

Kvalita života osob s duševním onemocněním

Štěpánka Koppová

Bakalářská práce
2025



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2024/2025

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: Štěpánka Koppová
Osobní číslo: H21173
Studijní program: B0913P360015 Všeobecné ošetřovatelství
Forma studia: Kombinovaná
Téma práce: Kvalita života osob s duševním onemocněním

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti kvality života osob s duševním onemocněním.
Příprava metodiky kvantitativního výzkumu.
Formulace kritérií pro výběr respondentů.
Realizace kvantitativního šetření technikou dotazníku.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.
Prezentace výsledků kvantitativního šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

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

Seznam doporučené literatury:

DUŠEK, Karel a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2. přeprac. vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4826-9.
HOSÁK, Ladislav; HRDLÍČKA, Michal; BAŽANT, Jan; BAŽANTOVÁ, Věra; BUŠKOVÁ, Jitka et al. *Psychiatrie and Pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2017. ISBN 978-80-246-3392-3.
KUČEROVÁ, Helena. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-8879-1.
MALÁ, Eva a PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-723-7.
PRAŠKO, Ján; LÁTALOVÁ, Klára a KAMARÁDOVÁ, Dana. *Suicidialita u psychických poruch*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-9049-7.
ŽALUDEK, Adam. *Management kvality a rizik psychiatrické péče*. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-2275-2.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Marcela Dolejšová**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **4. listopadu 2024**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. května 2025**

L.S.

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

Mgr. Věra Vránová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2025

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění bez ohledu na výsledek obhajoby;
- bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému a bude dostupná k nahlédnutí;
- jedno vyhotovení bakalářské práce v listinné podobě bude ponecháno Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně k uložení;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3;
- podle § 60 odst. 1 autorského zákona má Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům;
- pokud je výstupem bakalářské práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá; neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji, že

- jsem na bakalářské práci pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem řádně citoval(a); v případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor;
- odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou obsahově totožné.

Ve Zlíně, dne

.....
podpis autora

ABSTRAKT

V této bakalářské práci byla zkoumána kvalita života osob s duševním onemocněním. Cílem výzkumu bylo porovnání vnímání kvality života klienty pobytového psychiatrického zařízení s klienty ambulantní sociální péče. Ke sběru dat byl použit standardizovaný dotazník AQoL-8D, pomocí kterého bylo hodnoceno osm domén života souvisejících se zdravím. Výzkumný vzorek byl tvořen celkem 70 respondenty, kteří byli rovnoměrně rozděleni mezi dvě zařízení. Na základě provedené analýzy dat bylo zjištěno, že oblast psychické a emoční pohody byla pozitivněji vnímána klienty pobytového zařízení, zatímco lepších výsledků v oblastech sociálního fungování a fyzického zdraví bylo dosaženo klienty ambulantní sociální péče. Výsledky poukazují na rozdílný dopad typu poskytované služby na různé aspekty kvality života a mohou být využity jako podklad pro další výzkum i praxi v oblasti péče o osoby s duševním onemocněním.

Klíčová slova: kvalita života, duševní onemocnění, stacionární zařízení, pobytové zařízení, AQoL-8D, komparační výzkum

ABSTRACT

This bachelor's thesis examined the quality of life of individuals with mental illness. The aim of the research was to compare the perception of quality of life between clients of an inpatient psychiatric facility and clients of outpatient social care. A standardized AQoL-8D questionnaire was used to collect data, evaluating eight health-related domains of life. The research sample consisted of a total of 70 respondents, evenly divided between the two facilities. Based on the data analysis, it was found that the area of psychological and emotional well-being was perceived more positively by clients of the inpatient facility, whereas better results in social functioning and physical health were achieved by clients of outpatient social care. The results indicate a different impact of the type of service provided on various aspects of quality of life and can be used as a basis for further research and practice in the care of individuals with mental illness.

Keywords: quality of life, mental illness, outpatient facility, residential facility, AQoL-8D, comparative research

Ráda bych poděkovala své vedoucí bakalářské práce, Mgr. et Mgr. Marcelle Dolejšové, za odborné vedení, cenné rady a podporu při zpracování této práce. Dále děkuji paní Bc. Jaroslavě Kupkové za umožnění realizace výzkumného šetření v Psychiatrické léčebně ve Šternberku. Velké poděkování patří také paní Mgr. Lence Veselé za umožnění výzkumu v Centru sociální pomoci Horizont ve Zlíně.

OBSAH

ÚVOD.....	11
TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ.....	CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.
1.1	DEFINICE POJMU DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ.... CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.
1.2	PŘÍČINY DUŠEVNÍCH ONEMOCNĚNÍ..... 135
1.3	KLASIFIKACE DUŠEVNÍHO ONEMOCNĚNÍ..... 137
1.4	LÉČBA DUŠEVNÍHO ONEMOCNĚNÍ CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA. 8
1.5	SYSTÉM PÉČE O LIDI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.
2 KVALITA ŽIVOTA.....	25
2.1	DEFINICE POJMU KVALITA ŽIVOTA 26
2.2	MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA 27
2.3	KVALITA ŽIVOTA LIDÍ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM 28
2.4	REFORMA PSYCHIATRICKÉ PÉČE 29
PRAKTICKÁ ČÁST	32
3 VÝZKUMNÝ PROBLÉM.....	33
3.1	CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY 33
3.2	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO PROSTŘEDÍ 34
3.3	METODIKA VÝZKUMU 34
3.4	ORGANIZACE DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ 35
3.5	ZPRACOVÁNÍ ZÁSKANÝCH DAT 36
3.6	DESKRIPTIVNÍ ANALÝZA VÝSLEDKŮ 36
4 DISKUSE	42
ZÁVĚR	45
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	47
SEZNAM TABULEK.....	51
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	52

ÚVOD

V posledních desetiletích je stále častěji poukazováno na skutečnost, že péče o osoby s duševním onemocněním by neměla být omezována pouze na zmírnění symptomů či kontrolu nemoci. Stále větší důraz je kladen na to, jak je každodenní život těmito osobami prožíván a zda je jejich život vnímán jako smysluplný, důstojný a kvalitní. V tomto kontextu je do popředí odborného zájmu stavěn pojem kvalita života, který je využíván jako komplexní ukazatel nejen zdravotního stavu, ale také psychické, sociální a funkční pohody.

Je poukazováno na to, že kvalita života je pojmem mnohohrstevnatým, subjektivním a individuálně vnímaným. Je ovlivňována nejen přítomností či intenzitou nemoci, ale také sociálním prostředím, možnostmi seberealizace, vztahy s okolím a schopností zvládat každodenní situace. V případě osob s duševním onemocněním bývá kvalita života často snižována kombinací vnitřních faktorů, jako jsou úzkosti, deprese či ztráta motivace, a vnějších faktorů, jako jsou sociální izolace, stigma či nezaměstnanost.

Zařízení denního stacionáře jsou v tomto ohledu považována za významné prvky komunitní péče, prostřednictvím nichž je osobám s duševním onemocněním umožňováno zapojení do běžného života, navazování sociálních kontaktů, obnovování pracovních a volnočasových návyků a posilování pocitu vlastní hodnoty. Klientům je nabízen bezpečný prostor, ve kterém mohou být rozvíjeny praktické dovednosti, poskytována psychická podpora a podporována sebereflexe.

Tato bakalářská práce byla zaměřena na zkoumání vnímání kvality života klienty hospitalizovaných v psychiatrické léčebně a osobám žijících v pobytovém zařízení, ve srovnání s klienty žijících v domácím prostředí docházejících do ambulantního zařízení a na způsoby, jakými může být těmito typy zařízení ovlivňována. Vzhledem k povaze zkoumaného tématu byl zvolen kvalitativní výzkumný přístup, kterým bylo umožněno zachycení subjektivních zkušeností a významů tak, jak jsou prožívány samotnými klienty. Zjištění získaná v rámci výzkumu mohou být využita k hlubšímu porozumění potřebám této cílové skupiny a k dalšímu rozvoji praxe zaměřené na podporu jejich duševní pohody.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ

Duševní onemocnění jsou považována za závažný zdravotní problém, který ovlivňuje významnou část populace po celém světě. Výzkum a pozornost věnovaná této oblasti jsou stále rozšiřovány, neboť dopady těchto onemocnění zasahují nejen samotné jedince, ale i jejich rodiny a společnost jako celek. Duševní onemocnění jsou charakterizována různými symptomy a projevy, které mohou negativně ovlivňovat každodenní fungování a kvalitu života postižených osob. V rámci této práce budou podrobněji zkoumány klíčové aspekty duševních onemocnění, včetně jejich definice, příčin, klasifikace, možností léčby a systémů péče, které jsou pro pacienty dostupné.

1.1 Definice pojmu duševní onemocnění

V psychiatrii je kladen důraz na počáteční fázi rozvoje duševní poruchy, především na její diagnostikování v raném stádiu. K tomuto účelu je využíváno rozpoznávání počátečních symptomů duševních poruch, které se mohou odlišovat od projevů ve fázi plně rozvinuté psychické poruchy. Vývoj v této oblasti je směřován k zachycování stále časnějších příznaků a projevů. Postupně je však dosahováno bodu, v němž dochází k prolínání těchto příznaků s rysy zdravé osobnosti. Tento stav je považován za odraz základního rozporu mezi duševním zdravím a duševní poruchou. Tento rozpor je psychiatrií vnímán v kontextu praktických opatření, jimiž je do tohoto vztahu zasahováno – od podpory zdraví, přes prevenci a psychoprofylaxi, až po léčbu samotné nemoci. Je poukazováno na to, že psychiatrická diagnostika představuje dynamický proces (Dušek, 2015, s. 22).

Pojem zdraví nemůže být chápán pouze negativně, tedy jako pouhá absence nemoci, ani na základě kritérií normálnosti. Normálnost není vnímána jako objektivní kritérium, ale jako koncept závislý na konkrétním kontextu. Zdraví je pojímáno spíše jako dynamický proces, který se neustále vyvíjí ve vztahu k okolnímu prostředí. Je zdůrazňováno, že organismus je vybaven určitou schopností přizpůsobení se prostředí, přičemž zároveň je vystavován jeho nárokům. Podobným způsobem je popisován i vztah mezi zdravím a normálností. Normálnost je v tomto kontextu chápána jako soubor běžných projevů, které se u většiny jedinců dané etnické skupiny objevují. Zdraví je považováno za specifický případ normálnosti, jenž zahrnuje jak subjektivní, tak objektivní složku. Na onemocnění je naopak nahlíženo jako na specifickou formu abnormálnosti, která je výrazně odlišována

od zdraví a je charakterizována výskytem konkrétních příznaků v určitém pořadí a kombinaci. (Dušek, 2015, s. 23–24).

Je uváděno, že pokud schopnost organismu přizpůsobit se převyšuje nároky prostředí, je stav jedince označován jako zdraví. V případě, že nároky prostředí převýší přizpůsobivost organismu, dochází k narušení rovnováhy a ke vzniku nemoci. Pozitivní zdraví je pak definováno jako stav, v němž je jedinec schopen zvládat nároky, které výrazně přesahují běžné požadavky. Různé úrovně zdraví jsou tedy podmíněny mírou schopnosti jedince vyrovnávat se s různorodými nároky prostředí (Dušek, 2015, s. 24).

Subjektivní zdraví je označováno jako stav, kdy je jedincem vnímáno vlastní zdraví, a to i v určitých fázích nemoci, například během remise. Tento pojem je vztahován k prožívání zdraví, zatímco objektivní zdraví se týká jeho vnějších projevů. U zdravého jedince bývá předpokládána shoda mezi těmito dvěma složkami. V případě nesouladu může být signalizován rozvoj nebo přítomnost patologického stavu (Dušek, 2015, s. 24).

Na duševní poruchu může být nahlíženo dvěma způsoby:

V rámci prvního přístupu je duševní porucha chápána jako součást kontinuálního vývoje osobnosti. Duševní zdraví a duševní porucha jsou nahlíženy jako součásti jednotného procesu, přičemž porucha je považována za jednu z jeho vývojových fází. Předpokládá se, že i přes přítomnost poruchy může být vývoj osobnosti nadále pokračován směrem k obnově duševního zdraví. Duševní porucha je tak vnímána jako přirozený výsledek vývojové dynamiky osobnosti.

Druhý přístup interpretuje duševní zdraví a duševní poruchu jako protikladné jevy. Porucha není vnímána jako součást přirozeného vývoje, ale jako zásadní změna, která tento vývoj přerušuje. Důraz je kladen na přechod mezi premorbidním stavem a počáteční fází poruchy, kdy dochází ke kvalitativnímu zlomu a začíná se rozvíjet chorobný proces, který vývoj osobnosti narušuje nebo zcela zastavuje (Dušek, 2010, s. 23).

Z pohledu sociologie je problematika zdraví a nemoci interpretována odlišně. Duševní porucha je vnímána jako forma deviantního chování. Ve společnosti, případně v jejích specifických skupinách, bývá jedinec, jehož chování se odchyluje od obecně akceptovaných norem negativním směrem, vnímán jako potenciální hrozba pro sociální stabilitu. Z tohoto důvodu bývá jeho chování společensky sankcionováno, což znamená,

že je na něj vyvíjen určitý tlak. Charakter těchto sankcí je podmíněn socioekonomickým vývojem dané společnosti. V různých historických obdobích mohl být takový jedinec považován například za proroka, nebo naopak za vydědence. V období renesance byli tito lidé označováni za duševně nemocné, čímž byli vyňati z jurisdikce inkvizice. Tento pojem se později stal součástí medicínského modelu, jehož prostřednictvím bylo usilováno o regulaci tzv. reziduálního deviantního chování (Dušek, 2010, s. 23).

Z pohledu sociologie je nemoc chápána jako forma odchylky od normálního stavu. Tento přístup vychází z předpokladu, že nemoc narušuje běžné fungování jedince ve společnosti a znemožňuje mu plnění očekávaných sociálních rolí. Na základě koncepcí formulovaných Parsonem (1965) a Freidsonem (1970) je role nemocného charakterizována čtyřmi základními rysy. Za prvé, nemocnému není připisována odpovědnost za jeho stav a není od něj očekáváno, že by jej mohl překonat vlastní vůlí. Za druhé, nemocnému je poskytováno osvobození od běžných společenských a pracovních povinností. Třetím rysem je požadavek, aby si byl nemocný vědom nežádoucí a dočasné povahy svého stavu. A konečně, čtvrtým rysem je povinnost nemocného vyhledat odbornou pomoc a spolupracovat na léčbě, pokud se jeho stav sám neupraví (Dušek, 2010, s. 23–24).

Zatímco první dva rysy mohou být interpretovány jako určité výsady spojené s rolí nemocného, zbývající dva představují závazky, jejichž nesplnění může být společensky sankcionováno. Pozdější výzkumy však ukázaly, že uvedený model se vztahuje především na krátkodobé, závažnější, avšak léčitelné poruchy, a z tohoto důvodu je jeho aplikovatelnost považována za omezenou (Dušek, 2010, s. 24).

1.2 Příčiny duševních onemocnění

Příčiny duševních onemocnění jsou chápány jako výsledky působení jak známých, tak dosud plně neprozkoumaných faktorů. Obecně je vznik těchto poruch rozdělován do tří hlavních kategorií.

V první skupině jsou duševní poruchy způsobovány známým etiologickým faktorem, konkrétně organickým poškozením mozku. Mezi nejčastější příčiny jsou zařazována cévní onemocnění, jako například hypertenze nebo mozková ateroskleróza, dále infekce mozku, nádory, úrazy a toxické poškození.

Do druhé skupiny spadá vznik duševní poruchy na základě kombinace více faktorů, kdy se předpokládá spolupůsobení genetické predispozice a vlivů prostředí. Genetická náchylnost nebo specifické reakce organismu, označované jako hereditárně-konstituční faktory, jsou považovány za významné determinanty zvýšené pravděpodobnosti rozvoje určité poruchy. Tyto predispozice jsou dále ovlivňovány vnějšími faktory prostředí, které se dělí na negativní neboli též rizikové a pozitivní neboli ochranné.

Mezi negativní faktory prostředí jsou zařazovány například perinatální poškození, vystavení infekcím, toxickým látkám nebo traumatům, dále užívání návykových látek, výskyt dalších zdravotních obtíží a nepříznivé životní události, jako například pracovní neúspěchy, rodinné konflikty, rozvody, úmrtí, nebo ztráta zaměstnání. Pokud není stres adekvátně zvládán, může být vyvolán vznik psychogenní poruchy, přičemž dochází ke ztrátě schopnosti porozumět druhým a k sociální izolaci. Dlouhodobé vystavení stresu je spojováno se zvýšenou psychickou zranitelností, a opakované zátěžové situace narušují přirozené mechanismy zvládání, což negativně ovlivňuje sociální fungování. V kombinaci s dědičnými metabolickými či konstitučními faktory může být tímto způsobem přispíváno k rozvoji duševní poruchy (Malá a Pavlovský, 2010, s. 15–16).

Naopak mezi pozitivní faktory prostředí je zařazováno harmonické rodinné prostředí, v němž je dítěti poskytován pocit bezpečí, přijetí a lásky. Díky této jistotě je usnadňováno zvládání stresových a traumatických situací i v dospělosti. Ochranný účinek je dále připisován dobrým až nadprůměrným intelektovým schopnostem, rozvinutým sociálním dovednostem, psychické odolnosti, tedy schopnosti zotavit se po těžké zkušenosti, a také existenci určité víry, například náboženské, která je člověku zdrojem naděje (Malá a Pavlovský, 2010, s. 16).

Do třetí skupiny jsou zařazovány případy, u nichž nebyl dosud identifikován konkrétní etiologický faktor. U těchto duševních poruch zůstává příčina jejich vzniku neznámá. „*Jde o duševní poruchy v užším slova smyslu – dříve zvané psychózy – při kterých se u lidí objeví bizarní chování, poruchy vnímání a myšlení nebo patická nálada, obvykle bez náhledu choroby. Poruchy vedou k nepředvídatelnému chování a často k dezintegraci osobnosti*“ (Malá a Pavlovský, 2010, s. 16).

Problematika genetické dědičnosti duševních poruch je považována za velmi složitou. Přímý genetický přenos dosud prokázán nebyl, avšak bylo zjištěno, že v některých

rodinách se častěji vyskytují poruchy, jako je alkoholismus, deprese nebo sebevražedné sklony, což naznačuje existenci genetického vlivu. U některých diagnóz, jako je schizofrenie, schizoafektivní porucha, bipolární afektivní porucha, různé poruchy nálad, specifické vývojové poruchy a mentální retardace, se předpokládá účast genetické složky. V souvislosti s dědičností bývá zmiňována přítomnost většího počtu různě poškozených genů, čímž je podporována tzv. polygenní hypotéza genetického původu duševních poruch (Malá a Pavlovský, 2010, s. 16–17).

Studium příčin duševních poruch, jejich dědičnosti, diagnostiky a možností léčby je označováno za mimořádně náročné, což je odrazem složitosti struktury mozku a jeho neuronových sítí. Tyto sítě tvoří vzájemně propojené neurony, které přijímají podněty z tisíců synapsí a současně je předávají dalším neuronům. Komunikace mezi těmito buňkami je zprostředkovávána jak chemickými, tak elektrickými přenosy, přičemž systém reaguje na změny vnějšího i vnitřního prostředí (Malá a Pavlovský, 2010, s. 17).

V posledních desetiletích bylo vědecké zkoumání zaměřeno na hypotézu, že podstatnou roli v rozvoji duševních poruch hrají neuromediátory – látky zodpovědné za přenos nervových signálů mezi neurony. Tyto neurotransmitery jsou z neuronů uvolňovány do synaptické štěrbiny, kde jsou aktivovány receptory jiných neuronů. Na rozdíl od neurotransmiterů, neuromodulátory nepřenášejí signál přímo, ale ovlivňují jeho zpracování. Za klíčové neurotransmitery, které přenášejí informace v mozku, jsou považovány dopamin, serotonin, noradrenalin, GABA neboli kyselina gama-aminomáselná, acetylcholin a endorfiny. Bylo prokázáno, že nerovnováha těchto látek může vést ke změnám v psychickém stavu jedince (Malá a Pavlovský, 2010, s. 17).

1.3 Klasifikace duševního onemocnění

Hledání souvislostí mezi příznaky u pacientů a odhadování průběhu a léčby onemocnění je úkolem lékařů. Subjektivní i objektivní symptomy se často vyskytují ve skupinách odrážejících patofyziologii dané poruchy, například zarudnutí, otok a bolest při zánětu. V psychiatrii je však patofyziologie méně známá, protože se odehrává v mozku, jehož mechanismy vztahu mezi příznaky a příčinou nejsou dosud plně objasněny. Proto jsou duševní poruchy klasifikovány převážně na základě pozorovaných chování a průběhu onemocnění (Hosák, Hrdlička et al., 2017, s. 35).

Diagnostika umožňuje využití kolektivních zkušeností odborníků a tvorbu hypotéz o klinickém průběhu a léčbě. Diagnóza tak představuje hypotézu, která usnadňuje výzkum, prevenci a komunikaci mezi lékaři. Diagnostické termíny musí být validní a spolehlivé, přičemž spolehlivost je zajištěna jasně definovanými diagnostickými kritérii, což však někdy může být komplikováno překrýváním příznaků mezi různými poruchami (Hosák, Hrdlička et al., 2017, s. 35-36).

V psychiatrii jsou klasifikační systémy založeny buď na diagnostických kategoriích, nebo na měřitelných dimenzích, jako je úzkost či deprese. Diagnózy jsou definovány sledem příznaků, průběhem a environmentálními faktory. Komorbidita, tedy souběh více diagnóz, je poměrně běžná (Hosák, Hrdlička et al., 2017, s. 36–38).

Klasifikační systémy DSM a ICD představují hlavní standardy v psychiatrické diagnostice. DSM, poprvé vydaný v roce 1952 a postupně zdokonalovaný, definuje přesná diagnostická kritéria a je široce využíván v klinické praxi i výzkumu. ICD, vydávaný WHO, je mezinárodně uznávaným systémem, jehož 10. revize (ICD-10) je v platnosti od roku 1992 a umožňuje detailní kódování poruch (Hosák, Hrdlička et al., 2017, s. 38–39).

Klasifikace v DSM i ICD využívá víceosý přístup, který zohledňuje nejen duševní poruchy, ale i somatické onemocnění, psychosociální zátěže a úroveň fungování pacienta. Tento komplexní přístup zlepšuje diagnostickou přesnost a plánování léčby (Hosák, Hrdlička et al., 2017, s. 38–39).

1.4 Léčba duševního onemocnění

V knize *Psychopatologie a psychiatrie* jsou tři hlavní oblasti léčby duševních poruch rozděleny na biologickou terapii, psychoterapii a sociální terapii, které jsou klíčové pro komplexní péči a zlepšení kvality života pacientů (Svoboda et al., 2012, s. 57).

Mezi biologickou terapii patří psychofarmakoterapie, která byla v 60. letech 20. století vyvinuta a umožnila humanizaci léčby, snížení hospitalizací a návrat pacientů do běžného života. Psychofarmaka se dodnes využívají k podpoře ambulantní péče a výzkum se zaměřuje na jejich vliv na vztah duševních a tělesných onemocnění (Svoboda et al., 2012, s. 57–58).

Anxiolytika, léky na zmírnění úzkosti, se dělí na benzodiazepinová, nebenzodiazepinová a psychofarmaka s anxiolytickým účinkem, například některá antidepresiva. Benzodiazepiny se používají od 70. let, přičemž jejich krátkodobá účinnost byla potvrzena, avšak kvůli riziku závislosti a abstinčních příznaků jsou dnes doporučovány především pro akutní úzkost, zatímco dlouhodobá léčba je preferována s antidepresivy (Svoboda et al., 2012, s. 58).

Nejčastěji se využívá benzodiazepinová skupina, která působí zesílením inhibiční aktivity neurotransmiteru GABA a projevuje se rychlým anxiolytickým, sedativním, myorelaxačním a antikonvulzivním účinkem. Benzodiazepiny se dělí podle délky vylučovacího poločasu na dlouhodobě, střednědobě a krátkodobě působící. Dlouhodobé látky, například diazepam, mohou vyvolávat přetrvávající sedaci, ale s nižším rizikem závislosti; krátkodobé benzodiazepiny se používají například při nespavosti. Užívání benzodiazepinů je spojeno s nežádoucími účinky, jako jsou denní ospalost, poruchy paměti, paradoxní reakce a zejména riziko vzniku závislosti a abstinčního syndromu. Rebound fenomén, tedy návrat úzkosti po vysazení léku, postihuje 25–44 % uživatelů, a proto je doporučováno dávky snižovat postupně. Doporučená doba léčby benzodiazepiny v plné dávce je 8–16 týdnů, s následným pozvolným vysazováním. Dlouhodobé užívání by mělo být pravidelně přehodnocováno. Kromě anxiolytického účinku jsou benzodiazepiny indikovány také jako hypnotika, myorelaxancia či antikonvulziva. Používání by mělo být zvláště opatrné u pacientů se sklony ke zneužívání návykových látek (Svoboda et al., 2012, s. 58-60).

Další skupinou léčiv v psychiatrii zahrnují hypnotika. „*Hypnotika jsou psychotropní látky navozující spánek, v nižších dávkách sedaci, případně anxiolýzu. Prodlužují spánek, urychlují usnutí, snižují počet nočních probuzení. Účinkují na receptorový komplex GABA/benzodiazepinový, i když jednotlivě na jeho rozličných místech*“ (Svoboda et al., 2012, s. 60). Hypnotika jsou rozdělena do tří generací, přičemž s každou další roste jejich specifita, bezpečnost a snášenlivost. První generace zahrnuje barbituráty a jiné starší látky, které jsou dnes považovány za zastaralé. Druhá generace představuje benzodiazepinová hypnotika a třetí tzv. Z-hypnotika (Svoboda et al., 2012, s. 61).

Nejčastěji jsou používána benzodiazepinová hypnotika, která jsou rozdělována podle délky účinku na dlouhodobě působící (například flurazepam a nitrazepam), střednědobě působící (například temazepam) a krátkodobě působící (například triazolam a midazolam).

Je jim připisována řada nežádoucích účinků obdobných těm, které jsou spojovány s benzodiazepinovými anxiolyty (Svoboda et al., 2012, s. 61).

Z-hypnotika (například zopiklon, zolpidem a zaleplon) působí selektivně na spánkové receptory s rychlým nástupem účinku, napodobují přirozený spánek a mají nižší riziko závislosti a ranní „kocoviny“. Jsou proto považována za modernější a lépe tolerovanou alternativu (Svoboda et al., 2012, s. 61).

„Psychostimulancia jsou psychotropní látky zvyšující či upravující vigilitu vědomí“ (Češková, 2012, s. 61). Psychostimulancia působí zvýšením hladiny katecholaminů, zejména dopaminu a noradrenalinu, v centrálním nervovém systému. Mezi tyto látky patří amfetaminy, efedrin, metylfenidát (Ritalin) a modafinil, který má odlišný mechanismus účinku. Psychostimulancia se využívají především při léčbě narkolepsie a poruchy pozornosti s hyperaktivitou (ADHD). Jejich předepisování je pod přísnou kontrolou a evidencí. Mezi nejčastější nežádoucí účinky patří nespavost, ztráta chuti k jídlu, zrychlený srdeční tep, zvýšený krevní tlak, sucho v ústech a rozšířené zornice. Dále se mohou objevit psychické obtíže jako zvýšená podrážděnost, úzkost či riziko psychotických stavů (Svoboda et al., 2012, s. 61–62).

Neuroprotektiva jsou látky, které chrání nervové buňky před poškozením, zlepšují mozkový metabolismus a prokrvení, a tím podporují kognitivní funkce, zejména paměť a učení. Mezi ně patří nootropika, například piracetam, pyritinol nebo Ginkgo biloba, která zlepšují činnost neuronů a průtok krve mozkem a užívají se při poruchách vědomí, paměti a učení. Dále vazodilatancia, jako pentoxifylin či naftidrofuryl, zlepšují cirkulaci krve a snižují její srážlivost. Antioxidancia, například vitaminy C a E, melatonin či selen, působí proti oxidačnímu stresu, který je spojován s neurodegenerací, přesto jsou důkazy o jejich účinnosti omezené. Antagonisté NMDA receptorů, například memantin, regulují účinky glutamátu, který je důležitý pro paměť a učení. Do skupiny kognitiv spadají látky zvyšující dostupnost acetylcholinu, klíčového neurotransmiteru pro mozkové funkce (Svoboda et al., 2012, s. 62).

Dostupnost acetylcholinu v centrální nervové soustavě může být zvýšena různými způsoby. Podávání prekurzorů, jako je lecitin, je považováno za méně účinné kvůli špatnému průniku hematoencefalickou bariérou. Za neúčinnější je označována inhibice cholinesteráz, enzymů rozkládajících acetylcholin. Inhibitory jako donepezil, galantamin a rivastigmin

jsou využívány ke zpomalení progresu demence a ke zlepšení kognitivních funkcí. Zkoumání jsou také agonisté cholinergních receptorů, působící na muskarinové a nikotinové receptory. Galantamin je hodnocen jako nadějný i u kognitivních poruch při schizofrenii. Mezi nejčastější nežádoucí účinky jsou řazeny trávicí obtíže a léky jsou kontraindikovány při vředové chorobě a srdečních onemocněních. (Svoboda et al., 2012, s. 63).

Antidepresiva jsou označována za skupinu léků využívaných k léčbě depresivní nálady. Jejich účinek je spojován s ovlivněním noradrenalinového, serotoninového a dopaminového systému. Nástup účinku bývá zaznamenáván až po několika dnech či týdnech. Při dlouhodobém užívání jsou vyvolávány změny v citlivosti receptorů, například snížení počtu β 1-adrenergních receptorů nebo změny v odpovědi na serotoninové 5-HT1A receptory. Antidepresivům jsou připisovány také genomické účinky, jako podpora neuroprotektce a růstu nervových buněk v hipokampu. Dále může být ovlivňován imunitní systém potlačením zánětlivých cytokinů. Nežádoucí účinky jsou nejčastěji způsobovány bloádou muskarinových, histaminových a adrenergních receptorů (Papežová, 2023, s. 403).

„Taktika a strategie antidepresivní léčby je velmi složitá a je třeba se jí v průběhu let naučit zejména praxí. Každý lék je kvalitní, každý je účinný, ale každý není vhodný pro každého pacienta. Záleží především na psychopatologickém obrazu deprese, na případných jiných chorobách nemocného a na dalších lécích, které pacient užívá. Ideální je, když je možno u pacienta ordinovat pouze jeden lék (monoterapie), ale v praxi to často nestačí a léky je nutno kombinovat“ (Kučerová, 2013, s. 72).

Podle Papežové (2023) jsou pozitivní příznaky psychózy tlumeny bloádou dopaminových D2 a D3 receptorů antipsychotik. Antipsychotikům jsou připisovány také anticholinergní a antihistaminové účinky. Jsou rozdělována podle chemické struktury nebo účinku. Použití je zaznamenáváno i mimo psychiatrii, například jako antiemetika. Účinnost je prokazována hlavně u pozitivních symptomů, u negativních a kognitivních je omezená (Papežová, 2023, s. 391).

Účinek je závislý na bloádě dopaminových drah – tlumením mezolimbické dráhy je snižována psychóza, bloádou nigrostriální dráhy jsou vyvolávány motorické potíže a bloádou tuberoinfundibulární dráhy hormonální problémy. Riziko nežádoucích účinků je zvyšováno při obsazenosti D2 receptorů nad 80 %, přičemž efekt je dosahován již při 70 %. Nízkopotentní antipsychotika (např. chlorpromazin) jsou často spojována

se sedacími účinky, zatímco vysoce potentní (např. haloperidol) jsou spojována s extrapyramidovými příznaky. Při nežádoucích účincích jsou používána anticholinergika nebo betablokátory (Papežová, 2023, s. 391).

Akutní dystonie je charakterizována bolestivou svalovou křečí, která se objevuje zejména v prvních dnech léčby a je léčena benztropinem. Parkinsonismus je projevován zpomalením pohybů, třesem a ztuhlostí; léčba spočívá ve snížení dávky antipsychotika (Papežová, 2023, s. 391–392).

Akatizie je popisována jako zatěžující vedlejší účinek, projevující se neklidem a úzkostí, často zaměňovaná za jiné stavy, což může vést k nevhodnému zvýšení dávek a suicidálním tendencím. Symptomy jsou pozorovány během dnů až týdnů (Papežová, 2023, s. 392).

Anticholinergní účinky, jako sucho v ústech a zácpa, jsou typicky spojovány s nízkopotentními antipsychotiky. Mezi kardiovaskulární rizika jsou řazeny ortostatická hypotenze, tachykardie a prodloužení QT intervalu. Neuroleptický maligní syndrom (NMS) je vzácným, ale závažným stavem charakterizovaným horečkou, svalovou rigiditou, poruchami vědomí a laboratorními změnami. Za rizikové faktory jsou považována neurologická onemocnění, katatonie a dehydratace (Papežová, 2023, s. 393–395).

Atypická antipsychotika 2. a 3. generace jsou hodnocena jako lépe snášenlivá a účinnější na širší spektrum symptomů. Jsou popisována jako D2 antagonisti či parciální agonisti (např. aripiprazol) a jsou spojována s nižším rizikem extrapyramidových příznaků. Mezi nežádoucí účinky jsou zařazeny sedace, ortostatická hypotenze, přírůstek hmotnosti a metabolické komplikace, zejména u klopazinu, olanzapinu a quetiapinu. Lurasidon a parciální agonisté jsou považováni za metabolicky šetrnější. U klopazinu je vyžadováno monitorování kvůli riziku agranulocytózy (Papežová, 2023, s. 396–401).

Elektrokonvulzivní terapie (EKT) je používána u farmakorezistentních depresí a dalších stavů po neúspěchu farmakoterapie. Procedura je prováděna v celkové anestezii vždy po informovaném souhlasu pacienta. Rychlý nástup účinku je považován za hlavní přínos EKT, zatímco nežádoucí účinky zahrnují bolesti hlavy, nevolnost a dočasné poruchy paměti. Zárok je prováděn elektrickou stimulací po aplikaci anestezie a myorelaxancia, obvykle třikrát týdně v šesti až dvanácti sezeních (Polák a kol., 2016, s. 137–138).

1.5 Systém péče o lidi s duševním onemocněním

Význam slova „komunitní“ je úzce spojován s pojmem „komunita“, který pochází z latinského *communitas* a je chápán nejen jako společenství, ale také jako vzájemnost a pocit pospolitosti. V angličtině je pojem *community* vnímán nejen jako obec či společenství, ale také jako soudržnost a společenské kontakty (Probstová, Pěč, 2014). Komunita není chápána pouze jako geografická nebo institucionální jednotka (město, nemocnice), ale je vnímána i jako síť mezilidských vztahů a interakcí, které jsou využívány k dosažení společných cílů (Paleček, 2005, cit. dle Probstová, Pěč, 2014). Komunitní péče je proto chápána jako využívání přirozených vztahových struktur a prostředí pro terapii a rehabilitaci, přičemž tento přístup byl v posledních desetiletích běžně zaváděn nejen u duševně nemocných, ale i u seniorů či osob se zdravotním postižením (Kalvach a kol., 2011). Na rozdíl od ústavní péče, která je charakterizována oddělením pacientů od přirozeného sociálního prostředí, je komunitní péče zaměřena na udržení člověka v jeho běžném životním kontextu (Pěč, Probstová, 2014, s. 184).

Pro komunitní péči u osob s psychickými poruchami existuje několik definic (Thornicroft, 2001; Pfeiffer, 2003; Foitová, 2009), avšak společným rysem je poskytování širokého spektra služeb a programů, které jsou zaměřovány na podporu fyzických, psychických a sociálních potřeb co nejpřirozenějším způsobem. Komunitní péče se nezaměřuje pouze na léčbu, ale i na posilování sociálních rolí v bydlení, zaměstnání a mezilidských vztazích. Důležitá je také podpora vztahů s rodinou a okolím. Cílem je motivace nejen osob s duševním onemocněním, ale i širší komunity k aktivní podpoře (Probstová, Pěč, 2014). Komunitní péče je zahrnována i lůžková péče, avšak s odlišným vymezením než v tradičním pojetí. Tento přístup je od poloviny 20. století prosazován v souvislosti s deinstitucionalizací ve vyspělých zemích.

„Komunitní péče je upřednostňována v řadě vyspělých zemí od poloviny dvacátého století a je spojena s tzv. deinstitucionalizací, která znamená redukci velkých psychiatrických nemocnic a jejich náhradu službami komunitními.“ V důsledku této transformace byly v západních zemích zřízeny specializované komunitní týmy duševního zdraví, které jsou určeny pro jasně vymezená území. Postupně byly vyvíjeny další specializované služby, které zajišťují péči co nejbližší pacientovu domovu nebo nabízejí alternativy k hospitalizaci (Pěč, Probstová, 2014, s. 184–185).

Moderní koncept tzv. vyvážené péče je chápán jako integrovaný model, v němž jsou propojeny praktické lékařství, ambulantní odborné služby, psychoterapeutické programy, akutní psychiatrická oddělení, krizová centra, denní stacionáře, komunitní pobytové služby a psychiatrická rehabilitace. Komunitní péče je od počátku založena na využívání přirozených podpůrných zdrojů v komunitě, klade důraz na posílení zdravých aspektů osobnosti, celostní biopsychosociální přístup a zlepšení funkčních schopností pacientů, nejen na zmírnění příznaků. Filozofie této péče zahrnuje i ochranu občanských práv, partnerství mezi pacienty a odborníky, individuální přístup a podporu sociálního začlenění (Peč, Probstová, 2014, s. 185; Foitová, 2009; Hejzlar a kol., 2005).

Koncept komunitní podpory se vyvíjel kolem systému Community Support System, který byl na konci 70. let v USA vytvořen z iniciativy Národního institutu duševního zdraví. Cílem bylo vybudování sítě služeb, které umožňují osobám s duševním onemocněním uspokojovat potřeby, rozvíjet potenciál a zabránit jejich sociálnímu vyloučení. Mezi základní složky patří psychiatrická léčba, krizové služby, zdravotní péče, bydlení, sociální podpora, pracovní rehabilitace, podpora rodin a ochrana práv. Koordinace těchto služeb je zajišťována pracovníky případového vedení (Peč, Probstová, 2014, s. 185–186; Carling, 2003).

Ve studii Defara et al. bylo prokázáno, že systém péče o duševní zdraví by měl být zaměřen na zlepšení kvality života osob s duševním onemocněním, což zahrnuje podporu funkčního fungování, posílení sociální opory a zvýšení zaměstnanosti (Defar et al., 2023).

Autor Žaludek v knize Management kvality a rizik psychiatrické péče zmiňuje, že *„ani nejmodernější zdravotní péče nemůže zajistit, že bude výstup pozitivní. Vždyť každý pacient je unikátní, stejně jako průběh jeho nemoci či odpověď na léčbu“* (Žaludek, 2020, s. 21).

V souvislosti se zdravotní péčí je třeba zmínit i sebevraždy. *„Sebevražedné pokusy jsou častým důvodem pro přijetí do nemocnice, zejména na oddělení intenzivní péče. Autoři knihy Praško a Látalová (2015) zmiňují, že v jedné studii např. až 1-2 % všech přijetí na oddělení intenzivní péče a 1-5 % na anesteziologicko-resuscitační oddělení bylo pro úmyslné předávkování léky (Látalová et al., 2015, s. 16).*

2 KVALITA ŽIVOTA

Kvalita života je chápána jako úzce propojená se zdravotním stavem, subjektivní pohodou a kvalitou mezilidských vztahů (Hudáková, Majerníková, 2013, s. 36). Pojem byl poprvé výrazně uplatněn ve 30. letech 20. století v péči o chronicky nemocné a později byl rozšířen do každodenního kontextu se stárnutím populace (Kováč, 2003). Kvalita života je definována jako subjektivně hodnocená na základě aspirací, zkušeností a hodnotového systému jedince (Morag, 2008).

Ve 70. letech 20. století byly vytvořeny tři hlavní přístupy ke konceptualizaci kvality života: QALY v ekonomii a medicíně, SWB v sociálních vědách a HRQoL v medicíně, přičemž každý z nich se zaměřuje na odlišné aspekty – délku a kvalitu života, subjektivní pohodu a vnímání zdraví jako klíčového faktoru (Gurková, 2011).

Kvalita života je významně ovlivňována každodenním zdravím a subjektivní pohodou, což vedlo k realizaci rozsáhlých mezinárodních výzkumů v oblasti veřejného zdraví. V Dánsku je uváděno, že přibližně polovina populace je postižena chronickým onemocněním, čímž je kvalita života negativně ovlivňována (Diener, Oishi, 2003). Subjektivní pohoda je definována jako emocionální a kognitivní hodnocení života, zahrnující spokojenost se zdravím, zaměstnáním i mezilidskými vztahy. Pomocí modelu homeostatické kontroly je vysvětlováno, jak je spokojenost stabilizována obdobně jako tělesné funkce (Cummins et al., 2003). Výzkumy naznačují, že vyšší míra spokojenosti je podporována individualistickými hodnotami, zatímco materialistické hodnoty ji oslabují (Hnilica in Babinčák, 2008). V českém prostředí bývá pohoda často spojována s duševní pohodou (Šolcová, Kebza, 2004, s. 37).

Subjektivní pohoda je popisována jako výsledek propojení racionálního a emocionálního prožívání, přičemž kvalita života je vnímána jako odraz celkového hodnocení různých aspektů života a jejich vlivu na spokojenost jedince (Bradley, 2006; Hudáková, Majerníková, 2013, s. 38). V ošetrovatelství je subjektivní kvalita života spojována s kognitivní složkou subjektivního well-beingu a je popisována jako proces regulovaný podobně jako fyziologické funkce (Cummins, 2006; Čornanijová, 2005; Džuka, 2004). Tento přístup je považován za přínosný zejména v institucionálním prostředí (Hudáková, Majerníková, 2013, s. 38).

Koncept HRQoL je často měřen pomocí nástrojů jako WHOQOL, vyvinutého ve spolupráci s WHO (Dragomirecká, Bartoňová, 2006). Tyto nástroje však často více sledují zdravotní symptomy než celkovou kvalitu života (Cummins, 2006). Rozlišují se psychologický, aplikační a syntetizující přístup ke kvalitě života a zdůrazňují rozdíly mezi pojmy kvalita života, pohoda, spokojenost a zdravotní stav (Gurková, Žilková, 2009; Hudáková, Majerníková, 2013, s. 38).

Kvalita života je ovlivňována aktuálním zdravotním stavem a mírou omezení životního stylu, přičemž v geriatrickém ošetřovatelství jsou klíčové mobilita, soběstačnost, emoční pohoda a sociální podpora. Tento pojem je mnohohrstevnatý a zahrnuje emocionální, kognitivní, výkonovou a spirituální dimenzi (Kováč, 2003; Ondrejka, 2006; Rievajová, Wolfová, 2004; Farský a kol., 2007; Gurková, Žiaková, 2009; Hudáková, Majerníková, 2013, s. 39).

2.1 Definice pojmu kvalita života

Kvalita života je považována za subjektivní a individuálně vnímaný pojem, jehož význam se mění podle osobních zkušeností, času a aktuální situace jednotlivce. Rozdíl mezi očekáváními a skutečností je vyjadřován tímto pojmem, přičemž tento rozpor může být zmírněn vhodnou ošetřovatelskou intervencí. Dynamický charakter kvality života je považován za odraz proměnlivosti lidského života, kdy v různých obdobích či situacích nabývá specifických podob (Hudáková a Majerníková, 2013, s. 39).

Kvalita života je vnímána jako komplexní a hodnotově orientovaný pojem, který zohledňuje individuální preference, význam přiřkládán různým oblastem života a míru uspokojení potřeb. Nejsou při něm brány v úvahu pouze zdravotní aspekty, ale je zohledňována celková pohoda a spokojenost jedince. Tento pojem je často používán jako obecný bez vazby na konkrétní onemocnění a zahrnuje jak osobní prožívání, tak postavení ve společnosti (Hudáková a Majerníková, 2013, s. 40).

„Na základě těchto i dalších koncepcí prací o kvalitě života můžeme, podle Slezera et al. (2004), kvalitu života charakterizovat jako subjektivní, holistickou, multidimenzionálně podmíněnou, dynamickou, hodnotově orientovanou, zahrnující subjektivní a objektivní indikátory a související s uspokojováním potřeb“ (Hudáková a Majerníková, 2013, s. 40).

Ve studii s názvem *Quality of life and psychiatric distress in people with serious mental illness: the role of personal recovery* bylo zjištěno, že s rostoucí psychickou zátěží je kvalita života výrazně horší. Naopak, se zlepšujícím se pocitem zotavení je kvalita života hodnocena jako lepší. Nebylo však potvrzeno, že by zotavení měnilo sílu vztahu mezi psychickou zátěží a kvalitou života. Bylo zjištěno, že zotavení působí jako prostředník vysvětlující, jak psychická zátěž ovlivňuje kvalitu života (Saavedra et al.).

2.2 Měření kvality života

„Kvalita života se v ošetrovatelství i v medicíně využívá nejčastěji jako jeden z ukazatelů hodnocení efektivity léčby. K jejímu měření se mohou využívat různé nástroje, které lze rozdělit na generické a specifické“ (Gurková, 2011, s. 116).

Při měření kvality života pacientů s konkrétním onemocněním jsou používány různé individuální nástroje. Problém s určením nejvhodnějšího nástroje může být zaznamenán zejména při jeho výběru pro výzkumné či klinické účely, například při auditu. Výběr nástroje by měl být proveden na základě dostupnosti pro danou skupinu pacientů a podle kritérií určujících jeho vhodnost. Podle odborných přehledů (např. Garratt et al., 2000; Watkins et al., 2004) je klíčová konceptualizace kvality života a účel jejího měření. Zohledňováno by mělo být, jaké oblasti kvality života jsou nástrojem pokryty, zda se jedná o unidimenzionální nebo multidimenzionální přístup, a zda obsahuje obecné či specifické položky. Dále jsou brány v úvahu charakteristiky cílové skupiny a sociokulturní kontext použití (Gurková, 2011, s. 116).

Podle Gurkové je při výběru nástroje klíčové zohlednění relevantních oblastí pro danou skupinu pacientů a jejich sociokulturního prostředí. Důležité je, aby byl nástroj validován na cílové populaci a vycházel z teoretického rámce odpovídajícího účelu výzkumu. Výběr by měl reflektovat i využití nástrojů v obdobných studiích zaměřených na efektivitu podobné intervence, což umožňuje srovnání a zobecnitelnost výsledků. Dále je požadováno, aby nástroj vykazoval dobré psychometrické vlastnosti, zejména validitu, reliabilitu, citlivost na časové změny a různé podskupiny pacientů, a aby byl jazykově i kulturně adaptován na prostředí použití. Rovněž je nezbytné zajistit souhlas autora s použitím nástroje. V ošetrovatelském výzkumu je v současnosti využíváno široké spektrum těchto nástrojů s různým zaměřením a metodologickým zpracováním (Gurková, 2011, s. 117).

Častou kritikou některých studií je používání nástrojů pro měření kvality života bez jasného teoretického ukotvení nebo bez předchozí psychometrické analýzy. Ve většině případů chybí informace o validitě, reliabilitě či citlivosti nástroje. Přitom jsou právě tyto charakteristiky považovány za základní kritéria pro výběr nástroje ve výzkumné praxi (Gurková, 2011, s. 117).

2.3 Kvalita života lidí s duševním onemocněním

S kvalitou života osob s duševním onemocněním je úzce spojována stigmatizace, jež může být příčinou různých forem diskriminace, například na pracovním trhu nebo při snaze o získání odpovídajícího a důstojného bydlení. Stigmatizace těchto osob je považována za významný problém, který je jedním z tematických okruhů reformy psychiatrické péče a kterému je věnována samostatná podkapitola.

Stigmatizace je „proces přiřazení nepravdivých negativních vlastností skupině lidí.“ (Pasz, 2020, s. 542). Na závažnost problému stigmatizace ve vztahu ke kvalitě života je poukazováno také (Winkler in Raboch, 2019, s. 118): „*Stigmatizace a diskriminace mají často horší dopad na kvalitu života než samotné duševní onemocnění.*“

Sebestigmatizace je vnímána jako významný vliv na život lidí s psychickou poruchou, kdy jsou omezováni v práci, samostatnosti a pocitu pohody. Rozdíl mezi stigmatizací a sebestigmatizací je vysvětlen tím, že veřejné stigma je chápáno jako předsudek, který je společností aplikován a vede k diskriminaci, zatímco sebestigmatizace je považována za internalizaci těchto předsudků jednotlivcem. V důsledku toho je snižováno sebevědomí, sebeúcta a sebedůvěra, což je v pracovním prostředí výrazně pozorováno. (Ocisková, 2015, s. 40).

Ke zlepšení kvality života osob s duševními poruchami je nezbytné, aby byla přistupováno komplexně – kromě samotné léčby je kladena důležitost na podporu blízkého okolí, eliminaci stigmatizace a diskriminace a zajištění dostupnosti adekvátní péče a podpůrných služeb. „V oblasti péče o duševně nemocné se kvalita života stala argumentem pro změnu v přístupu k těmto lidem“ (Hnilicová in Payne, 2005, s. 212). Toto je spojováno s faktem, že duševní onemocnění zpravidla nelze zcela vyléčit, a proto je kladen důraz především na zlepšování kvality života těchto osob.

„*U chronických onemocnění se hodnocení kvality života – HRQOL – stává jedním z rozhodujících faktorů při přijímání zásadních strategických rozhodnutí o léčbě a o celkovém přístupu ke konkrétnímu pacientovi i k celé nosologické jednotce*“ (Kalová, 2005, s. 166).

2.4 Reforma psychiatrické péče

Reforma psychiatrické péče je v posledních letech považována za významný projekt zásadně ovlivňující způsob poskytování péče v České republice. Základním východiskem reformy je změna přístupu k psychiatrii, kdy je kladen větší důraz na pacienta, jeho rehabilitaci, sociální začlenění a návrat do běžného života. Prosazuje se komplexní, mezioborový přístup propojující zdravotnickou, psychologickou a sociální složku péče. K zahájení reformních kroků byl motivací rostoucí výskyt duševních onemocnění v populaci; podle WHO došlo mezi lety 2007 a 2017 k nárůstu až o 13 %, což vyvolalo potřebu systémového řešení problematiky duševního zdraví (WHO, 2019; Úřad vlády ČR, 2020). V České republice byla reforma psychiatrické péče po roce 1989 podmíněna změnou politického systému, avšak od 90. let nebyly provedeny zásadní reformní kroky. Systém byl dlouhodobě ovlivněn nedostatečným financováním, materiálním a personálním poddimenzováním a rigidní strukturou. Hlavním cílem reformy, zahájené v roce 2013, je zvýšení kvality života lidí s duševním onemocněním. Klíčové oblasti reformy zahrnují deinstitucionalizaci, rozvoj komunitních služeb a posílení mezioborové spolupráce (Úřad vlády ČR, 2020).

Deinstitucionalizace představuje přesun péče z velkých ústavních zařízení do přirozeného prostředí pacienta. Hospitalizace by měla sloužit pouze k řešení akutních stavů, zatímco zotavení by mělo probíhat v komunitě za podpory ambulantních služeb, terénních zdravotnických pracovníků, sociálních pracovníků a psychologů. Přesto v ČR stále existují psychiatrická zařízení s kapacitou přesahující tisíc lůžek, což je v kontrastu s některými evropskými zeměmi (Fokus Praha, 2024).

S procesem deinstitucionalizace souvisí vznik Center duševního zdraví, která představují klíčový prvek dostupné sítě zdravotně-sociálních služeb. Tato centra, založená na multidisciplinárních terénních týmech, podporují klienty se závažnými duševními onemocněními na cestě k zotavení (ČLS JEP, 2017). Tento relativně nový model péče v českém prostředí navazuje na dřívější formy sociální rehabilitace, ale přináší nové přístupy a inovace v péči.

Další důležitou oblastí reformy je zaměření na včasné intervence, které představují preventivní krok v rámci systému psychiatrické péče. *„Včasné intervence se zaměřují na podporu lidí, u kterých se brzy může rozvinout závažné duševní onemocnění, nebo se již projevilo prvními symptomy“* (VIZDOM, 2021).

Hlavním cílem včasných intervencí je zachycení a řešení duševních onemocnění ještě před jejich plným rozvinutím. Díky včasnému zásahu může být účinněji zmírněn průběh nemoci, snížen její dopad na život jedince a zlepšena prognóza dalšího vývoje. Zvýšena je také pravděpodobnost úspěšného zotavení a snížena potřeba dlouhodobé hospitalizace.

Destigmatizace je považována za klíčovou součást reformy psychiatrické péče, zvláště v kontextu rozvoje komunitního přístupu. Postoje širší společnosti k osobám s duševním onemocněním jsou zásadním faktorem, přičemž předpokládá se, že dostatečná podpora v neformálních vztazích snižuje závislost na formálních sociálních a zdravotnických službách (NÚDZ, 2021).

Účinná podpora osob s duševními poruchami je zajišťována multidisciplinárním přístupem, který zahrnuje spolupráci sociálních pracovníků, lékařů, zdravotních sester, psychologů a peer konzultantů (osob s vlastní zkušeností s duševním onemocněním). Každá profese přináší do péče specifickou odbornost a perspektivu, jejichž propojením je poskytována komplexní a individualizovaná podpora zohledňující zdravotní, sociální i psychologické potřeby klientů. Tento týmový přístup významně přispívá k efektivitě péče a zvyšuje šance na zotavení (ČLS JEP, 2017).

Základním dokumentem reformy psychiatrické péče je Strategie reformy psychiatrické péče (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013), která je strukturována do šesti částí – úvodu, analýzy hlavních problémů, formulace vize a strategických cílů, popisu konkrétních opatření, implementačních plánů a popisu tvorby strategie. Realizace reformy je sledována například v dokumentu „Aktuality – plnění Strategie reformy psychiatrické péče v roce 2019“ (Papežová, 2020), kde je uváděn například přibližně deseti procentní pokles hospitalizací a informace o zřízení center duševního zdraví.

Přestože reforma psychiatrické péče probíhá již několik let a došlo k rozšíření komunitních týmů a služeb, nachází se stále v rané fázi. Komunitní služby jsou nedostatečné, personál chybí a financování zůstává problematické, ačkoliv jsou tyto služby nákladově efektivnější než ústavní péče. Fungování center duševního zdraví je ohroženo zejména po ukončení projektového financování. Slabá koordinace mezi zdravotní a sociální oblastí představuje další zásadní problém (Pasz, 2020).

Reforma je nezbytná také vzhledem k vysoké ekonomické zátěži spojené s duševními poruchami – hospitalizace bývají dlouhé a nákladné, onemocnění často vede k pracovní neschopnosti či invaliditě, což zatěžuje státní rozpočet. Zvýšena je i míra úmrtnosti v této populaci (Pasz, 2020).

II PRAKTICKÁ ČÁST

3 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Pojem kvalita života je v současnosti často zmiňován. Je za ni běžně považováno udržování a zlepšování životních podmínek na co nejvyšší možné úrovni (Payne, 2005). U osob trpících dlouhodobým onemocněním bývá kvalita života obvykle snižována. V rámci této práce je pozornost zaměřena na duševní onemocnění, která jsou vnímána jako faktory komplexně ovlivňující kvalitu života (Zahrada, 2000; 2016).

Pro efektivní podporu osob s duševním onemocněním je nezbytné, aby byly porozuměny faktorům, které kvalitu jejich života ovlivňují, a aby byly identifikovány možnosti jejího zlepšení. Vzhledem ke specifikům duševních poruch nemůže být předpokládáno, že postupy efektivní u zdravé populace nebo osob s jinými diagnózami budou stejně účinné i v této skupině. Klíčovým aspektem je dostupnost podpory, jelikož potřebná pomoc často nemůže být zajištěna samotnými pacienty (Šolcová, 1999). V tomto ohledu je kvalita života úzce spojována s pojmem sociální opory.

Zkoumání kvality života v této cílové skupině bývá považováno za významný přínos pro rozvoj reformy psychiatrické péče, jejíž průběh i výsledky jsou nadále diskutovány odborníky i veřejností. Od reformy bylo často očekáváno více, než co bylo dosud realizováno. Zlepšení kvality života osob s duševním onemocněním je považováno za důležitý nástroj jak pro podporu zotavení, tak pro prevenci. Vyšší kvalita života může přispět ke snížení rizika relapsu, který bývá spojen s komplikacemi při návratu k běžnému životu. V rámci zotavení bývá kvalitní život označován jako předpoklad pro dlouhodobě stabilní stav bez významných symptomů. Porozumění vnímání kvality života těmito osobami je považováno i za prostředek ke zvýšení společenského porozumění a za důležitý krok k destigmatizaci duševních onemocnění.

3.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem této bakalářské práce bylo prozkoumat, jak je kvalita života vnímána osobami s duševním onemocněním. Na základě mnoha předchozích výzkumů, které byly provedeny různými odborníky (např. Masthoff, 2006; Michalak, 2005; Sierra, 2005; Hansoon, 2006; Motlová, 2004; Brosey, 2015), bylo zjištěno, že kvalita života je v důsledku duševního onemocnění snižována. Tyto studie se zaměřovaly na faktory, které k tomuto snížení přispívají.

Výzkumným cílem této práce bylo porovnání kvality života u osob s duševním onemocněním, které jsou hospitalizovány v psychiatrické léčebně či pobytovém zařízení, s těmi, které jsou ubytovány v domácím prostředí a dochází do ambulantního zařízení, tedy jsou již do určité míry začleněny do sociálního prostředí.

Pro účely výzkumu byl použit standardizovaný dotazník Assessment of Quality of Life – AQoL-8D, v českém překladu označovaný jako Hodnocení kvality života související se zdravím.

3.2 Charakteristika výzkumného prostředí

Výzkum kvality života osob s duševním onemocněním ve stacionárním zařízení byl prováděn v Psychiatrické léčebně ve Šternberku po schválení žádosti o provedení výzkumného šetření hlavní sestrou, paní bakalářkou Jaroslavou Kupkovou, v období od června do září roku 2024. V rámci pobytového zařízení byla žádost schválena paní magistrou Lenkou Veselou, sociální pracovnící zařízení Centra sociální pomoci Horizont ve Zlíně. Výzkum v zařízení CSP Horizont ve Zlíně byl realizován v období od března do dubna roku 2025.

Vzhledem k anonymnímu charakteru dotazníků nebyli respondenti rozřazováni podle věku ani pohlaví.

3.3 Metodika výzkumu

Pro účely výzkumné části této práce byla zvolena kvantitativní metoda sběru dat prostřednictvím standardizovaného dotazníku AQoL-8D (Assessment of Quality of Life), který je v českém překladu označován jako Hodnocení kvality života související se zdravím. Tento nástroj je tvořen 35 otázkami rozdělenými do osmi domén: zvládání zátěže, vztahy, samostatné fungování, duševní zdraví, bolest, sebehodnota, smyslové vnímání a štěstí.

Na základě konzultace s hlavní sestrou Psychiatrické léčebny Šternberk a ve spolupráci se staničními sestrami bylo osloveno 35 klientů s duševním onemocněním s žádostí o vyplnění uvedeného dotazníku. Tato skupina byla zařazena do pobytové části výzkumu.

Dalších 35 respondentů bylo požádáno o vyplnění stejného dotazníku v rámci Centra sociální pomoci Horizont ve Zlíně, čímž byla tvořena ambulantní část výzkumu.

Doména zvládání zátěže je zastoupena otázkami dotazníku AQoL-8D 1, 21 a 29.

V doméně vztahy jsou zahrnuty otázky dotazníku AQoL-8D 2, 4, 9, 10, 23 a 34.

Doména samostatné fungování je hodnocena prostřednictvím otázek dotazníku AQoL-8D 3, 15, 19 a 30.

Doména duševní zdraví je zastoupena otázkami dotazníku AQoL-8D 5, 8, 12, 13, 14, 16, 18, 31, 33 a 35.

Doména bolest je zastoupena otázkami dotazníku AQoL-8D 6, 22 a 24.

V doméně sebehodnota jsou zahrnuty otázky dotazníku AQoL-8D 7 a 26.

Doména smyslové vnímání je hodnocena prostřednictvím otázek dotazníku AQoL-8D 11, 28 a 32.

Doména štěstí je zastoupena otázkami dotazníku AQoL-8D 17, 20, 25 a 27.

3.4 Organizace dotazníkového šetření

Se souhlasem paní bakalářky Jaroslavy Kupkové, hlavní sestry Psychiatrické léčebny ve Šternberku, bylo umožněno provedení dotazníkového šetření v tomto zařízení. Pro realizaci výzkumu v ambulantním zařízení Centra sociální pomoci Horizont ve Zlíně, byla o spolupráci požádána paní magistra Lenka Veselá, která v zařízení působí jako sociální pracovnice.

Dotazníkové šetření bylo provedeno anonymně prostřednictvím předání dotazníků odbornému personálu obou zařízení. Dotazníky byly respondenty vyplňovány samostatně, přičemž byla vybrána vždy jedna odpověď, která podle jejich názoru nejlépe vystihovala jejich situaci.

V Psychiatrické léčebně ve Šternberku probíhal sběr dat v období od června do září roku 2024, zatímco v Centru sociální pomoci Horizont ve Zlíně, byl výzkum realizován mezi březnem a dubnem roku 2025. Z každého zařízení bylo získáno 35 kompletně vyplněných dotazníků. Všechny dotazníky byly vyplněny správně a za přítomnosti výzkumníka. Byla dosažena návratnost 100 %. Následně byla všechna data zpracována a vyhodnocena.

3.5 Zpracování získaných dat

Data získaná od respondentů byla zpracována vytvořením tabulky v aplikaci Microsoft Excel 2016 a následně převedena na procenta, aby bylo dosaženo finálních výsledků, které mohly být porovnány s maximální možnou kvalitou života, tedy 100 %. K prezentaci získaných dat byly použity tabulky relativní a absolutní četnosti, kontingenční tabulky a paprskové grafy.

3.6 Deskriptivní analýza výsledků

Jako první budou komparováni klienti, kteří jsou hospitalizováni v psychiatrické léčebně či pobytovém zařízení, s klienty, žijícími v domácím prostředí, kteří docházejí do ambulantního zařízení. Data budou uváděna v procentech a rozčleněna podle jednotlivých domén. Budou znázorněny výsledky vypočítané průměrem a v následující tabulce bude uveden i medián.

Na základě získaných údajů byly porovnány jednotlivé domény kvality života mezi osobami hospitalizovanými v psychiatrické léčebně či pobytovém zařízení a osobami žijícími v domácím prostředí. V každé z osmi domén byly zaznamenány odlišnosti, které poukazují na specifika jednotlivých forem péče.

V oblasti zvládání zátěže byly vyšší hodnoty zaznamenány u osob hospitalizovaných, či pobývajících v pobytové službě (56,7 %) oproti osobám žijícím v domácím prostředí (51 %). Z toho lze usuzovat, že schopnost vyrovnávat se se stresovými situacemi byla vnímána příznivěji u osob hospitalizovaných.

Doména vztahů byla mírně lépe hodnocena u osob žijících v domácím prostředí (69 %) ve srovnání s pobytovou službou či hospitalizovanými klienty (67,2 %). Vyšší skóre mohlo být ovlivněno možností udržování širšího spektra mezilidských kontaktů v přirozeném sociálním prostředí.

U domény samostatného fungování byl zaznamenán výrazný rozdíl ve prospěch osob žijících doma (79 %), zatímco u osob hospitalizovaných činila tato hodnota 65 %. Vyšší míra samostatnosti v domácím prostředí je připisována potřebě zvládat běžné úkoly a větší osobní zodpovědnosti.

V oblasti duševního zdraví byly příznivější výsledky zaznamenány u hospitalizovaných osob (62 %) oproti osobám žijícím doma (55 %). Tento výsledek může

být interpretován jako pozitivní dopad odborné péče a stabilního režimu poskytovaného ve stacionárním, či pobytovém zařízení.

U domény bolest byly vyšší hodnoty dosaženy v domácím prostředí (72 %) ve srovnání s pobytovou službou či hospitalizací (66 %). Tento rozdíl může být připisován odlišnostem v subjektivním vnímání bolesti nebo v přístupu k jejímu zvládnutí.

Doména sebehodnoty byla lépe hodnocena hospitalizovanými osobami (59 %) než osobami v domácím prostředí (54 %), což může být spojeno s intenzivnějším terapeutickým vedením a zpětnou vazbou v pobytové službě.

V oblasti smyslového vnímání byly mírně vyšší hodnoty zaznamenány u osob v domácím prostředí (74 %) než v pobytové službě či stacionárním zařízení (72 %). Rozdíl zde nebyl výrazný, přesto může být interpretován jako známka mírně lepšího fyzického stavu nebo komfortu v domácím prostředí.

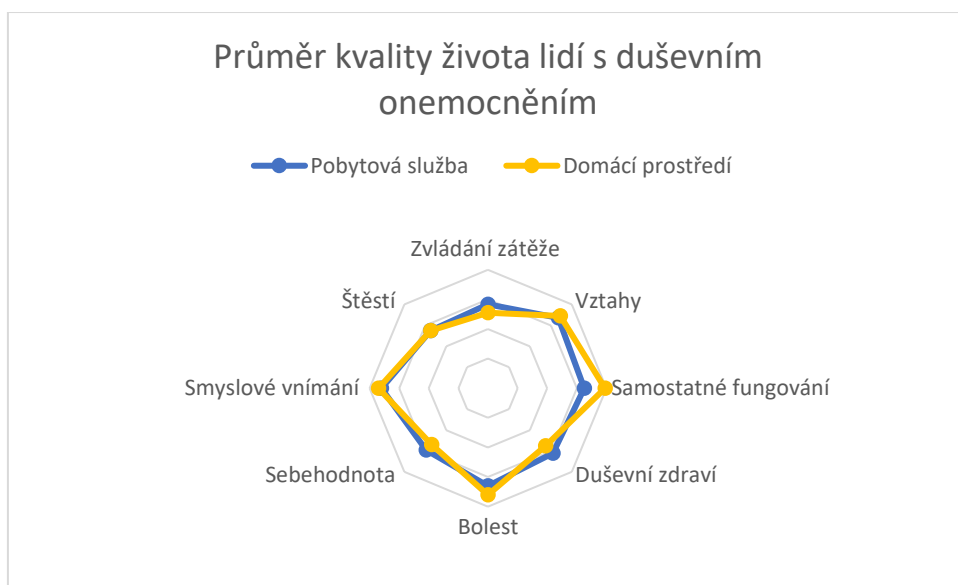
U domény štěstí byly hodnoty shodné v obou skupinách (55 %), což může být považováno za důkaz obecně nízké míry subjektivního pocitu štěstí napříč oběma typy prostředí, nezávisle na formě péče.

Celkově lze konstatovat, že lepších výsledků bylo dosaženo ve vybraných oblastech u osob hospitalizovaných a u osob docházejících do pobytového zařízení, zejména v oblasti duševního zdraví, zvládnutí zátěže a sebehodnoty, zatímco vyšší skóre bylo zaznamenáno u osob žijících doma zejména v oblastech fyzického zdraví a samostatnosti. Tyto rozdíly poukazují na specifika a přínosy obou typů péče a naznačují potřebu jejich vhodného kombinování či individualizace dle potřeb klientů.

Tabulka 1: Komparace kvality života lidí hospitalizovaných v pobytovém zařízení versus žijících v domácím prostředí – Průměr

Domény	Pobytová služba	Domácí prostředí
Zvládání zátěže	56,7 %	51 %
Vztahy	67,2 %	69 %
Samostatné fungování	65 %	79 %
Duševní zdraví	62 %	55 %
Bolest	66 %	72 %
Sebehodnota	59 %	54 %
Smyslové vnímání	72 %	74 %
Štěstí	55 %	55 %

(zdroj: vlastní)



Graf 1: Komparace znázorněná průměrem

Na základě údajů byly analyzovány rozdíly v jednotlivých doménách kvality života mezi osobami hospitalizovanými v psychiatrické léčebně či žijících v pobytovém zařízení a osobami žijícími v domácím prostředí, které využívají ambulantní péči. Srovnání bylo provedeno v rámci osmi domén nástroje AQoL-8D, přičemž jako ukazatel střední úrovně vnímání kvality života byla použita mediánová hodnota.

U domény zvládání zátěže byl vyšší medián zaznamenán u osob hospitalizovaných v psychiatrické léčebně a osob žijících v pobytovém zařízení (58 %) oproti osobám docházejícím do ambulantního zařízení (50 %). Tento výsledek může být interpretován jako důkaz, že pobytová forma péče přispívala k lepšímu vyrovnávání se se stresovými situacemi.

V doméně vztahů byl medián vyšší u osob hospitalizovaných (73 %) než u osob žijících doma (70 %). Tato skutečnost je chápána jako známka pozitivněji vnímané kvality mezilidských vztahů v rámci pobytového zařízení.

Naopak v doméně samostatného fungování byl vyšší medián zaznamenán u osob žijících v domácím prostředí (84 %) ve srovnání s hospitalizovanými osobami (68 %). Tento rozdíl je připisován větší míře autonomie, která je přirozeně vyžadována v domácím prostředí.

V oblasti duševního zdraví byl medián rovněž vyšší u osob hospitalizovaných a osob žijících v pobytovém zařízení (64 %) než u ambulantních klientů (59 %), což může být vysvětleno příznivým vlivem strukturované podpory a terapeutického vedení v pobytovém zařízení.

U domény bolest byl vyšší medián zjištěn u osob žijících v domácím prostředí (72 %) oproti osobám hospitalizovaných (64 %), což je chápáno jako odraz rozdílů ve vnímání nebo zvládání bolesti mezi těmito skupinami.

Výraznější rozdíl byl zjištěn u domény sebehodnoty, kde byl medián u osob hospitalizovaných v psychiatrické léčebně a osob žijících v pobytovém zařízení 63 %, zatímco u ambulantních klientů pouze 50 %. Vyšší pocit vlastní hodnoty je přisuzován terapeutickému přístupu nebo podporujícímu prostředí zařízení.

U domény smyslového vnímání byl vyšší medián zaznamenán u osob žijících v domácím prostředí (76 %) oproti hospitalizovaným osobám (69 %), což může být vnímáno jako odraz mírně lepšího fyzického stavu nebo subjektivní pohody v přirozeném prostředí.

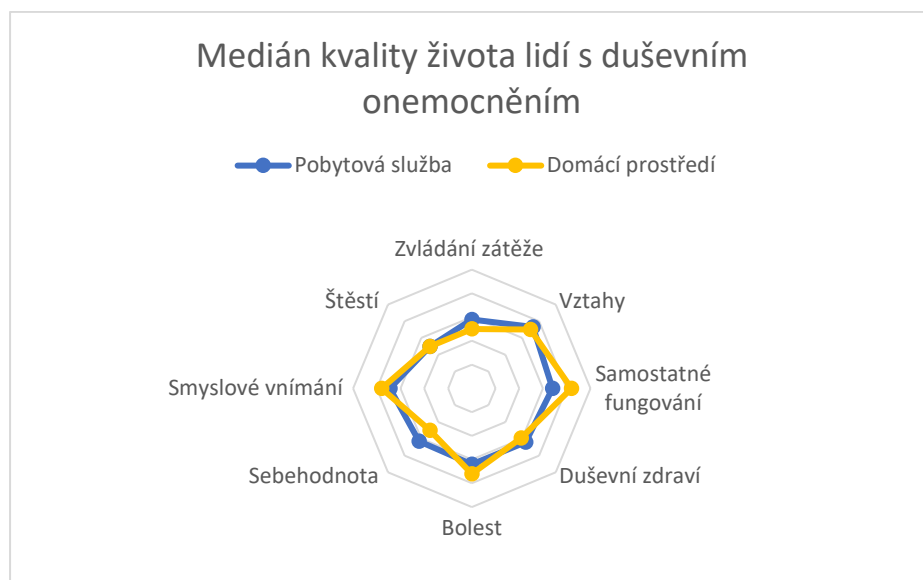
Doména štěstí byla oběma skupinami hodnocena shodně (medián 50 %), což může být interpretováno jako důkaz celkově nižšího subjektivního pocitu štěstí bez ohledu na formu poskytované péče.

Z uvedených výsledků je vyvozen závěr, že mediánové hodnoty poukazují na rozdílné vnímání kvality života v závislosti na typu služby. Vyšších hodnot bylo dosaženo u osob v pobytové službě zejména v oblasti duševního zdraví, zvládání zátěže, sebehodnoty a vztahů.

Naproti tomu vyšší mediány v doménách samostatného fungování, bolesti a smyslového vnímání byly zaznamenány u klientů využívajících ambulantní služby. Tyto rozdíly jsou považovány za odraz specifik obou typů služeb a za podklad pro význam jejich vzájemného doplňování podle potřeb jednotlivce.

Tabulka 2: Komparace kvality života lidí hospitalizovaných v pobytovém zařízení versus žijících v domácím prostředí – Medián

Domény	Pobytová služba	Domácí prostředí
Zvládání zátěže	58 %	50 %
Vztahy	73 %	70 %
Samostatné fungování	68 %	84 %
Duševní zdraví	64 %	59 %
Bolest	64 %	72 %
Sebehodnota	63 %	50 %
Smyslové vnímání	69 %	76 %
Štěstí	50 %	50 %



Graf 2: Komparace znázorněná mediánem

4 DISKUSE

V této bakalářské práci bylo prostřednictvím standardizovaného nástroje AQoL-8D zjišťováno, jak je kvalita života osob s duševním onemocněním vnímána ve dvou různých typech prostředí – ve stacionárním zařízení a pobytových zařízeních, oproti domácímu prostředí s docházkou do ambulantního zařízení. Výsledky byly interpretovány pomocí průměrných i mediánových hodnot, které umožnily detailnější pohled na jednotlivé oblasti života, jak jsou prožívány cílovou skupinou respondentů.

Rozdíly napříč jednotlivými doménami byly identifikovány a naznačily, že kvalita života není u osob s duševním onemocněním homogenně vnímána, ale je výrazně ovlivňována prostředím, ve kterém je péče poskytována. Vyšší hodnoty byly zaznamenány u osob hospitalizovaných v psychiatrické léčebně a osob žijících v pobytovém zařízení, zejména v doménách duševního zdraví, zvládání zátěže, vztahů a sebehodnoty. Tento výsledek je vysvětlován intenzivnější podporou, strukturou dne, pravidelnou péčí multidisciplinárního týmu a možností stabilního terapeutického kontaktu. Klientům v těchto zařízeních je poskytována komplexní pomoc zahrnující medikaci, psychoterapeutickou, sociální a ošetrovatelskou intervenci, což se pozitivně odráží ve výsledcích.

Naopak vyšší hodnoty byly zaznamenány u osob žijících v domácím prostředí s ambulantní docházkou v doménách samostatného fungování, bolesti a smyslového vnímání. Vysoký medián v oblasti samostatného fungování je interpretován jako důsledek každodenního zvládání rutinních činností bez přímé opory institucí. Tito respondenti byli konfrontováni s běžnými výzvami v přirozeném prostředí, což jim umožnilo větší míru autonomie. Rozdíly v doménách bolesti a smyslového vnímání jsou považovány za ovlivněné fyzickým stavem a subjektivním komfortem spojeným s vlastním domovem.

Hodnoty v doméně štěstí byly u obou skupin shodné, což může být vnímáno jako varovný signál, že navzdory odlišné formě poskytované péče nebyl zaznamenán rozdíl v subjektivní míře štěstí. Tento jev je připisován dopadům samotné diagnózy, dlouhodobému zatížení stigmatem nebo nedostatku smysluplného sociálního uplatnění.

Zjištěné výsledky jsou v souladu se zahraničními studiemi, kde bylo opakovaně potvrzeno, že kvalita života osob s duševním onemocněním bývá narušena ve více oblastech, a že různé formy intervence mohou některé z těchto oblastí zlepšit. Například podle

výzkumu Hansoona (2006) může být kvalita života pozitivně ovlivněna pravidelnou strukturou dne a bezpečným prostředím, zatímco Michalak (2005) upozorňuje na význam zapojení do běžné společnosti a udržování funkčních mezilidských vztahů.

Limitace této studie spočívala zejména v nedefinování věkového rozpětí respondentů a jejich neredukování podle pohlaví, což mohlo ovlivnit interpretaci některých výsledků. Dále je třeba zohlednit, že hodnocení kvality života bylo prováděno formou sebehodnocení, které mohlo být ovlivněno aktuálním psychickým stavem respondentů, jejich schopností porozumět dotazníku či individuálním vnímáním reality. Přestože byly tyto faktory minimalizovány vytvořením podpůrného prostředí při vyplňování dotazníků, jejich vliv nelze zcela vyloučit.

Na základě zjištěných výsledků bylo formulováno několik doporučení pro praxi:

- Doporučuje se zohledňování individuálních potřeb klientů při výběru typu péče. Některým osobám s duševním onemocněním může být více vyhovována pobytová forma s vyšší mírou podpory a struktury, zatímco jiným může být více prospěšné zachování autonomie v domácím prostředí s pravidelnou ambulantní podporou.
- Měla by být podporována kombinace obou forem péče – například formou stacionární docházky, chráněného bydlení či komunitních center, která jsou využívána jako most mezi hospitalizací a plnou integrací do společnosti.
- Měl by být kladen důraz na rozvoj vztahových kompetencí a podporu mezilidských vztahů, a to nejen v pobytových, ale i ambulantních službách. Vytváření prostoru pro společenské interakce je doporučováno jako prostředek ke zvýšení subjektivního pocitu sounáležitosti a sebehodnoty.
- Doporučuje se systematická práce s doménou štěstí, například prostřednictvím aktivit zaměřených na hledání smyslu, pozitivní prožívání a seberealizaci. Tato doména byla identifikována jako oblast s nízkým hodnocením bez ohledu na typ služby.
- Doporučuje se další vzdělávání pracovníků v oblasti individuální práce s klienty a zvyšování povědomí o psychosociálních aspektech duševního zdraví.
- Měly by být podporovány longitudinální studie sledující vývoj kvality života v čase a identifikující faktory, které ji ovlivňují nejvýznamněji.

Získané výsledky poukazují na význam individualizace péče a nutnost komplexního přístupu, který zahrnuje nejen léčbu, ale také psychosociální podporu a integraci do přirozeného prostředí. Formy péče by měly být nastavovány flexibilně, s ohledem na měnící se potřeby klientů, s cílem zvyšovat jejich subjektivní kvalitu života a podporovat zotavení.

ZÁVĚR

V této bakalářské práci byla věnována pozornost kvalitě života osob s duševním onemocněním, přičemž hlavní důraz byl kladen na rozdíly mezi klienty hospitalizovanými v psychiatrické léčebně a klienty žijících v pobytovém zařízení, s klienty využívajícími ambulantní péči, žijících v domácím prostředí. Výzkumné šetření bylo provedeno za použití standardizovaného nástroje AQoL-8D, jehož prostřednictvím byly hodnoceny klíčové domény života související se zdravím.

Na základě analýzy výsledků byly mezi skupinami respondentů zaznamenány významné rozdíly. Bylo zjištěno, že kvalita života byla v některých oblastech, jako je zvládání zátěže, duševní zdraví a sebehodnota, lépe hodnocena hospitalizovanými osobami. Tyto skutečnosti jsou přičítány vyšší míře terapeutické podpory, pravidelnému režimu a profesionální péči, která je v pobytovém zařízení poskytována.

Naopak u osob žijících v domácím prostředí a docházejících do ambulantního zařízení byly zaznamenány vyšší hodnoty v doménách samostatného fungování, bolesti a smyslového vnímání. Tento výsledek je interpretován jako důsledek větší autonomie, každodenního zvládání běžných životních situací a možného fyzického komfortu spojeného s domácím prostředím.

Doména vztahů byla hodnocena poměrně vyrovnaně, s mírným zvýhodněním jedné či druhé skupiny podle konkrétních ukazatelů (průměr vs. medián). V doméně štěstí nebyly mezi skupinami zaznamenány žádné výrazné rozdíly – celkové skóre zde zůstalo spíše nízké. Tato skutečnost poukazuje na obecně nízký subjektivní pocit štěstí napříč oběma typy péče, což na základě sníženého kontaktu s realitou, může mít přímý dopad na kvalitu života osob s duševním onemocněním.

Bylo zjištěno, že forma poskytované péče může mít přímý dopad na kvalitu života osob s duševním onemocněním. Výsledky výzkumu potvrdily, že kvalita života osob s duševním onemocněním je ovlivňována nejen samotným onemocněním, ale také prostředím, v němž je péče poskytována. Tímto bylo přispěno k hlubšímu porozumění potřebám této cílové skupiny a bylo poukázáno na důležitost koordinace mezi odbornou péčí a každodenním fungováním jednotlivce.

Lze shrnout, že přestože byla kvalita života ve vybraných doménách hodnocena různě v závislosti na typu poskytované péče, byla zjištěna jednoznačná potřeba systémové podpory, která kombinuje výhody obou přístupů. Na základě sníženého kontaktu s realitou bylo dospěno k závěru, že tato skutečnost může mít přímý dopad na kvalitu života osob s duševním onemocněním. Touto prací bylo přispěno k mapování kvality života lidí s duševním onemocněním v konkrétním českém kontextu a bylo upozorněno na oblasti, kde může být intervenováno s cílem zlepšení celkové životní spokojenosti a duševní pohody této zranitelné skupiny obyvatelstva.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ČLS JEP, 2017. *Malý průvodce reformou psychiatrické péče*. Online. Dostupné z: [https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-](https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Mal%C3%BD%20pr%C5%AFvodce%20reformou%20psychiatrick%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8De.pdf)

03/Mal%C3%BD%20pr%C5%AFvodce%20reformou%20psychiatrick%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8De.pdf [cit. 2025-05-20].

DUŠEK, Karel a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena, 2010. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Psyché. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1620-6.

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

DEFAR, Semira; ABRAHAM, Yacob; RETA, Yared; DERIBE, Bedilu; JISSO, Meskerem et al., 2023. *Health related quality of life among people with mental illness: The role of socio-clinical characteristics and level of functional disability*. Online. *Front Public Health.*, No. 16; 11:1134032. Dostupné z: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1134032>. PMID: 36875411; PMCID: PMC9978447.). [cit. 2025-05-27].

FOKUS PRAHA. *Proč je potřeba reforma psychiatrické péče v ČR?* Online.

Dostupné z:

https://fokus-praha.cz/index.php/cz/?option=com_content&view=article&id=187:proc-je-potreba-reforma-psychiatricke-pece-v-cr&catid=2:uncategorised [cit. 2025-05-27].

GURKOVÁ, Elena, 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Sestra. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3625-9.

HOSÁK, Ladislav; HRDLIČKA, Michal; BAŽANT, Jan; BAŽANTOVÁ, Věra; BUŠKOVÁ, Jitka et al., 2017. *Psychiatry and Pedopsychiatry*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3392-3.

HUDÁKOVÁ, Anna a MAJERNÍKOVÁ, Ludmila, 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Sestra. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4772-9.

JANÁČEK, Julius, 2022. *Statistika jednoduše: průvodce světem statistiky*. Praha: Grada Publishing. ISBN 9788027117383.

KALOVÁ, Hana; Petr, Petr.; Soukupová, Alexandra. a Vondrouš, Pavel, 2005. *Kvalita života u chronických onemocnění ve světle novějších modelů zdraví a nemoci*. Klin Farmakol. Online. Dostupné z <https://www.solen.cz/pdfs/far/2005/03/08.pdf>. [cit. 2025-05-27].

KUČEROVÁ, Helena, 2013. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-8879-1.

MALÁ, Eva a PAVLOVSKÝ, Pavel, 2010. *Psychiatrie*. Vydání druhé. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-723-7.

NÚDZ. *Projekt VIZDOM*. Online. Dostupné z <https://vizdom.cz/> [cit. 2025-05-27].

OCISKOVÁ, Marie a PRAŠKO, Ján, 2015. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Psyché: Grada. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5199-3.

PAPEŽOVÁ, Hana, 2023. *Naléhavé stavy v psychiatrii*. 2. vydání. Jessenius. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-762-4.

PASZ, Jiří a Adéla PLECHATÁ, 2020. *Normální šílenství: rozhovory o duševním zdraví, léčbě a přístupu k lidem s psychickým onemocněním*. Brno: Host. ISBN 978-80-275-0389-6.

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

POLÁCH, Ladislav, 2016. *Příručka duševního zdraví: 25 příběhů z psychiatrické ambulance*. Bílovice: SYMEDIS PRO. ISBN 978-80-906230-0-2.

PRAŠKO, Ján; LÁTALOVÁ, Klára a KAMARÁDOVÁ, Dana, 2015. Suicidialita u psychických poruch. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-9049-7.

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

RABOCH, Jiří, 2019. *Duševní zdraví a životní styl: psychiatrie životním stylem*. Edice postgraduální medicíny. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-5501-7.

SAAVEDRA, Javier; BRZESKA, Joanna; MATÍAS-GARCÍA, Jose Antonio a ARIAS-SÁNCHEZ, Samuel, 2023. *The British Psychological Society*. Vol. 14 February 2023.

SVOBODA, Mojmir; ČEŠKOVÁ, Eva a KUČEROVÁ, Hana, 2012. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. 2 vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0216-5.

ŠOLCOVÁ, Iva, 1999. *Sociální opora jako významný protektivní faktor*.

Československá psychologie. Praha. Roč. 43, č. 1. Online.

Dostupné z [file:///C:/Users/barbo/Downloads/soubor-517%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/barbo/Downloads/soubor-517%20(1).pdf) [cit. 2025-05-27].

ÚŘAD VLÁDY ČR, 2020. Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030.

Online.

Dostupné z <https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2020/01/N%C3%A1rodn%C3%AD-ak%C4%8Dn%C3%AD-pl%C3%A1n-pro-du%C5%A1evn%C3%AD-zdrav%C3%AD-2020-2030.pdf>. [cit. 2025-05-27].

ZAHRADA 2000, z. s. 2016. *Metodika pro měření dopadu multidisciplinární péče na zdravotně-sociální stav osob s duševním onemocněním*. Online.

Dostupné z <https://www.zahrada2000.cz/storage/module-349/metodika-pro-mereni-dopadu-multidisciplinaripece-s-ts-1520438965.pdf>. [cit. 2025-05-27]

ŽALUDEK, Adam, 2020. Management kvality a rizik psychiatrické péče. Praha: Grada.
ISBN 978-80-271-2275-2.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Komparace kvality života lidí hospitalizovaných v pobytovém zařízení versus žijících v domácím prostředí – Průměr **Chyba! Záložka není definována.**

Tabulka 1: Komparace kvality života lidí hospitalizovaných v pobytovém zařízení versus žijících v domácím prostředí – Průměr 38

Tabulka 2: Komparace kvality života lidí hospitalizovaných v pobytovém zařízení versus žijících v domácím prostředí – Medián 40

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ADHD	Porucha pozornosti s hyperaktivitou
AQoL-8D	Assessment of Quality of Life
CSP	Centrum sociální pomoci
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČR	Česká republika
DSM	Diagnostický a statistický manuál duševních poruch
EKT	Elektrokonvulzivní terapie
GABA	Kyselina gama-aminomáselná
HRQOL	Kvalita života související se zdravím.
ICD	Mezinárodní klasifikace nemocí
NMDA	Látky, které blokují NMDA receptory v mozku
NMS	Neuroleptický maligní syndrom
NÚDZ	Nežádoucí účinky léčiv
QALY	Rok života vážený podle kvality
SWB	Subjektivní pocit blaha
WHO	Světová zdravotnická organizace
WHOQOL	Nástroj Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života.