

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Cyrlometodějská teologická fakulta

Katedra křesťanské výchovy



Studijní obor: Sociální pedagogika

**KLÍČOVÉ SITUACE V ŽIVOTĚ ČLOVĚKA S DUŠEVNÍM
ONEMOCNĚNÍM**

Bakalářská práce

Lucie Zíková

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Petra Potměšilová, Ph.D.

Olomouc 2013

Čestné prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jsem přitom jen uvedené prameny a literaturu.

V Havířově 22. května 2013

Lucie Zíková

Abstrakt

Tématem bakalářské práce jsou klíčové situace v životě lidí s duševním onemocněním. Duševní onemocnění je v dnešní době velmi aktuální téma.

Práce se v teoretické části zabývá tématem normy a normality. V průběhu dějin se zvyšuje počet duševních onemocnění a z tohoto důvodu vznikly různé kategorizace duševních onemocnění. Těmito kategorizacemi se bakalářská práce také zabývá. Bakalářská práce seznamuje s obecným utříděním duševních onemocnění a konkrétně popisuje duševní onemocnění, které se nejčastěji vyskytují v zařízeních ve kterých byl realizován průzkum.

Stěžejním tématem bakalářské práce je termín klíčové situace. Tomuto tématu předchází vysvětlení pojmu „kvalita života“. V závěru teoretické části jsou popsány jednotlivé klíčové situace, se kterými se může setkat člověk s duševním onemocněním. V praktické části jsme zvolili průzkum, kde jsme použili metodu dotazníkového šetření. Výstupy z průzkumu byly vyhodnoceny popisnou statistickou metodou. Cílem praktické části je porovnat život lidí s duševním onemocněním před a po spolupráci ze sociální službou ve městě Frýdek-Místek.

Klíčová pojmy: norma, stigma, duševní onemocnění, kvalita života, klíčové situace, multidisciplinární tým, zaměstnávání, volný čas.

Annotation

The theme of the Bachelor's thesis are key situations in the lives of people with mental illness. Mental illness is nowadays a very topical theme.

In the theoretical part of the work covers the topic of standards and normality. In the course of history, increases the number of mental disorders, and for this reason arose different categorization of mental disorders. Bachelor thesis deals with these categories. The thesis introduces the General sort mental illness and specifically describes the mental illness that are most commonly found in devices in which the survey was carried out.

A staple of the Bachelor thesis is the term key situation. This subject is preceded by an explanation of the concept of „quality of life“. At the end of the theoretical part describes each key situation that can meet a person with mental illness. In the practical part of the survey, we chose where we have used the method of questionnaire survey. The aim is to compare the practical part of the lives of people with mental health problems before and after the cooperation of social service in Frýdek-Místek district.

Key terms: standard, stigma, mental illness, quality of life, the key of the situation, the multidisciplinary team, employment, leisure.

Poděkování

Děkuji vedoucí práce paní PhDr. Petře Potměšilové, Ph. D. za odborné vedení, podnětné připomínky a trpělivost.

OBSAH

I. TEORETICKÁ ČÁST

ÚVOD	8
1. Diagnózy ovlivňující člověka a jejich vztah vůči společnosti	10
1.1 Norma, normalita	10
1.2 Psychiatrická porucha	11
1.3 Duševní (mentální) nemoc	12
2. Kategorizace duševního onemocnění	15
2.1 Mezinárodní klasifikace nemocí a Diagnostický a Statistický manuál Mentálních poruch	16
3. Duševní onemocněním	18
3.1 Obecné utřídění duševního onemocnění	18
3.2 Konkrétní duševní onemocnění	19
3.2.1 Psychózy – Schizofrenie	19
3.2.2 Poruchy nálad – deprese, mánie	21
3.2.3 Neurotické poruchy – fobie, obsedantně kompulzivní porucha	22
3.3 Příčiny vzniku duševních onemocnění	23
4 Kvalita života	26
4.1 Vymezení pojmu kvality života	27
4.2 Pomáhající profese zkvalitňující život duševně nemocného	29
5 Zhoršení kvality života u lidí s duševním onemocněním	31
5.1 Klíčové situace u duševně nemocných lidí	32
5.1.1 Jak navštívit lékaře a kterého	33
5.1.2 Léčba, úhrada za léčbu	34
5.1.3 Zaměstnávání	35
5.1.4 Volný čas	36

II. PRAKTICKÁ ČÁST

1. Cíl a otázky průzkumu	38
2. Charakteristika vzorku	39
3. Použitá metoda	39
4. Vyhodnocení průzkumu	41
4.1 Vyhodnocení demografických otázek	41
4.2 Vyhodnocení dotazníkových otázek	45
5. Vyhodnocení průzkumných otázek	56

ZÁVĚR **59**

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

SEZNAM TABULEK, GRAFŮ

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A Mezinárodní klasifikace nemocí

Příloha B Diagnostický a Statistický Manuál Mentálních Poruch

Příloha C Dotazník

ÚVOD

Bakalářská práce na téma „Klíčové situace v životě člověka s duševním onemocněním“ se zabývá tématem velmi aktuálním. Problematika duševního onemocnění je v naší zemi stále stejná. Avšak nastává čas, kdy je nahlíženo na osoby s duševním onemocněním jako na plnohodnotné bytosti. Problémy se kterými se duševně nemocný člověk setkává se stávají řešitelnými o čemž svědčí i stálé zkvalitňování systému péče o duševně nemocné. Vznikají služby, které pomáhají takto nemocným, aby zvýšili kvalitu jejich života. Máme na mysli hlavně sociální služby terénního, ambulantního nebo pobytového typu.

Postupně a snad i nastane k prolomení bariér mezi majoritní společností a touto skupinou. Osvětou nastává, že majoritní společnost má informace o jednotlivé problematice duševního onemocnění a již nastává stav postupného „odtabuizování“. Díky tomu mohou různá zařízení pomáhat těmto lidem k začlenění zpět do společnosti, umožnit znovu navázání ztracených sociálních kontaktů, motivaci k aktivitě, tedy smysluplné trávení volného času atd.

Příklady takových zařízení jsou terénní služby, denní centra nebo domovy se zvláštním režimem. Z tohoto důvodu byly pro praktickou část oslovení klienti těchto druhů služeb ve městě Frýdek-Místek. U oslovených klientů lze pozorovat, jak s pravidelným lékařským dohledem a využíváním sociální služby se povedlo zkvalitnit jejich život, snížily se počty hospitalizací v psychiatrických odděleních i léčebnách. Toto je také jedním z cílů této bakalářské práce, poukázat na důležitost multidisciplinárního řešení situace člověka s duševním onemocněním. Nadále poukázat jak „naučené“ smysluplné trávení volného času má blahodárný vliv na duševní stav klienta.

Teoretická část se zpočátku zabývá tématem, normalizace, stigmatizace, příčinami duševního onemocnění a nadále představuje konkrétní duševní onemocnění, která se nejčastěji vyskytují ve výše zmíněných zařízeních. Nejdůležitější stáří v teoretické části je kapitola směřující ke kvalitě života a posléze navazující podkapitola pod názvem „Klíčové situace v životě člověka s duševním onemocněním“. Zde jsou představeny klíčové situace, které již v roce 2007

zveřejnila Česká asociace pro duševní zdraví, ale i v dnešní době jsou velmi aktuální a v praxi se s nimi setkáváme.

Pro účel praktické části byl zvolen průzkum, kde za pomoci metody dotazníkového šetření metody pro vyhodnocení, statistickou popisnou metodou se pokusíme odpovědět na pět zvolených průzkumných otázek.

V bakalářské práci nalezneme velmi důležitou praktickou část, která bude sloužit jako informace pro sociální služby, kde se uskutečnilo dotazníkové šetření. Výsledky se použijí při realizaci projektu „multidisciplinárního týmu“ jehož cílem je nastavit pravidla spolupráce mezi sociálními službami a zdravotními zařízeními ve městě Frýdek-Místek.

1 Diagnózy ovlivňující člověka a jejich vztah vůči společnosti

Pokud se chceme zabývat duševním onemocněním, vyplývá otázka normality a normy. Měli bychom znát pojmy norma a normalita, o které se zmíníme v první podkapitole. Následně navážeme téma diagnózy, tzv. nálepky, které mohou ovlivnit nejen sama sebe vnímání u člověka s duševním onemocněním, ale také vnímání ze strany společnosti.

1.1 Norma, normalita

„Norma, standard je požadavek na chování nebo vlastnosti člověka, které se musí dodržovat nebo je dle nich hodnoceno, co je přijatelné a co považováno za neobvyklé.“¹

Normu lze také charakterizovat jako „standard, nástroj umožňující srovnání. Požadavek na chování člověka, vlastnosti věcí nebo charakteristické situace, kde se závazně vyžaduje, respektive považuje za:

- a) obvyklý,
- b) osvědčený,
- c) správný a žádoucí,
- d) přijatelný.“²

Při tématu duševní onemocnění se nemůžeme vyhnout otázkám normality osobnosti, duševního zdraví a přiměřeného chování. Zde se však setkáváme s velmi obtížnou otázkou, která dosud není uspokojivě zodpovězena - Jaká je hranice mezi normalitou a nenormalitou?

Hartl ve své knize uvádí, že normalita je nejčastěji považována za „jev, který odpovídá předem stanovenému očekávání.“³ V oblasti duševního onemocnění se normalita vyjadřuje jako norma, která je zjišťována:

- **Subjektivně** – vlastním odhadem jedince,

¹ *Filosofický slovník Universum*. Praha: Knižní klub 2009, 240 s. ISBN 978-80-242-2582-1.

² URBAN, Lukáš. *Sociologie trochu jinak*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2011. 140 s. ISBN 978-80-247-3562-7.

³ HARTL, Pavel; HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Praha : Portál, 2009. 370 s. ISBN 978-80-7367-569-1.

- **Sociálně** – názorem sociálního okolí,
- **Z hlediska psychiatrické diagnózy** – tedy přítomnosti či nepřítomnosti psychopatologických symptomů,
- **Statisticky** – kvantitativní odchylkou od statistické normy,
- **Funkčně** – podle projevů, jednání člověka v dané situaci.⁴

Normalita osobnosti vyplývá z pojetí normy, je dána optimální funkcí organismu jako psychosomatického celku, vztahu k hodnotám, které dávají lidskému životu smysl. V odborné literatuře se normalita většinou vymezuje určitými vlastnostmi jako ukazatel duševního zdraví.

Sigmund Freud považuje za normální znaky, kterými se jedinec vyznačuje:

1. vnitřní proporcionalita strukturních složek osobnosti,
2. adaptabilita k vnějším i vnitřním podnětům,
3. schopnost milovat a pracovat.“⁵

Z jiného hlediska bývá normalita chápána jako duševní zdraví. „Velmi často se normalita chápe jako zdraví, protiklad nebo nepřítomnost nemoci. Toto vymezení normality pomocí negace, i když je zejména v lékařství populární, je značně úzké. Norma a zdraví nemusí vždy splývat. Jsou případy, v nichž se uplatňuje používání pojmu norma na stavy potencionálně nebo skutečně chorobné. Například u starých lidí považujeme řadu poruch, pokud nepřekročí jistou mez, za normální (poruchy paměti, snížená schopnost učení, zpomalení reflexů nebo snížená elasticita kůže).“⁶

1.2 Psychiatrická porucha

Psychiatrická porucha má mnohdy obrovskou sílu a moc, tuto skutečnost si málo kdy uvědomujeme. Ovlivňuje naše myšlení a očekávání. Ve chvíli, kdy

⁴ SVOBODA, Mojmir (ed.). *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha : Portál, 2004. 32 s. ISBN 978-80-262-0216-5

⁵ ZÁŠKODNÁ, Helena. *Psychopatologie*. Ostrava : Ostravská univerzita, 2005. 10 s. ISBN 807368117X.

⁶ SVOBODA, Mojmir (ed.). *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha : Portál, 2004. 32 s. ISBN 978-80-262-0216-5

vyslovíme slovo „porucha“, sdělujeme, že něco není v pořádku, že je něco „porouchané“. Pokud o člověku hovoříme v souvislosti s poruchou automaticky očekáváme, že je v člověku něco „špatně“.

Psycholog Karel Kopřiva ve své knize „Lidský vztah jako součást profese“ se o odborných psychiatrických a psychologických diagnózách vyjadřuje jako o leteckých snímcích krajiny, sloužících sice k praktickým účelům a to konkrétně tam, kde se rozhoduje o tom, zda pacienta hospitalizovat, či nikoliv, jaký lék předepsat, zda vydat řidičský průkaz, zbavit trestní odpovědnosti, doporučit pro výkon odpovědné funkce apod. Dle autora mohou dané diagnózy pro toho, kdo je zvyklý s nimi pracovat, sloužit jako vedlejší pomůcka v urychlení porozumění klientovi. Ale mohou také porozumění zablokovat, jelikož již není důvod a potřeba snažit se člověku porozumět. Psychiatrické diagnózy a nálepky (cholerik, jedináček) umrtvují zájem o vnitřní svět člověka a ovlivňují vztah k jedinci ještě předtím, než s ním učiníme vlastní zkušenost. O člověka bychom se měli zajímat jako o jedince s vnitřním světem, který si sám vykresluje. Měli bychom se snažit pochopit jeho chování.⁷

1.3 Duševní (mentální) nemoc

Duševní nemoc je termín, který je ve velké míře používán zdravotníky, sociálními pracovníky k určení (označení) abnormálních psychických jevů a abnormálním chováním. Duševní (mentální) nemoc je porucha mozku, která rezultuje do narušení osobního myšlení, pocitů, nálad a schopnosti vztahů k ostatním. Duševní porucha se liší od legálního konceptu choromyslnosti. Mentální zdraví, mentální hygiena, zdravé chování a mentální pohoda jsou vše termíny používané na popis stavu nebo absenci mentální nemoci.

Psychiatrická diagnóza a duševní (mentální) porucha i přes nejasnou hranici normality mají ve společnosti negativní důsledky. Naštěstí v současné době existuje mnoho organizací a hnutí, která si jsou vědoma negativního vlivu tzv.

⁷ KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha : Portál, 2000. 37-38 s. ISBN 8073679221

„škatulkování“, tedy zařazování člověka pod zastřešující slovo „porucha“ či používáním odbornější terminologie jako je např. „porucha osobnosti“ apod. Tyto odborné termíny o člověku samotném nic neříkají, pouze zobecňují, co pravděpodobně bychom mohli od jedince s touto diagnózou očekávat a tedy „predestinují“ naše postoje vůči němu. Lze tedy konstatovat, že nejenže přispívají ke stereotypnímu myšlení lidí, ale současně umocňují projevy, které k dané „poruše“ patří. Brzdí rozvoj a změnu. Psycholog K. Kopřiva tvrdí, že někoho nějak pojmenováváme veřejně (dáváme mu určitou nálepku) posilujeme si především svou moc. Strukturujeme tak sice situace a lidi, což nám pomáhá cítit se bezpečněji, jelikož si zpřehledňujeme svět kolem sebe, nicméně současně vytváříme konfrontační atmosféru a blokujeme kontakt k člověku, blokujeme možnost změny.⁸

Na Projektu Změna – STOPSTIGMA, který je zaměřen proti předsudkům a diskriminaci z důvodu psychiatrického onemocnění je uvedeno: „Negativní předsudky a mýty spojené s duševními poruchami jsou velmi škodlivé a předpokládá se, že navzdory medicínským pokrokům mají stupňující se tendenci a stále zhoubnější následky pro pacienty. Stigma postihuje vše, co souvisí s duševním onemocněním: kromě pacientů také jejich rodiny, psychiatrické instituce, odborníky, léčbu. Znamená největší překážku k dosažení lepší péče a vyšší kvality života. Je základem pro negativní diskriminaci, kterou pacienti s duševní poruchou zažívají téměř denně. Důsledkem jsou potíže se získáním a udržením zaměstnání, problémy s bydlením, závislost na návykových látkách a alkoholu, zvýšení izolace, menší spolupráce s lékaři a ochota se léčit.“⁹

Nicméně psychiatrické či psychologické označení má i svá pozitiva. Člověku pomůže v uvědomění, z jakého důvodu se choval určitým, pro něj nepochopitelným důvodem. Napomůže při stanovení léčby a postupu práce. Zde je důležité si uvědomit, že vše platí pouze u správně stanovené diagnózy. Diagnóza může napomoci společnosti a rodinným příslušníkům, kteří netušíli, jak se k člověku mají chovat. Pokud se jedná o psychiatrické diagnózy, kde člověk má rozlišené vnímání

⁸ KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha : Portál, 2000. 37-39 s. ISBN 8073679221

⁹ WENIGOVÁ, Barbora. *Stigma duševně nemocných v České republice*. [online]. Stopstigma CRPDZ © 2005. [cit. 2012-25-04]. Dostupné z: http://www.stopstigma.cz/index.php?obsah=ke_stazeni&sub=o_stigmatu

reality (např. paranoidní schizofrenie), může stanovená psychiatrická diagnóza určit cestu, jak s člověkem komunikovat, nastavit pravidla chování při přítomnosti nemocného nebo nastavit preventivní opatření jako například u lidí s demencí, aby nebylo ohroženo jejich zdraví či život. Nemoc tedy nemusí znamenat pro člověka jen něco negativního. Díky znalosti nemoci může mobilizovat obranné síly a chápání nemoci může člověka motivovat svůj „problém“ řešit.

Psychiatrické diagnózy jsou systematizované kategorie, velmi potřebné hlavně pro pomáhající profese, kteří lidem mají pomáhat. Pomáhají jim se orientovat, stanovit si cíle a plány. Bez stanovené diagnózy by nebylo jasné, co mohou danému člověku nárokovat a co ne, kdo má o daného člověka pečovat, apod.

Shrnutí kapitoly:

Normy ve společnosti jsou velmi důležité i přesto, že jednotná charakteristika neexistuje. Znalost psychiatrické diagnózy má svá pozitiva i negativa. Je důležité si uvědomit, že psychiatrická diagnóza nám neprozradí, jak se člověk cítí a co prožívá.

2 Kategorizace duševního onemocnění

Obecný pojem duševní poruchy se vyskytují v mnoha vědních disciplínách, jako je například psychologie, sociologie ale i pedagogika. Vědní obor, který však má duševní poruchy v primární kompetenci, je psychopatologie. Psychopatologie se „zabývá duševními odchylkami a poruchami ve smyslu studování jejich příčin a uplatňuje se zejména v diagnostice.“¹⁰

Na počátku 20. století bylo známo pouze několik duševních nemocí. V roce 1952 jich bylo 192 a v současnosti Diagnostický a Statistický Manuál Mentálních poruch, 4. Edice (DSM-IV) jich uvádí 374. Může to být způsobeno:

- Efektivnější diagnostikou a lepší charakterizací mentálních nemocí, jejichž výzkum na novém poli vědy a akademie trvá již sto let;
- Skutečným zvyšujícím se počtem duševních nemocí, způsobeným některými kauzativními faktory jako je dieta nebo stále rostoucí stres každodenního života;
- Zvýšenou tendencí některých psychiatrů označit individuální zvláštnosti chování a slabůstky jednotlivce jako nemoc.¹¹

Se stále zvyšujícím počtem duševních onemocnění jsou tendence je rozdělit, rozčlenit dle různých kritérií. Psychiatrické klasifikační systémy, které se v současné době nejvíce používají jsou tzv. Americký Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, 4. revize (DSM-IV) a v naší zemi používaná Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – 10. revize (MKN-10). Tyto klasifikační systémy jsou v mnohé podobné. Nerozdělují duševní poruchy podle jejich etiologie, ale zařazují je do různých skupin dle společných znaků.

¹⁰ PRŮCHA, Jan; WALTEROVÁ, Eliška (ed.). *Pedagogický slovník*. Praha : Portál, 2001. 322 s. ISBN 80-7178-579-2.

¹¹ Historie vývoje duševních onemocnění. *Sem s tím co se týká psychologie*. [online]. © 2013. [cit. 2013-03-01]. Dostupné z: www.semstim.estranky.cz/clanky/nemoci-a-poruchy/dusevni-nemoc

2.1 Mezinárodní klasifikace nemocí a Diagnostický a Statistický Manuál Mentálních poruch

„Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10) je výsledkem revize, jejíž přípravu koordinovala Světová zdravotnická organizace (WHO) a na které se podílela řada odborníků, komisí a konferencí na mezinárodní i národní úrovni. Přípravě desáté revize se svými připomínkami od zástupců odborných společností se podílela i Česká republika.“¹² Mezinárodní klasifikace nemocí je možné shlédnout v příloze A.

Americká psychiatrická asociace rozděluje duševní nemoci do 13 skupin na základě jejich obecných symptomů. Tato klasifikace je ukotvena v dokumentu nazvaném "Diagnostický a Statistický Manuál Mentálních Poruch". Tabulka DSM-IV je ke shlédnutí v příloze B.

Zajímavé je, že v dokumentu DSM-IV jsou zařazeny pouze duševní onemocnění. V MKN-10 revizi najdeme všechny onemocnění, klasifikace má 22 kapitol a poruchy duševní a poruchy chování nalezneme v V. kapitole.

DSM-IV používá víceosé nebo mnohorozměrný přístup k diagnostice, protože jen zřídka kdy nemají některé faktory v životě člověka vliv na jejich duševní zdraví. Posuzuje se pět dimenzí, jak je popsáno níže.¹³

Osa I. Klinické syndromy – obvykle považováno za diagnózu (deprese, schizofrenie, sociální fobie aj.)

Osa II. Vývojové poruchy a poruchy osobnosti – autismus, mentální retardace, porucha, které jsou evidentní v dětském věku. Poruchy osobnosti, které mají větší dlouhodobé příznaky a zahrnují jednotlivce ve vzájemné interakci se společností. Řadí se zde paranoidní asociální a hraniční poruchy osobnosti.

Osa III. Fyzikální podmínky, které mají roli v rozvoji, pokračování nebo zhoršení osy I. a II. poruch. Mezi fyzikální podmínky patří poranění mozku nebo HIV/AIDS, které mohou vyústit v duševní poruchu.

¹² MZČR. *Mezinárodní klasifikace nemocí*. [online]. MZČR ©2010. [cit. 2013-05-01]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/mkn-10mezinarodni-klasifikace-nemoci_1644_3.html

¹³ Allpsych online. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*. [online]. ©1999-2003. [cit. 2013-02-03]. Dostupné z: <http://allpsych.com/disorders/dsm.html>

Osa IV. Závažné psychosociální stresory – situace, které provázejí člověka v osobním životě, například smrt blízkého člověka, nástup do nového zaměstnání, nezaměstnanost. Tyto situace následně ovlivňují poruchy v ose I. a v ose II.

Osa V. Nejvyšší úroveň fungování – poslední osa, jež se zabývá funkčními vlastnostmi člověka v předchozím období. Tato osa napomáhá porozumět lékaři funkční vlastnosti, a jaké změny může u daného člověka očekávat.

MKN-10 má různé osy třídění. Strukturu navrhl William Farr v dávných dobách, jeho návrh byl ten, že pro všechny praktické epidemiologické účely by se měla statistická data o nemocech seskupovat následujícím způsobem:¹⁴

- Epidemické nemoci
- Základní nebo celkové nemoci
- Lokální nemoci uspořádané podle lokalizace
- Vývojové poruchy
- Poranění

Shrnutí kapitoly:

Duševním onemocněním se primárně zabývá obor psychopatologie. Na počátku 20. století bylo známo pár duševních onemocnění, až v dnešní době jich dokument Diagnostický a Statistický Manuál Mentálních poruch obsahuje 374.

¹⁴ WHO. *Instrukční příručka k MKN-10*. [online]. © ÚZIS ČR (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR). [cit. 2013-04-02]. ISBN 978-80-7280-846-5. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html> s.21

3 Duševní onemocnění

V následující kapitole si obecně utřídíme duševní onemocnění, zaměříme se na jednotlivé duševní onemocnění, které se nejčastěji vyskytují v zařízeních, ve kterých proběhlo výzkumné šetření. Na závěr kapitoly se zaměříme na možné příčiny vzniku duševního onemocnění.

3.1 Obecné utřídění duševního onemocnění

V současné době, se rozlišuje celá řada duševních onemocnění. V této bakalářské práci se přikloníme k jednoduššímu způsobu, jak dělit duševní onemocnění, a to dle jejich etiologie na tzv. **poruchy organické, endogenní a psychogenní**. U tohoto rozdělení si uvědomujeme, že příčiny duševního onemocnění jsou mnohem komplexnější, multifaktoriální. Možné příčiny jsou uvedeny v poslední podkapitole.

Organické duševní onemocnění, vznikají v důsledku zjiitelného poškození mozkové tkáně, známou biologickou příčinou. Jsou to tělesná onemocnění, úrazy nebo jiná zjiitelná poškození nervového systému vedoucí k přechodnému nebo stálému narušení funkce mozku (zánět, nádor, intoxikace, cévní onemocnění). Základním příznakem je narušení kognitivních funkcí. Jsou to například psychické poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek (alkoholové psychózy, delirium tremens), různé formy demence nebo mentální retardace.

Endogenní poruchy (označovány také funkční) nemají jedinou známou vyvolávající příčinu, samotný termín endogenní znamená „pocházející zevnitř“. Je zde předpoklad, že na vzniku těchto onemocnění se podílí dědičnost, struktura psychiky a osobnosti, tělesné a duševní formování v průběhu života. Jedná se v podstatě o tzv. biologické faktory. Příkladem endogenních poruch jsou psychóza - schizofrenie, deprese nebo bipolární afektivní porucha.¹⁵

„Psychogenní poruchy jsou důsledkem vnější, exogenní zátěže, jako je akutní nebo dlouhodobý stres, psychická i tělesná zátěž, konflikty. Do této skupiny

¹⁵ PRAŠKO, Ján. *Psychiatrie*. Praha : Informatorium, 2003. 52 s. ISBN 80-7333-002-4.

jsou zařazovány neurózy (např. hysterie, fobie, obsedantně kompulzivní porucha, panická porucha), psychosomatická onemocnění, somatoformní poruchy, hypochondrie a neurastenie.¹⁶

3.2 Konkrétní duševní onemocnění

V následující podkapitole se zmíníme o jednotlivých duševních onemocněních, které jsou v nejčastější v sociálních službách ve městě Frýdek-Místek, konkrétně v Terénní službě ZOOM, Denním centru Maják a Domově se zvláštním režimem Oáza pokoje.

3.2.1 Psychózy – Schizofrenie

Psychóza je jednou z nejčastějších duševních onemocnění, které se objevuje v zařízeních, ve kterých se realizuje průzkum v rámci této bakalářské práce. Z tohoto důvodu je potřeba onemocnění vysvětlit. Psychóza zahrnuje široké spektrum psychopatologických stavů, které mají nejrůznější příčiny vzniku, příznaky a odlišný průběh, který je celkově charakteristický poruchou kontaktu s realitou a změněným vnímáním skutečnosti. Psychóza není pouze poruchou nervového systému, mozku, ale také poruchou osobnosti, psychiky a jejích funkcí.¹⁷

Mezi Psychózy se řadí Schizofrenie. „Schizofrenie je duševní onemocnění charakterizované poruchami téměř všech psychických funkcí. Zásadní je porucha myšlení a vnímání, oploštělá nebo neadekvátní emotivita a narušené chování a jednání.“¹⁸ Mezi základní druhy schizofrenie řadíme:

- Paranoidní schizofrenie
- Hebefrenní schizofrenie
- Katatonní schizofrenie
- Nediferencovaná schizofrenie

¹⁶ PRAŠKO, Ján. *Psychiatrie*. Praha : Informatorium, 2003. 52 s. ISBN 80-733-002-4.

¹⁷ KALINA, Karel. *Jak žít s psychózou?* Praha : Avicenum, 1987. 14-15 s. ISBN 80-7178-563-6.

¹⁸ SVOBODA, Mojmir (ed.). *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha : Portál, 2004. 181 s. ISBN 978-80-262-0216-5.

- Reziduální schizofrenie
- Simplexní schizofrenie

Psychóza je charakterizována pozitivními příznaky, negativními příznaky a kognitivní dysfunkcí. Tyto příznaky si vysvětlíme níže.

„Pozitivní příznaky schizofrenie jsou nadměrné, nebo zkreslené vyjádření normálních funkcí. Řadí se sem halucinace (poruchy vnímání), bludy (poruchy myšlení), dezorganizace řeči (vyjádření chybí smysl a význam, nesprávné používání slov atd. díky neuspořádanosti procesů myšlení) a kontroly chování. Typickými halucinacemi pro schizofrenii je slyšení hlasů (ozvučování myšlenek), člověk má pocit, že ostatní mohou „číst“ jeho myšlenky a přivlastňovat si je nebo mu je vkládat do mysli proti jeho vůli.“¹⁹

Negativní příznaky znamenají ztrátu nebo oslabení normálních funkcí. Tyto příznaky, podle Svobody „jsou považovány za primární a jsou zodpovědné za funkční neschopnost a špatnou kvalitu života“²⁰. Negativní příznaky se projevují oslabeným emočním projevem, ochuzením myšlení a řeči, oslabením vůle, ztrátou motivace, takže běžné denní úkony vyžadují velké úsilí. Vyznačují se ztrátou schopnosti prožívat radost a tendencí k sociální izolaci. Můžou se objevit nepřiměřené vyjádření emocí jako například povznesená nálada, deprese nebo zmatenost.²¹

Kognitivní dysfunkce projevující se již před manifestací psychózy, je považována za hlavní příčinu sociální maladaptace po odeznění pozitivních příznaků. Kognitivní dysfunkce je považována za významný problém z hlediska zhoršení kvality života. Znamená narušení zejména poznávacích schopností. U schizofrenie je nejvíce postižena paměť, včetně pracovní paměti (tzn. schopnost uchovat informace a použít je pro zpracování) a exekutivní funkce (schopnost začít, plánovat a řešit úkoly). Souvisí také s učením (narušeno je hlavně verbální učení) a dochází i k poruchám pozornosti.²²

¹⁹ JANOTOVÁ, Dana; PAVLOVSKÝ, Pavel; RABOCH, Jiří. *Psychiatrie-minimum pro praxi*. Praha: Triton, 2006. 211 s. ISBN 8072547461.

²⁰ SVOBODA, Mojmir (ed.). *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha : Portál, 2004. 45 s. ISBN 978-80-262-0216-5.

²¹ KALINA, Karel. *Jak žít s psychózou?* Praha : Avicenum, 1987. 274 s. ISBN 80-7178-563-6.

²² SVOBODA, Mojmir (ed.). *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha : Portál, 2004. 184 s. ISBN 978-80-262-0216-5.

Vágnerová považuje schizofrenii za „výrazně stigmatizující onemocnění. Lidé s duševní poruchou se díky svým nezvyklým projevům chování odchylojí od dané společenské normy a převažující reakci ostatních lidí.“²³ Dle Vágnerové se posléze objevuje odmítání tohoto odlišného jedince nebo dokonce snaha o jeho vyloučení ze společnosti. Díky neznalosti společnosti o příčinách této choroby a prožívání samotnými lidmi trpící schizofrenií dochází k posílení předsudků.

Z pohledu postoje samotných lidí se schizofrenií k sobě samému není tento postoj vůbec vyjasněn. U lidí se schizofrenií chybí přiměřený náhled na jejich chorobu. Uvědomuje si změny, které nastaly, ale často je neinterpretují jako příznak nemoci, natož duševního onemocnění. Z tohoto důvodu se objevuje odmítavý pohled na to, že by se měl léčit. Nemoc se často vyvíjí v soukromí a na odbornou péči dojde až poté, kdy se člověk stává dekompenzovaný a jeho zdravotní stav je velmi vážný.

3.2.2 Poruchy nálad – deprese, mánie

Poruchy nálady, jinak také afektivní poruchy se projevují změněnou náladou, která se však neváže na reálnou životní situaci člověka. Důsledkem tohoto onemocnění bývá porucha v přizpůsobení a sociálním selhávání.

Mezi tzv. Poruchy nálad se řadí:

- **depresivní porucha** - může proběhnout jako jedna epizoda – depresivní epizoda, nebo se tyto epizody mohou opakovat – rekurentní depresivní porucha. K základním příznakům depresivní poruchy patří depresivní nálada abnormní vzhledem k jedinci, která trvá déle než dva týdny, ztráta zájmu nebo prožitku radosti a snížení energie a zvýšená únavnost.“²⁴ K přidruženým příznakům patří ztráta sebedůvěry, výčitky, sebevražedné myšlenky a jednání, nesoustředěnost, nerozhodnost, útlum nebo agitovanost, poruchy spánku, poruchy chuti k jídlu. Mohou se vyskytovat i somatické potíže jako bolest na

²³ VAGNÉROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha : Portál, 2012. 98 s. ISBN 978-80-262-0225-7.

²⁴ SVOBODA, Mojmir (ed.). *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha : Portál, 2004. 204 s. ISBN 978-80-262-0216-5.

hrudi, bolesti hlavy, závratě apod.²⁵

- **Mánie** – je protipólem deprese – nemocný má při ní nepřiměřeně veselou až euforickou nebo naopak zlostnou náladu, mívá pocit zvýšené energie a sníženou potřebu spánku, je zvýšeně hovorný, sebevědomý a jen málo kritický ke svým reálným schopnostem a možnostem. Mívá řadu nerealistických plánů, podléhá okamžitým impulzům, vrhá se do rizikových aktivit a činností, může utrácet neuváženě velké částky peněz, vyhledávat sexuální dobrodružství apod. Zvýšená aktivita je na úkor účelnosti, bývá výrazně narušena schopnost soustředění.²⁶
- **Bipolární afektivní porucha** – závažné duševní onemocnění. „U této poruchy je typický celoživotní epizodický výskyt různých poruch nálady – depresivních, manických a smísených etap, které mohou nastávat poměrně nepředvídatelně a mohou devastovat život pacienta i jeho rodiny. První fáze bipolární poruchy se vyskytuje zpravidla před 30. rokem věku. Postiženo je přibližně 1% populace.“²⁷

3.2.3 Neurotické poruchy – fobie, obsedantně kompulzivní porucha

Neurotické poruchy jsou poruchy, které jsou většinou vratné a jsou komplexně léčitelné. Mezi nejčastější příznaky patří úzkost, poruchy spánku, porucha soustředění pozornosti, strachy z různých objektů a situací a různé tělesné potíže (bolesti hlavy, zažívací potřeby, bušení srdce, bolesti páteře, apod.). Neurotické poruchy se také projevují depresivními stavy, které se dají odklonit na rozdíl u depresivní poruchy. Velmi obtěžující jsou různé nutkavé myšlenky, jednání u kterých si je jedinec vědom, že jsou mnohdy nesmyslné, ale pro velkou úzkost se jich nedokáže zbavit. Mezi neurotické poruchy se řadí úzkostné poruchy (fobie,

²⁵ SVOBODA, Mojmír (ed.). *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha : Portál, 2004. 204-205 s. ISBN 978-80-262-0216-5.

²⁶ CNS centrum Třinec. *Poruchy nálad*. [online]. © 2011. [cit. 2013-05-14]. Dostupné z: http://www.psychtr.cz/poruchy_nalad.html

²⁷ PRAŠKO, Ján. *Psychiatrie*. Praha : Informatorium, 2003 80 s. ISBN 80-7333-002-4

panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha, smíšená úzkostná depresivní porucha), obsedantně kompulzivní porucha, reakce na stres (posttraumatická stresová porucha), dissociativní poruchy a somatoformní poruchy.²⁸

Pro potřeby naší práce si vysvětlíme neurotické poruchy Fobie a Obsedantně kompulzivní porucha.

„Fobie se charakterizuje jako strach z konkrétních předmětů nebo situací. Mají nutkavý ráz, vtírají se do vědomí proti vůli. Jejich neodůvodněnost je plně uvědomována. Nejčastější formy: agorafobie (strach z prostranství), antropofobie (strach z lidí), nyktofobie (strach ze tmy), klaustrofobie (strach z uzavřených místností),²³ nosofobie (strach z nemocí).“²⁹

„Obsedantně-kompulzivní porucha patří k neurotickým, resp. Úzkostným poruchám, postihuje asi 2% lidí a vše podstatné je řečeno už v názvu poruchy: **obsese** jsou vtíravé, úzkost budící myšlenky (jestli nešlápnu cestou na všechny kulaté kanály, stane se neštěstí). **Kompulze** pak označuje jednání, kterým se obsese utiší (člověk tedy přechází přes všechny kulaté kanály). Podstatné je, že dotyčný si **uvědomuje** absurdnost svých myšlenek i chování, ale **nedokáže se jim bránit**. Pokud se pokouší kompulzivní akt oddalovat, úzkost z obsesivní myšlenky v něm narůstá až do neúnosných mezí.“³⁰

3.3 Příčiny vzniku duševních onemocnění

Přes řadu odlišných úhlů pohledu existuje shoda v chápání vztahu negativních vlivů a příčin duševních poruch. Některé duševní onemocnění uplatňují vliv pouze jediného (úraz mozku), u jiných se předpokládá mnohočetná podmíněnost (vnitřní faktory-genetické, vnější faktory – prostředí, socializační faktory aj.).

Při zaměření na příčiny duševního onemocnění vnímáme důležitost ve

²⁸ Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod. *Neurotické poruchy*. [online]. [cit. 2013-05-01]. Dostupné z: <http://www.plhb.cz/content/neuroticke-poruchy>

²⁹ ZÁŠKODNÁ, Helena. *Psychopatologie*. Ostrava : Ostravská univerzita, 2005. 31 s. ISBN 807368117X.

³⁰ Psychoweb.cz *Obsedantně kompulzivní porucha*. [online]. © 2009-2010. [cit. 2013-05-01]. Dostupné z: <http://www.psychoweb.cz/psychologie/obsedantne-kompulzivni-porucha---ocd/>

znalosti doby vzniku. Patogeneze mohou působit v období:

- a) prenatalním,
- b) perinatální
- c) postnatální.

Mezi příčiny působící v prenatalním období řadíme příčiny: genetické (poškozené geny, vadná genová kombinace) a také škodlivé vlivy působící na plod přes organismus matky. Tyto příčiny mohou mít povahu chemické (intoxikace léky), biologické (infekční nemoc), fyzikální (RTG záření), mechanické (úraz matky) a psychogenní (stres matky).

Příčiny působící v perinatálním období jsou novorozenecká žloutenka (projev rozpadu červených krvinek), dlouhotrvající nebo překotný porod s krvácením do mozku při vyrovnávání rozdílů mezi atmosférickým a nitroděložním tlakem. Mezi tyto příčiny se řadí asfyxie (nedostatečný přívod kyslíku do mozkové tkáně) nebo zhmoždění mozku při komplikovaném porodu.

Postnatální období se vyznačuje příčinami: všechny onemocněními postihující centrální nervový systém, úrazy hlavy, nádory v centrální nervové soustavě, cévní poruchy vyvolávající nedostatečné zásobení mozku kyslíkem. Další oblastí příčin jsou vnitřní a vnější intoxikace a psychogenní vlivy v oblasti vztahů, odrážející způsob uspokojování psychických potřeb.

Z této skupiny, které psychopatologie věnuje mimořádnou pozornost, jsou nejzávažnější tři skupiny faktorů:

- a) dlouhodobé neuspokojování důležitých psychických potřeb, tj. frustrace,
- b) působení stresorů,
- c) neřešené nebo neřešitelné konflikty.³¹

³¹ ZÁŠKODNÁ, Helena. *Psychopatologie*. Ostrava : Ostravská univerzita, 2005. 15-16 s. ISBN 807368117X.

Výše zmíněné příčiny duševního onemocnění jsou velmi podrobné. Jako zajímavost si uvedeme **příčiny vzniku duševní poruchy, které byly zmíněny na 14.**

Celorepublikové konferenci v Opavě:

- Genetické dispozice (dědičnost)
- Negenetické důvody
 - Gravidita (např. chřipka v těhotenství)
 - Vyšší věk otce
 - Perinetrární trauma mozku
 - Zneužívání drog
 - Městské bydlení
 - Migrace
 - Stresující životní situace

Zde je důležité připomenout, že duševní onemocnění se vyznačuje multifaktoriálními příčinami. Záleží na situacích, které člověk v průběhu života prožívá, charakteristických vlastností konkrétního člověka a genetické dispozici, kterou člověk má.

Shrnutí kapitoly:

Nejčastějším duševním onemocněním v zařízeních, ve kterých byl proveden průzkum, je psychóza, konkrétně schizofrenie. Schizofrenii lze charakterizovat poruchou myšlení, vnímání, oploštělou nebo neadekvátní emotivitou a narušeným chováním a jednáním. Vznik duševních onemocnění se vyznačuje tzv. multifaktoriálními příčinami.

4 Kvalita života

Za poslední léta se problematikou kvality života zabývají odborníci z mnoha vědních oborů. Počínaje ekonomikou, sociologií a politologií, kde se tento fenomén sledoval nejdříve. Dnes se s tímto tématem setkáváme i ve filozofii, teologii, psychologii a v neposlední řadě v pedagogice. S rostoucím zájmem dalších vědních oborů můžeme konstatovat, že zájem o tuto problematiku, která se týká celé společnosti, neustále narůstá.

Snaha o uchopení pojmu „kvalita života“ se v průběhu let proměňovala. Prokázalo se, že tento široký pojem je těžko uchopitelný pro svou mnohorozměrnost a komplexnost. Na tento fakt má vliv, že spousta vědních oborů s tímto pojmem pracuje avšak v různých souvislostech a oblastech, ve kterých se o tomto pojmu hovoří. Z tohoto důvodu není definice pojmu jednotná.

Původní hledání prvotního názoru, bylo zaměřeno na materiální zabezpečení, kde se klade otázka, jak se lidem v daných podmínkách skutečně žije. Touto otázkou se zjišťuje, co přispívá ke spokojenosti lidí, dle jejich vlastního názoru. Výzkumy se soustředily na stanovení tzv. subjektivních indikátorů, dle kterých je možné zjistit, jak svůj život hodnotí samotní lidé. Avšak díky porovnání tohoto zjištění, se skutečnými životními podmínkami se prokázalo, že tzv. objektivní ukazatelé (kvantifikovatelné hodnoty v životě lidí jako zdraví, výše příjmu apod.) ke stanovení kvality lidského života nestačí.³²

Koncept kvality nemá doposud všeobecně uznávanou definici, metodologii a stává se předmětem mnoha interpretací bez určitého konsenzu. Navzdory tomu získal tento koncept v jednotlivých vědních disciplínách své nezastupitelné místo. Díky tomu, že se badatelé na nejrůznější koncepty dívají z nejrůznějších pohledů, prostupuje kvalita života všemi oblastmi lidského života. Zachycení kvality života v dnešní době velmi souvisí s kulturními změnami, s proměňující se společností, s charakterem dané společnosti a nároků na člověka.³³

³² PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. Praha : Triton, 2005. 281-288 s. ISBN 80-7254-657-0.

³³ GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života*. Praha : Grada, 2011. 23-24 s. ISBN 978-80-247-3625-9.

4.1 Vymezení pojmu kvality života

V následující podkapitole se budeme zabývat konceptem kvality života. Avšak ne z pohledu jednotlivých vědních oborů, ale spíše, co se týče vymezení samotného pojmu.

„Chceme-li vymezit koncept kvality života, musíme si uvědomit, že má v zásadě tyto dvě dimenze:

1. **objektivní** – sleduje materiální zabezpečení, sociální podmínky života sociální status a fyzické zdraví. Lze ji tedy vymezit jako souhrn ekonomických, sociálních, zdravotních a environmentálních podmínek, které ovlivňují život člověka.
2. **Subjektivní** – se týká jedincova vnímání svého postavení ve společnosti v kontextu jeho kultury a hodnotového systému. Výsledná spokojenost je závislá na jeho osobních cílech, očekáváních a zájmech.“³⁴

V dnešní době se odborníci při hledání cest po zlepšení kvality života přiklání k subjektivnímu hodnocení vlastního života člověka. Z důvodu, že nemusí zde totiž existovat přímá úměra mezi objektivní dimenzí a subjektivním vnímáním vlastního života.

Engel a Bergsma rozlišují tři základní sféry kvality života, přičemž věnují pozornost také jejímu subjektivnímu vnímání. Jedná se o níže uvedené sféry:³⁵

- **makro-rovina:** U této roviny jsou otázky kvality života spojeny s velkými společenskými celky (jednotlivými zeměmi nebo celými kontinenty). Je spojována s absolutním smyslem života. Engel a Bergsma život vidí jako absolutní morální hodnotu a kvalita života musí být definována tak, aby tomuto požadavku vyhovovala. Stává se jádrem politických úvah nad např. problematikou hladomoru, chudoby, terorismu, zdravotnictví nebo stanovení obsahu základní výchovy.
- **mezo-rovina:** zde se záběr zužuje na malé sociální skupiny např. domov důchodců, nemocnice, podnik nebo školu. Na život je opět nahlíženo jako na morální hodnotu, ale pohled se rozšiřuje o otázky sociálního klimatu,

³⁴ VAŽUROVÁ, Helena. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno : Masarykova univerzita, 2005. 17 s. ISBN 8021037547.

³⁵ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha : Grada, 2001. 163-164 s. ISBN 80-247-0179-0.

vzájemných vztahů mezi lidmi, uspokojování či neuspokojování základních potřeb člověka v rámci dané skupiny, existence sociální opory nebo sdílených hodnot.

- **osobní (personální) rovina:** tato rovina je oběma autory definována jako život jednotlivce, jakéhokoli člověka z jakéhokoli prostředí. Jde o osobní hodnocení kvality života ať už z hlediska zdravotního stavu nebo spokojenosti člověka. Zde se dostáváme právě k již výše zmiňované subjektivní dimenzi. Řadí se zde osobní hodnoty jednotlivce, tak jak si je sám stanoví. Jsou to jeho představy, naděje, očekávání nebo přesvědčení. Tato rovina je oběma autory považována za stěžejní tak, že se ji pokusili definovat: „Jde o subjektivní soud, ten je výsledkem porovnávání a zvažování více hodnot. Kvalita sama je hodnotou, je zážitkovým vztahem, reflexí neboli výsledkem zamyšlení nad vlastní existencí. Je motivací čili hybnou silou žití“³⁶

Tyto sféry pojetí kvality života, lze charakterizovat, že se jedná o zachycení konceptu z pohledu celé společnosti, z pohledu jejich menších součástí a nakonec z pohledu jednotlivce.

Na kvalitu života je v dnešní době také nahlíženo biopsychosociálním modelem. A právě takhle by se mělo nahlížet na pacienty s psychickým onemocněním. Nejde pouze o zmírnění, odstranění symptomů onemocnění (biologická rovina), ale je třeba přistupovat k člověku jako k živé bytosti, která má své individuální potřeby a jeho pohled, prožívání své nemoci (sociální a psychologická rovina). Pokud se na pacienta nahlíží tímto modelem, může vše směřovat ke zlepšení kvality jeho života.

³⁶ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha : Grada, 2001. 164 s. ISBN 80-247-0179-0.

4.2 Pomáhající profese zkvalitňující život duševně nemocného člověk

Psychicky nemocný člověk se často objevuje v roli pacienta v oblasti zdravotnické nebo v roli klienta v oblasti sociální. Psychicky nemocní mohou využívat řadu sociálních a zdravotnických služeb.

Klient je člověk, který má specifické potřeby a odlišné způsoby jejich uspokojení. Potíže, které se u něj vyskytly, se vážou na některou z oblastí psychických funkcí, případně představují kombinaci poruch těchto funkcí. Klient se může objevit v nepříznivé situaci a pak nastupují zdravotnické a sociální služby, které se pokoušejí potíže klienta buď zmírnit, nebo odstranit.³⁷

Psychické onemocnění (schizofrenie, afektivní porucha, aj.) je proces, jehož průběh není možné předvídat. Může dojít k odeznění akutních potíží, ale osobnost člověka má trvalý defekt. Nemoc se také může opakovat s mezidobím, kdy obtíže člověka jsou méně naléhavé a klienta omezují méně. Z důvodu, že jde o proces, je nutné, aby služby reagovaly na měnící se potřeby psychicky nemocného. Jeden typ služby může být v určitém období adekvátní, ale v dalším období již nepřiměřený.³⁸

Z tohoto důvodu je nutné poskytnout klientovi služby v rámci multidisciplinárního týmu. Tento tým obsahuje pomáhající profese, se kterými by měl psychicky nemocný dostat do styku při péči.

Podstatou multidisciplinárního týmu je provázanost. Tento tým může obsahovat pomáhající profese typu:

- praktický lékař
- psycholog
- psychiatr
- zdravotní sestry
- terapeuti
- sociální pracovník/pracovníci
- psychiatrické sestry

³⁷ MAHROVÁ, Gabriela. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha : Grada, 2008. 27-28 s. ISBN 978-80-247-2138-5.

³⁸ MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby*. Praha : Portál, 2007. 99-100 s. ISBN 978-80-262-0041-3.

- člen či odborník z podpůrné skupiny

Nedílnou součástí týmu péče o klienta, i přesto, že nejsou odborníci, jsou rodina a jeho blízcí.³⁹ Z obecného hlediska do systému péče o psychicky nemocného patří všichni lidé vyskytující se v jeho blízkosti, již výše zmíněná rodina, nadále přátelé, učitelé nebo spolupracovníci, komunita, ve které klient žije.⁴⁰ „Tito činitelé jsou nedílnou součástí jeho sociálního světa, nejlépe ho znají a provázejí životem.“⁴¹

Shrnutí kapitoly:

Tématem kvality života se zabývá spousta vědních oborů. Do dnes neexistuje jednotná charakteristika tohoto pojmu.

Ke zkvalitnění života člověka s duševním onemocněním může napomoci tzv. multidisciplinární tým. Tým se vyznačuje podporou a pomocí člověku s duševním onemocněním z hledisek sociálního i medicínského.

³⁹ MAHROVÁ, Gabriela. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha : Grada, 2008 64-67 s. ISBN 978-80-247-2138-5.

⁴⁰ MAHROVÁ, Gabriela. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha : Grada, 2008 44-45 s. ISBN 978-80-247-2138-5.

⁴¹ MAHROVÁ, Gabriela. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha : Grada, 2008 45 s. ISBN 978-80-247-2138-5.

5 Zhoršení kvality života u lidí s duševním onemocněním

V této kapitole se zaměříme na kvalitu života duševně nemocných. Vymezíme klíčové situace, ve kterých může nemocný jedinec mít problém fungovat v běžné společnosti, jaké úskalí sebou nese a řešení těchto situací. Dotkneme se, jakými různými způsoby a prostředky lze ovlivnit kvalitu života. Nejdříve si však podáme výklad o kvalitě života duševně nemocných lidí obecně.

Kvalita života duševně nemocných slouží jako kritérium aplikované k hodnocení okolností života nemocného. Týká se to pocitu spokojenosti, sociální role a jejich naplnění, také materiální podmínky a životní perspektiva. Tato kritéria slouží k posouzení farmakoterapie, psychosociální intervenci a kvality služeb. Na základě mnoha výzkumů, které prováděli např. Lehman, Kastching, kteří se zaměřili na hledání ukazatelů pro stanovení kvality života duševně nemocných, se předpokládá uplatňování těchto tří složek: subjektivní pohoda/spokojenost, fungování v sociálních rolích a vnější životní podmínky (materiální-životní standard i sociální standard).⁴²

Nejlepší fungování v sociálních rolích poukazuje na integraci jednotlivce a jeho zapojení do místní komunity nebo celé společnosti. Z tohoto důvodu by se měla při stanovení kvality života duševně nemocných určit dimenze začlenění jedince a jeho fungování ve společnosti. Duševní onemocnění je silně spojováno právě se sociální dysfunkcí a schopností správně obstát v sociálních rolích. Což je zvláště u případů schizofrenie i deprese. Problematika fungování ve společnosti má svůj význam při studiu původu, průběhu psychiatrických symptomů, ve výběru léčby a rehabilitace a ve vyhodnocení použití vhodné služby pro zlepšení psychického zdraví.⁴³

⁴² KATSCHNIG, H. *Scizophrenia and quality of life. Acta Psychiatrica Scandinavica*. 102 (407), pp. 33-27. 2000

⁴³ VAGNÉROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese* Praha : Portál, 2012. 98-100 s. ISBN 978-80-262-0225-7.

Dle Vágnerové je kvalita života u duševně nemocných nadále nepříznivě ovlivněna nejen samotnou nemocí a handicapem, ale také reakcemi okolí zahrnující předsudky, obviňování, odmítání nebo pomluvy. Duševně nemocný poté trpí nejen svou nemocí, ale také stigmatizací svého trápení a poškození své identity.⁴⁴ V praxi se například setkáváme, že lidé trpící schizofrenií mají strach při návštěv svých lékařů po případech, že například muž schizofrenik ublížil či zabil. Sami vyslovují, že se bojí, jak je společnost bude „nálepkovat“ nebo jim psychiatr naordinuje léčbu v psychiatrické léčebně i přesto, že se cítí dobře.

Doubek poukazuje na to, že stigma se může stát hlavní příčinou sociální izolace nemocného člověka i jeho rodiny. Nemocnému může vytvořit překážky najít si jakoukoliv práci, může vést k zvýšenému užívání alkoholu nebo drog. Nadále vést k nadměrné snaze o řešení situace v rámci uzavřených oddělení psychiatrických klinik a léčeben, a to vše snižuje šance na vyléčení psychicky nemocného člověka.⁴⁵

5.1 Klíčové situace u duševně nemocných lidí

Z výstupů projektu Cesty z labyrintu psychického onemocnění realizovaného Českou asociací pro psychické zdraví v roce 2007 vyplývá, že mezi klíčové oblasti v životě lidí s duševním onemocněním, spadají otázky kolem vstupu do procesu psychiatrické péče, otázky kolem hrazení zdravotní i sociální péče, problematika zaměstnávání této cílové skupiny, spojena s trávením volného času. V níže zmíněných kapitolách se zaměříme na jednotlivé klíčové situace, které i po letech jsou stále aktuální.

⁴⁴ VAGNĚROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese* Praha : Portál, 2012. 100 s. ISBN 978-80-262-0225-7.

⁴⁵ DOUBEK, Pavel; HERMAN, Erik. *Deprese a stres*. Praha : Maxdorf, 2008. 10-11 s. ISBN 9788073451578.

5.1.1 Jak navštívit lékaře a kterého

Duševní onemocnění s sebou přináší řadu příznaků, které jsou zodpovědné za zhoršenou kvalitu života. Tyto příznaky způsobují nežádoucí změny v osobním i společenské oblasti člověka. V dnešní době existuje řada způsobů jak tento stav zlepšit, vedle užívání léků, jejichž účinnost se zvyšuje, je nezastupitelná i psychosociální intervence.

Jednou z klíčových situací s počátkem onemocnění je otázka cesty k léčbě, k první pomoci. V České republice není vyřešena legislativa pro nedobrovolnou hospitalizaci, duševně nemocný člověk se nemusí léčit, pokud sám necítí tuto potřebu. V některých případech je cestou k léčbě zavolání policie či záchranné služby, ale zde se člověk již objevuje na vrcholu vypuknuté ataky a v dekompenzovaném stavu. Nadále se setkáváme s úskalím, že není ošetřen způsob hospitalizace v situaci, kdy je evidentně duševně nemocná osoba, ale prozatím ještě ne nebezpečná sobě či svému okolí.⁴⁶ V těchto případech rodina, blízcí, ale i například sociální pracovníci nemají kompetence k zajištění potřebné léčby.

Důležité v této „etapě“ řešení ze strany potencionálního pacienta psychiatrické léčby je také to, ke kterému odborníkovi a lékaři se člověk dostaví. V praxi se stávají případy, kdy již člověk vyhledá odborníka, ale ten jeho onemocnění neodhalí. Označí jej za duševně zcela zdravého a daný člověk se pak dlouhou dobu sám trápí s rozvíjejícím se duševním onemocněním. Obdobně závažný je také případ, kdy jedince lékař diagnostikuje, ale ten sdělenou diagnózu odmítá a stav ještě nedosáhl závažné hranice. Člověk posléze odchází od lékaře bez nastavené léčby.

Avšak klíčovou situací u duševně nemocných je také situace, kdy se již objeví na psychiatrickém oddělení nebo psychiatrické léčebně. Vedle toho závisí na personálu v dané instituci, jejich přístupu, vstřícnosti a lidskosti.⁴⁷

⁴⁶ MALÍKOVÁ, Klára. *Česká asociace pro psychické zdraví : Klíčové situace v životě lidí s duševní nemocí*. [online]. EKOLIST.CZ © ČTK. [cit. 2013-05-19]. Dostupné z: http://ekolist.cz/cz/zpravodajstvi/zpravy/klicove-situace-v-zivote-lidi-s-dusevni-nemoci?all_ids=1. Path: Homepage; zpravodajství; Tiskové zprávy (září 2007).

⁴⁷ Sociální práce a sociální otázky. *Klíčové situace v životě lidí s duševní nemocí*. [online]. © – MMV. [cit. 2013-05-19]. Dostupné z: <http://socialnirevue.cz/item/klicove-situace-v-zivote-lidi-s-dusevni-nemoci>.

5.1.2 Léčba, úhrada za léčbu

V souvislosti s léčbou duševního onemocnění je významnou a problematickou vyhláška ošetřující proplácení a hrazení léků a lékařských úkonů. Jedná se o vyhlášku 493/2005. Zde se zaměříme hlavně na ošetření u lékaře, psychiatra. Duševně nemocní žádají po komunikaci se svým ošetřujícím lékařem, ale většinou návštěva u psychiatra je zaměřena pouze na nastavení farmakologie. Avšak musíme pochopit i ošetřující odborníky, svou praxi realizují pro svou obživu a je nucen k „ošetření“ vysokého počtu pacientů.⁴⁸

V souvislosti s hrazením ze strany pojišťovny je zde také problematika v zajištění terénní práce lékaře. Lékař by mohl pomoci pacientovi, který nemá náhled nad svou chorobou a bylo by potřeba léčbu započít. Tímto by se mohlo předcházet plnému rozvinutí nemoci, kdy se pacient transportuje vážně dekompenzovaný. V praxi se setkáváme i s proplácením úkonů lékařů, kdy věnují svůj čas dalším odborníkům, kteří spolupracují s duševně nemocným člověkem. Máme na mysli sociální pracovníky, kteří pomáhají a podporují klienta v jeho běžném životě a pro svou práci je významné když znají i zdravotní stav klienta. Zde máme na mysli již výše spolupráci ve zmíněných multidisciplinárních týmech.

Pokud se zaměříme na hrazení léků, váže se tato problematika na finanční prostředky, které duševně nemocný klient má. Příjmy nemocných klientů jsou často nízké, až na hranici životního minima. V praxi však nastává i situace, kdy klient má uznanou invaliditu, ale sociální dávku invalidní důchod vyplácen nemá, protože nesplňuje podmínky dle zákona o důchodovém pojištění č. 155/1995.

V léčbě duševně nemocného je velmi žádoucí využívat různé formy terapie. Terapie je zaměřena na běžné životní problémy, zvládání stresových i životních situací, jako jsou partnerské neshody, možné potíže v zaměstnání apod. Avšak terapie jsou často velmi nákladné a opět se naráží na finanční prostředky pacientů.

⁴⁸ Sociální práce a sociální otázky. *Klíčové situace v životě lidí s duševní nemocí*. [online]. © MMIV – MMV. [cit. 2013-05-19]. Dostupné z: <http://socialnirevue.cz/item/klicove-situace-v-zivote-lidi-s-dusevni-nemoci>.

5.1.3 Zaměstnávání

Práce je bezpochyby jednou z nejdůležitějších činností člověka, která zasahuje do kvality života každého jedince. Význam v práci spočívá nejen v zajištění prostředků k naší existenci, ale také ve formování člověka, rozvoji jeho psychiky a osobnosti. Umožňuje získat člověku určitý sociální status a podílí se na seberealizaci. Práce může přinášet pocity úspěchu, radosti, optimismu a smyslu života, avšak také opak těchto pocitů. Pokud se zaměříme na pozitivní pocity, mohou tyto pocity naplnit pracovní spokojenost a tím i zkvalitnit život člověka.

V souvislosti s tímto se objevuje i problematika získání práce u duševně nemocných, jedinci napomůže se integrovat do společnosti a nadále mu poskytne přivýdělek k invalidnímu důchodu.

Pro návrat do běžného života je vhodná pracovní terapie. Avšak takto nemocní lidé nejsou ve většině případů optimálního pracovního zařazení, bývají méně výkonní, ztratili své původní pracovní návyky, hůře se adaptuje. Platí ovšem že „jakákoli pracovní činnost umožní těmto lidem zvýšit jejich sebedůvěru, dosáhnout větší samostatnosti a udržet si potřebné sociální dovednosti“.⁴⁹ Práce nebo pohyb je nezbytnou složkou pro aktivizaci člověka s psychickým onemocněním. Člověku se oslabuje vůle a jeho stav vede ke ztrátě motivace a může upadat až do apatie.⁵⁰

Vezmeme-li v úvahu vliv nezaměstnanosti nebo ztráty zaměstnání na kvalitu života zdravého člověka, setkáváme se u nich s negativními důsledky. Jak je již zmíněno výše v příčinách duševního onemocnění, je ztráta zaměstnání či dlouhodobá nezaměstnanost považována za významný faktor vedoucí k propuknutí vážných psychických obtíží. V některých případech může právě ztráta zaměstnání být jedním z důvodů propuknutí psychického onemocnění.

Další podstatou součástí pracovního života je pravidelnost práce, která přináší do života řád a časovou strukturu. U duševně nemocných dlouhodobě nezaměstnaných lidí se běžně vyskytuje ztráta vnější strukturace času. Co je zvlášť významné právě u lidí s duševním onemocněním, kde se setkáváme často s narušenými rodinnými vazbami nebo naopak s přehnanými ochraňujícími

⁴⁹ VAGNÉROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha : Portál, 2012. 231 s. ISBN 978-80-262-0225-7.

⁵⁰ HÁTLOVÁ, Běla. *Kinezioterapie: pohybová cvičení v léčbě psychický poruch*. Praha : Karolínium, 2003. 167 s. ISBN 80-246-0241-5.

tendencemi v rodině, že v zaměstnání má jedinec možnost se stát součástí jiné skupiny lidí. Tímto se vyskytuje možnost vybudovat novou sociální síť vztahů než pouze rodinných. Zároveň novými zkušenostmi pro svůj život získává nové zážitky a podněty umožňující řešení a analýzu rozmanitých situací a problémů. Intelektuálně a zkušenostně se tak obohacuje.⁵¹

Na zaměstnání se váže vzdělávání a vzdělání nemocného. Zde je problém, že u dlouhodobě nemocného mladého člověka dochází většinou k přerušení studijní kontinuity, tedy k přerušení anebo k úplnému ukončení studia. Tento jev pak má vliv v budoucnu na kvalifikaci lidí s duševním onemocněním a získání určitého zaměstnání.

5.1.4 Volný čas

Důležitou klíčovou situací v životě člověka s duševním onemocněním je využití času. Jedním z problémů je možnost jeho smysluplného trávení a motivace k aktivitě.⁵²

Pro nemocného je důležitý denní režim a program, který mu pomáhá v orientaci, stimuluje a aktivizuje jej a udržuje v činnosti. Mimo jiné přináší člověku pocit smyslu a užitečnosti a zároveň usnadňuje situaci všem, kteří s nemocným přijdou do styku.⁵³

Ke zkvalitnění volného času může u duševně nemocných lidí pomoci nácvik sociálních dovedností. Cílem nácviku sociálních dovedností je zlepšení dovedností správného vnímání a porozumění, zlepšení vyjadřování pozitivních emocí. Nadále

⁵¹ NOVÁK, P., PACHTOVÁ, M., SKUČKOVÁ, J. *Pracovní rehabilitace, Příručka k programům pracovní rehabilitace a podpory zaměstnávání duševně nemocných*, Praha: Fokus Praha, 1999. 11-12 s. ISBN 978-80-7262-513-0.

⁵² MALÍKOVÁ, Klára. *Česká asociace pro psychické zdraví : Klíčové situace v životě lidí s duševní nemocí*. [online]. EKOLIST.CZ © ČTK. [cit. 2013-05-19]. Dostupné z: http://ekolist.cz/cz/zpravodajstvi/zpravy/klicove-situace-v-zivote-lidi-s-dusevni-nemoci?all_ids=1. Path: Homepage; zpravodajství; Tiskové zprávy (září 2007)

⁵³ VAGNÉROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese* Praha : Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-7.

zahájení, ukončení krátkého rozhovoru, snížení vyjadřování negativních emocí anebo vyjádření adekvátním způsobem, sebeobstarání (nakupován, vyřízení záležitostí na úřadech atd.), sebeprosazení se přiměřeným způsobem vedoucí k obhájení vlastních práv, nácvik řešení konkrétních problémů, vytvoření podpůrné sociální sítě.⁵⁴ U nácviku sociálních dovedností převažuje snaha o udržení zájmu psychicky nemocného člověka. Vhodné je pomoci nastavit denní režim, bez přehnaných nároků a s uplatněním rozumné fyzické i mentální zátěže. Člověk se poté učí samostatně plánovat a strukturovat svůj denní program. Smysluplná denní náplň, včetně začlenění příjemných, na výkon neorientovaných aktivit, mu pomáhá odpoutat se od svých problémů a negativních pocitů spojených s onemocněním.⁵⁵

Shrnutí kapitoly:

Duševní onemocnění je silně spojováno se sociální dysfunkcí a schopností správně obstát v sociálních rolích. Nadále člověk s duševním onemocněním nemá lehkou situaci díky reakcím okolí zahrnující předsudky, obviňování, odmítání nebo pomluvy. Duševně nemocný poté trpí nejen svou nemocí, ale také stigmatizací svého trápení a poškození své identity. Tento trend se snad změní osvětou a vnímáním duševně nemocného jako plnohodnotného člověka.

Duševně nemocný člověk již od počátku svého onemocnění řeší řadu klíčových situací, počínaje vyhledáním správného lékaře přes zaměstnání, finanční zajištění až ke smysluplnému trávení volného času.

⁵⁴ MOŽNÝ, Petr; PRAŠKO, Ján. *Kognitivně-behaviorální terapie: úvod do terapie a praxe*. Praha : Triton, 1999. 304 s. ISBN 80-7254-038-6.

⁵⁵ VAGNÉROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha : Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-7.

II. Praktická část – PRŮZKUM

1. Cíl a otázky průzkumu

Cílem praktické části bakalářské práce je porovnat život lidí s duševním onemocněním před a po spolupráci se sociálními službami. Porovnávacím kritériem bude trávení volného času. Nadále se zaměříme na počty hospitalizací v psychiatrických léčebnách nebo nemocničních odděleních před a po spolupráci se sociálními službami.

Přidruženým cílem je zjistit, jakým duševním onemocněním trpí nejčastěji klienti sociálních služeb pro psychicky nemocné ve městě Frýdek-Místek, konkrétně klienti Terénní služby ZOOM, Denního centra Maják a Domova se zvláštním režimem Oáza pokoje.

V rámci průzkumu bylo cílem zjistit, za jak dlouho po první hospitalizaci, stanovení diagnózy začnou klienti navštěvovat sociální služby. Zajímá nás také otázka, které negativní a nepříjemné situace se staly v životě člověka s duševním onemocněním.

Stanovily jsme si pět průzkumných otázek praktické části bakalářské práce, na které se pokusíme najít odpověď.

PRŮZKUMNÉ OTÁZKY:

Průzkumná otázka číslo 1:

Jaké duševní onemocnění se nejčastěji vyskytuje u klientů Terénní služby ZOOM, Denního centra Maják a Domova se zvláštním režimem Oázy pokoje?

Průzkumná otázka číslo 2:

Za jak dlouho začnou lidé s duševním onemocněním navštěvovat sociální službu po první proběhlé hospitalizaci v psychiatrické léčebně nebo psychiatrickém nemocničním oddělení?

Průzkumná otázka číslo 3:

Jaký je nejčastější interval hospitalizací člověka s duševním onemocněním před a po spolupráci se sociálními službami?

Průzkumná otázka číslo 4:

Jakým způsobem trávili volný čas klienti sociálních služeb před návštěvou sociální služby a v dnešní době při pravidelné spolupráci?

Průzkumná otázka číslo 5:

Jaké negativní nebo nepříjemné situace se udály v životě člověka s duševním onemocněním?

2. Charakteristika vzorku

Za sledovaný vzorek bakalářské práce byli zvoleni klienti sociálních služeb pro psychicky nemocné ve městě Frýdek-Místek, konkrétně Terénní služby ZOOM, Denního centra Maják a Domova se zvláštním režimem Oáza pokoje.

Důvodem pro zvolení tohoto vzorku je fakt, že klienti mají již zkušenosti v životě člověka s duševním onemocněním a mohou porovnat zkušenosti před a po spolupráci ze sociálními službami.

Samotný výzkum probíhal v termínu březen až duben 2013. Celkově bylo osloveno 128 klientů. Konkrétní demografická charakteristika (pohlaví, věk, rodinný stav, nejvyšší dosažené vzdělání) uvedeme níže při vyhodnocení dotazníku.

3. Použita metoda

Pro účely praktické části jsem zvolili dotaníkovou metodu. „Slovo dotazník se spojuje s dotazováním, s otázkami. Je to způsob kladení otázek a získání

písemných odpovědí.“⁵⁶ (Příloha C Dotazník). Tato častá metoda byla vybrána z důvodu anonymity klientů, kteří se díky tomu nemusí bát vyjádřit své zkušenosti. Dotazník se skládá celkem ze 13-ti otázek a má 3 části. První, úvodní část dotazníku seznamuje respondenty s autorem a informacemi o dotazníku. Druhá část dotazníku je zaměřena na 4 demografické otázky, které zjišťují pohlaví respondentů, věk, rodinný stav a vzdělání. Poslední část je složena celkem ze 9 otázek. Otázky jsou otevřené. Uzavřené otázky jsou číslo. U některých těchto otázek mají respondenti možnost vepsat i další možnost, která v nabídce nebyla. V dotazníku se nachází také filtrační otázky (č.).

Otázky z dotazníku a průzkumné otázky se budou vyhodnocovat metodou popisné statistiky.

⁵⁶ GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. 208 s. ISBN 80-85931-79-6.

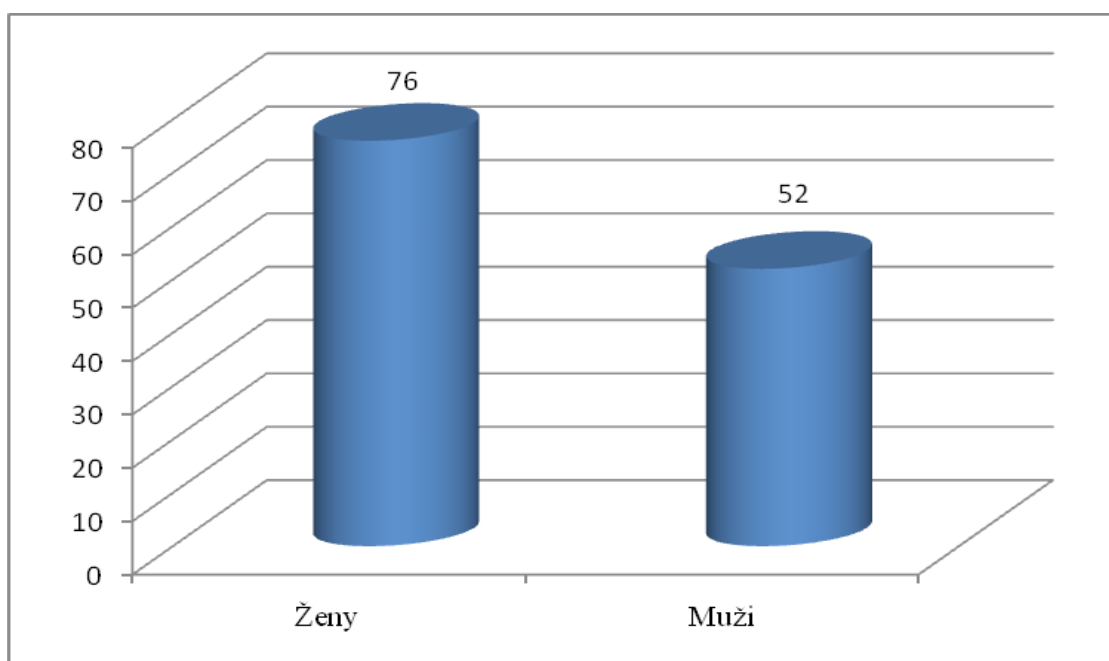
4. Vyhodnocení průzkumu

4.1. Vyhodnocení demografických otázek v dotazníku

Otázka číslo 1 Jaké je Vaše pohlaví?

Celkem bylo osloveno 128 respondentů. Bylo osloveno 76 žen a 52 mužů.

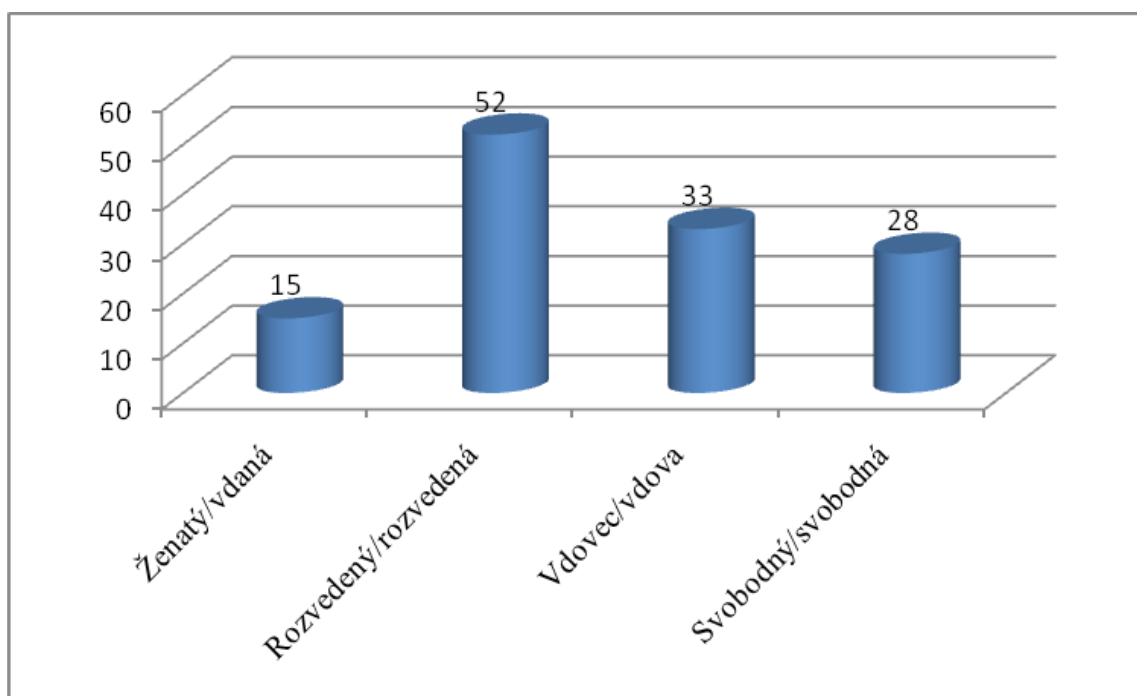
Graf číslo 1 Pohlaví respondentů



Otázka číslo 2 Váš rodinný stav?

28 respondentů uvedlo, že mají rodinný stav svobodný/svobodná. 52 dotazovaných uvedlo, že jsou rozvedení. Pouze 15 oslovených má rodinný stav ženatý/vdaná. Poslední možností bylo vdovec/vdova, takto zodpovědělo celkem 33 respondentů.

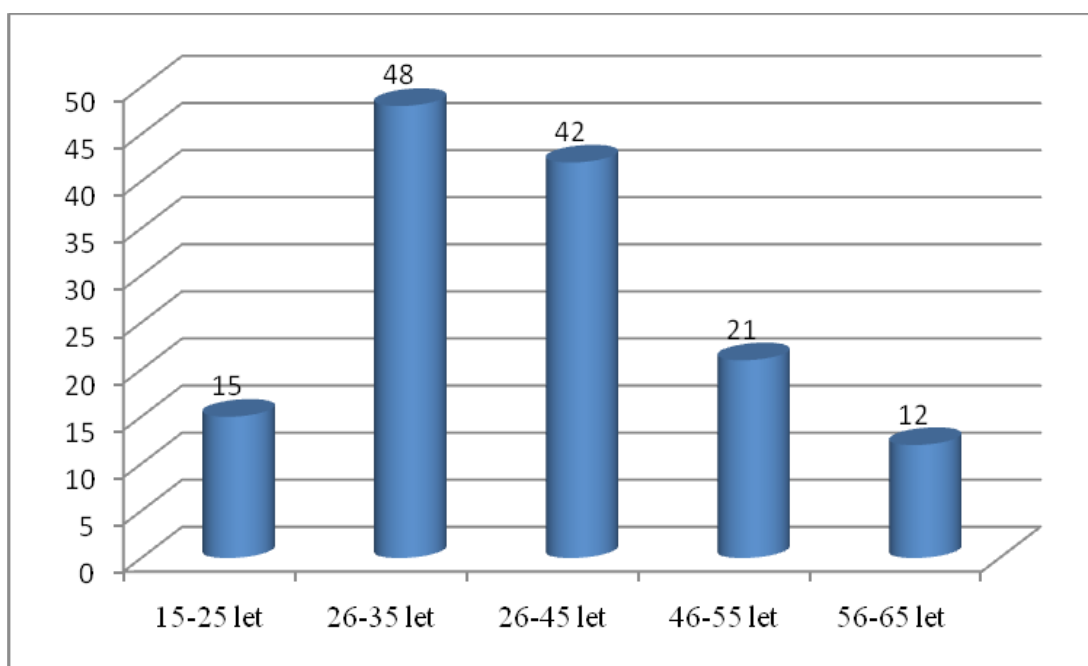
Graf číslo 2 Rodinný stav respondentů



Otázka číslo 3 Kolik Vám je let?

Z celkového počtu oslovených bylo nejvíce respondentů ve věku 26-35 let a to 48. 42 respondentů bylo ve věku 36-45 let. 5 oslovených bylo ve věku 15-25 let, 21 mělo věk 46-55 let a 12 věk 56-65 let. Nižší věk než 15 let se neobjevil a nebyl ani v nabídce. Sociální služby, které respondenti navštěvují jsou pro cílovou skupinu od 15-ti let.

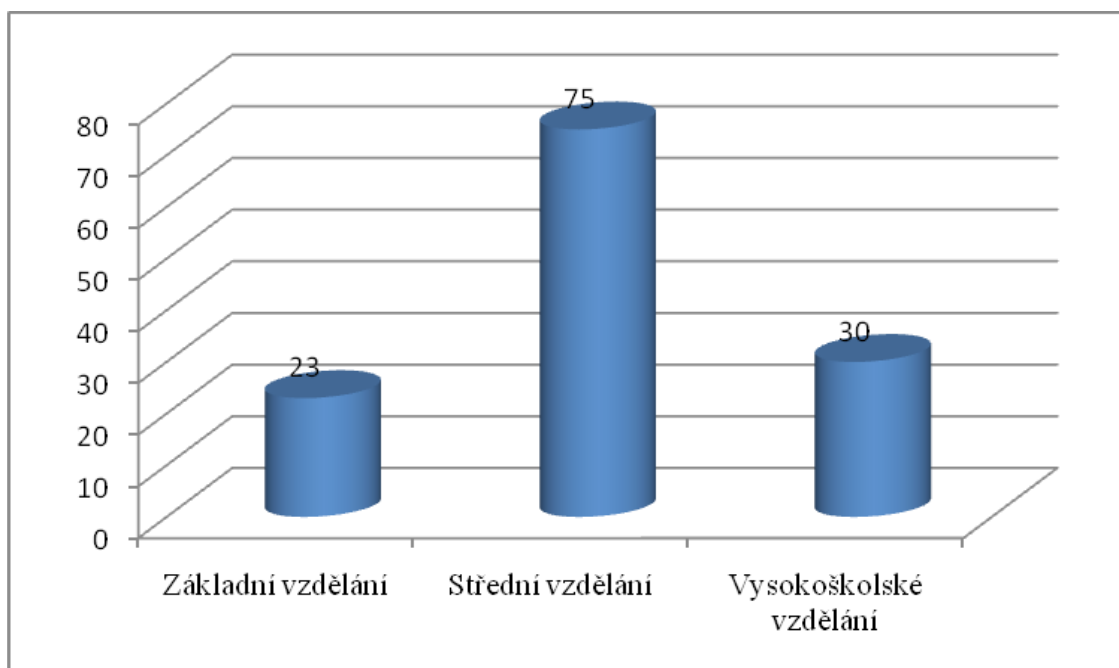
Graf číslo 3 Věk respondentů



Otázka číslo 4 Nejvyšší dosažené vzdělání?

Nejvíce respondentů označilo možnost střední stupeň vzdělání a to 75 respondentů. Do tohoto stupně je zařazena střední škola zakončena maturitou a střední učiliště zakončené výučním listem. 23 respondentů má nejvyšší dosažené vzdělání základního stupně a 30 dotazovaných vzdělání vysokoškolské.

Graf číslo 4 Vzdělání respondentů



4.2 Vyhodnocení dotazníkových otázek

Průzkumná otázka číslo 1

Jaké duševní onemocnění se nejčastěji vyskytuje u klientů Terénní služby ZOOM, Denního centra Maják a Domova se zvláštním režimem Oázy pokoje?

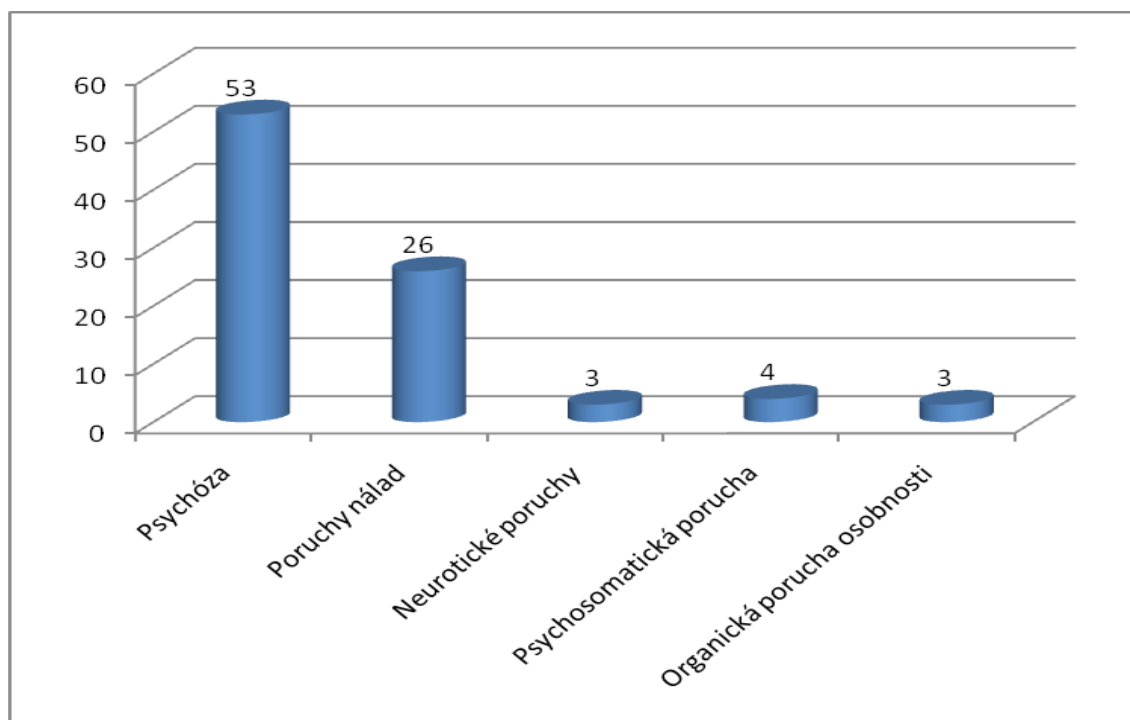
Této průzkumné otázce je přiřazena dotazníková otázka číslo 5.

Vyhodnocení dotazníkové otázky číslo 5

V dotazníkové otázce číslo 5 byli respondenti dotazováni, zda přiblíží svou diagnózu. Otázku zodpovědělo 89 dotazovaných a za nejčastější diagnózu lze považovat Psychózu (59,56 %), objevily se schizofrenie, paranoidní schizofrenie, toxická psychóza. Další nejčastější onemocnění se objevila porucha nálady (23 respondentů), konkrétněji depresivní porucha různého stupně.

Další přítomné duševní onemocnění u klientů sociálních služeb ve městě Frýdek-Místek uvedeme níže v grafu i tabulce.

Graf číslo 5 Diagnóza u respondentů



Tabulka číslo 1 Diagnóza u respondentů

Diagnóza	Absolutní četnost	Procentuální hodnota (%)
Psychóza (schizofrenie, paranoidní schizofrenie, toxická psychóza)	53	59,56
Poruchy nálad (depresivní porucha osobnosti, bipolární afektivní porucha)	26	29,23
Neurotické poruchy (obsedantně kompulzivní porucha, fobie z lidí)	3	3,38
Psychosomatická porucha	4	4,49
Organická porucha osobnosti	3	3,38
Celkem	89	100,00

Průzkumná otázka číslo 2

Za jak dlouho začnou lidé s duševním onemocněním navštěvovat sociální službu po první proběhlé hospitalizaci v psychiatrické léčebně nebo psychiatrickém nemocničním oddělení?

K vyhodnocení druhé průzkumné otázky bude sloužit dotazníková otázka číslo 6.

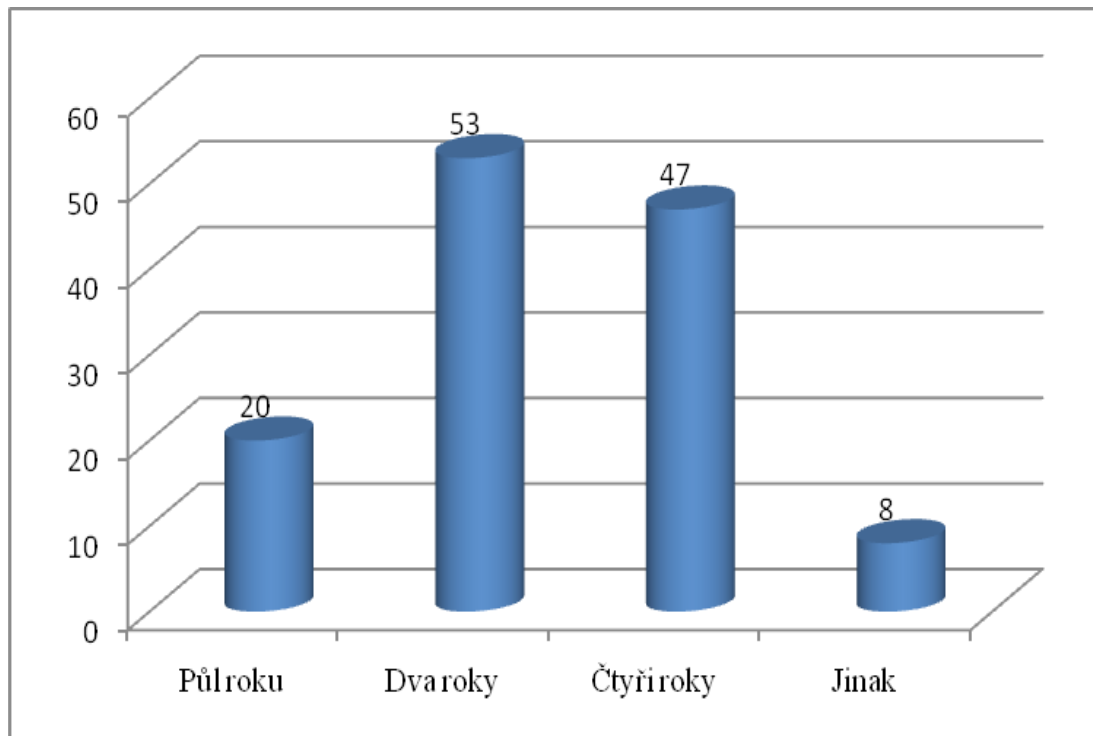
Vyhodnocení dotazníkové otázky číslo 6 Kdy jste začal/a spolupracovat se sociálními službami?

53 respondentů odpovědělo, že sociální službu navštívily dva roky po první hospitalizaci, další nejčastější odpovědí bylo v počtu 47 dotazovaných čtyři roky po první hospitalizaci. Zde byla označena i možnost jinak, kde poté bylo doplněno, že sociální službu začaly navštěvovat ihned po první hospitalizaci.

Tabulka číslo 2 Počátek spolupráce se sociálními službami

	Absolutní četnost	Procentuální hodnota (%)
Půl roku po první hospitalizaci	20	15,62
Dva roky po první hospitalizaci	53	41,40
Čtyři roky po první hospitalizaci	47	36,72
Jinak	8	6,26
Celkem	128	100,00

Graf číslo 6 Počátek spolupráce se sociálními službami



Průzkumná otázka číslo 3

Jaký je nejčastější interval hospitalizací člověka s duševním onemocněním před a po spolupráci se sociálními službami?

Této průzkumné otázce jsou přiřazeny dotazníkové otázky číslo 7 a 8.

Vyhodnocení dotazníkové otázky číslo 7 Pokud bylo období mezi první hospitalizací a využíváním sociální služby, jak často jste byl/a hospitalizován/a?

Tuto otázku zodpovědělo 83 respondentů, ale nemůžeme určit, že u 45 respondentů nebylo období mezi první hospitalizací a využíváním sociální služby. A to hlavně z důvodu, že pokud respondenti odpověděli možnosti „méně“, byl zde přívlastek u 8 dotazovaných, že žádná hospitalizace neproběhla. Nejvíce se objevila možnost, že hospitalizace proběhla jednou ročně v zadaném období, a to u 26-ti respondentů.

Tabulka číslo 3 Četnost hospitalizací

	Absolutní četnost	Procentuální hodnota (%)
Vícekrát ročně	22	26,51
Jednou ročně	26	31,32
Jednou za dva roky	15	18,07
Jednou za tři roky	0	0,00
Jednou za čtyři roky	8	9,64
Jednou za pět let	0	0,00
Méně	12	14,46
Celkem	83	100,00

Vyhodnocení dotazníkové otázky číslo 8 Poté, co jste začal/a využívat sociální službu, v jakém intervalu jste byl/a hospitalizován/a?

Při této otázce bylo získáno 89 odpovědí. Nejvíce se objevila odpověď, že poté co začali využívat sociální služby, proběhla hospitalizace pouze jednou za dva roky, a to 36 respondentů. Je zajímavé, že možnost vícekrát ročně se již neobjevila. Avšak odpověď méně, tedy méně krát než jednou za pět let se objevila u 30-ti respondentů.

Tabulka číslo 4 Četnost hospitalizací po spolupráci se sociálními službami.

	Absolutní četnost	Procentuální hodnota (%)
Vícekrát ročně	0	0,00
Jednou ročně	15	16,85
Jednou za dva roky	36	40,45
Jednou za tři roky	0	0,00
Jednou za čtyři roky	6	6,74
Jednou za pět let	2	2,25
Méně	30	33,71
Celkem	89	100,00

Průzkumná otázka číslo 4

Jakým způsobem trávili volný čas klienti sociálních služeb před návštěvou sociální služby a v dnešní době při pravidelné spolupráci?

Této průzkumné otázce jsou přiřazeny dotazníkové otázky číslo 9, 10, 11.

Vyhodnocení dotazníkové otázky číslo 9 Jak trávíte Váš všední den, když je možnost využít připravený program v Denním centru Maják nebo Domově se zvláštním režimem Oáza pokoje?

Tabulka číslo 5 Spektrum využívané náplně v Denním centru a Domově se zvláštním režimem

Aktivity	Absolutní četnost	Procentuální hodnota (%)
Keramická dílna	33	14,60
Výtvarná dílna	48	21,24
Hudební kroužek	12	5,31
Kroužek vaření	8	3,54
Dramatický kroužek	0	0,00
Cvičení paměti	29	12,83
Společenské hry	25	11,06
Práce na zahradě	3	1,33
Canisterapie	3	1,33
Cvičení a relaxace	26	11,50
Zájmová činnost – zdravý životní styl, němčina, výuka na PC	27	11,95
Účastní se výletů, navštěvují kulturní akce, restaurace	12	5,31
Celkem	226	100,00

Dotazníkovým šetřením bylo získáno 226 odpovědí. Respondenti mohli zde označit více odpovědí. Nejvíce z nabízeného programu využívají výtvarnou dílnu (48 respondentů) a keramickou dílnu (33 respondentů). Keramická dílna se objevovala pouze u klientů z Domova se zvláštním režimem.

Vyhodnocení dotazníkové otázky číslo 10 Jak trávíte Váš den, když nenavštěvujete sociální službu nebo připravený program?

Tabulka číslo 6 Náplň dne mimo návštěvy sociální služby

Aktivity	Absolutní četnost	Procentuální hodnota (%)
Dívám se na televizi	52	32,91
Navštěvuji rodinu a přátele	29	18,35
Mám svůj volnočasový koníček	23	14,56
Nedělám nic, jsem doma, odpočívám	26	16,56
Navštěvuji brigádu	2	1,26
Uklízím si své přirozené prostředí	15	9,49
Trávím den spánkem	8	5,06
Jiné aktivity	3	1,90
Celkem	158	100,00

Na otázku číslo deset zodpověděli respondenti takovým způsobem, že bylo získáno 158 odpovědí. Většina (52 respondentů) tráví svůj den v pracovním týdnu, kdy nenavštěvují sociální službu sledováním televize. Další dotazování (29 respondentů) navštěvují rodinu a přátele. Pouze dva respondenti navštěvují brigádu, což je ukazatel toho, že psychicky nemocní lidé nemají motivaci či sílu pracovat. Většině klientů je přiznán a vyplácen invalidní důchod. Objevila se také možnost jiné, kde byla vyplněna odpověď „vzdělávám se – PC kroužek“, navštěvuji terapii a navštěvuji lékaře.

Vyhodnocení dotazníkové otázky číslo 11 Pokud bylo období mezi první hospitalizací a využíváním sociálních služeb, jak jste trávil/a svůj volný den?

Tabulka číslo 7 Náplň dne před počátkem spolupráce se sociální službou.

Aktivity	Absolutní četnost	Procentuální hodnota (%)
Díval/a jsem se na televizi	25	22,73
Navštěvoval/a jsem rodinu a přátele	4	3,64
Měl/a jsem svůj volnočasový koníček	4	3,64
Nedělal/a jsem nic, byl/a jsem doma, odpočíval/a jsem	33	29,99
Navštěvoval/a jsem brigádu, zaměstnání	0	0,00
Uklízel/a jsem si své přirozené prostředí	1	0,91
Trávil/a jsem den spánkem	43	39,10
Celkem	110	100,00

U této otázky se získaly odpovědi od klientů, kteří měli období mezi první hospitalizací a návštěvou první sociální služby. Bylo získáno 110 odpovědí, kde nejvíce (43 respondentů) se objevila odpověď „trávil/a jsme den spánkem“. Je zajímavé, že respondenti neoznačili odpověď „navštěvoval/a jsem brigádu, zaměstnání“ a pouze po 4 respondentech byly označeny odpovědi „Navštěvoval/a jsem rodinu a přátele“ a „měl/a jsem svůj volnočasový koníček“.

Průzkumná otázka číslo 5

Jaké negativní nebo nepříjemné situace se udály v životě člověka s duševním onemocněním?

Této průzkumové otázce jsou přiřazeny dotazníkové otázky číslo 12,13.

Vyhodnocení dotazníkové otázky číslo 12 Pokud bylo období mezi první hospitalizací a využíváním sociálních služeb, jak jste trávil/a svůj volný den?

U této otázky se získali odpovědi od klientů, kteří měli období mezi první hospitalizací a návštěvou první sociální služby. Bylo získáno 110 odpovědí, kde nejvíce (43 respondentů) se objevila odpověď „trávil/a jsme den spánkem“. Je zajímavé, že respondenti neoznačili odpověď „navštěvoval/a jsem brigádu, zaměstnání“ a pouze po 4 respondentech byly označeny odpovědi „Navštěvoval/a jsem rodinu a přátele“ a „měl/a jsem svůj volnočasový koníček“.

Tabulka číslo 8 Náplň dne před počátkem spolupráce se sociální službou

Aktivita	Absolutní četnost	Procentuální hodnota (%)
Díval/a jsem se na televizi	25	22,73
Navštěvoval/a jsem rodinu a přátele	4	3,64
Měl/a jsem svůj volnočasový koníček	4	3,64
Nedělal/a jsem nic, byl/a jsem doma, odpočíval/a jsem	33	29,99
Navštěvoval/a jsem brigádu, zaměstnání	0	0,00
Uklízel/a jsem si své přirozené prostředí	1	0,91
Trávil/a jsem den spánkem	43	39,10
Celkem	110	100,00

Vyhodnocení dotazníkové otázky číslo 13 Pokud ano, jaké situace to byly?

Ze získaných 75-ti odpovědí se nejčastější nepříjemná a negativní situace objevila smrt příbuzného (23 respondentů). Další odpovědi na tuto otevřenou otázku byl rozvod s manželkou či manželem (18 respondentů), konflikty v rodině (15 respondentů) nebo ztráta práce (15 respondentů). Velmi se ocení i vepsaná odpověď sexuální znásilnění (1 respondent).

Tabulka číslo 9 Konkrétní nepříjemné a negativní situace

Situace	Absolutní četnost	Procentuální hodnota (%)
Smrt příbuzného	23	30,67
Rozvod	18	23,99
Konflikty v rodině	15	19,99
Sexuální znásilnění	1	1,34
Ztráta zaměstnání	15	19,99
Úraz	3	4,02
Celkem	75	100,00

5. Vyhodnocení průzkumných otázek

V následující kapitole se budeme snažit uvést odpovědi na jednotlivé průzkumné otázky.

Vyhodnocení je následující:

VYHODNOCENÍ PRŮZKUMNÉ OTÁZKY ČÍSLO 1:

Jaké duševní onemocnění se nejčastěji vyskytuje u klientů Terénní služby ZOOM, Denního centra Maják a Domova se zvláštním režimem Oázy pokoje?

Nejčastěji vyskytovanou duševní nemocí ve vybraných sociálních zařízeních jsou psychózy. Svou psychiatrickou diagnózu přiblížilo celkem 89 respondentů a z nich 59,56 % uvedlo toto duševní onemocnění, konkrétně se vyskytovala schizofrenie, paranoidní schizofrenie a toxická psychóza (2 respondenti). Další duševní onemocnění nalezneme v tabulce číslo 1 a graficky znázorněno v grafu číslo 5.

VYHODNOCENÍ PRŮZKUMNÉ OTÁZKY ČÍSLO 2:

Za jak dlouho lidé s duševním onemocněním navštěvovat sociální službu po první proběhlé hospitalizaci v psychiatrické léčebně nebo psychiatrickém nemocničním oddělení?

Klienti vybraných sociálních služeb ve městě Frýdek-Místek nejčastěji kontaktují sociální služby dva roky po první hospitalizaci. Tuto možnost zvolilo celkem 41,40 % všech respondentů. Je zajímavé, že pouze 8 respondentů vyhledalo sociální službu ihned po první hospitalizaci. Při komunikaci s klienty v praxi, kdy se vedl rozhovor, zda si službu vyhledali sami, odpovídala většina dotazovaných, že sociální službu vyhledala jejich blízká osoba nebo přišli na doporučení lékaře v oboru psychiatrie.

VYHODNOCENÍ PRŮZKUMNÉ OTÁZKY ČÍSLO 3:

Jaký je nejčastější interval hospitalizací člověka s duševním onemocněním před a po spolupráci se sociálními službami?

K vyhodnocení této průzkumné otázky slouží dotazníková otázka číslo 7 a 8.

V dotazníkových otázkách byly získány rozdílné počty odpovědí. Na dotazníkovou otázku číslo 7, která mapovala interval hospitalizací před spoluprací se sociální službou, byli klienti nejčastěji hospitalizováni jednou ročně, přesněji 31,32 % klientů. U této dotazníkové otázky nebyly vůbec zvoleny možnosti „jednou za tři roky“ nebo „jednou za pět let“. Až 26,51 % klientů bylo hospitalizováno v nemocničních psychiatrických odděleních nebo psychiatrické léčebně vícekrát ročně.

Zaměříme-li se na dotazníkovou otázku číslo 8, která se zabývala počty hospitalizací po spoluprací se sociální službou, budeme výsledky hodnotit z 89 odpovědí. Nejčastějším intervalem hospitalizací bylo „jednou za dva roky“, konkrétně 40,45 %. Je zajímavé, že u této dotazníkové otázky nebyla vůbec zvolena možnost „vícekrát ročně“. Avšak tato odpověď byla označena v předešlé dotazníkové otázce od 22 respondentů (26,51%), jako druhá nejčastější odpověď. Pozitivně vnímáme, že respondenti po počátku spolupráce se sociální službou byli hospitalizováni i méně než jednou za pět let (33,71 % respondentů).

Lze tedy konstatovat, že pokud klienti své duševní onemocnění řeší medicínským přístupem (pravidelně navštěvují lékaře v oboru psychiatrie) a sociálním přístupem (aktivně spolupracují se sociální službou, která jim dává podporu a pomoc při řešení klíčových situací) snižuje se interval mezi jednotlivými hospitalizacemi na psychiatrickém nemocničním oddělení nebo v psychiatrických léčebnách.

VYHODNOCENÍ PRŮZKUMNÉ OTÁZKY ČÍSLO 4:

Jakým způsobem trávili volný čas klienti sociálních služeb před návštěvou sociální služby a v dnešní době při pravidelné spoluprací?

K vyhodnocení průzkumné otázky číslo 4 budou hlavně sloužit dotazníkové otázky číslo 10 a 11, které se zaměřily na náplň dne před a po počátku spolupráce se sociální službou. Dotazníková otázka číslo 9 může sloužit jako výstup pro Denní centrum Maják a Domov se zvláštním režimem, který zodpoví otázku, jaký program zajímá klienty nejvíce.

Před počátkem spolupráce se sociální službou trávili volný čas klienti nejčastěji spánkem (39,10 % dotazovaných) anebo „nedělali nic, byli doma a odpočívali“ (29,99 %). Po počátku spolupráce se sociální službou tráví svůj volný den klienti

nejčastěji „díváním se na televizi“ (32,91 %) a „návštěvami rodiny a přátel“ (18,35%). Výsledek u možnosti „navštěvuji rodinu a přátele“ byl velmi rozdílný. Před počátkem spolupráce se sociální službou tuto možnost zvolilo pouze 3,64 % klientů. Pokud se zaměříme na možnosti volnočasové aktivity, je pozitivum, že po počátku spolupráce se sociální službou má volnočasovou aktivitu až 14,56 % klientů, natož před návštěvou sociální služby trávilo aktivně volný čas pouze 3,64 % respondentů.

Jako nejoblíbenější volnočasovou aktivitu, kterou pro klienty připravují Denní centrum Maják anebo Domov se zvláštním režimem Oáza pokoje se projevila „výtvarná dílna“, kde pracovníce realizují činnosti s prvky arteterapie.

Po vyhodnocení čtvrté průzkumné otázky můžeme konstatovat, že po spolupráci se sociální službou tráví klienti své dny aktivněji.

VYHODNOCENÍ PRŮZKUMNÉ OTÁZKY ČÍSLO 5:

Jaké negativní nebo nepříjemné situace se udály v životě člověka s duševním onemocněním?

K vyhodnocení této průzkumné otázky bude sloužit otevřená otázka číslo 13. Zde bylo získáno celkem 75 odpovědí. Nejčastější negativní nebo nepříjemnou situací, kterou klienti prožili, byla „smrt příbuzného“ (30,67 %). Další nepříjemnou a negativní situací byl rozvod manželství (23,99 % dotazovaných) a na stejné úrovni se objevily „konflikty v rodině“ nebo „ztráta zaměstnání“.

Tyto nepříjemné nebo negativní situace mohou být příčinami počátku duševního onemocnění anebo příčinou zhoršení duševního onemocnění. Pozitivní vnímáme, že se objevila právě možnost „ztráta zaměstnání“, která je v teoretické části uvedena jako jedna z klíčových situací, která může vést ke zhoršení kvality duševně nemocných.

ZÁVĚR

Jedním z cílů bakalářské práce bylo poukázat na důležitost multidisciplinárního řešení klíčových situací v životě člověka s duševním onemocněním. Nadále jsme se zabývali tématem aktivního trávení volného času v životě člověka s duševním onemocněním, který má blahodárný vliv na duševní stav klienta.

Bakalářská práce se zabývala těmito tématy, kde jsme se zaměřily na téma kvality života, zhoršení kvality života u lidí s duševním onemocněním a klíčovými situacemi, které může řešit člověk s duševním onemocněním.

Počátek bakalářské práce se zabývá tématem, jak stanovená diagnóza může ovlivnit vnímání sama sebe člověka s duševním onemocněním. Dotýká se i problematiky, jak duševně nemocného člověka může vnímat společnost. V této kapitole byla použita literatura od psychologa Kopřivy „Lidský vztah jako součást profese“, který poukazuje na důležitost vnitřního světa člověka, ale také, že znalost diagnózy, může pracovníkovi v pomáhajících profesích sloužit jako vedlejší pomůcka při porozumění člověka s duševním onemocněním.

Druhá kapitola se zabývala kategorizací duševního onemocnění. Byla představena kategorizace duševního onemocnění světovou zdravotnickou organizací WHO – Mezinárodní klasifikace nemocí – 10.revize. Tato klasifikace nemocí obsahuje v dnešní době celkem 374 duševních onemocnění.

Na kategorizaci duševního onemocnění navazuje třetí kapitola, která se zabývá obecným utříděním duševního onemocnění. Kapitola uvádí tři okruhy duševního onemocnění, která se nejčastěji objevují v zařízeních poskytující sociální služby ve městě Frýdek-Místek. Nejčastějším duševním onemocněním jsou psychózy, konkrétně schizofrenie. Tento fakt se potvrdil také v dotazníkovém šetření, kde 59,56 % dotazovaných trpí právě touto nemocí. Třetí kapitola je ukončena možnými příčinami duševního onemocnění. Uvedli jsme příčiny, o kterých se zmínila autorka Záškodná ve své knize „Psychopatologie“ a poté také příčiny, které byly představeny na 14. Celorepublikové konferenci v Opavě.

V další kapitole jsme se zabývali stěžejními tématy této bakalářské práce. Tímto tématem je kvalita života a vymezení tohoto pojmu, které i přes léta zkoumání není jednotné. Jako důležité vnímáme i uvedení pomáhajících profesí, které mohou zkvalitnit život duševně nemocných. Zde jsme se zabývali teoretickou stránkou multidisciplinárního týmu a jeho důležitostí, která je poté potvrzena v praktické části bakalářské práce. V té se potvrdilo, že poté co klient využívá nejen zdravotnické služby, ale také sociální služby se snížil interval mezi hospitalizacemi.

Poslední kapitola se zabývá tématem zhoršení kvality života u lidí s duševním onemocněním. Zde se zabýváme klíčovými situacemi, které duševně nemocného mohou pravděpodobně potkat. Uvádíme, že první klíčovou otázkou, kterou se duševně nemocný zabývá je „jak navštívit lékaře a kterého“ a na to navazuje druhá klíčová situace a tou je „léčba a její úhrada“. Úhradou jsme se dotkli tématu, se kterým se v praxi pravidelně setkáváme a těmi jsou příjmy duševně nemocných, stanovení invalidity a vyplácení invalidního důchodu. S finančními příjmy souvisí další klíčové situace a těmi jsou „zaměstnávání a volný čas“. Získat zaměstnání pro duševně nemocného je velmi náročné a nejen, že ztráta zaměstnání může být jednou z příčin duševního onemocnění, ale může se i zhoršit již diagnostikovaná duševní nemoc. S příjmy souvisí i volný čas, pokud člověk nemá dostatek peněz, nemůže se dostat například do nějakého klubu, popřípadě pokud se jedná o placenou službu, nemá na její uhrazení.

Praktickou část práce jsme zaměřili na již výše zmíněné cíle práce. Nejprve jsme představili cíl práce, metodu i výzkumný vzorek. V neposlední řadě jsme si stanovili pět průzkumných otázek. Ve kterých se zjišťovalo, jakým nejčastějším duševním onemocněním trpí lidé, kteří využívají vybrané sociální služby ve městě Frýdek-Místek. Dotazníkové šetření se také zabývalo otázkou, za jak dlouho lidé s duševním onemocněním začnou navštěvovat sociální službu po první hospitalizaci v psychiatrické léčebně nebo psychiatrickém nemocničním oddělení. Další průzkumná otázka zjišťovala, jaké jsou intervaly hospitalizací před a po počátku spolupráce se sociální službou. Čtvrtá průzkumná otázka se zabývala jakým způsobem trávili volný čas klienti sociálních služeb před návštěvou sociální služby a při pravidelné spolupráci. Poslední průzkumná otázka zkoumala, jaké negativní a nepříjemné situace se udály v životě člověka s duševním onemocněním.

Přínos bakalářské práce vidíme v informovanosti veřejnosti o aktuálním tématu. Průzkumné otázky mohou sloužit jako zpětná vazba pro sociální služby ve kterých bylo dotazníkové šetření realizováno.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Použitá literatura

1. DOUBEK, Pavel; HERMAN, Erik. *Deprese a stres*. Praha : Maxdorf, 2008. 10-11 s. ISBN 9788073451578.
2. *Filosofický slovník Universum*. Praha: Knižní klub 2009. ISBN 978-80-242-2582-1.
3. GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. 208 s. ISBN 80-85931-79-6.
4. GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života*. Praha : Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.
5. HARTL, Pavel; HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Praha : Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-569-1.
6. HÁTLOVÁ, Běla. *Kinezioterapie: pohybová cvičení v léčbě psychických poruch*. Praha : Karolínium, 2003. ISBN 80-246-0241-5.
7. JANOTOVÁ, Dana; PAVLOVSKÝ, Pavel; RABOCH, Jiří. *Psychiatrie - minimum pro praxi*. Praha: Triton, 2006. ISBN 8072547461.
8. KALINA, Karel. *Jak žít s psychózou?* Praha : Avicenum, 1987. ISBN 80-7178-563-6.
9. KATSCHNIG, H. *Scizophrenia and quality of life*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 102 (407), pp. 33-27. 2000
10. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha : Grada, 2001. ISBN 80-247-0179-0.
11. KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha : Portál, 2000. ISBN 8073679221.
12. MAHROVÁ, Gabriela. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha : Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.
13. MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby*. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-262-0041-3.

14. MOŽNÝ, Petr; PRAŠKO, Ján. *Kognitivně-behaviorální terapie: úvod do terapie a praxe*. Praha : Triton, 1999. ISBN 80-7254-038-6.
15. NOVÁK, P., PACHTOVÁ, M, SKUČKOVÁ, J. *Pracovní rehabilitace, Příručka k programům pracovní rehabilitace a podpory zaměstnávání duševně nemocných*, Praha: Fokus Praha, 1999. ISBN 978-80-7262-513-0.
16. PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. Praha : Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
17. PRAŠKO, Ján. *Psychiatrie*. Praha : Informatorium, 2003. ISBN 80-733-002-4.
18. PRŮCHA, Jan; WALTEROVÁ, Eliška (ed.). *Pedagogický slovník*. Praha : Portál, 2001. ISBN 80-7178-579-2.
19. SVOBODA, Mojmir (ed.). *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha : Portál, 2004. ISBN 978-80-262-0216-5.
20. URBAN, Lukáš. *Sociologie trochu jinak*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3562-7.
21. VAĐUROVÁ, Helena. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno : Masarykova univerzita, 2005. ISBN 8021037547.
22. VAGNÉROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese* Praha : Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-7.
23. ZÁŠKODNÁ, Helena. *Psychopatologie*. Ostrava : Ostravská univerzita, 2005. ISBN 807368117X.

Internetové zdroje

1. WENIGOVÁ, Barbora. *Stigma duševně nemocných v České republice*. [online]. Stopstigma CRPDZ © 2005. [cit. 2012-25-04]. Dostupné z: http://www.stopstigma.cz/index.php?obsah=ke_stazeni&sub=o_stigmatu.
2. Sem s tím co se týká psychologie. *Historie vývoje duševních onemocnění*. [online]. © 2013. [cit. 2013-03-01]. Dostupné z: www.semstim.estranky.cz/clanky/nemoci-a-poruchy/dusevni-nemoc.

3. MZČR. *Mezinárodní klasifikace nemocí*. [online]. MZČR ©2010. [cit. 2013-05-01]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/mkn-10mezinarodni-klasifikace-nemoci_1644_3.html.
4. Allpsych online. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*. [online]. ©1999-2003. [cit. 2013-02-03]. Dostupné z: <http://allpsych.com/disorders/dsm.html>.
5. WHO. *Instrukční příručka k MKN-10*. [online]. © ÚZIS ČR (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR). [cit. 2013-04-02]. ISBN 978-80-7280-846-5. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html> s.21.
6. CNS centrum Třinec. *Poruchy nálad*. [online]. © 2011. [cit. 2013-05-14]. Dostupné z: http://www.psychtr.cz/poruchy_nalad.html.
7. Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod. *Neurotické poruchy*. [online]. [cit. 2013-05-01]. Dostupné z: <http://www.plhb.cz/content/neuroticke-poruchy>.
8. Psychoweb.cz *Obsedantně kompulzivní porucha*. [online]. © 2009-2010. [cit. 2013-05-01]. Dostupné z: <http://www.psychoweb.cz/psychologie/obsedantne-kompulzivni-porucha---ocd/>.
9. MALÍKOVÁ, Klára. *Česká asociace pro psychické zdraví : Klíčové situace v životě lidí s duševní nemocí*. [online]. EKOLIST.CZ © ČTK. [cit. 2013-05-19]. Dostupné z: http://ekolist.cz/cz/zpravodajstvi/zpravy/klicove-situace-v-zivote-lidi-s-dusevni-nemoci?all_ids=1 . Path: Homepage; zpravodajství; Tiskové zprávy (září 2007).
10. Sociální práce a sociální otázky. *Klíčové situace v životě lidí s duševní nemocí*. [online]. © MMIV – MMV. [cit. 2013-05-19]. Dostupné z: <http://socialni-revue.cz/item/klicove-situace-v-zivote-lidi-s-dusevni-nemoci>

SEZNAM TABULEK, GRAFŮ

Seznam tabulek

Tabulka číslo 1 Diagnóza u respondentů

Tabulka číslo 2 Počátek spolupráce se sociálními službami.

Tabulka číslo 3 Četnost hospitalizací

Tabulka číslo 4 Četnost hospitalizací po spolupráci ze sociálními službami

Tabulka číslo 5 Spektrum využívané náplně v Denním centru a Domově se zvláštním režimem

Tabulka číslo 6 Náplň dne mimo návštěvy sociální služby

Tabulka číslo 7 Náplň dne před počátkem spolupráce ze sociální službou

Tabulka číslo 8 Náplň dne před počátkem spolupráce ze sociální službou

Tabulka číslo 9 Konkrétní nepříjemné a negativní situace

Seznam grafů

Graf číslo 1 Pohlaví respondentů

Graf číslo 2 Rodinný stav respondentů

Graf číslo 3 Věk respondentů

Graf číslo 4 Vzdělání respondentů

Graf číslo 5 Diagnóza u respondentů

Graf číslo 6 Počátek spolupráce se sociálními službami

PŘÍLOHY

Příloha A Mezinárodní klasifikace nemocí – IV. Revize

Příloha B Diagnostický a Statistický Manuál Mentálních Poruch DSM-IV

Příloha C Dotazník

Příloha A Mezinárodní klasifikace nemocí – IV. revize

Poruchy duševní a poruchy chování se řadí do V. kapitoly. Zde je uveden pouze přehled hlavních kategorií:⁵⁷

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 nálad)

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 dospívání.

F 99 Neurčená duševní porucha

⁵⁷ Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, MKN – 10. Revize, k datu 1.1.2009 tabletární ISBN 978-80-904259-0-3 vydalo MZ, které pověřilo překladem a zpracováním Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Praha 2008

Příloha B Diagnostický a Statistický Manuál Mentálních Poruch DSM-IV

DSM skupina (Diagnostický a Statistický Manuál)	Příklady	Kategorie
Poruchy obvykle poprvé diagnostikované u batolete, v dětství nebo adolescenci	Mentální retardace, autismus, ADHD	Poruchy obvykle přítomné poprvé před dosažením dospělosti
Delirium, demence, amnestické a jiné kognitivní poruchy	Alzheimerova choroba	Poruchy paměti a kognitivní poruchy
Mentální poruchy způsobené zdravotním stavem pacienta	Psychóza související s AIDS	Mentální poruchy způsobené zdravotním stavem pacienta
Zneužívání omamných látek	Alkoholismus	Zneužívání omamných látek
Schizofrenie a jiné psychotické poruchy	Delusinální (bludní) porucha	Psychóza
Poruchy nálady	deprese	Maniodepresivní psychóza Poruchy nálady
Úzkostné poruchy	Obecná úzkostná porucha	Úzkostné poruchy
Somatoformní (tělo- formní) poruchy	Somatizační (tělesná) porucha	Somatoformní (tělo-formní) poruchy
Předstírané poruchy	Munchausenův syndrom	Předstírané poruchy
Disociativní poruchy	Disociativní porucha identity	Disociativní poruchy
Sexuální poruchy a poruchy pohlavní identity	Dyspareunia, Pohlavní identická porucha	Sexuální poruchy a poruchy pohlavní identity
Stravovací poruchy	Anorexia nervosa	Stravovací poruchy
Poruchy spánku	Insomnia (nespavost)	Poruchy spánku
Impulsové-kontrolní poruchy neklasifikovány jinde	Kleptomanie	Impulsové-kontrolní poruchy neklasifikovány jinde

Adaptační poruchy	Adaptační porucha	Adaptační poruchy
Personální (osobnostní) poruchy	Narcistická porucha osobnosti	Personální (osobnostní) poruchy
Jiné podmínky, které mohou být centrem klinické pozornosti	Tardive dyskinesia (opožděná nepohyblivost), Zneužívání dětí	Jiné podmínky, které mohou být centrem klinické pozornosti

Příloha C Dotazník

Dobrý den,

jsem Lucie Zíková, pracuji jako Terénní sociální pracovník v Terénní službě ZOOM a studuji 3. ročník Sociální pedagogiky na Univerzitě Palackého v Olomouci. Píši bakalářskou práci na téma „Klíčové situace v životě lidí s duševním onemocněním“. Z tohoto důvodu bych Vás ráda požádala o pravdivé zodpovězení tohoto dotazníku. Tento dotazník je anonymní. Děkuji Vám za ochotu a Váš čas.

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- a) Žena b) Muž

2. Váš rodinný stav?

- a) Svobodný/svobodná b) Ženatý/vdaná
c) Rozvedený/rozvedená d) Vdovec/vdova

3. Kolik Vám je let?

- a) 15 – 25 let
b) 26 – 35 let
c) 36 – 45 let
d) 46 – 55 let
e) 56 – 65 let
f) více

4. Nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Základní b) Střední c) Vysokoškolské

5. Prozradíte, jakou máte stanovenou diagnózu?

6. Kdy jste začal/a spolupracovat se sociálními službami?

- a) půl roku po první hospitalizaci
b) dva roky po první hospitalizaci
c) čtyři roky po první hospitalizaci
d) jinak

7. Pokud bylo období mezi první hospitalizací a využíváním sociální služby, jak často jste byl/a hospitalizován/a?

- a) vícekrát ročně
- b) jednou ročně
- c) jednou za dva roky
- d) jednou za tři roky
- e) jednou za čtyři roky
- f) jednou za pět let
- g) méně

8. Poté, co jste začal/a využívat sociální službu, v jakém intervalu jste byl/a hospitalizován/a?

- a) vícekrát ročně
- b) jednou ročně
- c) jednou za dva roky
- d) jednou za tři roky
- e) jednou za čtyři roky
- f) jednou za pět let
- g) méně

9. Jak trávíte Váš všední den, když je možnost využít připravený program v Denním centru Maják nebo Domově se zvláštním režimem Oáza pokoje?
(můžete označit více odpovědí)

- a) navštěvuji keramickou dílnu
- b) navštěvuji výtvarnou dílnu
- c) navštěvuji hudební kroužek
- d) navštěvuji kroužek vaření
- e) navštěvuji dramatický kroužek
- f) zúčastním se cvičení paměti
- g) hraji společenské hry
- h) pracuji na zahradě
- i) účastním se canisterapie

- j) zúčastním se cvičení a relaxace
- k) účastním se zájmové činnosti – zdravý životní styl, němčina, výuka na PC
- l) účastním se výletů, navštěvuji kulturní akce, restaurace
- k) jinak

10. Jaký je Váš den, když nenavštěvujete sociální službu nebo připravený program?

- a) dívám se na televizi
- b) navštěvuji rodinu a přátele
- c) mám svůj volnočasový koníček
- d) nedělám nic, jsem doma, odpočívám
- e) navštěvuji brigádu
- f) uklízím si své přirozené prostředí
- g) trávím den spánkem
- h) jiné aktivity

11. Pokud bylo období mezi první hospitalizací a využíváním sociálních služeb, jak jste trávil/a svůj volný den?

- a) díval/a jsem se na televizi
- b) navštěvoval/a jsem rodinu a přátele
- c) měl/a jsem svůj volnočasový koníček
- d) nedělal/a jsem nic, byl jsem doma, odpočíval jsem
- e) navštěvoval/a jsem brigádu, zaměstnání
- f) uklízel/ jsem si své přirozené prostředí
- g) trávil/a jsem den spánkem
- h) jiné aktivity

12. Můžete sdělit, zda se událo ve Vašem životě něco negativního či

nepříjemného?

a) ano

b) ne

13. Pokud ano, jaké situace to byly?

Děkuji za Váš čas!