

	2			
--	---	--	--	--

Zavaznost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová přilehavost tématu

	2			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

Formální zpracování

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

	3			
--	---	--	--	--

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

	2			
--	---	--	--	--

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

	3			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	3			
--	---	--	--	--

Využití vyzkumných empirických metod

	2			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	2			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

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

	0			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	3			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	3			
--	---	--	--	--

Navaznost kapitol a subkapitol

	3			
--	---	--	--	--

Datum, podpis:

[Handwritten signature]

19.2.2015

Navrhovaná klasifikace:

Dobrá

Doporučení k obhajobě: ~~doporučuji/nedoporučuji~~

Téma autorčiny práce vnímám jako velmi důležité. Je vidět, že problematiku vážně duševně nemocných dobře zná ze své praxe. Samotné zpracování diplomové práce však má řadu formálních nedostatků jak v pravopisu, tak ve stylizaci s dopadem na srozumitelnost celého textu. Teoretické části by prospěla větší vyváženost kapitol vzhledem k tématu (konkrétnější a podrobnější popis jednotlivých přístupů psychiatrické péče). V praktické části v kapitole "interpretace a komentář výsledků výzkumu" by byl potřebný kritičtější odstup. Subjektivní stesky pacientů kolem hospitalizace, medikace a invalidních důchodů mají zcela jistě vliv na jejich celkovou pohodu. Autorkou jsou však místy interpretovány jako objektivní data.

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

V textu autorka několikrát používá pro komunitní péči označení "následná péče". Není to v rozporu se současným pojetím "komunitní péče" jako systému zahrnujícím péči i v akutním stavu - tedy i s možností hospitalizace?

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

				0
--	--	--	--	---

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

				3
--	--	--	--	---

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi