

Kvalita života lidí s duševním onemocněním v návaznosti na služby Klubu v 9

Jana Křížková

Bakalářská práce
2007



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2006/2007

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jana KRÍŽKOVÁ**

Studijní program: **B 7507 Specializace v pedagogice**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Kvalita života lidí s duševním onemocněním
v návaznosti na služby poskytované centrem
denních služeb**

Zásady pro vypracování:

Zpracování teoretických východisek pro praktickou část práce

Charakteristika výzkumného souboru

Provedení kvalitativního výzkumu formou rozhovoru

Zpracování a vyhodnocení výsledků výzkumu

Přijetí odpovídajících závěrů



Rozsah práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

Křivohlavý, J. Psychologie zdraví. Praha. Portál 2003.

Kalina, K. Jak žít s psychózou. Praha. Portál 2001.

Malá, E., Pavlovský, P. Psychiatrie. Praha. Portál 2002.

Miovský, M. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha. Grada 2006.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Jarmila Celá**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce: **23. února 2007**

Termín odevzdání bakalářské práce: **25. května 2007**

Ve Zlíně dne 23. února 2007


Ing. Jitka Chudarová
pověřená děkanka




prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
ředitel ústavu

ABSTRAKT

Abstrakt česky

Tato práce je zaměřena na problematiku lidí s duševním onemocněním a kvalitu jejich života. V praktické části poskytuje náhled na rozdělení onemocnění, možnosti léčby a péče a dále na kvalitu života jako fenomén. V praktické části analyzuje to, co považují uživatelé konkrétního zařízení za nezbytné pro kvalitní život a jak jim v tom může být zařízení nápomocno.

Klíčová slova:

Duševní onemocnění, lidé s duševním onemocněním, psychóza, porucha osobnosti, schizofrenie, mentální retardace, psychiatrická péče, sociální služby, psychoterapie, rodinná terapie, svépomocná skupiny, kvalita života, kvalitativní výzkum.

ABSTRACT

Abstrakt ve světovém jazyce

This work is concentrated on problems of people with mental disease and on their quality of life. It provides an opinion of disease allocation, possibilities of treatment and care and the quality of their life as a phenomenon in its theoretical part. In the practical part of the work it analyses what the clients of certain centre consider to be necessary for the qualitative life and how the centre can help them with it.

Keywords:

Disease mental (disorder), people with disease mental, psychosis, personality disorder, schizophrenia, mental treatment, social service, psychotherapy, family therapy, friendly societies, quality of life, qualitative research

Poděkování, motto

Děkuji konzultantce Mgr. Jarmile Celé za její pomoc při zpracování práce a dále uživatelům Klubu v 9, kteří mi poskytli cenné informace.

Motto:

„Kvalita sama je hodnotou, je zážitkovým vztahem, reflexí nad vlastní existencí. Je nesourodým srovnáním a motivací (hybnou silou) žít.“ (Křivohlavý, 2002, s. 164.)

OBSAH

ÚVOD	7
I TEORETICKÁ ČÁST	9
1 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ	10
1.1 ROZDĚLENÍ DUŠEVNÍCH NEMOCÍ	10
1.2 SCHIZOFRENIE JAKO FENOMÉN	12
1.3 MOŽNOSTI PÉČE O OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	17
1.3.1 Lékařská péče	17
1.3.2 Sociální služby pro osoby s duševním onemocněním.....	19
1.3.3 Psychoterapie.....	20
1.3.4 Rodinná terapie	21
1.3.5 Svépomocné skupiny.....	21
2 KVALITA ŽIVOTA	22
2.1 KVALITA ŽIVOTA LIDÍ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	25
II PRAKTICKÁ ČÁST	28
3 KVALITA ŽIVOTA V PRAXI	29
3.1 POPIS VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU.....	29
3.2 POPIS VYBRANÉHO ZAŘÍZENÍ	29
3.3 POPIS CÍLOVÉ SKUPINY	31
3.4 CÍL	31
3.5 VOLBA STRATEGIE, METOD A TECHNIK	32
3.5.1 Metody	32
3.5.2 Metoda výběru.....	34
4 VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ	35
4.1 ANALÝZA VNÍMÁNÍ KVALITY ŽIVOTA	35
4.1.1 Osoby se schizofrenií	36
4.1.2 Osoby s poruchou osobnosti	37
4.1.3 Osoby s mentální retardací.....	38
4.1.4 Srovnání jednotlivých skupin.....	39
4.2 VÝSLEDKY PRŮZKUMU V SOUVISLOSTI S MOŽNOSTMI ZAŘÍZENÍ.....	40
ZÁVĚR	42
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	43
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	45
SEZNAM OBRÁZKŮ	46
SEZNAM TABULEK	47
SEZNAM PŘÍLOH	48

ÚVOD

Život v naší době je nestále ovlivňován kvalitou, ať již skutečnou nebo domnělou. Všichni chceme žít kvalitně. Co však dává našemu bytí onu pověstnou kvalitu? Jen stěží lze na tuto otázku odpovědět tak, aby odpověď měla obecnou platnost. Kvalita je velmi subjektivní a záleží na každém jedinci, jak ji chápe a co se pro něj pod tímto pojmem skrývá.

Když jsem přemýšlela o tématu své práce, věděla jsem, že by se měla nějakým způsobem dotýkat problematiky lidí s duševním onemocněním, kteří jsou již čtyři roky mojí cílovou skupinou. Stále je zřejmé, že právě tato skupina lidí je velmi tabuizovaná ve většinové společnosti a je opředena řadou mýtů, které pramení z neznalosti a strachu.

Při hledání konkrétního tématu jsem si sama uvědomila, jak jsem i já ovlivněna kvalitou. A sice kvalitou sociálních služeb, která je zvláště v poslední době alfou i omegou. Všichni poskytovatelé pracují na zavádění standardů kvality, všichni chtějí poskytovat kvalitní služby. Je to jistě velmi chvályhodné a v současné době i povinné, neboť nám to ukládá i zákon. Čím více pracujeme na standardech a vypracováváme řadu metodik, podle kterých budeme službu poskytovat, tím častěji mne napadá, zda se nám za vším naším snažením neztrácí konkrétní uživatel služby. Ač se všichni snažíme dodržovat individuální přístup k uživatelům, občas se bojím, že právě díky všemu snažení na svoje uživatele nemáme tolik času, kolik je ho třeba.

V té chvíli mě napadlo, že bych svoji práci mohla směřovat přímo k uživatelům svého zařízení. A protože bych byla velmi ráda, aby námi poskytované služby byly opravdu kvalitní a v souladu s potřebami těch, kteří je využívají, rozhodla jsem se, že se zaměřím na naše uživatele a jejich názory. A to tak, že se pokusím zjistit, co je pro ně v životě důležité, co považují za nezbytné pro kvalitní prožití života.

Vím, že nejsme schopni naplnit všechna přání a potřeby uživatelů a ani by to asi nebylo v souladu s posláním zařízení. Mnohdy však můžeme být nápomocni, zlepšovat a rozvíjet schopnosti a dovednosti, být tréninkovou laboratoří, ve které si tito lidé mohou vyzkoušet to, co je čeká v běžném životě.

Svoji práci jsem rozdělila na několik částí – v teoretické stati jsem se pokusila ve stručnosti popsat co je duševní onemocnění, jak můžeme duševní onemocnění rozdělit. Nejvíce prostoru jsem věnovala schizofrenii a to proto, že nejvíce našich uživatelů onemocnělo právě touto nemocí. Tato kapitola obsahuje, kromě popisu schizofrenie a jejích příznaků, také možnosti léčby.

Dále jsem se snažila popsat možnosti péče o osoby s duševním onemocněním v České republice a to jak péči zdravotní tak sociální. Sociální služby jsou od nového roku ovlivněny zákonem o sociálních službách a jeho prováděcí vyhláškou, proto jsem věnovala prostor také dopadu zákona na péči o osoby s duševním onemocněním. Důležitým zdrojem péče je i rodina a svépomocné skupiny, které by neměly zůstat opomenuty. Jejich působení u nás se začíná rozšiřovat a tvoří nedílnou součást péče.

Ve druhé kapitole jsem se zabývala pojmem kvalita života jako takového. Jedná se především o teoretické ukotvení pojmu a náhled různých autorů na tento pojem. Další část se pak zbývá přímo kvalitou života lidí s duševním onemocněním. Zde jsem věnovala prostor ukotvení jejich práv, tak jak k nim přistupuje Česká republika a také jsem zde zmínila některé subjekty, které jsou významnými činiteli na poli práv osob s duševním onemocněním.

V praktické části jsem se soustředila na popis výzkumného problému a stanovení cíle výzkumu. Krátce jsem zde popsala zařízení, jehož uživatele jsem oslovila v rámci výzkumu. Je zde definována cílová skupina, metody a strategie výzkumu.

Ve čtvrté kapitole jedná o vlastní analýzu dokumentů, které jsem získala během kvalitativního výzkumu, rozbor jednotlivých kategorií a přijetí závěrečných stanovisek.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ

Nemoci je možné rozumět jako stavu nerovnováhy, na jehož uvedení do původního stavu nestačí vlastní zdroje. Odborníci, kteří jsou kompetentní pro určitou nemoc, disponují na jedné straně možnostmi nemoc určovat, navrhnout pacientovi způsob řešení a s jeho pomocí jej provádět; na druhé straně může být jejich péče úspěšná jen tehdy, když se podaří s jistou dávkou skromnosti dbát na autoregulační sféru individua, ocenit ji a také získat pacienta k aktivní spolupráci (Rahn, Manhfofpf, 2000, s.13). U nemocí „duše“ platí zmínka o aktivní spolupráci pacienta dvojnásob.

Duševní onemocnění lákalo ke zkoumání již naše předky, zejména kvůli „tajemstvím“, kterými bylo opředeno. V některých kulturách byli lidé s duševním onemocněním uctíváni, jako opatření nadpřirozenými silami, jinde byli vyhnáni na okraj společnosti, jako osoby naprosto nežádoucí. Ráda bych na dalších stránkách uvedla základní informace o duševním onemocnění, jeho dělení a popisu jednoho z nejzávažnějších duševních onemocnění.

1.1 Rozdělení duševních nemocí

V praxi s setkáváme s nejrůznějším rozdělením duševních nemocí. V psychiatrii se postupuje podle Mezinárodní klasifikace nemocí (v současné platné 10. revizi, zkratka MKN-10). Duševní nemoci jsou označeny kódy, které začínají písmenem F.

Tabulka č. 1. Rozdělení duševních chorob (Malá, 2002, s.133).

F00-F09	Organické duševní poruchy včetně symptomatických
F10-F19	Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek
E20-F29	Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy
F30-F39	Poruchy nálad – afektivní poruchy
F40-F49	Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy
F50-F59	Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
F60-F69	Poruchy osobnosti a chování u dospělých

F70-F79	Mentální retardace
F80-F89	Poruchy psychického vývoje
F90-F98	Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci

Dále se můžeme v literatuře setkat s dalším dělením, které se neodkazuje na MKN-10, ale vychází z původu nemoci, případně poruchy. Základem je rozdělení na nemoci a poruchy, přičemž nemoci jsou ty, které přicházejí až v průběhu života a je zde jistá možnost uzdravení, zatímco s poruchou se člověk rodí, případně vzniká ve velmi raném věku a tvoří určitý rys osobnosti, který se nedá vymazat. Podle této teorie se duševní onemocnění dělí do tří základních kategorií – *neurózy, psychózy a poruchy osobnosti*.

Neuróza nevytváří „jiný svět“; neurotik žije v „normálním světě“, pouze některá jeho místa, osoby a situace jakoby se přibarvovala podle vnitřních potřeb a přání. Díky tomu mívá přirozená řešení a dostává se do konfliktů. Trpí úzkostí, depresivními rozlady, strachem z určitých situací, nutkavými myšlenkami, únavou, předrážděností nebo tělesnými obtížemi, které mu kontakt se světem komplikují, ale neoddělují ho.

Pro *poruchy osobnosti* byl dříve používán název psychopatie. Ve své podstatě se nejedná o nemoc s ohraničeným začátkem, ale o celoživotně se vyvíjející odchylku v uspořádání osobnosti, nesoulad mezi jejími jednotlivými složkami a jejími vztahy k okolí. Některé povahové rysy jsou nepříznivě zvýrazněny, jiné jakoby naopak chyběly.

Psychóza je složené slovo řeckého původu – „*psyché*“ – duše a „*óza*“ – v medicíně překládaná jako nemoc – tedy „*nemoc duše*“. Psychóza zásadně mění způsob, jakým člověk prožívá sám sebe, druhé lidi a svět, v němž s nimi žije. Společný svět ustupuje do pozadí a na jeho místo se dostává svět přeludů a fantazií. nemocný se v něm uzavírá, odtrhává se od druhých lidí a jejich realita se mu stává cizí (Kalina, 2001, s.16).

Pro potřeby této práce se budeme psychózou zabývat podrobněji. Jedná se zejména o funkční psychózy, k nimž řadíme především schizofrenii a psychózy schizofrenního a mani-depresivního okruhu. Ty na rozdíl od organických a toxických psychóz nedoprovází zjiitelné poškození nebo ovlivnění mozkové tkáně. Nemoc je vyjádřena jako porucha funkcí centrální nervové soustavy a sociálního pole.

1.2 Schizofrenie jako fenomén

Největší prostor jsem se na tomto místě rozhodla věnovat schizofrenii a to zejména proto, že nejvíce uživatelů z výzkumného souboru onemocnělo právě schizofrenií.

Dějiny psychiatrie nejsou tak úzce propojeny s žádnou jinou nemocí jako se schizofrenií. Ta je nejčastější a nejzávažnějším onemocněním tohoto typu. Proto jí budu nyní věnovat největší prostor. A to i z toho důvodu, že ostatní psychózy se mohou projevovat podobnými příznaky, přinášet stejné problémy a také léčba je velmi podobná

Pojem byl zaveden v roce 1908 švýcarským psychiatrem E. Bleulerem. Ten přehodnotil pojetí E. Kraepelina, který shrnul řadu psychóz jedním pojmem – *dementia praecox* (Rahn, Mahnkopf, 2000, s. 169). Termín schizofrenie je odvozen z řečtina – kdy „*schizo*“ znamená štepit a „*phren*“ – rozum a myšlení. Tento termín - rozštěpení osobnosti – bývá mnohdy špatně vykládán, jakoby existovaly dvě nebo více osobností. Podstata onemocnění je však mnohem složitější a tento výklad tudíž není správný (Praško, 2005, s.9).

U schizofrenie vzniká hluboké narušení vztahu k realitě, obvykle na počátku doprovázené úzkostí, zmatkem, vztahovačností a pocity neskutečnosti. Nemocný se stahuje do sebe, do svého fantazijního světa s jinými časoprostorovými zákony, ve kterém halucinuje, uniká přeludům a je ohrožován. Myšlení a jednání je roztříštěné a řídí se fantazijní logikou, což nemocného stále více vzdaluje od skutečnosti a blízkých lidí. Celá jeho osobnost ztrácí své uspořádání a svou souvislost s okolím. Všechny tyto jevy mohou odeznít, ale často jejich zbytky přetrvávají a někdy i delší dobu ochuzují život nemocného a komplikují jeho mezilidské vztahy (Kalina, 2001, s. 17).

Schizofrenie se vyskytuje poměrně často. Tato nemoc se objeví asi u 1- 1,5% populace (Praško, 2005, s.11). Četnost je stejná v různých kulturách, kontinentech a sociálních vrstvách. Začátek onemocnění je v mladém věku mezi 15 a 35 lety, u žen o něco později než u mužů (Vágnerová, 2004, s.334).

Při schizofrenii jsou poškozeny následující funkce: koncentrace a pozornost, obsahové a formální myšlení, funkce já, vnímání, intencionalita a motivace, afektivita a psychomotorika. Vědomí a orientace nejsou zpravidla poškozeny (Rahn, Mahnkopf, 2000, s.172).

Druhy schizofrenie

V akutní fázi nemoci jsou v různé míře postiženy myšlení, struktura emocionálního prožitku a psychomotorika. Typy schizofrenie představují v rámci těchto tří faktorů vždy ideální tvar. Všechny typy mohou vést k podobným poškozením a mohou být ovlivňovány různými biologickými a psychologickými terapiemi.

Paranoidní schizofrenie

Jedná se především o bludy s převážně akustickými halucinacemi. Stupeň strukturace je celkem dost vysoký, souvislosti myšlenek a emoce zůstávají zachovány, je možné intencionální jednání. Tato forma je nejčastější.

Hebefrenní forma

Stupeň strukturace je nízký, nedaří se vytvořit koncepci jednání, myšlení a cítění. Vše působí chaoticky, nesouvisle a náhodně. Pacienti působí jako závažně nemocní.

Katatonní forma

Strukturace myšlení a emocí je zachována, je narušeno jednání. Nemocný strne až k úplné nehybnosti nebo se objevují různě výrazné stereotyp v jednání a pohybu, které se objevují ve vztahu k aktuální situaci.

Simplexní forma

Velmi diskutovaný je popis formy schizofrenie, při které dochází jednak k nízkému stupni strukturace, jednak k selhání intencionálního konceptu jednání a k utlumení tvorby emocí. Tato forma by musela být charakterizována především chybějícími symptomy, zpomalením a afektivním vyprázdněním. Obtíže vznikající při vyčlenění této formy vyplývají ze splývání s konceptem mentální retardace, z podrobnosti s reziduálními a terminálními stavy mnoha jiných duševních a neurologických onemocnění a z jejího relativně vzácného výskytu. To vedlo k jistě oprávněnému návrhu tuto kategorii vypustit (Rahn, Mahnkopf, 2000, s. 174).

Schizofrenie je provázena řadou symptomů, které dělíme na pozitivní, negativní a kognitivní. U některých autorů (např. Praško, 2005) se můžeme setkat také se symptomy afektivními.

Pozitivní

Halucinace – nejsou pro schizofrenní psychózu specifické. Existují halucinace všech smyslů, některé však mohou být projevem i jiných druhů onemocnění. Velmi typické jsou akustické halucinace ve smyslu komentujících hlasů. Jde o domnělý vjem, živě prožívanou představu. Pro nemocného však má charakter skutečného vjemu a ten ve svém jednání chorobně obsahu halucinovaného podléhá – je vyděšený, zacpává si uši, tváří se, jako by naslouchal, odpovídá „hlasům“, hádá se s nimi. Pro nemocného je halucinace nevyvratitelnou skutečností. Halucinace mohou být i kombinované (např. sluchové a hmatové současně – někdo k nemocnému hovoří a zároveň se ho dotýká). Zpočátku mohou být uspokojující, časem se mohou změnit v hlasy příkazující nebo ty, které hovoří o hrozných věcech.

Bludy

Privátní, život určující a zpravidla nezměnitelné přesvědčení člověka o sobě samém a jeho světě. Je vnímán jako jistý, pro jeho potvrzení není nutný žádný důkaz ani zdůvodnění. Argumenty ho nemohou vyvrátit. Blud je porucha obsahu myšlení.

Negativní

Snížená motivace – ztráta zájmu o všechny oblasti života. Mnohdy dojde ke ztrátě energie i o vykonání nejzákladnějších věcí se může zdát být nadlidským výkonem.

Sociální izolace – ztráta zájmu o své přátele, uzavírání se do samoty. Časté je pocitování intenzivního pocitu izolace.

Nedostatečná koncentrace

Ochuzená řeč a nedostatek myšlenek

Kognitivní

Jedná se zejména o problémy s pozorností, pamětí a učením. Tyto poruchy vedou k tzv. *kognitivnímu deficitu*, který má za následek selhávání v každodenních činnostech; v práci, při studiu, v kontaktu s ostatními lidmi, v běžných situacích (Hoschl, 2005, s.13).

Afektivní příznaky

Kdykoliv v průběhu onemocnění se mohou objevit i poruchy nálad – deprese, úzkost, mánie. Ty mohou být prvními varovnými příznaky onemocnění nebo nové epizody. Pokud jim není věnována dostatečná pozornost, mohou se objevit sebevražedné myšlenky vedoucí až k suicidiálním pokusům (Praško, 2005, s.17).

Průběh a prognóza

Obecně se uvádí, že třetina pacientů vede běžný život, třetina má neustálé příznaky, ale je schopna žít v normální společnosti, třetina má trvalé postižení a je často hospitalizována a asi 10% je odkázáno na život v ústavu (Hoschl, 2005, s.24).

Stejně jako se na vzniku schizofrenie podílí více příčin, i v terapii musíme použít co nejvíce účinných faktorů léčby.

Musíme především snažit o:

-*snížení stresové zranitelnosti jedince*, resp.zvýšení odolnosti vůči stresu,

-*snížení okolního stresu*.

Prvního efektu se dá dosáhnout především pomocí farmak, individuální a skupinové psychoterapie a psychosociální (případně pracovní) rehabilitací.

Druhého efektu (snížení okolního stresu) především rodinnou terapií a samozřejmě správnou „duševní životosprávou“ jedince.

Před objevem léků byla používána především šoková léčba. U pacientů byly vyvolávány horečky a epileptické záchvaty. Používala se též inzulinová terapie, jejímž cílem bylo pacienta zklidnit a snížit počet funkčních mozkových buněk. Občas se přistupovalo i k chirurgickým zákrokům, kterými se odstraňovala část mozku. Tato operace – *lobotomie* - pomohla zklidnit agresivní chování, ale pacienti zůstávali bez emocí.

První antipsychotika se objevila v padesátých letech. V dalších letech byly na trh uváděny nové preparáty – haloperidol, flufenazin. Tyto léky jsou označovány jako *typická antipsychotika*. Jejich nevýhodou však bylo mnoho nežádoucích příznaků. Oproti tomu jsou však velmi účinná při léčbě pozitivních symptomů.

V roce 1990 byla na trh uvedena nová řada medikamentů zvaných *atypická antipsychotika*. Tyto látky jsou velmi účinné při odstraňování symptomů schizofrenie. Účinkují na pozitivní, negativní i kognitivní symptomy. V současné době je k dispozici několik druhů atypických antipsychotik, které tak umožňují kvalitnější nastavení léčby pro jednotlivé pacienty. Může se však stát, že někteří pacienti jsou vůči těmto přípravkům rezistentní a při jejich léčbě musí být použita typická antipsychotika. Všechny preparáty používané při léčbě ovlivňují dopaminové dráhy v mozku, mají stejné hlavní účinky (Höschl, 2005). Vedou ke zklidnění nemocného a k úpravě spánku. Myšlení dotyčného se postupně upravuje, nemocný začíná být schopen se lépe soustředit a lépe si uspořádat myšlenky. Bludy a halucinace zpočátku pod vlivem léků ztrácejí svou naléhavost a začínají být nemocnému lhostejné. Posléze většinou zcela zmizí. (Praško, 2005)

Léky se nepodávají pouze k odstranění akutních schizofrenních příznaků, ale v nižších dávkách je nemocní musí brát delší dobu i poté, co jsou již zcela bez těchto příznaků. Mají totiž nejenom léčebný, ale i preventivní účinek, to znamená, že zabraňují vzniku nové schizofrenní epizody. Ovšem fakt, že téměř třetina nemocných se jejich obtíže do 12 měsíců vrátí přesto, že léky užívají pravidelně, ukazuje na to, že pouhé brání léků ke spolehlivému zvládnutí psychózy nedostačuje.

Někteří pacienti léky odmítají, protože se necítí být nemocní, situaci chorobně interpretují a léky považují za jed, některým vadí jejich nežádoucí účinky. V akutní fázi nemoci je někdy vhodnější podávat lék v tekuté formě nebo injekci, protože pilulku dovedou pacienti v ústech skrýt a poté ji vyhodí. Jednou z možností je podávat léky v injekci do svalu (depotní), zpravidla ve dvoutýdenních intervalech.

Dále je nutné přistoupit i k dalším formám léčby – jimiž jsou psychoterapie, psychosociální rehabilitace. Ty mohou mít individuální nebo skupinovou podobu. Hlavním cílem je pomoci pacientovi v přijetí nemoci a problému s ní spojených. Rehabilitace kognitivních funkcí má zlepšit pacientovi schopnosti při učení, vybavování, snahou je zlepšit pozornost

a paměť. Návuk sociálních dovedností, který slouží ke zlepšení schopností řešit problémy všedního dne (Praško, 2005).

1.3 Možnosti péče o osoby s duševním onemocněním

Nemocem tělesným i duševním předcházíme, je to snazší, než je léčit. Málokdo však umí předcházet nezřetelné hrozbě. Proto nemoci léčíme a tím předcházíme jejich nepříznivým důsledkům. Když se nepříznivé důsledky objeví, bráníme jejich rozvoji a dalšímu zhoršování stavu.

U osob, kterým bylo diagnostikováno duševní onemocnění, se snažíme především o *terciální prevenci*. Ta se snaží zmírnit následky postižení proběhlého onemocnění. Usiluje o návrat člověka do běžného života (Baštecká, 2003, s.26).

Většina lidí s duševním onemocněním potřebuje cílenou pomoc (informace v oblasti sociálního zabezpečení, občanského, pracovního, rodinného práva a pomoc s problémy v těchto sférách, rodinnou intervenci apod.) či specifické intervence (poradenství, rodinná psychoterapie). Komplexní zdravotně sociální péči potřebují zejména ti lidé, jejichž fungování je kvůli duševním problémům omezeno ve více oblastech po delší dobu, tady lidé dlouhodobě duševně nemocní. Komplexnost jejich potřeb vyžaduje, aby kvalitní zdravotní a sociální služby poskytovali profesionálně zdatní jedinci za spolupráce jednotlivých složek péče na různých úrovních (tým, zařízení, region, stát) (Matoušek, 2005, s. 133).

1.3.1 Lékařská péče

Prvním druhem péče o osoby s duševním onemocněním je ve fázi akutních příznaků péče psychiatrická. Mnohdy je nutné, i přes úsilí lékařů – psychiatrů – zvládnout péči o nemocného v domácím prostředí, přikročit k hospitalizaci ve specializovaném zařízení. Psychiatrická léčebna, klinika či psychiatrické oddělení jsou pravidelnou součástí zdravotní péče, nicméně se v některých detailech od běžných oddělení, která léčí tělesné choroby, liší (Praško, 2005, s.78).

Psychiatrická oddělení se liší ve struktuře – mohou být uzavřená či otevřená. Uzavřená oddělení znamená, že ho pacient může opustit jen se svolením lékaře. Sem jsou pacienti umístěováni zejména hrozí-li nějaké nebezpečí jemu (suicidiální tendence) nebo jeho okolí

(agrese). O tomto kroku rozhoduje přijímající lékař. Pacient a jeho rodina mají plné právo znát důvody takového rozhodnutí. Na uzavřeném oddělení panují přísná pravidla – pacientům jsou odebírány předměty, které by mohli být nebezpečné (pásky, rozbitné nádoby apod.). V současné době Občanský zákoník umožňuje léčbu proti vůli pacienta, pokud je tento nebezpečný sobě či svému okolí. Do 24 hodin musí zdravotnické zařízení tuto skutečnost nahlásit soudu v jehož obvodu se nachází. Následně dojde k zahájení detenčního řízení. Soudce do sedmi dnů vyslechne pacienta a lékaře a vydá rozhodnutí, zda zadržení pacienta proběhlo v souladu s právem či nikoliv. Pokud ne, je pacient okamžitě propuštěn. Je-li postup zadržení shledán jako oprávněný, je do jednoho měsíce zpracován odborný znalecký posudek z oboru psychiatrie, jehož součástí je i doporučení o nutné délce hospitalizace. Poté je vydán pravomocný rozsudek, který stanoví délku léčby (max. 3. měsíce). Není-li stav pacienta po této době uspokojivý, lze detenční řízení opakovat (Praško, 2005, s.80).

Velká pozornost je v souvislosti s uzavřenými odděleními věnována omezovacím prostředkům. Ta jsou používána až jako poslední možnost a jejich použití je ošetřeno vyhláškou ministerstva zdravotnictví.

Naproti tomu je režim na otevřených odděleních volnější, pacient může při kompenzaci zdravotního stavu využívat vycházky – jak po areálu, tak návštěvy doma. Současně má možnost využívat i podpůrné způsoby léčby - terapie.

Dalším zdravotnickým zařízením, se kterým jsou tito lidé v kontaktu, jsou psychiatrické ambulance. Zde se duševní onemocnění diagnostikuje a léčí, provádí se rehabilitace a prevence (Malá, 2002, s.121).

V poslední době jsou často vedeny diskuse o kvalitě zdravotnické psychiatrické péče. Vzhledem k nízkému počtu psychiatrů a nárůstu osob s duševními obtížemi, jsou psychiatři často jen těmi, kdo předepisují farmaka a na další léčbu či případnou terapii musí rezignovat. Stejně tak se do popředí zájmu dostává neutěšený stav lůžkových psychiatrických oddělení.

Výše uvedené služby jsou v pravomoci Ministerstva zdravotnictví a úkony v nich poskytnuté jsou hrazeny zdravotními pojišťovnami.

1.3.2 Sociální služby pro osoby s duševním onemocněním

Další druhy péče o osoby s duševním onemocněním spadají pod působnost Ministerstva práce a sociálních věcí jako sociální služby. V souladu se zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách se jednotlivé druhy služeb musely zařadit do určitých kategorií, což při péči o tuto cílovou skupinu přináší značné problémy – zejména nejasnosti při výkladu zákona, nastavení služeb a jejich financování.

Na druhou stranu by měla být se vstupem zákona o sociálních službách garantována jistá úroveň péče, dostupnost služeb a rovnost poskytovatelů, ochrana práv uživatelů, kvalita služeb, jejich financování a efektivita (Studíhradová, 2006, s.6).

Podíváme-li se na poskytovatele sociálních služeb, jedná se zejména o nestátní neziskové organizace – občanská sdružení, církevní právnické osoby a jiné. Jejich financování je závislé především na získání dotací ze státního rozpočtu, z grantů EU, nadací a nadačních fondů, vlastních příjmů a sponzorských darech. Kvalita poskytovaných služeb je dána zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách a prováděcí vyhláškou 505/2006 Sb. a dále Standardy kvality sociálních služeb (2003), které jsou s platností zákona závazné pro všechny poskytovatele. Dohled nad jejich dodržováním spadá do kompetencí MPSV a krajských úřadů a bude od července 2007 kontrolován prostřednictvím školených inspektorů kvality.

Zákon říká, že se služba dělí na služby sociální péče a služby prevence. Do služeb péče řadíme zejména *centra denních služeb* a *denní stacionáře* jako služby ambulantní. Ta nabízejí uživatelům pomoc při péči o vlastní osobu, vzdělávací a výchovné činnosti, možnost využití volného času, poradenství a pomoc při uplatnění oprávněných práv a zájmů. Z pobytových služeb se jedná zejména o *chráněné a podporované bydlení*.

Z vyhlášky vyplývá, že na financování služeb sociální péče by se měli podílet i jejich uživatelé. Pro osoby s postižením pro tyto účely slouží příspěvek na péči, z něhož by si měli příslušnou sociální službu uhradit. Praxe však ukazuje, že osoby s duševním onemocněním nemají ve valné většině možnost na tento příspěvek dosáhnout. Nový systém posuzování stupně závislosti se týká především mobility osob a otázek osobní hygieny. Je tedy nastaven tak, že nejvíce vyhovuje fyzicky postiženým osobám a je diskriminující vůči jiným handicapům, např. duševním. Navíc může být tento systém posuzování soběstačnosti pro

uživatele demotivující - se zvýšením soběstačnosti se uživatel může dostat do nižšího stupně závislosti a získat nižší příspěvek (Studihradová, 2006, s.6).

Proto v současné době proběhlo několik jednání velkých poskytovatelů, kde se jednalo jednak o nutnosti systémové změny – tedy novelizaci zákona a také o přechodu většiny služeb pro osoby s duševním onemocněním do kategorie služeb prevence a to jako *sociální rehabilitace*, *sociálně aktivizační služby*, případně *služby následné péče*. Tyto služby jsou jako prevence pro uživatele bezplatné. Dále můžeme do služeb prevence zařadit *terapeutické komunity*.

1.3.3 Psychoterapie

Psychoterapie je především léčbou, ale i profylaxí a rehabilitací poruch zdraví, která se uskutečňuje výhradně psychologickými prostředky, tedy prostředky komunikační a vztahové povahy. Psychoterapie představuje zvláštní druh psychologické intervence působící na duševní život, chování člověka, jeho meziosobní vztahy i tělesné procesy tím způsobem, že usnadňuje navození žádoucích změn, či tyto změny přímo vyvolává a tak podporuje uzdravení či znesnadňuje vznik a rozvoj určité poruchy duševního zdraví. Působení psychologickou cestou je odlišné povahy než působení fyzikální, chemické a biologické, která představují důležité a účinné prostředky jiného léčeného působení na pacienta.

Vlastní psychoterapie probíhá jako vědomá, záměrná, strukturovaná a vědecky podložená interakce mezi terapeutem a pacientem (Vymětal, 2004, s.20). Probíhá jako individuální nebo skupinová.

Vlastní terapie probíhá v závislosti na směru, ze kterého psychoterapeut vyšel. (Každý, kdo chce provádět psychoterapii, musí projít akreditovaným výcvikem, jehož průměrná délka je pět let a mimo teorii zahrnuje také individuální terapii, skupinová setkávání a supervizi. Obvykle je zakončen závěrečnou obhajobou).

Za nejúčinnější při léčbě psychóz je považována kognitivně - behaviorální terapie. Ta se zaměřuje na změnu konkrétního chování člověka v kontextu jeho prostředí. Základním východiskem je předpoklad, že většina našeho chování je naučena v procesu interakce s naším prostředím (Vymětal, 2004, s. 183)

1.3.4 Rodinná terapie

Velký význam je při léčbě psychóz kladen na rodinnou terapii, zejména pokud můžeme v pacientově okolí najít významné rodinné kontakty. Působení rodiny v tomto případě může velmi příznivě oddálit relaps, případně relapsu zabránit. Do rodinné terapie by se mělo zapojit co nejvíce členů rodiny. Jejím cílem je snížit stres a extrémní emoce v rodině, protože ty mohou zhoršovat příznaky schizofrenie. Léčba spočívá ve vzdělávání rodiny o schizofrenii, v poskytování rad, které mají za cíl pomoci řešit problémy, poskytovat podporu a naučit se techniky zaměřené na řešení krizí (Höschel, 2005, s.56).

Velké problémy vznikají zejména v důsledku nedorozumění. Velmi často jsou rodiče pevně přesvědčení, že problémy svého potomky zavinili špatnou výchovou. Tento rodičovský pocit viny komplikuje život nejen nositeli – rodiči- ale i nemocnému rodinnému příslušníkovi. Rodič, kterého trápí pocit viny, má tendenci svého potomka více pozorovat, více se vměšovat do jeho soukromých záležitostí, více jej ochraňovat, více s obětovat za každou cenu (Praško, 2005, s.61).

V posledních letech vyšlo několik publikací, které se mimo jiné zabývají problematikou rodinné terapie, a jako příručky pro samotné pacienty a jejich blízké nabízejí rady, jak se co nejlépe vyhnout problémům a jak v rámci možností vrátit rodinný život do „běžných kolejí“.

1.3.5 Svépomocné skupiny

Účastníky jsou pacienti a jejich blízcí, kteří se rozhodli řešit situaci vlastními silami. Tyto skupiny fungují na principu „sdílené radosti a starosti“. Účastníci mohou beze studu řešit problémy, se kterými se nemohou nebo z různých důvodů nechtějí svěřovat. Dalším cílem SPS je snaha prosazovat nejrůznější věci.

V České republice v současné době působí například sdružení rodičů Sympathea, poradenské centrum VIDA či občanské sdružení Kolumbus. Zatím tento druh pomoci není nijak velmi rozšířen, ale situace se neustále zlepšuje. Aktivní přístup k řešení problémů je jistě zdravější než čekat nečinně až se problémy vyřeší samy (Praško, 2005, s.69).

2 KVALITA ŽIVOTA

Postihnout termín kvalita života individua je velmi obtížné. Kvalita je jen obtížně měřitelná a v souvislosti s lidským jedincem velmi subjektivním pojmem. Vyjdeme –li z latinského základu, pak „*qualitas*“ – kvalita nebo také „*qualis*“ – jaký. Rozbor nás dovede až ke slovu kýžený – tj. žádoucí, cílový stav (Křivohlavý, 2002, s. 163).

Ačkoliv chybí jasná shoda o jeho obsahu, nabývá tento koncept stále více na významu a stává se klíčovým pro hodnocení individuálního i kolektivního lidského života. I když trvají výhrady pro jeho složitost, komplexnost, multidimenzionalitu a z toho vyplývající vágnost, existuje shoda, že zahrnuje tři hlavní domény. Fyzické prožívání, psychickou pohodu a sociální postavení jedince a jeho vztahy k dalším lidem. Mezi sociologické či sociální aspekty kvality života se řadí mnoho různorodých proměnných, v rámci nichž můžeme vést pomyslnou dělicí čáru podle toho o jaké aspekty jde. I když kvalita života a její hodnocení vyjadřují individuálně zakotvenou a subjektivně prožívanou skutečnost, je mimo pochybnost, že se do této reflexe promítá sociální minulost, současnost i budoucnost daného jedince, jeho vztahy k jiným lidem, skupinám, kultuře apod.

Fyzická komponenta bývá charakterizována ukazateli zdravotního stavu – přítomností zdravotních obtíží – zda vyžadují léčbu, nakolik jsou omezující apod. Psychické prožívání bývá dáno přítomností pozitivních a nepřítomností negativních emocí, pocitem svěžesti, vitality. Mezi sociologické proměnné patří vzdělání, ekonomická situace, etnická příslušnost, profese, rodinný stav. V širším slova smyslu kvalitu života ovlivňuje politické zřízení a celkové společenské klima. Dalším kritériem je úroveň sociálních služeb, včetně sociálního zabezpečení (Křížová, 2006, s. 352)

Je pravda, že kvalitou života se lidé zabývali od nepaměti. J. Bergsma, holandský psycholog z univerzity v Utrechtu, k problému kvality života píše: “Co lidé existují, byli vždy schopni zamýšlet se a uvažovat o svém životě. Kvalita života byla nejen ohniskem jejich myšlení. Byla i zdrojem jejich inspirace nejen toho co dělali, ale i změn, k nimž toto pojetí života vedlo. Je-li v současné době věnována zvýšená pozornost otázkám kvality života, pak to naznačuje, že se něco změnilo a že se něco mění“ (Křivohlavý, 2002, s. 163).

Sousloví kvality života je jednak součástí laického slovníku, jednak se stalo pojmem, který si přisvojila věda.

Kvalitou života se zabývali mnozí myslitelé – filozofové, sociologové, psychologové. Emanuel Frankl spojoval termín kvality života s pojmem smysl života. Frankl pokládal „vůli ke smyslu“ za normálních okolností za hlavní motivační sílu, která stojí za směřováním a snažením člověka v jeho životě. Otázka po životním smyslu, tak jak ji klade Frankl je míněna velmi prakticky – hledá co činí konkrétní život člověka hodným žití (Balcar, 2006, s.253).

Nabízí se nyní otázka, jak úzce souvisí smysl života a jeho kvalita. Lze předpokládat, že jedinec mající smysl života, ať již je jakýkoliv, může prožívat kvalitu svého života na cestě za naplněním svého cíle (smyslu).

Bergsma a Engl zmapovali problematiku života ve třech hierarchicky odlišných sférách: V *makro - rovině* jde o otázky kvality života velkých celků – země, kontinent. Život je v tomto pojetí chápán jako absolutní morální hodnota a kvalita života musí tento závěr ve své definici plně respektovat. Problematika kvality života se tak stává součástí základních politických úvah.

V *mezo – rovině* jde o malé sociální skupiny. Zde jde nejvíce o otázky kvality života v malých sociálních skupinách. Nejde jen o respekt k morální hodnotě života člověka, ale i otázky sociálního klimatu, vzájemných vztahů mezi lidmi, otázky neuspokojování a uspokojování základních potřeb každého člena dané společenské skupiny, existence tzv. sociální opory, sdílených hodnot atp.

Osobní rovina je definována nejjednoznačněji. Je jí život jednotlivce, individua. Při stanovení kvality života jde o osobní – subjektivní hodnocení. Každý z nás v této dimenzi hodnotí kvalitu vlastního života. Do hry tak vstupují osobní hodnoty jedince – jeho představy, pojetí, naděje očekávání, přesvědčení atp.

Z tohoto pojetí vychází definice kvality života. „*Kvalita je soud – jde o subjektivní soud. Ten je výsledkem porovnávání a zvažování více hodnot. Kvalita sama je hodnotou, je zážitkovým vztahem, reflexí nad vlastní existencí. Je nesourodým srovnáním a motivací (hybnou silou) žití.*“ (Křivohlavý, 2002, s. 164.)

Posuneme-li se nyní od teoretického základu ke snazšímu, tady praktickému pojetí kvality života v obecném kontextu individua. Člověk může prožívat svůj život kvalitně, pokud dojde k naplnění jeho základních potřeb. Kvalita života může souviset i s pocitem štěstí. Jaro Křivohlavý píše, že o štěstí se dočteme již u Aristotela, který hovoří o štěstí jako o touze po nejvyšší blaženosti. Ta může být nejvyšším dobrem, a to jak osobním, tak politickým. To zda je daný člověk šťastný nebo nešťastný, má vliv na kvalitu jeho života. Ta je nadřazeným pojmem pocitu či zážitku štěstí (Křivohlavý, 2007, s.49).

V termínu kvalita života jsou obsaženy různé dimenze – materiální, psychologické, sociální, duchovní.

Zaměříme se nyní na výsledky výzkumného záměru “Cíle medicíny: kvalita života“. Tento průzkum byl zaměřen na kvalitativní analýzu volných odpovědí pacientů s melaninem a seniorů. Otázka zněla: „Jaký život pokládáte osobně za kvalitní?“ Stejná otázka byla položena studentům ošetrovatelství. Eva Křížová (2006, s. 229) dospěla k následujícím závěrům, kdy stanovila základní domény kvality života.

Tabulka č. 2. Základní domény kvality života.

Kategorie	Obsah
AKTIVITA	Poznání, vzdělávání, cestování, osobní rozvoj, nové příležitosti, perspektiva růstu
HARMONIE	Porozumění, vyrovnanost, svoboda, spravedlnost, právo, harmonický život, tělesná i duševní pohoda
PROPOJENOST	Vztahy, rodina, přátelé, partnerský vztah, spolupráce s ostatními, zázemí
PROSTŘEDÍ	Pobyt v přírodě, poznání darů přírody, čistý vzduch, hodně zeleně,
AUTONOMIE	Soběstačnost, nezávislost, samostatně řešit problémy, dostatek prostoru pro vlastní potřeby a přání, seberealizace
CITY	Láska, upřímnost, vyrovnanost, důvěra, víra
RŮST A VÝVOJ	Rozvoj podle potřeb a vloh, odpovídající postavení, žít aktivně

MORÁLNÍ HODNOTY	Budování lepšího světa, čisté svědomí, píle, trpělivost, smíření, neubližovat
ŘÁD	Uspořádané rodinné poměry, dodržování práva, hodnotový systém, slušnost, strukturovanost
KOŘENY	Vlastenecké cítění, domov, pevné zázemí rodiny, identita
KONTINUITA	Děti, vnoučata, dílo, majetek, předávání zkušeností,
AUTENTICITA	Seberealizace, nepromarněný život, pravdivý život, nevést dvojí život
SMĚŘOVÁNÍ	Vědět, co chci; radost z výsledku, mít stále nové cíle, motivace, životní projekt
FATALISMUS	Osud, hledání smyslu života, mít štěstí

Klíčovými slovy jsou vztahy, aktivita, přiměřené zdraví a uspokojené potřeby.

2.1 Kvalita života lidí s duševním onemocněním

Podle Deklarace práv duševně postižených (viz. Příloha P I), kterou schválilo *Valné shromáždění OSN dne 20. prosince 1971* mají tito lidé stejná práva jako ostatní občané. Ta jsou pak dále zakotvena v Listině základních práv a svobod. Mají tedy právo na to, aby prožívali kvalitní život. U psychiatrických pacientů musí být zvláště chráněno právo na rovnoprávnost a svobodu, svobodu projevu, svobodu informací o zdravotním stavu, nemoci a způsobu léčby, svobodu pohybu a právo na ochranu soukromí, nesmí docházet k porušování lidské důstojnosti (Malá, 2002, s. 119).

Musíme mít na paměti, že u těchto osob je přítomna nemoc, která má na kvalitu života vliv a může ji v mnohých aspektech nepříznivě ovlivňovat. To však nic nemění na skutečnosti, že můžeme v mnohém nepříznivý stav pozměnit k lepšímu. V souladu s definicí zdraví WHO, která praví, že zdraví je fyzické, psychické a sociální blaho a nikoliv nepří-

tomnost choroby či poruchy (Payne, 2006, s. 16). Není pochyb o tom, že prostředí, zdraví a kvalita života jsou kategorie vzájemně spjaté a neoddělitelné (Drbal, Bencko, 2006, s. 234).

Řad studií ukazuje, že při léčbě nejruznějších onemocnění hrají velkou roli i jiné aspekty než medicínské. Vedle ryze medicínských kritérií byla stanovena kritéria čerpající z širšího pojetí lidské existence. Těmito kritérii se zabývá problematika kvality života (Křivohlavý, 2002, s. 163.)

Lidé s chronickým duševním onemocněním mají stejné problémy jako ostatní chronicky nemocní pacienti. Onemocnění má velký vliv zejména na sebepojetí pacienta – na to jak sám sebe vidí, chápe a hodnotí. Byl někým, než došlo k onemocnění. Nyní je též někým, ale někým jiným. Toto odcizování se nejen druhým lidem, ale i sobě sama může dojít tak daleko, že se přestává cítit úctyhodným a hodnotným člověkem. Ztrácí nejen schopnosti něco řešit, ale dokonce i osobní úcty a ceny (Křivohlavý, 2002, s. 131) .

Je velmi důležité pomoci lidem s duševním onemocněním, aby mohli najít sami sebe a jejich život dostal smysl. V tomto směru je důležitá součinnost nejruznějších složek společnosti, tedy nejen osob, které jsou s lidmi s duševním onemocněním v přímém kontaktu, ale i celé veřejnosti a zejména státu.

V České republice se otázka života lidí s duševním onemocněním velmi dlouho neřešila. V poslední době se však zdá, že se situace obrací k lepšímu. Hlavním dokumentem je Koncepte psychiatrické péče, kterou vypracovala Psychiatrická společnost České lékařské společnosti (Newsletter, 2007/05).

Na poli ochrany práv lidí s duševním onemocněním a zlepšení péče o ně zaujímá velmi důležité místo Česká asociace pro psychické zdraví, která byla založena v roce 1996 jako občanské sdružení uživatelů psychiatrické péče a jejich blízkých, poskytovatelů této péče a širší veřejnosti. ČAPZ, je otevřená jednotlivcům i organizacím, laikům i odborníkům různých profesí v oblasti péče o duševní zdraví, uživatelům této péče, jejich rodinným příslušníkům a blízkým, všem, které tato oblast zajímá.

Vedle tohoto občanského sdružení působí v České republice řada dalších subjektů, které se snaží občany s duševním onemocněním podporovat a přispívat ke zvýšení kvality jejich

života. K těm nejznámějším patří Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, Fokus, Práh, Eset Help, Green Doors, Remedium, Riaps, Sympathea, Vida a mnoho dalších, které lze nalézt například na stránkách ČAPZu.

Česká republika se při péči o osoby s duševním onemocněním mimo výše uvedenou Deklaraci práv duševně postižených řídí řadou dokumentů, z nichž mnohé mají mezinárodní platnost (Seznam dokumentů viz Příloha P II).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 KVALITA ŽIVOTA V PRAXI

V praktické části se jedná o přípravu a provedení průzkumu, kterým budu zjišťovat jak uživatelé Klubu v 9 vnímají kvalitu života a jak může zařízení přispět k tomu, aby jeho uživatelé prožili co nejvíce kvalitní život.

3.1 Popis výzkumného problému

V souvislosti s poskytováním sociálních služeb je slovo kvalita velmi často používáno a to jednak ve smyslu kvality služby – zde je jedná zejména o zavádění standardů kvality sociálních služeb, které jsou podmínkou pro udělení akreditace; za druhé je kvalita často používána ve vztahu ke klientům – mnoho zařízení si klade za cíl zvýšit kvalitu života svých uživatelů, či být v tomto procesu alespoň nápomocni.

Nejinak je tomu i v případě níže uvedeného zařízení. K tomu, abychom však mohli pomáhat ve zvyšování kvality, potřebujeme nutně znát, co pojem kvalita života znamená pro samotné uživatele, jak tento pojem chápou a co vše v něm mají obsaženo. Jen tehdy, poznáme-li jejich názor, můžeme se snažit pomoci jim ve zlepšení jejich života. Důležité je i porovnání, zda služby, které zařízení nabízí, mohou k procesu zvyšování kvality života nějakým způsobem přispět.

3.2 Popis vybraného zařízení

Nyní bych chtěla svoji pozornost zaměřit na konkrétní službu, jejíž klienty jsem oslovila pro zpracování rozhovorů.

Jedná se Klub v 9 – centrum služeb pro podporu duševního zdraví, který poskytuje sociálně aktivizační služby pro osoby s duševním onemocněním, případně s kombinací duševního onemocnění a lehkého mentální postižení. Poradenství nabízí též osobám blízkým.

Poslání

Klub v 9 – centrum služeb pro podporu duševního zdraví je zařízením denních aktivit Oblastní charity Žďár nad Sázavou pro dospělé lidi s duševním onemocněním a osoby jim blízké. Naším posláním je osamostatnění a seberealizace klienta. Podporujeme nácvik a rozvoj schopností a dovedností vedoucích k začlenění do jeho přirozeného prostředí.

Klub v 9 vznikl v srpnu v roce 2001, a to na základě intervence lékařů a příbuzných lidí s duševním onemocněním i samotných pacientů.

Cílem služby je rozvíjet schopnosti a dovednosti klienta, vést ho k samostatnosti, motivovat k aktivitě, pomoci mu v posílení sociálních dovedností, zlepšit komunikační dovednosti, znovu zapojit klienta do společnosti, pomoci mu v navázání kontaktů, které jdou přirozeně, umožnit mu využití běžných institucí v lokalitě, kde dotyčný žije.

Zásady poskytované služby:

- zachováváme důstojnost uživatelů
- dodržujeme práva uživatelů
- respektujeme rozhodnutí uživatele
- respektujeme právo uživatele na přiměřené riziko
- podporujeme seberealizaci uživatele
- podporujeme nezávislost uživatelů na službě
- zachováváme vzájemný respekt a úctu mezi uživateli a pracovníky Klubu v 9
- podporujeme rozvoj schopností a dovedností uživatele

Pracovní doba zaměstnanců Klubu v 9 je od 7.30 – 16.00 hodin. Pro uživatele služeb je zařízení otevřeno od 9 hodin, v případě klientů dojíždějících je možné, aby přišli (po dohodě s pracovníky) do zařízení po příjezdu spoje i před touto hodinou. (Provozní doba zařízení viz Příloha P III)

Mimo provozní dobu mají uživatelé možnost telefonického kontaktu s pracovníky 24 hodin denně. Jedná se především o naléhavé případy - akutní ohrožení zdraví či života. V případě potřeby se pracovníci dohodnou a pohotovost drží jeden z nich.

Klub nabízí tyto sociální služby:

- **zprostředkování kontaktu se společenským prostředím**

klubové aktivity – výlety, výstavy, kulturní představení, sportovní programy

- **sociálně terapeutické činnosti**

pracovní terapie (dělno keramická, výtvarná, šicí, dřevodílno, nácvik vedení domácnosti), komunita, arteterapie, muzikoterapie

- **pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání běžných záležitostí**

poradenství, doprovod, zastupování, informační servis, sociální servis, podpůrný rozhovor

Další službou poskytovanou nad rámec uvedený v zákoně 108/2006 Sb . o sociálních službách je práce v **chráněné dílně**.

Tyto služby poskytované Klubem v 9 jsou bezplatné.

Popis personálního zabezpečení a průběh služby (viz Příloha P IV).

3.3 Popis cílové skupiny

Cílovou skupinou jsou dospělí lidé s duševním onemocněním, kteří jsou pravidelnými uživateli služeb Klubu v 9. Pod pojmem pravidelný rozumím v tomto případě skutečnost, že uživatel využívá služby zařízení více než jedenkrát týdně a doba kontaktu je delší než 1 hodina. Zároveň je jedná o uživatele, kteří využívají služby déle než půl roku, což je v zařízení minimální doba pro adaptaci uživatele, zmapování jeho potřeb a tvorbu individuálního plánu.

Věková struktura je velmi různorodá, jedná se o věkové rozpětí mezi 20-58 lety, mezi uživateli převažují muži. Pro lepší přehlednost přikládám soupis diagnóz (Viz příloha P V). Uživatelé zařízení jsou převážně v invalidním důchodu.

3.4 Cíl

Cílem tohoto průzkumu je zjistit, co považují uživatelé služeb výše uvedeného zařízení za nezbytné pro kvalitní prožití života a v jakých oblastech jim může toto zařízení být nápomocno.

Výzkumné otázky:

- 1. Co pokládají uživatelé Klubu v 9 za důležité pro kvalitní prožití života?**
- 2. Ve kterých oblastech jim může zařízení být nápomocno?**

3.5 Volba strategie, metod a technik

Rozhodla jsem se pro **kvalitativní strategii** a to zejména proto, že kvalita života je velmi subjektivní pojem.

Kvalitativní přístup je v psychologických vědách přístupem využívajícím principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky a v jeho rámci cíleně pracujeme s reflexivní povahou jakéhokoli psychologického zkoumání. Pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod (Miovský, 2006, s.18).

3.5.1 Metody

Podle Miovského patří k nejobtížnějším a současně nejvýhodnějším metodám pro získávání kvalitativních dat rozhovor nebo-li interview. Po zvážení jsem se rozhodla pro **rozhovor strukturovaný**, který stojí na pomezí mezi dotazníkovými metodami a rozhovorem. Proto lze při vyhodnocování přihlížet i ke kvantitativním přístupům zpracování výsledků výzkumu. Strukturovaný rozhovor má pevně stanovené schéma (Miovský, 2006, s. 162).

Důležité je připravit vnější podmínky pro vedení rozhovoru – klidné místo, kde bude možné rozhovor vést bez přerušování vnějšími vlivy.

Při vlastní přípravě rozhovoru jsem se rozhodla použít metodu **SEIQoL** (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – Program hodnocení individuální kvality života), jejímž základem je strukturovaný rozhovor (Formulář viz příloha P VI).

Podle metody SEIQoL je kvalita života něčím individuálním. To znamená, že k pojetí kvality života se přistupuje tak, jak ji subjektivně vidí (chápe, definuje..) ten, kdo je dotazován. Pojetí kvality života dané osoby závisí tedy na jejím vlastním systému hodnot, který je při měření kvality života zjišťován a plně respektován. Aspekty života, které jsou v dané situaci a chvíli považovány danou osobou za podstatné, jsou zcela svobodně voleny. Počítá se s tím, že aspekty, které daná osoba považuje za podstatné, se mohou v průběhu života měnit.

Tato metody s snaží zjistit aspekty života, které jsou pro daného člověka kriticky závažné (Křivohlavý, 2001, s. 243).

Metoda SEIQoL dává respondentům možnost svobodně zvolit oblasti zájmů, zaměření, hodnot - tzv. cílových podnětů (kategorií). Uváděné podněty přitom mohou být jiné než se druzí lidé domnívají, že by měli být uváděny. Vyskytuje se zde domněnka, že hodnoty kvality života lidí jsou o to vyšší, čím je zdravotní stav lidí lepší (Křivohlavý, 2002, s.175)

Metodika:

1. Každý respondent má za úkol uvést pět momentů, které považuje z nejpodstatnější.
2. Ke každému momentu je třeba přiřadit počet procent podle důležitosti, tak aby celkový součet činil 100%
3. Ke každému momentu respondent přiřadí na kolik procent je spokojen v této jednotlivé oblasti o to od 0-100%
4. Nakonec respondent vyznačí na čáře spokojenosti bod, kde se právě nachází v otázce životní spokojenosti. (Křivohlavý, 2001, s.246).
5. Stanovení míry kvality života výpočtem podle Křivohlavého. U každého tématu se vynásobí důležitost mírou spokojenosti. Výsledná hodnota se rovná součtu takto zjištěných součinů. Tento součet se vydělí stem, abychom se pohybovali v rozmezí od 0 do 100.
6. Respondenti budou dotazník vypisovat sami, pro snadnější výpočet procent v bodě 2. budu využívat metodu koláče – kde si respondent rozdělí kruh na pět částí podle důležitosti tématu a teprve poté bude přiřazovat procenta (Křivohlavý, 2001, s. 247).
7. Celý průběh rozhovoru si budu zaznamenávat. Po delší úvaze a rozhovoru s některými respondenty, kteří onemocněli paranoidní schizofrenií jsem se rozhodla nepoužít nahrávací zařízení, pro jejich větší pocit bezpečí. Záznam tedy budu provádět jen písemný ve formě poznámek k jednotlivým tématům.

Podle výsledků, které vznikly na základě rozsáhlých šetření se průměrná hodnota kvality života pohybuje na 82,1 u starších zdravých lidí a na 77,4 u mladších lidí (Křivohlavý, 2002, s. 174). Bude jistě zajímavé toto srovnání s naší cílovou skupinou, kde musíme brát v úvahu chronický ráz nemoci a časté sklony k depresím u mnohých respondentů.

3.5.2 Metoda výběru

Metoda totálního výběru vzorku

Tato metoda je založena na tom, že výzkumný soubor je tvořen všemi možnými prvky uvažovaného základního souboru. Jinými slovy, že se v případě uplatnění této metody rovná výběrový soubor souboru základnímu (Miovský, 2006, s.131).

Vzhledem k tomu, že kvalitu života, tak jak ji vnímá konkrétní člověk, lze jen stěží zobecnit, aby byl zachován význam pro onoho konkrétního člověka, rozhodla jsem se oslovit všechny pravidelné uživatele služeb Klubu v 9. Dalším důvodem je malý počet osob v základním souboru.

4 VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ

Pro vyhodnocení výsledků jsem si vybrala **metodu zachycení vzorců („gestaltů“)**. Ta představuje relativně jednoduchý analytický nástroj, jehož základní přístup spočívá v tom, že v datech vyhledáme určité opakující se vzorce – témata a ty zaznamenáváme. Jde o vyhledání obecnějších principů, vzorců nebo struktur, které odpovídají specifickým zaznamenaným jevům. Dochází tak k určité redukci, neboť původní bohatost, jedinečnost zaznamenaných jevů je nahrazována obecnější kategorií a to na základě vzájemných podobností (Miovský, 2006, s. 222).

Proto, aby byla zachována bohatost odpovědí, rozhodla jsem se tyto jedinečnosti uvést ve druhém sloupci příslušnému k určité kategorii.

4.1 Analýza vnímání kvality života

Odpovědi na první výzkumnou otázku:

Co pokládají uživatelé Klubu v 9 za důležité pro kvalitní prožití života?

Zkoumanou skupinu osob jsem rozdělila do tří skupin- osoby se schizofrenií, osoby s poruchou osobnosti a osoby s mentální retardací, ke které jsou přidruženy schizofrenie nebo porucha osobnosti. Lze totiž předpokládat, že se odpovědi mohou lišit v souvislosti s typem onemocnění. Nepředpokládám, že bude velký rozdíl v kategoriích mezi muži a ženami.

	Osoby se schizofrenií	Osoby s poruchou osobnosti	Osoby a mentální retardací	Celkem
Muži	6	2	1 (přidružená obsedantně kompulzivní porucha, epilepsie)	9
Ženy	3	1	2 (přidružená paranoidní schizofrenie)	6
Celkem	9	3	3	15

4.1.1 Osoby se schizofrenií

Při analýze dotazníků jsem stanovila následující kategorie:

Tabulka č. 3. Kategorie u osob se schizofrenií.

Kategorie	Obsah u jednotlivých respondentů
Zdraví	Možnost aktivního života (2x), být v pohodě, zdraví jako takové
Vztahy	Rodina – dobré vztahy s jednotlivými členy, rodiče jako bezpečí, rodiče starající se, maminka jako přístav, rodina fungující, bez sporů, hodná žena, děti, děti, které dávají radost; přátelé, na které je spolehnoutí; přátelé jako jistota, přátelé (kontakty s nimi), lidé v Klubu ve smyslu dobrých vztahů, lidé v Klubu jako přátelé, přítel, kterému lze důvěřovat; kvalitní vztahy s lidmi okolo Láska – být milován a milovat (3x)
Využití času – práce, koníčky	Práce jako lék přinášející uspokojení, práce v chráněné dílně přinášející pocit důležitosti, práce jako prestiž; smysluplná činnost; pevný každodenní program; koníčky Činnosti v Klubu které přináší radost, vyplnění volného času Knihy - psát je a číst Koně – jako koníček
Duchovní hodnoty	Modlitba jako posilující a uklidňující prvek Víra pevná jako kámen, víra v Boha, plnit Boží vůli mravnost – chovat se mravně, vlastnosti – dobré povahové vlastnosti pevná vůle, být prospěšný druhým lidem vnitřní spokojenost; klid;
Bydlení	Pohodlí, bezpečí, dostatečný prostor, bydlení s partnerem

Peníze	Jako prostředek k pohodlnému životu (2x); peníze jako zdroj obživy	
Jiné	„Sladkosti, které mi přinášejí uspokojení“ „Slunce, které mi zlepšuje náladu a zmírňuje deprese“	
Výsledky měření kvality života		
Průměrná hodnota	Standardní odchylka	Rozsah
62,9	9,94	47,00 – 88,60

Kategorie, které byly hodnoceny nejvyššími procenty: Duchovní hodnoty, vztahy

4.1.2 Osoby s poruchou osobnosti

Tabulka č. 4 Kategorie u osob s poruchou osobnosti.

Kategorie	Obsah u jednotlivých respondentů
Zdraví	Aktivita
Vztahy	Manželství – spokojenost na obou stranách; vyřešení sporů s matkou, láska jako dar, kontakty s lidmi
Využití času – práce, koníčky	Možnost vykonávat činnost, kterou nemoc dovolí vykonávat, mít koníčky a možnost věnovat se jim; pracovat v chráněné dílně Sport – aktivita, zlepšení nálady, pohyb jako radost Cestování
Bydlení	Mít samostatný prostor, bezpečí
Peníze	Jako prostředek ke spokojenému životu
Jiné	Hudba – zlepšení nálady Samostatnost – „chci se naučit vyřizovat vlastní záležitosti sama“ Vzdělávání se; život jako hodnota sama o sobě

Výsledky měření kvality života		
Průměrná hodnota	Standardní odchylka	Rozsah
56,30	5,20	49,00 – 64,00

Nevíce hodnocené kategorie: Využití volného času, zdraví, vztahy

4.1.3 Osoby s mentální retardací

Tabulka č. 5. Kategorie u osob s mentální retardací.

Kategorie	Obsah u jednotlivých respondentů
Zdraví	„nemít myšlenky a hlasy“ nemít „pískání v uchu“
Vztahy	Rodina jako bezpečný prostor – nehádat se s nimi, rodiče jako bezpečí- „starají se o mne“ Rodiče – „chci, aby poslouchali moje názory“ Kamarádi – „mám je jen v Klubu“
Využití času – práce, koníčky	„Chci pomáhat lidem“, práce v chráněné dílně, zájmové dílny v klubu – vyšívání, Práce v dílnách – malování Pes – „chodím s ním na procházky“
Bydlení	„Chci mít samostatný pokoj, který bych si zařídila po svém“
Peníze	Mít víc peněz
Jiné	Autobusová zastávka – „jako místo kde čekám , když jedu za vámi od Klubu“

Výsledky měření kvality života		
Průměrná hodnota	Standardní odchylka	Rozsah
50,36	4,84	43,00 – 54,00

Nejvíce hodnocené kategorie: rodina, zdraví

4.1.4 Srovnání jednotlivých skupin

U všech tří skupin se objevují stejné kategorie, které lze považovat za základní – **zdraví, vztahy, využití času, bydlení a peníze.**

Je zajímavé – že kategorie **duchovní hodnoty** se vyskytuje jen u skupiny osob se schizofrenií. U osob, které uvedly některou z položek této kategorie se objevuje velmi vysoké procento důležitosti daného tématu:

Tabulka č. 6. Důležitost duchovních hodnot.

Víra v Boha	20%, 40%
Láska k Bohu, láska Boha	20%, 20%
Plnit Boží vůli	20%
Modlitba	50%

V kategorii **vztahy** se zejména u osob s MR objevuje potřeba, aby byli respektováni, aby se vztahy urovnaly. Osoby s poruchou osobnosti hovoří o vztazích jako zčásti problematických, jsou důležité, ne však na prvním místě. U osob se schizofrenií jsou důležité, respondenti o nich hovoří jako o vyrovnaných, stabilizovaných.

Zdraví – objevuje se u všech osob – jako hodnota, která je pro život velmi důležitá – u respondentů ze skupiny osob s MR se objevuje potřeba nemít symptomy schizofrenie, u ostatních je to především o aktivitě.

Využití času - práce v chráněné dílně, smysluplné činnosti, které zaplní den, práce v terapeutických dílnách, koníčky – to jsou nejčastější obsahy této kategorie.

Bydlení – u osob, které o něm hovořili jsou většinou problémy s bydlením – respondenti nebydlí samostatně, mají nedostatek prostoru.

Peníze – objevují se ve všech kategoriích – nejvíce u osob se schizofrenií – je to prostředek k pohodlnému životu, nejsou však hodnoceny vysokými procenty.

Kategorii **jiné** jsem zařadila pro obsahy, které se jen stěží dali zařadit do jiné kategorie a objevovali se jen jedenkrát.

Tabulka č. 7. Srovnání hodnot QL v jednotlivých kategoriích.

Výsledky měření kvality života			
Skupina Respondentů	Průměrná hodnota	Standardní odchylka	Rozsah
Osoby s MR	50,36	4,84	43,00 – 54,00
Osoby s PO	60,16	7,44	49,00 – 67,50
Osoby se schizofrenií	62,38	12,94	47,00 – 88,60

Porovnáme-li tyto výsledky s údaji na straně 33, je patrné, že respondenti tohoto průzkumu vnímají svůj život jako méně kvalitnější. Může to být ovlivněno chronickým charakterem jejich onemocnění, popřípadě jejich sklony k depresivním stavům. Pro mnohé je jistě ovlivňující už jen to, že jsou zařazeni do kategorie lidí s duševním onemocněním, což zejména u uživatelů, kteří se se svojí diagnózou nesmířili, může hrát velkou roli.

4.2 Výsledky průzkumu v souvislosti s možnostmi zařízení

V této pasáži se jedná o odpověď na druhou výzkumnou otázku:

Ve kterých oblastech jim (uživatelům) může zařízení být nápomocno?

Vzhledem k charakteru zařízení, a v souladu s cíli a možnostmi služby, je zřejmé, že nejvíce můžeme být nápomocni ve **využívání času**. Pro respondenty je důležité, aby mohli pracovat – vzhledem k tomu, že jsou v invalidních důchodech je pro ně práce v chráněné dílně jednou z mála možností seberealizace. Dále je důležité zaměřit se na nabídku terapeutických dílen – zařízení nabízí širokou škálu možností - aktivity skupinové i individuální, které jsou jak vyplývá z rozhovorů důležitou součástí života respondentů. Zároveň jim dopředu známým programem můžeme pomoci strukturovat den.

Dále z průzkumu vyplývá, že pro uživatele jsou důležité **vztahy** fungující v zařízení – pro některé z nich jsou to jediné vztahy, které mají mimo svoji rodinu, jediné setkávání s vrstevníky. Je tedy důležité podporovat uživatele v navazování těchto vztahů. Pomoci jim při

zlepšování komunikačních schopností a dovedností, tak aby se mohli naučit tyto vztahy postupně navazovat i ve svém přirozeném prostředí.

Často zaznělo, že respondenti nejsou doma respektováni, že by potřebovali, aby se jejich vztahy s rodinami urovnaly. Zde se nabízí otázka, jak může zařízení přispět – zda můžeme více pracovat s rodinami těchto uživatelů, zda zlepšení osvěty může pomoci při vyřešení jejich obtíží.

Další kategorií, kterou je možné alespoň z části ovlivnit, je **bydlení**. Zařízení provozuje jeden byt, který slouží jako tréninkové bydlení pro uživatele, kteří by se chtěli osamostatnit a jejich zdravotní stav, schopnosti a dovednosti to dovolují. Je zřejmé, že kapacita je nedostatečná. V současné době je jen jediná cesta a to působit pomocí pracovní skupiny komunitního plánování ve městě, aby do akčního plánu byla zařazena výstavba chráněného, popřípadě podporovaného bydlení.

V ostatních kategoriích se jen stěží může jednat o přímou pomoc. Můžeme však v souladu s cíli zařízení podporovat rozvoj schopností a dovedností, díky kterým se může jejich subjektivní kvalita života zvýšit. K tomuto dávají prostor aktivity zařazené zejména v socioterapeutických činnostech a to zejména komunita a individuální a skupinová práce, jejíž náplní jsou terapeuticky vedené rozhovory, hry pro zvýšení komunikačních dovedností, či cílená psychoterapie.

ZÁVĚR

Co říci či spíše psát na závěr. Je pro mne velmi příjemným zjištěním, že naše zařízení nastavilo poskytování svých služeb tak, že jsme schopni uspokojit některé kategorie, které uživatelé sami pokládají za důležité pro prožití kvalitního života. Je zřejmé, že každý z oněch oslovených uživatelů je osobnost, která má specifické individuální potřeby a nároky. Je tedy nutné respektovat především individuální přístup ke každému z nich. Již při samotných rozhovorech jsem těmto uživatelům nabídla možnost vrátit se za nějaký čas k vyplněnému dotazníku a ověřit, zda jsou kategorie v něm uvedené stále platné, či zda se něco změnilo. Dále jsme se s některými uživateli dohodli, že na některých věcech, které je trápí, začneme pracovat. Tento dotazník by se časem mohl stát součástí individuálního plánu našich uživatelů. Ten slouží jako základ individuální práce, je vždy po čase revidován a přehodnocován.

Je jisté, že jim jejich onemocnění přináší nejrůznější omezení a problémy, které mohou jejich okolí připadat jako malicherné a nepodstatné. Podstatné je však to, jak je prožívají jejich nositelé. To, co pro jednoho znamená malichernost, může mít pro druhého maximální důležitost.

Je nutné, aby lidé s duševním onemocněním nezůstávali se svými problémy sami, ale měli možnost kontaktu s jinými lidmi, možnost mluvit o svých problémech. Mnohdy se oni sami mohou cítit jako neúplně – naše společnost je totiž neustále stigmatizuje.

Za nedůvěrou v lidi s duševním onemocněním se často skrývá strach pramenící z neznalosti a někdy možná neochoty něco se o tomto tématu a lidech dozvědět.

Je to dlouhá cesta, která čeká celou naši společnost. A je především na sociálních pracovnících, lékařích, zdravotních sestřích a všech, kteří s lidmi s duševním onemocněním přichází do kontaktu, aby šířili osvětu a sami tím, jak o svých klientech či pacientech hovoří, dávali příklad ostatním.

Byla bych ráda, až se za čas k výsledkům rozhovoru s našimi uživateli vrátíme, aby jejich spokojenost s kvalitou života byla když ne lepší, tak určitě ne horší než tentokrát.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] Balcar, K. Životní smysl a kvalita života. In: Payne, J, kol. Kvalita života a zdraví. Praha, Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0
- [2] Baštecká, B, kol. Klinická psychologie v praxi. Praha, Portál, 2003. ISBN 80-7178-735-3
- [3] Drbal, C., Bencko, V. Prostředí, zdraví, jeho determinanty a kvalita života. In: Payne, J, kol. Kvalita života a zdraví. Praha, Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0
- [4] Hoschel, C, kol. Objevte cestu, jak jít dál. Praha, Tigris, 2005. ISBN 80-903750-2-2
- [5] Kalina, K. Jak žít s psychózou. Praha, Portál, 2001. ISBN 80-7178-563-6
- [6] Křivohlavý, J. Psychologie zdraví. Praha, Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2
- [7] Křivohlavý, J. Psychologie nemoci. Praha, Portál, 2002. ISBN 80-247-0179-0
- [8] Křivohlavý, J. Kdy je člověk šťastný. In: Psychologie dnes. 2007, roč. 13, č. 4, s. 46. ISBN 1212-9607
- [9] Křížová, E. Kvalita života v kontextu všedního dne. In: Payne, J, kol. Kvalita života a zdraví. Praha, Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0
- [10] Křížová, E. Sociologické podmínky kvality života. In: Payne, J, kol. Kvalita života a zdraví. Praha, Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0
- [11] Malá, E, Pavlovský, P. Psychiatrie. Praha, Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0
- [12] Matoušek, O, kol. Sociální práce v praxi. Praha, Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X
- [13] Miovský, M. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha, Grada, 2006, ISBN 80-247-1362-4
- [14] Payne, J, kol. Kvalita života a zdraví. Praha, Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0
- [15] Praško, J, kol. Léčíme se s psychózou. Praha, Medical Tribune CZ, 2005. ISBN 80-239-5482-2
- [16] Rahn, E, Mahnkopf, A. Psychiatrie. Praha, Grada, 2000. ISBN 80-7169-964-0

- [17] Studihradová, A. Dopad zákona o sociálních službách. In: Esprit. Časopis nejen pro duševní zdraví. 2006, roč. X., č. 6-7, s. 6.
- [18] Vágnerová, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha, Portál, 2004.
ISBN 80-7178-802-3
- [19] Vymětal, J, kol. Obecná psychoterapie. Praha, Grada, 2004. ISBN 80-247-0723-3
- [20] <http://www.capz.cz/dokumenty/> [cit. 2007-05-01]
- [21] <http://www.capz.cz/kolektivni-clenove/> [cit. 2007-04-29]
- [22] http://www.capz.cz/force_download.php?path=/data/78/1_124&name=Newsletter0507.doc [cit. 2007- 05-05]
- [23] Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách. Sbírka zákonů, částka 37, ve znění pozdějších úprav.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ČAPZ Česká asociace pro psychické zdraví

WHO Světová zdravotnická organizace

PO Porucha osobnosti

MR Mentální retardace

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek I. Arteterapie

Obrázek II. Muzikoterapie

Obrázek III. Odlévání keramiky

Obrázek IV. Společná práce v dílně

Obrázek V. Drátkování

Obrázek VI. Želva

Obrázek VII. Příprava Vánočního salátu

Obrázek VIII. Vaření na pobytové akci

Obrázek IX. Podzimní procházka

Obrázek X. Táborák

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1. Rozdělení duševních chorob (Malá, 2002, s.133).

Tabulka č. 2. Základní domény kvality života.

Tabulka č. 3. Kategorie u osob se schizofrenií.

Tabulka č. 4 Kategorie u osob s poruchou osobnosti.

Tabulka č. 5. Kategorie u osob s mentální retardací.

Tabulka č. 6. Důležitost duchovních hodnot.

Tabulka č. 7. Srovnání hodnot QL v jednotlivých kategoriích.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. I. Deklarace práv duševně postižených

Příloha č. II. Seznam dokumentů k péči o osoby s duševním onemocněním

Příloha č. III. Provozní doba zařízení

Příloha č. IV. Popis personálního zabezpečení a průběh služby

Příloha č. V. Soupis diagnóz

Příloha č. VI. Formulář SEIQoL

PŘÍLOHA P I: DEKLARACE PRÁV DUŠEVNĚ POSTIŽENÝCH

- Duševně postižený občan má, pokud je to jen možné, stejná práva jako ostatní občané.
- Duševně postižený občan má nárok na přiměřené lékařské ošetření a terapii odpovídající jeho potřebám, jakož i nárok na takové vzdělání, trénink, rehabilitaci a podporu, které co nejvíce mohou rozvinout jeho možný potenciál a schopnosti.
- Duševně postižený občan má právo na hospodářské zajištění a přiměřený životní standart. Má také právo na produktivní práci nebo odpovídající zaměstnání, které odpovídá pokud možno jeho schopnostem.
- Tam, kde je možné, měl by duševně postižený žít se svojí vlastní nebo opatrovníckou rodinou a s ní společně sdílet život. Rodina, ve které žije, by měla ke společnému životu obdržet podporu. Pokud je nutný pobyt v zařízení, pak by se způsob života v tomto zařízení a podmínky v něm měly přiblížit normálnímu životu, jak je to jen možné.
- Duševně postižený občan má právo na kvalifikovaného opatrovníka, pokud je to k jeho blahu a zájmům žádoucí.
- Duševně postižený občan má právo na ochranu před zneužíváním, pohrdáním a ponižujícím jednáním. Pokud je obžalován za přečin, pak má právo na řádné soudní vyšetřování a posouzení jeho míry odpovědnosti se zřetelem na jeho postižení.
- Pokud duševně postižený občan není v důsledku svého postižení schopen v plném rozsahu využít všechna svá práva, nebo pokud by bylo nutné některá nebo všechna práva omezit či odejmout, musí se při průběhu omezení nebo odejmutí práv prokázat příslušná právní jistota proti jakékoliv formě zneužití. Tento proces musí vycházet z odborného posouzení sociálních schopností duševně postižené osoby a musí podléhat pravidelné kontrole jakož i právu se odvolat k vyšší instituci.

PŘÍLOHA P II: SEZNAM DOKUMENTŮ K PÉČI O OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Akční plán duševního zdraví

Helsinská deklaráce

Zelená kniha

Deklarace lidských práv a duševního zdraví deklaráce

Světová deklaráce zdraví deklaráce

Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě deklaráce

Všeobecná deklaráce lidských práv deklaráce

Madridská deklaráce deklaráce

Květnová deklaráce deklaráce

**Zásady pro ochranu psychicky nemocných osob a pro zlepšení péče o psychické zdra-
ví**

Ochrana práv občanů duševně nemocných

Ochrana práv duševně nemocných v České republice z pohledu WHO

PŘÍLOHA P III: PROVOZNÍ DOBA ZAŘÍZENÍ

Klub v 9 je otevřen:

PONDĚLÍ	9.00 – 13.00	Pracovní terapie, poradenství
	14.00– 16.00	Poradenství, Individuální práce s klientem
	13.00– 16.00	Chráněná dílna
ÚTERÝ	9.00 – 11.00	Individuální práce s klientem, Poradenství
	11.00 - 13.00	Komunita, skupinová práce
	13.00– 16.00	Chráněná dílna
STŘEDA	9.00 – 16.00	Klubové aktivity, poradenství
ČTVRTEK	9.00 – 13.00	Nácvik vedení domácnosti, Poradenství
	14.00– 16.00	Poradenství, Individuální práce s klientem
	13.00 - 16.00	Chráněná dílna
PÁTEK	9.00 – 13.00	Pracovní terapie, poradenství

PŘÍLOHA P IV: POPIS PERSONÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ A PRŮBĚH SLUŽBY

Průběh služby

1. Sociálně terapeutické činnosti.

Jde o socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování uživatelů (podpora komunikačních dovedností, asertivního chování – ve smyslu umět říci svůj názor, umění naslouchat druhým, spolupracovat se skupinou, nácvik pracovních dovedností apod.). Jde jednak o začlenění do komunity klientů v zařízení a díky rozvoji dovedností a schopností také příprava na začlenění do společenského života. Cílem socioterapeutické činnosti je také motivovat uživatele k aktivitě, ke zvyšování jejich sebevědomí, osobnímu růstu, k relaxaci a odreagování. Mezi socioterapeutické činnosti patří také individuální rozhovory uživatele s pracovníkem, které mají terapeutický ráz, případně se může přímo jednat o cíleovou psychoterapii.

Metody: arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie, psychoterapie, poradenský rozhovor, techniky aktivního naslouchání, relaxace, interakční hry, hry zaměřené na skupinovou spolupráci a hry zaměřené na seberozvoj, sportovní skupinové aktivity, terapeutické prvky, nácvikové činnosti zaměřené na trénování paměti, pozornosti, upevnění pracovních nácviků, apod. Činnosti mohou být individuální či skupinové.



Obrázek I. Arteterapie



Obrázek II. Muzikoterapie

Pracovní terapie (ergoterapie)

Cílem ergoterapie je umožnit osobám zachovat si maximální soběstačnost v pracovních činnostech a aktivitách volného času a dále v běžných pracovních činnostech. Hlavním prostředkem je smysluplná činnost či zaměstnání, které pomáhá k rozvoji či udržení manuální zručnosti, jemné i hrubé motoriky, dále podpora při získávání návyků souvisejících se zařazením do běžného společenského prostředí a se samostatností v běžných denních činnostech. Cílem ergoterapie je také motivovat klienty k aktivitě, ke zvyšování jejich sebevědomí.

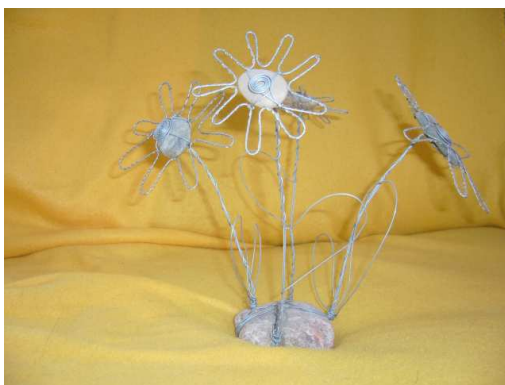
Metody: Činnosti v **pracovních dílnách** s různým zaměřením – keramika, práce se dřevem, šití a vyšívání, drátování (dekorační předměty, šperky), malování, batika, tisk a malba na látku, tkaní apod. Pro každou pracovní dílnu či konkrétní techniku je vytvořen manuál, který obsahuje jak obrazový, tak textový popis techniky. Tento manuál slouží jednak pro lepší představu o cílových výrobcích, jednak jako vodítko pro jejich výrobu klientům, kteří dávají přednost samostatné práci a jednak pro inspiraci.



Obrázek III. Odlévání keramiky



Obrázek IV. Společná práce v keramické dílně



Obrázek V. Drátkování



Obrázek VI. Želva

Nácvik vedení domácnosti – nácvikové techniky běžných denních činností (úklid domácnosti, praní, mytí nádobí, vaření, nákup apod.). Jedná se především o skupinovou činnost, individuální činnost se týká práce s klientem v chráněném bydlení.



Obrázek VII. Příprava Vánočního salátu



Obrázek VIII. Vaření na pobytové akci

2. Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím

klubové aktivity:

V rámci klubových aktivit zprostředkováváme uživatelům kontakt se společenským prostředím. Program konkrétního setkání je dohodnut společně s uživateli. Možné náplně setkání: kulturní- návštěvy výstav, kina, divadla, koncertů, sportovní – bowling, míčové hry, turistika, plavání

Součástí je i nácvik společenského chování, společného stolování, schopnost samostatného jednání v restauraci, v hromadných prostředcích.



Obrázek IX. Podzimní procházka



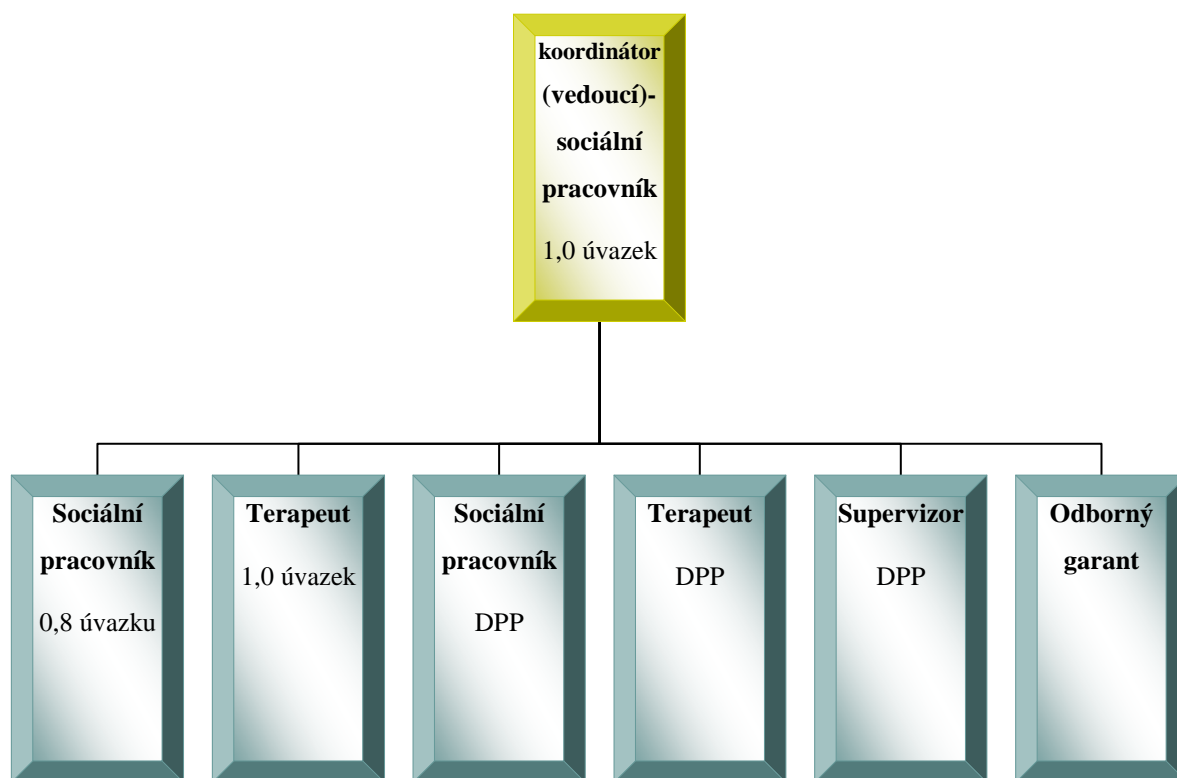
Obrázek X. Táborák

3. pomoc při uplatnění práv a oprávněných zájmů

Poradenství, informační servis, podpůrný rozhovor

Při těchto činnostech pracovníci postupují podle kontraktu uzavřeného s uživatelem. Dbají na to, aby uživatel měl dostatek prostoru k vyjádření a uplatnění vlastní vůle a rozhodnutí o řešení své nepříznivé situace.

Popis personálního zabezpečení



PŘÍLOHA P V: SOUPIS DIAGNÓZ

Diagnóza	Specifikace	Počet uživatelů
Mentální retardace	Obsedantně kompulzivní porucha, epilepsie	1
Mentální retardace	Paranoidní schizofrenie	2
Porucha osobnosti	bipolární	1
Porucha osobnosti	Depresivní, poúrazový syndrom	1
Porucha osobnosti	Emočně nestabilní, hraniční typ	1
Schizofrenie	paranoidní	5
Schizofrenie	Bližší nespecifikovaná	4
Celkem		15

PŘÍLOHA P VI: FORMULÁŘ SEIQOL

Formulář pro zjišťování kvality života metodou SEIQoL

Jméno:

Datum:

Rok narození:

Důležitost daného tématu v %	Životní téma – Oč Vám v životě jde a oč Vám jde nejvíce?	Míra spokojenosti v % (od 0 do 100%)
100%		

Míra spokojenosti se životem:

←.....→

je to tak špatné, jak jen je to možné

je to tak dobré, jak jen to může být

Celková hodnota QL:

Celková míra spokojenosti se životem: