



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Vliv sociální práce na kvalitu života klientů s duševním onemocněním

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: SOCIÁLNÍ PRÁCE

Autor: Pavlína Kvěchová

Vedoucí práce: PhDr. Olga Shivairová, Ph.D.

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Vliv sociální práce na kvalitu života klientů s duševním onemocněním*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 02.05.2023

.....

Pavλίna Kvěchová

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat paní PhDr. Olze Shivairové, Ph.D., mé vedoucí práce, za její odborné vedení, podnětné názory, cenné rady a trpělivost při tvorbě této bakalářské práce. Děkuji všem respondentům za jejich čas a ochotu se zapojit do výzkumu. V neposlední řadě děkuji mé rodině za trpělivost a podporu během celého studia.

Vliv sociální práce na kvalitu života klientů s duševním onemocněním

Abstrakt

Překládána bakalářská práce se zabývá vlivem sociální práce na kvalitu života klientů s duševním onemocněním.

V teoretické části je vymezena stěžejní terminologie, která se vztahuje k tématu bakalářské práce. Jedná se o vymezení duševního onemocnění, kterému předchází základní terminologie zdraví, nemoci, duševního zdraví a duševní nemoci. Dále pak vymezení a vysvětlení kvality života a příbuzných pojmů, jako je osobní pohoda a životní spokojenost. Cílem bakalářské práce je zmapování vlivu konkrétních aspektů sociální práce na kvalitu života klientů s duševním onemocněním.

K dosažení cíle je použit kvantitativní typ výzkumu, dále pak kvantitativní výzkumná strategie, metoda dotazování a technikou sběru dat bylo použití dvou standardizovaných dotazníků, které byly doplněné o vlastní nestandardizovaný dotazník, kde byly zjištěny sociodemografické údaje a spolupráce s odborníky. Testování hypotéz proběhlo pomocí kontingenční tabulky za pomoci statistické metody párový T-test za pomoci programu IBM SPSS Statistics.

Výsledky tohoto výzkumu potvrdily, že vliv sociální práce na kvalitu života klientů s duševním onemocněním je významná a důležitá intervence, která významně ovlivňuje obecnou rovinu kvality života. Dochází zde k potvrzení testované hypotézy.

V diskusi jsou zjištěné výsledky z výzkumu shrnuty a porovnány s odbornou literaturou, která se tématu vlivu sociálních služeb na kvalitu života klient s duševním onemocněním zabývá. V závěru práce je uvedeno, jaký přínos může mít tato bakalářská práce a možné využití v praxi.

Klíčová slova

Duševní onemocnění; duševní zdraví; sociální práce; sociální služby; kvalita života

Influence of Social Work on Quality of Life of Clients with Mental Disorders

Abstract

Presented bachelor thesis concerns itself with the influence of social work on the quality of life of clients with mental illness.

In the theoretical part we define key terminology related to the thesis. It is primarily definition of mental illness, preceded by basic terminology of health, illness, mental health and mental illness, and further by definition and explanation of quality of life and related concepts like personal well-being and general satisfaction with life. The goal of this bachelor thesis is to map the influence of specific aspects of social work on the quality of life of clients with mental illness.

To reach the goal, quantitative type of research is employed, together with quantitative research strategy. As the method of interviewing and data gathering technique two standardized questionnaires were used, complemented by one personal non-standardized questionnaire in which socio-demographic data and cooperation with experts were secured. Theory testing was done via pivot table using statistical method known as Pair T-test with help of IBM SPSS Statistics programme.

The results of this research have confirmed that the influence of social work on the quality of life of clients with mental illness is a significant and important intervention that significantly influences the general level of quality of life. The tested theory is therefore confirmed.

The discussion summarizes reached results and compares them with reference books that concern themselves with the topic of influence of social services on the quality of life of a client with mental illness. The end of the thesis mentions what benefit can this work bring and its possible practical application.

Key words

Mental illness; mental health; social work; social services; quality of life

Obsah

Úvod	9
1 Teoretická východiska	11
1.1 Zdraví a nemoc, duševní zdraví a nemoc	11
1.1.1 Zdraví	11
1.1.2 Nemoc	12
1.1.3 Duševní zdraví	13
1.1.4 Duševní onemocnění	14
1.1.5 Příčiny vzniku duševního onemocnění	15
1.1.6 Klasifikace duševních onemocnění	18
1.1.7 F20-F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy	20
1.1.8 F30-F39 Afektivní poruchy (poruchy nálad)	27
1.2 Sociální práce s klienty s duševním onemocněním	35
1.2.1 Sociální služby pro klienty s duševním onemocněním	37
1.3 Kvalita života	40
1.3.1 Kvalita života, osobní pohoda a životní spokojenost	41
1.3.2 Se zdravím související kvalita života (HRQoL)	42
1.3.3 Dimenze kvality života	43
1.3.4 Měření kvality života	43
1.3.5 Kvalita života u osob s duševním onemocněním	44
2 Cíl práce a hypotézy	46
2.1 Cíl práce	46
2.2 Výzkumná otázka	46
2.3 Hypotézy	46
2.3.1 Operacionalizace	46
3 Metodika	48
3.1 Strategie výzkumu	48

3.2	Výzkumný soubor	51
3.3	Realizace výzkumu, harmonogram	52
3.4	Analýza výzkumu.....	52
3.5	Etika výzkumu	54
3.6	Limity výzkumu	54
4	Výsledky.....	56
4.1	Sociodemografické údaje výzkumného souboru	56
4.2	Popis výsledků	58
4.2.1	Popis výsledků psychologické intervence a využívaných sociálních služeb v rámci sociální intervence	60
4.2.2	Výsledky statistického vyhodnocování dat.....	63
4.3	Analýza dat výsledků	73
4.4	Statistické vyhodnocení dat ve vztahu k hypotézám.....	75
5	Diskuse	77
5.1	Diskuse výsledů bakalářské práce.....	77
5.1.1	Dotazník životní spokojenosti a SEIQoL v korelaci s psychologickou intervencí	78
5.1.2	Dotazník životní spokojenosti a SEIQoL v korelaci se sociální intervencí: sociální poradenství	79
5.1.3	Dotazník životní spokojenosti a SEIQoL v korelaci se sociální intervencí: pečovatelská služba.....	80
5.1.4	Dotazník životní spokojenosti a SEIQoL v korelaci se sociální intervencí: podpora samostatného bydlení.....	80
5.1.5	Dotazník životní spokojenosti a SEIQoL v korelaci se sociální intervencí: centrum denních služeb	81
5.1.6	Dotazník životní spokojenosti a SEIQoL v korelaci se sociální intervencí: denní stacionář	82
5.1.7	Dotazník životní spokojenosti a SEIQoL v korelaci se sociální intervencí: týdenní stacionář	82

5.1.8	Dotazník životní spokojenosti a SEIQoL v korelaci se sociální intervencí: domovy pro osoby se zdravotním postižením	83
5.1.9	Dotazník životní spokojenosti a SEIQoL v korelaci se sociální intervencí: domovy se zvláštním režimem	84
5.1.10	Dotazník životní spokojenosti a SEIQoL v korelaci se sociální intervencí: chráněné bydlení	84
5.1.11	Dotazník životní spokojenosti a SEIQoL v korelaci se sociální intervencí: sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením	85
5.1.12	Dotazník životní spokojenosti a SEIQoL v korelaci se sociální intervencí: sociálně terapeutické dílny	86
5.1.13	Dotazník životní spokojenosti a SEIQoL v korelaci se sociální intervencí: sociální rehabilitace	86
5.1.14	Dotazník životní spokojenosti a SEIQoL v korelaci se sociální intervencí: služby následné péče	87
5.1.15	Dotazník životní spokojenosti a SEIQoL v korelaci se sociální intervencí: centrum duševního zdraví	88
5.2	Analýza výsledku	89
6	Závěr	90
7	Seznam použitých zdrojů	92
8	Seznam příloh	105
9	Seznam zkratk	108

1 Úvod

Bakalářská práce na téma: „Vliv sociální práce na kvalitu života klientů s duševním onemocněním” se zabývá problematikou osob s diagnostikovanou duševní nemocí a jejich kvality života, která je v mnoha ohledech ovlivňována právě jejich nemocí. V dnešní době dochází k postupné destigmatizaci psychiatrických onemocnění, to vede ke zlepšení postojů společnosti k lidem s duševním onemocněním, a zároveň dochází k rozšiřování zdravotních a sociálních služeb. Sociální služby slouží jako opora svým klientům při zvládání náročných životních situacích, se kterými se mohou v průběhu života setkat, napomáhá jim k lepšímu sebezpřijetí a vyrovnávání se s nemocí.

Cílem bakalářské práce je zmapování vlivu konkrétních aspektů sociální práce na kvalitu života klientů s duševním onemocněním.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, a to teoretickou část a část výzkumnou. V teoretické části je vymezena stěžejní terminologie, která se vztahuje k tématu bakalářské práce. Jedná se o vymezení duševního onemocnění, kterému předchází základní terminologie zdraví, nemoci, duševního zdraví a duševní nemoci. Bakalářská práce se zde zabývá příčinami vzniku, klasifikací a dalšími stěžejními tématy, které se vztahují k duševnímu onemocnění. Dále pak vymezením a vysvětlením kvality života a příbuzných pojmů, jako je osobní pohoda a životní spokojenost. Bakalářská práce se zde zaměřuje na dimenze kvality života a jejího měření, v neposlední řadě se budeme zabývat kvalitou života lidí s duševním onemocněním. V teoretické části jsou taktéž uvedené možnosti sociální práce s klienty s duševním onemocněním a zabýváme se zde vlivem sociální práce na jednotlivé aspekty kvality života.

Ve výzkumné části lze nalézt stanovené cíle práce a s nimi spojenou výzkumnou otázku a hypotézu s operacionalizací pojmů. V metodické části nalezneme popis kvantitativní výzkumné strategie, metody a techniky sběru dat, etiku výzkumu a metody analýzy. Kapitola Výsledky je tematicky členěna dle stanoveného cíle bakalářské práce a získaná data jsou v ní následně analyzována a interpretována. Na výsledky je dále odkazováno v rámci diskusní části, kde jsou porovnány s odbornou literaturou.

K napsání této bakalářské práce mě motivovalo především to, že je mi problematika lidí s duševním onemocněním blízká a dlouhodobě se zajímám o možnosti psychiatrické, psychologické a sociální intervence v rámci zdravotních a sociálních služeb. Dalším

důvodem, který mě motivoval k napsání, je osobní zkušenost s duševním onemocněním z pohledu blízké osoby. V neposlední řadě jsem měla možnost v rámci odborné praxe během studia pracovat s touto cílovou skupinou jako sociální pracovník a sociální práce s klienty s duševním onemocněním je velmi zajímavá – z tohoto důvodu bych se v budoucnu chtěla ve svém profesním životě na tuto cílovou skupinu zaměřit.

2 Teoretická východiska

2.1 Zdraví a nemoc, duševní zdraví a nemoc

V úvodu bakalářské práce je namístě vymezit pojmy zdraví a nemoc, které úzce souvisí s onemocněním člověka, v našem případě různými psychiatrickými onemocněními.

2.1.1 Zdraví

Definovat zdraví není úplně jednoduché, v odborné literatuře se setkáme s velkým množstvím různých definic zdraví, zároveň se však setkáváme i s názory odborné veřejnosti, že zdraví jako takové definovat nelze (Ayers, de Visser, 2015). Světová zdravotnická organizace pojem zdraví definuje takto: „*Stav plné tělesné, duševní i sociální pohody, nikoli jen nepřítomnost nemoci nebo poruchy*” (WHO, 1946).

Všeobecně uznávané pojetí zdraví člověka vychází z definice, kterou uvedla Světová zdravotnická organizace v roce 1948. Lidské zdraví je podle ní relativně složitý systém, který sestává z fyzického, psychického a sociálního subsystému a tvoří spolu se svým okolím existenčně spjatý dynamický celek (WHO, 1948). Zdraví se tedy nevztahuje pouze na samostatného jedince, ale na jedince, který je neoddělitelně spjat se svým sociálním prostředím (Bártlová, Mutulay, 2009).

Zdraví je stěžejní oblast naší životní spokojenosti a způsobu života. Ve zdraví se často odráží kvalita života, která je s ním velmi úzce spjata (Megari, 2013). Je tedy důležité o zdraví dbát, přičemž podmínky jsou v tomto směru v současnosti stále příznivější (Zacharová, 2017). Podpora zdraví je také cílem moderní medicíny, která se snaží udržet zdraví každého jedince a napomáhat tomu, aby u něj bylo dosaženo co nejvyššího možného stupně dobrého zdravotního stavu (Velemínský, Helekal, 2017). S podporou zdraví souvisí důležité dokumenty, které jsou v současné době relevantní i pro naše území a to Zdraví 2020, Zdraví 2030 a dílčí strategie Zdraví 21 (Ministerstvo zdravotnictví, 2022).

Se zdravím rovněž úzce souvisí faktory, které působí na jeho potencionální stav a mohou je do určité míry ovlivnit: sociální determinanty (Marková, 2012). Sociální determinanty mohou na zdraví působit dvojitým způsobem – pozitivně, či negativně. Zdraví je určováno především třemi determinantami, jimiž jsou: vlastnosti jedince, společní činitelé a životní prostředí (Hajduchová, Urban, 2014).

Rozlišujeme medicínské (klinické), psychické a sociální zdraví. Medicínským zdravím rozumíme zdraví ve smyslu nepřítomnosti symptomů nemoci (Čeledová, Čevela, 2018). Psychické zdraví je dle definice Světové organizace zdraví (1946) pocit pohody, kdy jedinec zvládá naplňovat svůj potenciál, zvládá běžný stres, může pracovat produktivně a plodně a dokáže přispět k prospěchu své komunity (WHO, 1946). Sociální zdraví je zvládání fungování mezi lidmi, které se projevuje například možností založit rodinu, najít si přátele, schopností vést plnohodnotný život ve společnosti či najít si zaměstnání (Velemínský, Helekal, 2017).

2.1.2 Nemoc

Stejně jako pojem zdraví, není úplně snadné definovat ani nemoc. S definicí pojmu nemoc se setkáme v řadě odborných publikací a stejně jako v případě zdraví se tyto definice liší a nalézáme jich velmi mnoho (Čeledová, Čevela, 2018). Na zdraví lze pohlížet z medicínského pohledu, v jehož rámci lze říci, že nemoc je stav, který se projevuje nějakou formou příznaků (Kalvach, 2019).

Nemoc je možné definovat i jako poruchu schopnosti jedince, který pro nemoc nedokáže plnit očekávané úkoly. Nemoc člověku brání, aby plnil role, které plynou z jeho zařazení do konkrétních sociálních vztahů, jako jsou profesionální a rodinné činnosti, společenské aktivity a soběstačnost v běžných každodenních úkonech (Bártlová, 2003).

Příčiny nemoci jsou různé, lze je rozdělit do tří kategorií – zevní vlivy, vnitřní vlivy a psychogenní příčiny (Nováková, 2015).

Stěžejních pojmů, které se vážou ke zdraví, je celá řada, například je důležité vymezit průběh nemoci či její stádia. V případě průběhu nemoci rozlišujeme akutní, chronické, subakutní/subchronické stadium, relativní zdraví a progresivní průběh. Stádia nemoci lze rozdělit na pět fází – latence, prodromální příznaky, manifestní příznaky, rekonvalescence a skončení nemoci (Velemínský, Helekal, 2017).

Mezi další stěžejní pojmy, které souvisejí se zdravím, řadíme disease, illness a sickness. Dle Křivohlavého (2002) se jedná o tři různé pohledy na nemoc člověka. V rámci teoretického vymezení je potřeba od sebe tyto anglické pojmy odlišit, neboť v českém jazyce pro ně najdeme totožné překlady a významy. (Křivohlavý, 2002). Pojem disease, který zde překládáme jako choroba, označuje organický stav, který je již diagnostikován lékařem či jiným odborníkem (Wikman et al., 2005). Pojem illness, který zde překládáme

jako nemoc či zdravotní nepohodu, označuje subjektivní poznání jedince a jeho vědomí svého stavu, kdy sám zmiňuje zdravotní potíže. Jedná se o fyzické i duševní příznaky nemoci, které jsou hodnoceny subjektivně (Křivohlavý, 2002). Posledním pojmem je sickness, který zde překládáme jako nezdravost či onemocnění a který označuje jedincův stav z pohledu druhých lidí, tedy v sociální perspektivě. Souvisí se sociální rolí člověka v nemoci a jejími sociálními důsledky, které jsou patrné někomu jinému (Wikman et al., 2005).

Když si shrneme předchozí teoretické vymezení zdraví a nemoci, lze konstatovat, že za zdraví je považován celkový stav fyzické, duševní a sociální pohody (Velemínský, Helekal, 2017), zatímco na nemoc lze zase nahlížet z objektivního pohledu jako například na určité fyziologické projevy a na základě nich stanovenou diagnózu (Nováková, 2011). Nelze ale opomenout ani subjektivní hledisko, jako je prožívání nemoci a její hodnocení pacientem (Křivohlavý, 2002).

Po vysvětlení těchto stěžejních pojmů, je důležité se podívat i na pojmy duševní zdraví a duševní nemoc.

2.1.3 Duševní zdraví

Duševním zdravím rozumíme schopnost přizpůsobit se životním změnám, měnícímu se prostředí a situacím (Dušek, Večeřová – Procházková, 2019).

Duševní zdraví se týká každého z nás. Všichni o něj můžeme pečovat, a tím ho rozvíjet, zároveň o něj každý z nás může přijít (NUDZ, 2021). Světová zdravotnická organizace v rámci vymezení zdraví a nemoci z roku 1946 popisuje duševní zdraví neboli duševní well-being jako stav, kdy si uvědomujeme vlastní schopnosti (WHO, 1946).

Člověk duševně zdravý se snaží vypořádat s každodenními stresovými situacemi a dokáže produktivně pracovat na svých cílech. Člověk se zhoršeným duševním zdravím to nedokáže v takové míře či mu to činí veliké problémy (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015).

„Duševní zdraví tedy není pouze absencí duševní nemoci, nýbrž smysluplným naplněním vlastních životních možností.“ (NUDZ, 2021)

V prožívání a chování je duševní nemoc jistou odchylkou od společenského očekávání, tedy i od plnění společenských rolí a úloh, která může být zapříčiněna různými faktory

(Orel et al., 2016). Jedná se o útlum, zintenzivnění, ztrátu nebo změnu psychických funkcí (Raboch, 2019).

Z těchto odchylek v prožívání a chování se mohou vyvinout patologické stavy, které nazýváme duševní onemocnění (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015).

2.1.4 Duševní onemocnění

Duševní onemocnění neboli psychické onemocnění, psychiatrické onemocnění, duševní choroba, duševní porucha, psychická porucha či psychiatrická diagnóza je závažné onemocnění, kterým se zabývá obor psychiatrie (Mahrová, Venglářová, 2008). Obor psychiatrie je charakterově interdisciplinární obor, který využívá bio-psycho-sociální koncepci (Chvála, Skorunka, 2017). Psychiatrie se snaží o prevenci a diagnostiku nemoci a následně nastavuje léčbu v podobě medikamentů, terapie či ucelené terapie (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015). Osobám s duševním onemocněním pomáhá i jinými metodami (Orel et al., 2020).

V současné době vlivem hektického a stresem velmi zatíženého životního stylu dochází každoročně nejen v České republice k velkému nárůstu výskytu duševní nemoci a četnosti jejího diagnostikování (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015). V současné době má nějakou formu duševní nemoci diagnostikováno 30 % populace České republiky. Je třeba upozornit, že toto číslo se týká již diagnostikovaných, a nikoliv skrytých případů nemoci (NUDZ, 2021).

Definovat duševní onemocnění je ovšem poměrně komplikované, mnoho autorů odborných publikací přichází s různými definicemi, které tento pojem teoreticky vymezují. Pokud vycházíme z definice zdraví Světové zdravotní organizace a aplikujeme ji na pojem duševní zdraví, můžeme říci, že se u duševního onemocnění jedná o nedostatek duševního zdraví, kdy jedinec není v duševní pohodě. Duševní pohoda je sice u každého z nás subjektivní, ale lze ji i objektivně hodnotit: lze stanovit, kdy nastává změna duševní pohody v důsledku výskytu patologických znaků (NUDZ, 2021). Duševní poruchy představují skupinu onemocnění a poruch, jež ovlivňují jedince jako celek, jeho myšlení, prožívání a vztahy (Mayo Clinic, ©2022).

Stejně jako u každé jiné somatické nemoci, lze i duševní nemoci posuzovat z hlediska somatického (určitou chorobu charakterizují typické tělesné příznaky) a psychického (jako souhrn emočních prožitků vyvolávaných chorobným stavem) i z hlediska sociálního

(tedy pacientovy role ve společnosti a společenského hodnocení nemoci s tím spjaté) (Vágnerová, 2004). Z toho vyplývá, že se na vzniku duševní nemoci podílejí převážně tři typy faktorů – biologické, psychologické a sociální. Můžeme k nim ovšem v rámci holistického pojetí člověka zařadit i faktor spirituální (Orel et al., 2015). Tyto faktory jsou velmi důležité pro vznik a celkový charakter duševní nemoci, jejich výskyt může být samostatný, ale i společný, kdy se jejich různé vlivy navzájem prolínají (Chvála, Skorunka, 2017).

Základní léčba spočívá ve využití prostředků nabízených farmakologií, které lze doplnit podpůrnou léčbou v podobě psychoterapie a využíváním sociálních služeb (Probstová, Peč, 2014).

Duševní onemocnění a tím pádem i lidé s duševním onemocněním jsou často vystavováni negativnímu vlivu z okolí, a to v důsledku etiketizace (Mahrová, Venglářová, 2008). V dnešní době ovšem dochází k postupné destigmatizaci psychiatrických onemocnění, což vede ke zlepšení postojů společnosti k lidem s duševním onemocněním (Ocisková, Praško, 2015). Zároveň dochází i k rozšiřování zdravotních a sociálních služeb, které usnadňují život lidem, kterým bylo diagnostikováno psychiatrické onemocnění či se dostali do nepříznivé životní situace (Páv, 2017).

V současné době se Česká republika snaží o reformu psychiatrické péče, a to hlavně z toho důvodu, že její stávající podoba se jeví jako nedostatečná (Pfeiffer, 2019).

2.1.5 Příčiny vzniku duševního onemocnění

Věda, která popisuje příčiny vzniku duševních onemocnění a také rizikové faktory, které je mohou vyvolat, se nazývá etiologie (Orel et al., 2020). V mnoha případech nelze vznik duševní nemoci či její výskyt u konkrétního jedince vysvětlit (Raboch, Pavlovský, 2014): přesné příčiny vzniku u mnohých psychických onemocnění tedy často nedovede stanovit ani zkušený psychiatr. Je tomu tak proto, že duševní onemocnění jsou multifaktorová, na jejich vzniku se tak podílí více faktorů najednou (Hosák, Hosáková, 2022). Charakteristické je to zejména v případě dlouhodobých duševních onemocnění (Hosák, et al., 2022), k nimž vesměs dochází vlivem biologických, psychologických a sociálních faktorů (NUDZ, 2021). Problémy s duševním zdravím mohou tedy mít celou řadu příčin, přičemž většinou pramení z kombinace několika z nich (Mind, 2022).

Biologická složka duševního onemocnění je dle Hosáka a Hosákové (2022) dána v první řadě genetikou jedince. V tomto směru je tedy relevantní teorie genů a pojmy jako bodové polymorfismy DNA, variace počtů kopií v oblasti DNA či epistáze genů (Hosák, Hosáková, 2022). Vedle genetických vlivů hrají roli také prenatální a perinatální faktory a v neposlední řadě i faktory působící v průběhu života, jako je například užívání návykových látek (Raboch et al., 2012). Biologickou příčinou může být i poškození mozku a těla, především pak poškození nervového, hormonálního a imunitního systému člověka (Ayers, de Visser, 2015).

To, jak velký vliv mají genetické predispozice oproti vlivům prostředí na rozvoj konkrétní duševní nemoci, je dáno heritabilitou neboli dědičností duševní poruchy. Z duševních poruch má nejvyšší heritabilitu schizofrenie, naopak nejnižší nalezneme u depresí, duševní poruchy způsobené užíváním návykových látek a úzkostných poruch (Hosák et al., 2013).

U převážné většiny duševních onemocnění je biologická složka pouze jednou z vnitřních podmínek jejich vzniku (Ocisková, Praško, 2015). Dle Praška et al. (2003) ji lze za důležitou považovat pouze u některých nemocí, zejména u těch, které se objevují v dětském věku (Praško et al., 2003).

Dále lze příčiny duševních onemocnění rozdělit na exogenní a endogenní. K exogenním řadíme chemické, fyzikální a biologické příčiny. K endogenním řadíme primární či sekundární onemocnění (Orel et al., 2020).

Vedle těchto faktorů se na vzniku duševních onemocnění podílí i psychologická a sociální složka. Často se navzájem propojují, a můžeme tedy hovořit o psychosociální složce (Mahrová, Venglářová, 2014). Každý z nás má v životě potřeby, které chce naplňovat. Nejsou to pouze potřeby biologické, ale také psychické – zejména pak potřeby kognitivní a emoční (Šamánková, 2011). V této složce jde převážně o jedinečné osobní charakteristiky individua a intrapsychické dispozice a předpoklady, oba tyto vlivy v ní jsou stěžejní (Orel et al., 2020).

V rámci psychosociální složky je důležité se zaměřit na sociální skupiny, které v životě každého z nás hrají významnou roli. Nejdůležitější sociální skupinou je rodina, později se k ní přidávají vrstevnické skupiny (Vágnerová, 2014). V rámci rodiny vzniká jeden z prvotních a nejvýznamnějších vztahů, vztah dítěte s matkou, který začíná již

v prenatalním období a v počátku života je klíčový. Postupně se přidává i vztah dítěte s otcem, později se zbylými pečujícími členy rodiny. Následně vznikají i vztahy s vrstevníky, jinými autoritami a dalšími osobami (Orel et al., 2020). V rámci rodiny se člověk seznamuje s prvními a nejdůležitějšími vzorci chování, se kterými dochází ke ztotožnění (Tučka, Chodur, 2005). Pokud zde vzorce chování chybí či nejsou správně nastaveny (například je-li rodina dysfunkční), může to být příčinou velkého množství duševních poruch (Raboch, Pavlovský, 2014). V rámci vrstevnické skupiny dochází převážně k socializaci jedince, ale také se podílí na vývoji jeho osobnosti a učení se novým schopnostem, dovednostem a sociálním rolím (Tuček, Chodura, 2005). Lze tedy říci, že v životě každého z nás jsou důležité uspokojivé vztahy ve společnosti, které nás jako jedince formují (Vágnerová, 2014). V rámci psychologického vývoje a sociálního zázemí je také důležité se zaměřit na socioekonomické uplatnění (NUDZ, 2021). Z toho vyplývá, že je třeba brát na vědomí, že duševní onemocnění se týkají oblasti nejbližších osobních a rodinných vazeb a konstelací (Orel et al., 2016).

Dle Orla et al. (2020) řadíme k psychosociální složce duševního onemocnění také transcendentální aspekty (Orel et al., 2020).

Podíl biologické a psychosociální složky na onemocnění se liší v závislosti na typu duševního onemocnění. Například u organických poruch a mentální retardace hraje největší roli biologická složka (NUDZ, 2021). Významným spouštěčem je prodělané trauma (Mental Health Foundation, ©2021).

Proti nepříznivým faktorům a okolnostem, které ke vzniku duševních nemocí přispívají, stojí komplex protektivních faktorů. V rovině biologické složky sem řadíme například imunitu, schopnost vnímat, reagovat a přizpůsobit se podnětům a situacím. V rovině psychosociální složky sem spadá například odolnost, snaha řešit problémy, funkční a harmonické vztahy, vědomosti, dovednosti, vloh, predispozice či optimismus (Orel et al., 2020).

Rizikových faktorů pro vznik duševního onemocnění existuje mnoho (Hosák, Hosáková, 2022). Jsou jimi například problémy v rodině, jako je zanedbávání, týrání či zneužívání, šikana, sociální izolace (Mind, 2022), stres a zátěžové situace, návykové látky, konflikt, chudoba, úmrtí blízkého a mnoho dalších (Hosák et al., 2020).

2.1.6 Klasifikace duševních onemocnění

V současné době se ke klasifikaci duševního onemocnění nejčastěji využívají především dva klasifikační systémy. Prvním z nich je systém Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených problémů, v současnosti již v 10. revizi (dále jen MKN-10), a druhým z nich je Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (dále jen DMS) (Ayers, de Visser, 2015).

MKN (v originálním znění International Classification of Diseases and Related Health Problems, dále jen ICD) je publikace Světové zdravotnické organizace (v originálním znění World Health Organization, dále jen WHO), která kodifikuje systém označování a klasifikace lidských onemocnění, poruch, zdravotních problémů, příznaků, situací či okolností (MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace..., 2022). Označování a klasifikace jednotlivých pojmů vznikaly na základě znaků, které se objevovaly u zkoumané populace (Probstová, Peč, 2014). Snahy o vytvoření nějaké klasifikace nemocí nalezneme již v 17. století, jednalo se však pouze o klasifikaci příčin úmrtí, která se zaměřovala pouze na nemoci a poruchy končící smrtí (Kebza, 2005). MKN vznikla v roce 1893 za pomoci francouzského statistika, v té době vyšla pod názvem Klasifikace příčin úmrtí a jejím cílem bylo umožnit mezinárodně srovnávat záznamy o úmrtích a jejich příčinách (MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace..., 2022).

WHO na konferenci v Paříži v roce 1948 přijala odpovědnost za tuto klasifikaci a od roku 1949 začala pracovat na její nové podobě, kdy se z pouhé klasifikace příčin úmrtí stává univerzální seznam diagnóz a mezinárodní pomůcka pro orientaci nejen v lidských diagnózách (MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace..., 2022). Nalezneme zde i podrobná diagnostická kritéria pro duševní onemocnění, která zde tvoří samostatnou kapitolu (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015). MKN je závazná pro celé území Evropy, Česká republika se k jejímu dodržování zavázala jako Československo již v roce 1949 (Kebza, 2005).

DMS je systém vytvořený Americkou psychiatrickou asociací a vznikl paralelně s již zmíněnou MKN. Nalezneme v něm mnohem podrobněji a konkrétněji vypracovanou psychiatrickou část, z tohoto důvodu se často používá v psychiatrii a v příbuzných vědách jako rozšíření psychiatrické části MKN (Probstová, Peč, 2014). Systém DMS vznikl v nynější podobě v roce 1952, výzkumy, z nichž vychází jeho kritéria, probíhaly již dříve.

Hlavním důvodem vzniku tohoto systému byla potřeba srovnávání jednotlivých psychiatrických diagnóz mezi sebou (Kebza, 2005).

Tato bakalářská práce vychází z rozdělení dle MKN-10 (obr. 1).

MKN-10 2022 Strom klasifikace	
F00-F09	Organické duševní poruchy včetně symptomatických
F10-F19	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek
F20-F29	Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy
F30-F39	Afektivní poruchy (poruchy nálady)
F40-F48	Neurotické stresové a somatoformní poruchy
F50-F59	Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
F60-F69	Poruchy osobnosti a chování u dospělých
F70-F79	Mentální retardace
F80-F89	Poruchy psychického vývoje
F90-F98	Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání
F99-F99	Neurčená duševní porucha

Obrázek 1 – MKN – 10 2022 Strom klasifikace duševních onemocnění

Zdroj: MKN-10: (Mezinárodní statistická klasifikace..., 2022).

V rámci této bakalářské práce byly k následujícímu teoretickému vymezení vybrány tyto okruhy diagnóz:

F20-F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

F30-F39 Afektivní poruchy (poruchy nálad)

2.1.7 F20-F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

F20 Schizofrenie

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, které je charakterizováno významným narušením schopnosti jedince vnímat své myšlení, citění a chování (The National Institute of Mental Health, 2022). Dalším jeho významným znakem je porucha emotivity, převážně se jedná o emoční nepřiměřenost, oploštělost a chudost (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015). Často se o schizofrenii mluví jako psychóze, neboť ji řadíme do skupiny psychotických onemocnění (Pálenský et al., 2015). Psychóza nejčastěji vzniká u jedince, který je vystavován velké psychické zátěži (Green Doors z. ú., 2022).

Schizofrenie může probíhat dvěma způsoby, a to v atakách neboli v epizodách, po nichž dojde k částečné nebo úplné remisi, nebo chronicky bez výrazného zlepšení (Pavlovský, 2012). Schizofrenie by neměla být diagnostikována v případě, že se vyskytla přítomnost manických symptomů, v přítomnosti jiného onemocnění mozku či ve stavu intoxikace (NZIP, 2023).

Pro diagnostiku schizofrenie je důležité se zaměřit na symptomatiku, která může být pozitivní, nebo negativní (Crawford, Go, 2022). Pozitivní symptomatikou se rozumí takové příznaky, které se u zdravého jedince neobjevují, zatímco negativní symptomatikou takové příznaky, které proti normě znamenají jen určité ochuzení psychiky (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015). Z příznaků spadajících do pozitivní symptomatiky lze uvést halucinace, bludy, poruchu myšlení a poruchu hybnosti (The National Institute of Mental Health, 2022). Nejdůležitějšími z nich jsou ozvučování myšlenek, vkládání nebo odmítání myšlenek, sluchové halucinace mluvící o nemocném ve třetí osobě a bludné vnímání (MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace..., 2022). Z příznaků spadajících do negativní symptomatiky lze uvést poruchy asociací, poruchy afektivity, autismus a ambivalenci (Pavlovský, 2012). Intelekt a vědomí jsou obvykle zachované, avšak může se rozvinout kognitivní defekt (Orel et al., 2020).

Schizofrenie se v České republice vyskytuje přibližně u 1–1,5 % populace (Green Doors, z. ú. 2022).

F20.0 Paranoidní schizofrenie

Paranoidní schizofrenie je nejčastěji se vyskytující formou schizofrenie (Jarolímek, 2021). Je charakterizována přítomností persekčních bludů, které jsou doprovázeny halucinacemi a poruchami vnímání (Motlová, Španiel, 2017). Velmi často se zde vyskytují pocity pronásledování (Nývtová, 2010).

F20.1 Hebefrenní schizofrenie

Hebefrenní schizofrenie, známá také jako dezorganizovaná schizofrenie, se obvykle vyskytuje u mladých lidí (Mental Health UK, 2018). Charakterizují ji výrazné pubescentní chování, což znamená, že jedinec na své okolí působí jako v období puberty, zejména svou infantilitou (Vágnerová, 2014). Hlavními příznaky jsou například strojená mluva, manýrování, nevhodné vtipkování nebo plané filozofování (Ocisková, Praško, 2015).

F20.2 Katatonní schizofrenie

Katatonní schizofrenie se charakteristicky projevuje poruchami psychomotoriky (Raboch, Pavlovský, 2014). Může přitom mít dvě podoby. V první je jedinec nepřiměřeně produktivní, produktivita připomíná hyperkinetický syndrom (Jain, Mitra, 2022). V druhé je jedinec v útlumu a jeho aktivita je snižena (Mastelić, 2022). Často se také objevují stavy, kdy se jedinec v útlumu nedokáže hýbat a zůstane v určité poloze (Vágnerová, 2014). Dalšími příznaky mohou být povelový automatismus, manýrování a negativismus (Dell'Osso et al., 2021).

F20.3 Nediferencovaná schizofrenie

Nediferencovaná schizofrenie jsou psychotické stavy jedince, které splňují diagnostická kritéria pro diagnózu schizofrenie jako onemocnění, ale neodpovídají žádnému z jejích typů. Zároveň tak označujeme i příznaky, které jsou charakteristické pro více forem schizofrenie v případě, že nedokážeme určit, která z nich je dominantní (Mastelić, 2022).

F20.4 Postschizofrenní deprese

Postschizofrenní deprese je depresivní stav, který nastává po odeznění prodělané epizody schizofrenní nemoci (Moritz et al., 2019). U jedince se stále mohou vyskytovat pozitivní a negativní symptomy schizofrenie. Jsou zde přítomny depresivní symptomy, které

splňují kritéria depresivní epizody a trvají alespoň po dobu dvou týdnů (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015).

F20.5 Reziduální schizofrenie

Reziduální schizofrenie je chronická forma schizofrenie, která příliš nereaguje na léčbu (Khan et al., 2017). Jedná se o stavy, které často následují a přetrvávají po odeznění akutních příznaků schizofrenie (Praško, Ocisková, 2015).

F20.6 Schizophrenia simplex

Schizophrenia simplex, známá také pod názvem simplexní schizofrenie, je forma schizofrenie, která se vyznačuje obecnými kritérii schizofrenie a má pozvolný progredientní rozvoj symptomů (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015). Při této formě se často rozvine reziduální forma schizofrenie (Praško, Ocisková, 2015).

F20.8 Jiná schizofrenie

Řadíme sem jednotlivé druhy schizofrenie jako je cenestopatická schizofrenie a schizofreniformní nespecifická porucha a psychóza (MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace..., 2022). Cenestopatická neboli Huberova schizofrenie se projevuje výskytem hypochondrie, kdy si jedinec stěžuje na somatické problémy, které nejsou po vyšetřování lékařem nalezeny (Raboch et al., 2012). I přesto, že nedojde k nalezení nemoci somatického původu, se jedinec stále trápí úzkostným sebezpozorováním a strachem z nemoci (Vrbová et al., 2021).

F20.9 Schizofrenie – nespecifické

Dle MKN-10 sem řadíme například Morel-Kraepelinovu nemoc, předčasnou paranoidní demenci či nespecifickou schizofrenii (MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace..., 2022).

F21 Schizotypální porucha

Schizotypální porucha, známá také jako schizotypní porucha, je diagnosticky poměrně nesnadno určitelné závažné duševní onemocnění, které svými projevy připomíná schizofrenii, ale nedosahuje její hloubky (Raboch et al., 2012). Schizotypální porucha se vyznačuje excentrickým chováním a odchylkami myšlení a afektivity. Na rozdíl od schizofrenních nemocí se u ní nevyskytují bludy, halucinace a vážné poruchy chování

(Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, ©2021). Tato klasifikace je vyčleněna pro psychické stavy, které mají hraniční charakter a stojí mezi vlastní schizofrenií a poruchou osobnosti. Může se tedy ve schizofrenii rozvinout (Tonge et al., 2020). Onemocnění je někdy chybně považováno za schizoidní poruchu osobnosti, kterou řadíme do poruch osobností a chování u dospělých (MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace..., 2022).

F22 Poruchy s trvalým bludy

Do této skupiny řadíme různé psychické stavy, u nichž dochází k dlouhotrvajícím bludům, které jsou jedinou a nejvýraznější charakteristikou nemoci – a z tohoto důvodu je nelze zařadit mezi organické, schizofrenní či afektivní poruchy (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015).

F22.0 Porucha s bludy

Porucha s bludy, dříve známá pod označením paranoia, je duševní onemocnění, které se vyznačuje přítomností jednoho či více vzájemně souvisejících bludů trvalého charakteru (Ocisková et al., 2021).

F22.8 Ostatní poruchy s přetrvávajícími bludy

Za ostatní poruchy s přetrvávajícími bludy považujeme poruchy, kde se vyskytuje blud nebo bludy, které jsou doprovázeny perzistujícími halucinacemi nebo symptomy schizofrenních nemocí, avšak tyto symptomy neopravňují k diagnostice schizofrenie (MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace..., 2022).

Patří sem bludná dysmorfofobie (zkráceně dysmorfofobie), známá také jako dysmorfofobická porucha, což je duševní onemocnění, při kterém je nemocný jedinec přesvědčen, že se na jeho těle vyskytuje vzhledová vada, která ho zohyzďuje a přitahuje na něho pozornost okolí (Bínová, 2022).

F22.9 Perzistující porucha s bludy – nespecifické

Dle MKN (2022) sem řadíme perzistující poruchu s nespecifickými bludy (MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace..., 2022).

F23 Akutní a přechodné psychotické poruchy

Akutní a přechodné psychotické stavy jsou závažné duševní onemocnění, které je charakterizováno náhlým výskytem psychotických symptomů (Loehde, Novakovic, 2021). Psychotické symptomy se překrývají se symptomy schizofrenie, je zde například výskyt bludů a halucinací, poruchy chování a kvalitativní změny vědomí (Raboch et al., 2014). Psychotické symptomy mají náhlý začátek a trvají vždy kratší dobu, většinou méně než jeden měsíc (Orel et al., 2020).

Spouštěcí faktor pro vznik onemocnění většinou souvisí s životní změnou jedince, například traumatickým zážitkem (Orel et al., 2020). Často bývá spouštěčem výskyt akutního stresu (Ocisková, Praško, 2015).

Akutní a přechodné psychotické poruchy mohou mít velmi dramatický průběh, ale ve většině případů odezní a nedochází k rezidenci nemoci. V některých případech může porucha předcházet do schizofrenie (Orel et al., 2020).

F23.0 Akutní polymorfní psychotická porucha bez schizofrenních symptomů

Jedná se o poruchu, při které se vyskytují halucinace, bludy a poruchy vnímání. Tyto příznaky jsou velmi variabilní a proměnlivé ze dne na den, často i v kratším intervalu z hodiny na hodinu (Ocisková, Praško, 2015). Jedinec zažívá emoční bouři, která se projevuje intenzivními pocity štěstí a zároveň úzkosti a podráždění, které jsou podobné manické a depresivní epizodě (Orel et al., 2020). Nejsou zde ovšem splněna kritéria pro diagnostiku afektivních a schizofrenních nemocí (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015).

F23.1 Akutní polymorfní psychotická porucha se symptomy schizofrenie

Jedná se o poruchu, která svým průběhem připomíná akutní polymorfní psychotickou poruchu bez schizofrenních symptomů. Při této formě akutní a přechodné psychotické poruchy se také vyskytují halucinace, bludy a poruchy vnímání. Tyto příznaky jsou velmi variabilní a mění se ze dne na den, často i v kratším intervalu, z hodiny na hodinu (Ocisková, Praško, 2015). I přes svou nestabilitu jsou však schizofrenní příznaky přítomny po většinu doby trvání poruchy, je proto důležité vyloučit diagnózu schizofrenie (MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace..., 2022).

F23.2 Akutní psychotická porucha podobná schizofrenii

Jedná se o akutní psychotickou poruchu, jejíž psychotické symptomy jsou stabilní a opravňují k diagnostice schizofrenie, ale trvají méně než jeden měsíc (Motlová, Španiel, 2017).

F23.3 Jiné akutní psychotické poruchy převážně s bludy

Jedná se o jiné akutní psychotické poruchy, které mají jako hlavní rys klinického obrazu bludnou produkci nebo se projevují jako nediferencované stavy vzrušení. Tyto projevy nelze klasifikovat jako schizofrenii (Orel et al., 2020).

F23.8 Jiné akutní a přechodné psychotické poruchy

Řadíme sem krátkou reaktivní nespecifickou psychózu a reaktivní psychózu (MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace..., 2022). Reaktivní psychóza je duševní porucha, která se vyskytuje po mentálním traumatu jako reakce na životní situaci. Jedná se o základní diferenciální diagnózu akutní psychózy (Ungvari et al., 2001).

F24 Indukovaná porucha s bludy

Indukovaná porucha s bludy, známá také pod označením folie á deux, je sdílená mezi dvěma nebo více osobami, které jsou spolu v úzké emoční vazbě. Pouze jedna z nich má skutečně psychotickou poruchou; druhé osobě (případně dalším osobám) jsou bludy indukovány a obvykle zmizí, když se tyto osoby oddělí (Ocisková, Praško, 2015).

F25 Schizoafektivní poruchy

Afektivní poruchy a schizofrenie jsou samostatné diagnostické jednoty. Mohou se však vyskytovat u nemocného společně – buď současně, nebo v krátkém rozmezí několika dnů. Nejsou zde splněna kritéria pro diagnostiku afektivních poruch, ani schizofrenie. (Orel et al., 2020). Schizofrenní část se navíc liší tím, že jsou u ní přítomny pouze pozitivní příznaky, nikoliv i negativní jako u schizofrenie. Schizoafektivní porucha je poměrně časté závažné duševní onemocnění, které dle emoční složky dále dělíme na manický, depresivní a smíšený typ (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015).

Onemocnění je známo pod více názvy – atypická nebo smíšená psychóza. Názvy vychází z minulosti, kdy takto byla nemoc pojmenována podle svého průběhu (Pavlovský et al., 2012).

Schizoafektivní porucha se v České republice vyskytuje přibližně u 1 % populace (Orel et al., 2020).

F25.0 Schizoafektivní porucha, manický typ

Potvrzena diagnóza schizoafektivní poruchy, kdy jedinec je v současné době v manické fázi/epizodě, která se projevuje převážně zvýšenou, expanzivní a podrážděnou náladou. Toto období trvá minimálně týden (Praško et al., 2011). Zároveň jsou zde přítomny výrazné schizofrenní příznaky (Mayo clinic, ©2022).

Tato položka by se měla používat jak pro výskyt jedné manické fáze/epizody, tak pro recidivující poruchu, kde většina epizod je manického typu. (MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace..., 2022).

F25.1 Schizoafektivní porucha, depresivní typ

Potvrzena diagnóza schizoafektivní porucha, jedinec v současné době v lehké, střední nebo těžké depresi, která trvá minimálně dva týdny a u jedince je přítomna většina hlavních příznaků deprese (Smolík, 2002).

Tato položka by se měla používat jak pro výskyt jedné depresivní fáze/epizody, tak pro recidivující poruchu, kde většina epizod je depresivního typu. (MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace..., 2022).

F25.2 Schizoafektivní porucha, smíšený typ

Potvrzena diagnóza schizoafektivní porucha, jedinec v současné době ve smíšené fázi/epizodě. Epizoda je charakterizována rychlým střídáním hypomanických, manických a depresivních příznaků nebo smíšením jednotlivých příznaků (Allen, 2019).

F25.8 Jiné schizoafektivní poruchy

Jedná se o jiné schizoafektivní poruchy, jako je například schizoafektivní porucha určená. (Raboch, Herle, 2011).

F25.9 Schizoafektivní porucha – nespecifická

Dle MKN-10 sem řadíme schizoafektivní poruchu nespecifickou (MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace..., 2022).

F28 Jiné neorganické psychotické poruchy

Řadíme sem jakoukoliv jinou afektivní poruchu, která nesplňuje kritéria pro zařazení do F20-F28 (MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace..., 2022).

F29 Neurčené neorganické psychózy

Skupina se dále nedělí (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, ©2021). Lze sem zařadit nespecifickou psychózu, duševní alienaci či nespecifickou neorganickou psychózu (MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace..., 2022).

2.1.8 F30-F39 Afektivní poruchy (poruchy nálad)

F30 Manická fáze

Jedná se o psychické onemocnění, které se objevuje samostatně či společně s depresivní epizodou jako součást bipolárně afektivní poruchy (Raboch, Zvolský, 2012). Manická fáze se projevuje jako nepřiměřeně veselá nálada a euforie, která trvá minimálně jeden týden (Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod, ©2022) a projevuje se například sníženou potřebou spánku, nezodpovědným chováním, podrážděností a megalomanií (NHS, 2022). V rámci fáze se mohou vyskytnout bludy a halucinace (Nation Institute of Mental Health, 2022).

F30.0 Hypomanie

Porucha charakteristická přetrvávajícím mírným zvýšením nálady, energie a aktivitou jedince (MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace..., 2022). Jedná se o lehčí předstupeň mánie (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015).

F30.1 Manie bez psychotických symptomů

Jedná se o manickou fázi bez bludů, kdy je u jedince nepřiměřeně veselá nálada a euforie trvající nejméně týden (Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod, ©2022).

F30.2 Manie s psychotickými symptomy

K charakteristické manické fázi se přidávají obvykle bludy a halucinace (Hartl, Hartlová, 2015).

F30.8 Jiné manické fáze

Mezi jiné manické fáze řadíme bipolárně afektivní poruchu (MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace..., 2022).

F31 Bipolární afektivní porucha

Bipolární afektivní porucha (BAP), která bývá někdy označována pouze jako bipolární porucha, je závažné duševní onemocnění, pro které jsou charakteristické periodické změny nálad, vitality, psychických funkcí a celkového fungování jedince (Vipharm, ©2016). Onemocnění je známo pod více názvy – cyklofrenie, maniomelancholie a maniodepresivita (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015). Názvy vychází z minulosti, kdy takto byla nemoc pojmenována podle svého průběhu. Z minulosti vychází i dnes velmi používané označení maniodeprese či maniodepresivní psychóza (Praško et al., 2011).

Porucha je charakteristická dvěma nebo více fázemi, kdy dochází k patologickým změnám nálady (MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace..., 2022), mezi hlavní fáze řadíme patické nálady – manii a depresi (Vágnerová, 2004), které doplňují fáze hypomanie, subdeprese a smíšené epizody (Mayo clinic, ©2022). Období, kdy nejsou u jedince přítomny žádné epizody nemoci, nazýváme remisí (Kollár, 2022). O bipolárně afektivní poruše hovoříme pouze v případě, že je přítomna alespoň jedna manická epizoda (Raboch, 2019).

Bipolární afektivní porucha se v České republice vyskytuje přibližně u 1 % populace (Vipharm, ©2016).

F31.0 Bipolární afektivní porucha, současná fáze je hypomanická

Potvrzena diagnóza bipolární afektivní porucha, jedinec v současné době v hypomanické fázi/epizodě – mírné zvýšení nálady, energie a aktivity (MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace..., 2022). Hypomanie trvá minimálně čtyři dny (Raboch, 2019).

F31.1 Bipolární afektivní porucha, současná fáze manická bez psychotických symptomů

Potvrzena diagnóza bipolární afektivní porucha, jedinec v současné době v manické fázi/epizodě, která se projevuje převážně zvýšenou, expanzivní a podrážděnou náladou. Toto období trvá minimálně týden (Praško et al., 2011).

F31.2 Bipolární afektivní porucha, současná fáze manická s psychotickými symptomy

Potvrzena diagnóza bipolární afektivní porucha, jedinec v současné době v manické fázi/epizodě. Jedná se o psychotickou máni, přičemž se objevují bludy a/nebo halucinace. Manické bludy a halucinace bývají nejčastěji expanzivní, megalomanské, náboženské či paranoidní (Kollár, 2022).

F31.3 Bipolární afektivní porucha, současná fáze lehká nebo střední deprese

Potvrzena diagnóza bipolární afektivní porucha, jedinec v současné době v lehké či střední fázi/epizody deprese. U jedince se objevuje deprese déle než dva týdny, u lehké deprese jsou přítomny alespoň 2–3 hlavní příznaky deprese a u středně těžké deprese jsou přítomny 4 a více z hlavních příznaků deprese (Doubek et al., 2011).

F31.4 Bipolární afektivní porucha, současná fáze těžké deprese bez psychotických symptomů

Potvrzena diagnóza bipolární afektivní porucha, jedinec v současné době v těžké depresi bez psychotických symptomů, která trvá minimálně dva týdny a u jedince je přítomna většina hlavních příznaků deprese (Honzák et al., 2022).

F31.5 Bipolární afektivní porucha, současná fáze těžké deprese s psychotickými symptomy

Potvrzena diagnóza bipolární afektivní porucha, jedinec v současné době v těžké depresi s přítomností psychotických symptomů, tato depresivní fáze/epizoda se projevuje jako těžká deprese, kterou charakterizujeme přítomností většiny hlavních příznaků deprese a která trvá minimálně dva týdny, zároveň jsou u ní přidružené depresivní bludy a halucinace (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015). Depresivní bludy a halucinace jsou pochmurně laděny, jejich téma bývají myšlenky na sebevraždu a přesvědčení o neschopnosti jedince (NHS, 2023).

F31.6 Bipolární afektivní porucha, současná fáze smíšená

Potvrzena diagnóza bipolární afektivní porucha, jedinec v současné době ve smíšené fázi/epizodě. Smíšená epizoda je obtížná na diagnostiku, rychlé cyklování někdy vede k diagnostice cyklotymie (Látalová et al, 2009). Epizoda je charakterizována rychlým střídáním hypomanických, manických a depresivních příznaků nebo smíšením jednotlivých příznaků (Allen, 2022).

F31.7 Bipolární afektivní porucha, v současné době v remisi

Potvrzena diagnóza bipolární afektivní porucha, jedinec v současné době v remisi. Remise je vymizení příznaků a projevů onemocnění, nejedná se o vymizení nemoci jako takové (Vokurka, Hugo, 2015).

F31.8 Jiné bipolární poruchy

Jedná se o jiné bipolární poruchy, jako je například nespecifická periodická fáze (MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace..., 2022).

F3.9 Bipolární afektivní poruchy – nespecifické

Dle MKN-10 sem řadíme nespecifickou maniodepresi. (MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace..., 2022).

F32 Depresivní fáze

Deprese patří mezi nejčastěji se vyskytující duševní onemocnění v populaci (Raboch, 2019). Jedná se o závažné duševní onemocnění, které je charakterizováno změnou a následnými výkyvy nálady, při kterých zažíváme například negativní pocity, jako jsou bezcennost, bezmoc, frustrace, či sníženou energii a ztrátu zájmů (Nation Institute of Mental Health, 2022). Pesimistické ladění jedince, pocity viny, anhedonie a beznadějí mohou vést k suicidálním tendencím (Orel et al., 2012).

Abychom mohli hovořit o depresivní epizodě, musí být přítomna minimálně dva týdny (Raboch, 2019). Depresivní epizoda se objevuje samostatně či jako součást jiného onemocnění (Probstová, Peč, 2014).

Depresi podle intenzity dělíme na lehkou, středně těžkou a těžkou. (Raboch, 2019). Těžká deprese se dále dělí na depresi s psychotickými příznaky a bez nich (Novák, Lásková,

2016). Dále se dle původu onemocnění dělí na endogenní a exogenní depresi (Vipharm, ©2016).

Deprese se v České republice vyskytuje přibližně u 4 % populace (NUDZ, 2021).

F32.0 Lehká depresivní fáze

Diagnóza lehké deprese se stanoví u jedince, u něhož je depresivní fáze přítomna v období minimálně dvou týdnů. U lehké deprese jsou přítomny alespoň 2–3 hlavní příznaky deprese (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015).

F32.1 Středně těžká depresivní fáze

Diagnóza středně těžké deprese se stanoví u jedince, u něhož je depresivní fáze přítomna v období minimálně dvou týdnů. U střední deprese jsou přítomny 4 a více hlavních příznaků nemoci (Praško et al., 2015).

F32.2 Těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků

Diagnóza těžké depresivní fáze/epizody se stanoví u jedince, u něhož je depresivní fáze přítomna v období minimálně dvou týdnů. O těžké depresi mluvíme v případě, že je u jedince přítomna většina hlavních příznaků deprese (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015).

F32.3 Těžká depresivní fáze s psychotickými příznaky

Diagnóza těžké depresivní fáze/epizody se stanoví u jedince, u něhož je depresivní fáze přítomna v období minimálně dvou týdnů a objevují se psychosomatické projevy v podobě depresivních bludů a halucinací (Alexopoulos, 2019). Těžká deprese se projevuje přítomností většiny hlavních znaků deprese, depresivní bludy a halucinace jsou pochmurně laděny, jejich téma bývají pocity viny a neschopnosti (Honzák et al, 2022). V rámci psychosomatických projevů se objevují i bludy a halucinace se suicidální tematikou (Novák, Caponni, 2016).

F32.8 Jiné depresivní fáze

Řadíme sem různé afektivní poruchy, a to jiné afektivní poruchy, jiné periodické poruchy a jiné určené afektivní poruchy (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, ©2021).

F32.9 Depresivní fáze – nespecifické

Řadíme sem nespecifickou depresi a depresivní poruchu nespecifickou (MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace..., 2022).

F33 Rekurentní (periodická) depresivní porucha

Periodická depresivní porucha neboli rekurentní depresivní porucha je jedním z typů depresivních poruch (Alexopoulos, 2019). Charakteristické pro toto onemocnění je, že se v minulosti vyskytla alespoň jedna depresivní epizoda, která současné epizodě předcházela nejméně o dva měsíce (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015).

F33.0 Periodická depresivní porucha, současná fáze je lehká

Potvrzena diagnóza periodické (rekurentní) depresivní poruchy, jedinec se v současné době nachází v lehké depresivní fázi/epizodě. To znamená, že jsou u něho přítomny 2–3 příznaky deprese po dobu dvou týdnů (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015).

F33.1 Periodická depresivní porucha, současná fáze je středně těžká

Potvrzena diagnóza periodické (rekurentní) depresivní poruchy, jedinec se v současné době nachází ve středně těžké depresivní fázi/epizodě. To znamená, že jsou u něho přítomny 4 a více příznaků deprese po dobu dvou týdnů (MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace..., 2022).

F33.2 Periodická depresivní porucha, současná fáze je těžká, ale bez psychotických symptomů

Potvrzena diagnóza periodické (rekurentní) depresivní poruchy, jedinec se v současné době nachází v těžké depresivní fázi/epizodě, která je charakterizována přítomností většiny hlavních příznaků deprese, jež trvají minimálně dva týdny (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015).

F33.3 Periodická depresivní porucha, současná fáze je těžká s psychotickými příznaky

Potvrzena diagnóza periodické (rekurentní) depresivní poruchy, jedinec se v současné době nachází v těžké depresivní fázi/epizodě, která je charakterizována přítomností většiny hlavních příznaků deprese, jež trvají minimálně dva týdny (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015). Navíc jsou zde přítomny depresivní bludy a halucinace, které

můžeme popsat jako pesimisticky laděné, s pocity viny a beznaděje, často se suicidální tematikou (EUC, ©2020).

F33.4 Periodická depresivní porucha, v současné době v remisi

Potvrzena diagnóza periodické (rekurentní) depresivní poruchy, v současné době v remisi. To znamená, že nejsou přítomny příznaky afektivních poruch, avšak nemoc je stále přítomna (Raboch, Zvolský, 2001).

F33.8 Jiné periodické depresivní poruchy

Řadíme sem periodickou depresivní poruchu určenou NJ (MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace..., 2022).

F33.9 Periodická depresivní porucha – nespecifická

Řadíme sem monopolární depresi nespecifickou (MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace..., 2022).

F34 Perzistentní afektivní poruchy

Perzistentní neboli trvalé poruchy (NZIP, 2022). Jedná se o dlouhodobě či trvale pozměněnou afektivitu jedince (Dušek, Večeřová-Procházková, 2019).

F34.0 Cyklotymie

Cyklotymie patří mezi trvalé afektivní poruchy: aby ji bylo možno diagnostikovat, musí být její příznaky u jedince přítomny minimálně dva roky. Jedná se o nestabilitu nálady, kdy se objevují epizody manie a deprese, avšak nejsou natolik těžké, aby se jednalo o BAP (Kolenič et al., 2021).

F34.1 Dystymie

Dystymie je charakterizována chronicky zhoršenou náladou, která je u jedince přítomna několik let (Malá, Pavlovský, 2010). Jedná se o chronickou depresi (Praško et al., 2001). Deprese zde není těžká či dlouhá natolik, že by to opravňovalo stanovit diagnózu lehké, středně těžké či těžké formy periodické depresivní poruchy (MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace..., 2022).

F34.8 Jiné perzistentní afektivní poruchy

Řadíme sem přetrvávající afektivní poruchu určenou NJ (Kollár, 2022).

F34.9 Perzistentní afektivní poruchy – nespecifické

Řadíme sem například afektivní psychózu NS či dystrofickou premenstruační poruchu (MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace..., 2022).

F38 Jiné afektivní poruchy

Řadíme sem jakoukoliv jinou afektivní poruchu, která nesplňuje kritéria pro zařazení do F30-F34 (MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace..., 2022).

F38.0 Jiné afektivní poruchy

Řadíme sem převážně smíšenou afektivní poruchu (MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace..., 2022).

F38.1 Jiné periodické afektivní poruchy

Patří sem rekurentní krátká depresivní porucha, pro kterou je charakteristické, že trvá jen několik dní (nejčastěji 2–3) a objevuje se častěji než jednou za měsíc (NZIP, 2022).

F38.8 Jiné určené afektivní poruchy

Řadíme sem afektivní psychózu NS (MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace..., 2022).

F39 Neurčená afektivní porucha

Skupina se dále nedělí (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, ©2021). Lze sem zařadit afektivní psychózu NS (MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace..., 2022)

2.2 Sociální práce s klienty s duševním onemocněním

V následující kapitole bakalářské práce je namísto teoretické vymezení sociální práce s klienty s duševním onemocněním. Bakalářská práce se zde věnuje sociální práci a sociálním službám.

Sociální práce v oblasti péče o duševní zdraví je velmi prospěšná a pro osoby s duševním onemocněním v mnoha ohledech nenahraditelná intervence, která má mnoho podob: od krizové intervence až po dlouhodobou spolupráci při léčbě duševní nemoci (Matoušek et al., 2012).

Sociální práce s klienty s duševním onemocněním vychází ze základních principů sociální práce, které jsou rozšířeny tak, aby se zohlednila specifika této cílové skupiny (Kourgiantakis et al., 2019). Tato specifika se projevují různými nedostatky, které se nejčastěji týkají sociálního fungování, prožívání, uspokojování potřeb, ve způsobu jednání či vnímání reality (Raboch et al., 2012). Je důležitá součinnost nejen s klientem, ale i s jeho nejbližším okolím, které nejčastěji tvoří rodina a osoby blízké, ale mnohdy i odborníci na duševní zdraví, se kterými klient spolupracuje (Mahrová, Venglářová, 2008).

Cílem sociální práce s klienty s duševním onemocněním je zmírnit či zcela odstranit jednotlivé aspekty nepříznivých sociálních důsledků, které vznikají v souvislosti s duševní nemocí (Matoušek et al., 2012). Úkolem sociálního pracovníka by měla být depistáž osoby s duševním onemocněním, které následně nabídne možnost zapojení se do systému sociálních a zdravotních služeb (Gulová, 2011). V rámci tohoto procesu by měl sociální pracovník klientovi pomáhat vybrat si a využívat vhodné služby pro sebe i své blízké, přičemž je důležité dbát přitom na individualitu a vůli klienta (Probstová, Peč, 2014). Vhodně zvolené sociální služby slouží klientům jako opora při zvládnání náročných životních situacích, se kterými se mohou v průběhu života setkat, napomáhají jim k lepšímu sebezpřijetí a vyrovnávání se s nemocí (Mahrová, Venglářová, 2008).

Sociální práce s klienty s duševním onemocněním je v České republice z velké části zajišťována prostřednictvím neziskových organizací (Kutnohorská et al., 2012). Tyto služby jsou k dispozici v ambulantní i terénní formě a při jejich poskytování se uplatňuje zahraniční organizační metoda case management. Case manager, případně klíčový pracovník či koordinátor péče je sociální pracovník, jehož úkolem je koordinovat

jednotlivé služby u konkrétního klienta, poskytovat je dle jejich potřebnosti (Probstová, Peč, 2014) a flexibilně reagovat i na přání klienta (Matoušek, 2022).

Důležitou součástí péče o klienty s duševním onemocněním je také psychiatrická a psychosociální rehabilitace (Levická, 2003). Cílem převzatých zahraničních modelů psychiatrické a psychosociální rehabilitace je zvyšovat samostatnost klienta tak, aby potřeboval, pokud možno co nejmenší podporu profesionálů v oblasti duševního zdraví. Jejich základem je posilování pozitivních stránek a zdrojů podpory a smyslem je co nejvíce podpořit začlenění klienta do jeho přirozeného prostředí (Páv et al., 2017).

Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním je nadále realizována i v institucích, léčebných komunitách, komunitních zařízeních a jiných sociálních službách (Matoušek, 2012).

Na sociálního pracovníka jsou při práci kladeny vysoké nároky: musí znát jednotlivé psychiatrické diagnózy, být schopen zajistit kvalitní vztah s klientem a v neposlední řadě efektivně komunikovat (Probstová, Peč, 2014). Měl by umět vytvořit bezpečné prostředí, ve kterém navodí atmosféru důvěry, a ke každému klientovi by měl vždy přistupovat s úctou, respektem, individuálně a dbát na jeho vůli (Páv et al., 2017). Při vzájemné spolupráci se mohou vyskytnout různé potíže, na které by měl být sociální pracovník připraven a schopen flexibilně reagovat (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015).

Dle Mahrové a Venglářové (2008) dělíme sociální práci s klienty s duševním onemocněním na individuální, skupinovou a komunitní. V rámci individuální sociální práce dochází k zajištění celkového stavu klienta. Dbáme zde na jeho přání a potřeby, které se snažíme zajistit. Sociální pracovník zde vstupuje do role společníka a klientovi například pomáhá navázat kontakt s rodinou a osobami blízkými, poskytuje mu sociální poradenství v nejrůznějších oblastech a podporuje stabilizaci jeho zdravotního stavu (Mahrová, Venglářová, 2008).

Naproti tomu v rámci sociální práce se skupinou využíváme výhody vzájemného působení mezi členy skupiny. Orientujeme se zde na řešení problémů jedince, rodiny i společnosti s pomocí dynamiky skupiny za přítomnosti profesionálů. Tato metoda často působí jako prostředek socializace (Levická, 2003).

Komunitní sociální práce je metoda, která vede k postupnému začleňování, zplnomocňování, aktivizaci a participaci lidí a v jejímž rámci se řeší témata přesahující

jedince, jež jsou důležitá pro konkrétní skupinu (Matoušek, 2007). S komunitní sociální prací s klienty s duševním onemocněním se nejčastěji setkáváme v rámci specifických forem skupinové léčby –terapeutických komunitách (Probstová, Peč, 2014).

2.2.1 Sociální služby pro klienty s duševním onemocněním

Ze sociálních služeb jsou pro klienty s duševním onemocněním určeny:

§37 Sociální poradenství

Sociální poradenství poskytuje klientovi potřebné informace, které mu pomáhají řešit stávající nepříznivou sociální situaci (Molek, 2009). Rozlišujeme přitom základní a odborné sociální poradenství. Základním sociálním poradenstvím rozumíme základní poradenství v současné situaci klienta, které je poskytováno všemi poskytovateli sociálních služeb. Odborné sociální poradenství je zaměřeno na potřeby jednotlivých cílových skupin a je poskytováno poskytovateli sociálních služeb, kteří se zaměřují na určité cílové skupiny (Matoušek, 2022).

§40 Pečovatelská služba

Dle zákona č. 108/2006 Sb., Zákon o sociálních službách, se pečovatelská služba osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění či zdravotního postižení a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc další fyzické osoby, poskytuje terénní nebo ambulantní formou (Zákon č.108/2006...).

§45 Centrum denních služeb

Hlavním cílem centra denních služeb je umožnit klientům se sníženou soběstačností prožít hodnotně svůj den, a to s využitím nabízených aktivit v prostředí, které je přizpůsobeno jejich zdravotnímu stavu (Česká alzheimerská společnost, o. p. s., 2022).

§46 Denní stacionář

Denní stacionář je ambulantní služba, která klientům se sníženou soběstačností poskytuje celodenní programy, jež umožňují smysluplně trávit volný čas a v nichž se kombinují výchovné a sociálně-terapeutické činnosti (Centrum BAZALKA, o. p. s., 2022).

§47 Týdenní stacionář

Týdenní stacionář je pobytová služba, která klientům se sníženou soběstačností poskytuje celodenní programy, jež umožňují smysluplně trávit volný čas a v nichž se kombinují výchovné a sociálně-terapeutické činnosti (Mahrová, Venglářová, 2008).

§48 Domovy pro osoby se zdravotním postižením

V domovech pro osoby se zdravotním postižením se poskytují pobytové služby klientům, kteří mají sníženou soběstačnost. Jedná se o služby, v nichž se kombinují výchovné, aktivizační a sociálně-terapeutické činnosti (Ombudsman, 2020).

§50 Domovy se zvláštním režimem

Domov se zvláštním režimem je pobytová sociální služba, která je přímo určena klientům v seniorském věku se sníženou schopností fungování z důvodu duševní nemoci, konkrétně chronické duševní nemoci, závislosti na návykových látkách a všemi typy demenci, včetně Alzheimerovy nemoci (Česká alzheimerovská společnost, o. p. s., 2022). Režim dne je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob (Dvořáčková, 2012).

§51 Chráněné bydlení

Chráněné bydlení je pobytová sociální služba, jež je určena klientům, kteří z důvodu snížené soběstačnosti potřebují pomoc jiné fyzické osoby. Služba je spojena s dalšími sociálně rehabilitačními činnostmi, jež napomáhají v poskytování podpory a asistence klientovi (Marková et al., 2006). Klienti díky ní mají možnost si v chráněných podmínkách vyzkoušet samostatné bydlení a fungování v něm (Fokus Praha, z. ú., 2022).

§64 Služby následné péče

Dle zákona č. 108/2006 Sb., Zákon o sociálních službách, jsou služby následné péče určeny osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách, které byly hospitalizovány nebo absolvovaly ambulantní léčbu. Služba je poskytována ambulantní a pobytovou formou (Zákon č. 108/2006...).

§66 Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením

Posláním služby je podporovat klienty v jejich přirozeném prostředí, podporovat důstojný život, vytvářet podmínky pro smysluplné využívání volného času a zmírnit dopad nemoci a stáří na jejich kvalitu života. Služba je poskytována seniorům a klientům se zdravotním postižením, neboť u těchto cílových skupin hrozí sociální vyloučení (Zákon č. 108/2006...).

§67 Sociálně terapeutické dílny

Sociálně terapeutické dílny prostřednictvím sociálně-pracovní terapie pravidelně podporují své klienty v nácviku a zdokonalování pracovních návyků a dovedností. (Centrum ARPIDA, z. ú., 2022). Služby jsou poskytovány ambulantní formou pro klienty se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které vzhledem k jejich zdravotnímu stavu nelze umístit na otevřeném ani chráněném trhu práce (Marková et al., 2006).

§70 Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace je součástí koordinované rehabilitace. Jedná se o soubor specifických činností, které se zaměřují na podporu samostatného fungování jedince ve společnosti a v běžných životních situacích (Jankovský, 2006). Dle zákona č. 108/2006 Sb., Zákon o sociálních službách, je sociální rehabilitace definována jako soubor specifických činností, které směřují k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností. Služba je poskytována ambulantně, terénně nebo pobytovou formou (zákon č. 108/2006...).

§71 Centrum duševního zdraví

Služby centra duševního zdraví jsou poskytovány formou terénní nebo ambulantní sociální služby klientům se závažným duševním onemocněním, kteří se nacházejí ve složité životní situaci. Cílem centra duševního zdraví je zlepšovat zdravotní a sociální stav klienta, a pomoci mu tak znovu se zařadit do běžného života (Reforma péče o duševní zdraví, 2017). Hlavním cílem center je přesun péče o klienty z psychiatrických nemocnic do přirozeného prostředí. Centra jsou koncipována na principu multidisciplinárního týmu, který se snaží zamezit častému opakování hospitalizací a zkracovat dobu léčby v psychiatrické nemocnici (Marková et al., 2006). Jedná se o mezičlánek mezi primární ambulantní a lůžkovou psychiatrickou péčí (Reforma péče o duševní zdraví, 2017).

2.3 *Kvalita života*

V následující kapitole bakalářské práce je namísto teoretické vymezení kvality života a stěžejních pojmů, kterými jsou well-being, osobní spokojenost či životní spokojenost.

Definovat kvalitu života není vůbec jednoduché. V odborné literatuře najdeme velké množství různých definic tohoto pojmu, které se v něčem vzájemně doplňují, a v něčem jiném vyvrací (Mareš, Neusar 2017). Je tomu tak také proto, že v současné době je tento pojem velmi frekventovaný a stává se často předmětem různých odborných výzkumů a studií, jejichž výsledky pak tvoří východisko pro řešení mnoha problémů (Řehulková et al., 2008). Dle Veenhoveny (2000) nestačí jedna definice, a na tento pojem je třeba nahlížet z více stran, a to proto, že kvalita života je prakticky relevantní v řadě různých ohledů (Veenhoven, 2000). Zjednodušeně tedy můžeme říci, že kvalitu života nelze jednotně definovat, protože je to pojem velmi multidimenzionální a komplexní (Mareš, Neusar, 2007).

Dle Potůčka lze říci, že se jedná o široký koncept, který se vztahuje k celkové úrovni blaha (well-beingu) jedince a je výsledkem vzájemného působení několika druhů podmínek: sociálních, zdravotních, ekonomických a ekologických. Tyto podmínky mají přímý či nepřímý dopad na život jedince a společnosti (Blatný, 2018). Termín well-being se nejčastěji překládá jako osobní spokojenost (Kebza, 2005) a velmi úzce souvisí s kvalitou života (Bužgová, 2015). Někteří autoři se domnívají, že kvalitu života je třeba ztotožnit s osobní pohodou (Diener, 1997). Dle Kebzy a Šolcové (2003) se však nejedná o totožné, ale o velice podobné pojmy, které spolu navzájem souvisí (Kebza, Šolcová, 2003).

Pokud se zabýváme kvalitou života, je vždy důležité brát v potaz hlavně hodnotu lidského života jako takového, který je celosvětově chráněn právem na život v rámci základních lidských práv (Hrozenská, Dvořáčková, 2013).

Tímto pojmem se zabývá velké množství vědních disciplín, které se navzájem liší svým přístupem, například medicína, sociologie, psychologie, pedagogika, antropologie, ekonomie, sociální práce (Mareš et al., 2006). Kvalita života by se proto měla pojímat interdisciplinárně (Heřmanová, 2011).

Koncept kvality života je tedy velice široký a je ovlivňován mnoha faktory, které působí dlouhodobě a někdy i rozporně. Během života se mění (Potůček et al., 2003).

2.3.1 Kvalita života, osobní pohoda a životní spokojenost

V rámci teoretického vymezení kvality života, je důležité se zaměřit i na pojmy osobní pohoda a životní spokojenost, které úzce souvisejí s pojmem kvalita života a často dochází k jejich vzájemné záměně a ztotožňování, a to z důvodu nejednotné definice (Křivohlavý, 2002).

S kvalitou života je spojen pojem well-being, který je nejčastěji překládán jako osobní spokojenost (Kebza, 2005). Vzhledem k tomu, že do českého jazyka well-being překládáme více způsoby, setkáváme se i s označením životní spokojenost či spokojenost se životem (Blatný et al., 2005). Křivohlavý pojem překládá i jako „*je mi dobře*“, obecně jako „*jsem v pohodě*“ (Křivohlavý, 2005, s. 64). Někteří autoři se domnívají, že osobní pohoda a kvalita života jsou totožné pojmy (Diener, 1997). Dle Kebzy a Šolcové (2003) totožné nejsou, ale jsou si velice podobné a navzájem spolu souvisí (Kebza, Šolcová, 2003).

Osobní pohodu lze definovat jako přetrvávající emoční stav, který je ukazatelem celkové spokojenosti jedince se životem (Blatný, 2018). Životní spokojenost definujeme jako součást osobní pohody, kterou většinou myslíme to, jak je jedinec spokojen s určitými oblastmi svého života – nejčastěji se jedná o spokojenost v rodině, v práci a ve volném čase (Kebza, Šolcová, 2005). Lze říci, že pojmem osobní pohoda rozumíme emoční a kognitivní stav jedince, zatímco pojmem životní spokojenost převážně kognitivní složku pohody (Diener et al., 1997). Setkáváme se zde však s velkým množstvím různých definic, jejichž autoři osobní pohodu a životní spokojenost rozlišují, či naopak ztotožňují. V této souvislosti s často objevuje i termín subjective well-being, který překládáme nejčastěji jako subjektivní „životní pohoda“ (Schusterová, 2007).

Mezi hlavní zdroje osobní pohody řadí většina autorů vnímané zdraví, subjektivně prožívanou osobní spokojenost a postavení jedince ve společnosti (Payne, 2005). Vycházíme-li z tohoto tvrzení, můžeme životní spokojenost považovat za jednu z hlavních podmínek pro dosažení vysoké úrovně osobní pohody (Kebza, Šolcová, 2003).

Životní spokojenost ve vztahu ke zdraví je jedním z faktorů, kterým lze zkoumat životní spokojenost (Payne, 2005). Zdroje životní spokojenosti lze obecně rozdělit na demografické, osobní a sociální faktory. Mezi demografické faktory řadíme například věk, pohlaví, vzdělání, příjem, rodinný stav, sociální stav, náboženské vyznání, zdravotní

stav či příslušnost k rase či etniku (Blatný, 2018). K osobním faktorům náleží charakteristiky jedince, kterými jsou například emocionalita, temperament či vztah k vlastní osobě (Zemanová, Dolejš, 2015). Posledními zdroji životní spokojenosti jsou sociální faktory, kterými mohou být partnerské, rodinné a přátelské vztahy. Spadá sem i začlenění do sociálních vztahů, příslušnost ke skupině či komunitě a sociální podpora (Myers, 1999).

2.3.2 *Se zdravím související kvalita života (HRQoL)*

S obecným pojmem kvality života se setkáváme napříč vědními obory, nejvíce však v souvislosti se zdravím (Hájková et al., 2008). Ve zdravotnictví je pojem využíván nejen v medicínských oborech, ale také v ošetrovatelství (Mareš et al., 2006).

Kvalita života ve vztahu ke zdraví (v originálním znění Health Related Quality of Life, dále jen HRQoL) je vícerozměrný koncept, který se běžně používá ke zkoumání vlivu zdravotního stavu na kvalitu života (Lin et al., 2013). HRQoL zahrnuje fyzickou a emocionální pohodu, sociální vazby a vztahy a v neposlední řadě se zabývá zvládnutím každodenních činností ve vztahu ke zdravotnímu stavu jedince (Yin et al., 2016). Lze tedy říci, že tento koncept zachycuje, jak nemocný subjektivně vnímá vlastní zdravotní stav (Crosby et al., 2003). Takovéto pojetí najdeme i u evropských zdravotnických orgánů, které sledují subjektivní vnímání vlastní nemoci (Guidance, 2006). Subjektivní údaje z HRQoL pak doplňují objektivní údaje týkající se nemoci, jako je morbidita a mortalita (Kočová et al., 2017). Pomocí HRQoL lze na kvalitu života nahlížet z mnoha různých hledisek – sociologického, psychologického, ekonomického a také celospolečenského – a nikoliv pouze z medicínského (Křivohlavý et al., 2004).

HRQoL je dle Hájkové (2008) nejčastěji využíváno pro měření kvality života u dospělých, tato autorka však zdůrazňuje možnost jeho testování i v pediatrikách medicínských oborech, kde se v současné době nástroje k měření kvality života příliš nevyužívají (Hájková et al., 2008).

HRQoL se skládá ze základních šesti dimenzí, a to: fyzické funkce, psychické funkce, fungování ve společnosti, plnění rolí, vnímání zdravotního stavu a celkové životní spokojenosti. Koncept HRQoL zaznamenává v průběhu lidského života změny (Yin et al., 2016).

2.3.3 Dimenze kvality života

Kvalita života má dvě základní dimenze, a to dimenzi subjektivní a objektivní (Ludvíková et al., 2017). Dle Mareše (2006) je subjektivní kvalita života souhrn subjektivních indikátorů, tvořící všeobecnou spokojenost s vlastním životem, která vychází z emočního prožívání a kognitivního hodnocení jedince (Mareš, 2006). Vymětal (2001) doplňuje, že sem patří i to, jak jedinec vnímá vlastní postavení v kontextu své kultury a hodnotového systému. Z toho vyplývá, že výsledná spokojenost jedince závisí na jeho osobních zájmech, cílech a očekáváních (Vymětal, 2001).

Dle Gurkové (2011) objektivní dimenze kvality života sleduje fyzické zdraví, sociální podmínky, materiální zabezpečení a sociální status (Gurková, 2011). Dle Mareše (2006) sem spadá také vzdělání, stabilita rodiny, pocit bezpečí finanční situace a mnoho dalších faktorů (Mareš, 2006).

V současné době se čím dál tím častěji sleduje i subjektivní rozměr kvality života (Gurková, 2011). Oba přístupy lze využívat komplementárně a ve vzájemné kombinaci (Hodačová, 2007): kvalitu života nemusíme nahlížet pouze z jednoho hlediska, ale můžeme různá hlediska slučovat a spojovat neboli využívat smíšený přístup (Pacione, 2003).

2.3.4 Měření kvality života

Existuje několik způsobů, jak dělit metody měření kvality života. Mezi nejznámější rozdělení patří Křivohlavého dělení na:

- I. metody měření kvality života, kde hodnotí druhá osoba;
- II. metody měření kvality života, kde hodnotitelem je sama daná osoba;
- III. metody smíšené (kombinace obou metod) (Křivohlavý, 2002).

Kirbi (in Dragomerická et al., 1997) uvádí tyto tři pojetí kvality života:

- 1) jako objektivní měření sociálních ukazatelů;
- 2) jako subjektivní odhad celkové spokojenosti se životem;
- 3) jako subjektivní odhad spokojenosti s jednotlivými oblastmi života (Kirbi in Dragomerická et al., 1997).

2.3.5 Kvalita života u osob s duševním onemocněním

V poslední kapitole teoretické části bakalářské práce se zabývám kvalitou života u osob s duševním onemocněním. Na toto téma již bylo v minulosti provedeno mnoho výzkumů. Kvalita života bývá zkoumána v několika obdobích, nejčastěji během aktivní přítomnosti nemoci, v průběhu remise či po návratu nemoci po remisi (Mashoff et al., 2006). Výzkumníci se také zabývají subjektivní a objektivní dimenzí kvality života (Connell et al., 2012), zkoumají přijetí a následné vyrovnání se s psychiatrickou diagnózou či samotným životem s nemocí (Mashoff et al., 2006). Časté téma je také zjišťování kvality života jako fenoménu současné doby, při kterém se zaměřujeme na vztahy jedince s blízkým okolím, ale zabýváme se také životními podmínkami a rizikovými faktory, které mohou mít přímý či nepřímý dopad na vznik onemocnění (Connell et al., 2012). Hojně jsou realizovány také výzkumy kvality života s konkrétní duševní poruchou, nejčastěji se zkoumá schizofrenie a bipolární afektivní porucha (Brosey et al., 2015).

Z výsledků realizovaných výzkumů vyplývá, že duševní onemocnění má na kvalitu života jedince, kterému bylo diagnostikováno, mnohdy velký vliv (Motlová et al., 2004). Dochází zde k přímému či nepřímému vlivu na jednotlivé aspekty kvality života (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015). Nesmíme však zapomenout, že objektivní a subjektivní hodnocení nemusí být vždy v souladu, a je důležité klást důraz především na subjektivní hodnocení kvality života. Důvodem je, že kvalitu života vnímá každý z nás jinak, neboť se jedná o velmi subjektivní záležitost (Gurová, 2011). Díky tomu, že vnímání lidského blaha je subjektivní, mohou i lidé s duševním onemocněním žít plnohodnotný život (Mashoff et al., 2012).

Kvalita života u osob s duševním onemocněním je ovlivněna mnoha faktory. Patří k nim například častý kontakt se stigmatizací, nálepkováním a diskriminací (Ocisková, Praško, 2015) V dnešní době se prosazuje destigmatizace a omezení nálepkování a diskriminace, společnost tak k duševní nemoci přistupuje mnohem lépe než v minulosti, avšak stále v ní stigmata nalezneme, ať už v podobě nelichotivých označení, či názorů na tyto nemoci (Holý, Šibor, 2008). Velká část majoritní společnosti si neuvědomuje závažnost duševních onemocnění a má pocit, že se tyto nemoci nemají velký dopad, neboť nejsou vidět. Zároveň tyto nemoci u řady lidí vyvolávají strach, a jedinec s touto nemocí je odsuzován, protože o jeho osobě panují zkreslené představy (Ocisková, Praško, 2015). To vše má přímý či nepřímý dopad na kvalitu života klientů s duševním onemocněním.

Se stigmatizací, nálepkováním či diskriminací se mohou setkat kdekoliv, od rodiny po práci (Fokus Liberec, o. p. s.): dle studií Národního ústavu duševního zdraví se obtíže objevují v různých vztazích – v rodině, v přátelství, ve zdravotnictví, v zaměstnání či ve škole (NUDZ, 2022).

Na kvalitu života má vliv i nemoc jako taková. Lidé s duševním onemocněním mohou a také často vedou velmi kvalitní život, kdy je nemoc vůbec neomezuje či se s nějakým svým osobním limitem setkají jen občas (Weimerová, 2010). I přes tyto skutečnosti nesmíme zapomínat, že nemoc může být nevyzpytatelná a může nemocné nemile překvapit, například při atace, kterou může provázet změna chování, což se může projevit ve zdravotní, ale i v sociální rovině, v níž může docházet ke zhoršení vztahu jedince s blízkými (Probstová, Peč, 2009).

K dalším faktorům patří vliv nemoci na pracovní či studijní život, vztahy a přijetí nemoci rodinou a osobami blízkými, změna režimu dne či změna způsobu života (Ludíková et al., 2017), vedlejší a nežádoucí účinky psychofarmak, možné odebrání řidičského průkazu, možná změna svéprávnosti, časté omezení konzumace alkoholu a kofeinu (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015), pravidelné intervence psychiatra (popřípadě psychologa nebo sociálního pracovníka) či hospitalizace (Raboch, 2019).

Konceptu kvality života u osob s duševním onemocněním se věnuje i současná psychiatrická reforma (Reforma péče o duševní zdraví, 2020).

3 Cíl práce a hypotézy

3.1 Cíl práce

Cílem bakalářské práce je zmapování vlivu konkrétních aspektů sociální práce na kvalitu života klientů s duševním onemocněním.

3.2 Výzkumná otázka

Ve vztahu k cíli práce byla stanovena následující výzkumná otázka:

Výzkumná otázka: Které sociální intervence mají na kvalitu života klientů s duševním onemocněním největší vliv?

3.3 Hypotézy

Po stanovení výše uvedeného cíle výzkumu bylo následujícím krokem stanovit hypotézu, byla stanovena následující hypotéza:

Hypotéza: Klienti s duševním onemocněním, kteří přijímají sociální práci v podobě sociální intervence, vykazují lepší aspekty kvality života oproti klientům s duševním onemocněním bez sociální intervence.

H_A: Klienti s duševním onemocněním, kteří přijímají sociální práci v podobě sociální intervence, vykazují lepší aspekty kvality života oproti klientům s duševním onemocněním bez sociální intervence.

H₀: Není rozdíl v kvalitě života u klientů s duševním onemocněním přijímajícím sociální práci v podobě sociální intervence oproti klientům s duševním onemocněním bez sociální intervence.

3.3.1 Operacionalizace

Klienti s duševním onemocněním

Respondenti tvořící výzkumný soubor. Jedná se o lidi s duševním onemocněním, kteří splňují vstupní požadavky k účasti ve výzkumu. Duševní onemocnění je velmi široký pojem, který zahrnuje velké množství potíží, které souvisejí s náladou, myšlením a chováním jedince (NZIP, 2022).

Sociální intervence

Intervence sociální práce v oblasti péče o duševní zdraví je velmi prospěšná pro osoby s duševním onemocněním a v mnoha ohledech nenahraditelná při léčbě duševního onemocnění. Cílem sociální práce s klienty s duševním onemocněním je zmírnit či zcela odstranit jednotlivé aspekty nepříznivých sociálních důsledků, které vznikají v souvislosti s duševní nemocí (Procházková, 2014).

Kvalita života

Zkoumání kvality života u lidí s duševním onemocněním v souvislosti s využíváním sociálních služeb. Kvalitou života rozumíme: „*subjektivní vnímání vlastní životní situace ve vztahu ke kultuře a k systému hodnot, ve kterých daný člověk žije, a také ve vztahu ke svým cílům, očekáváním a starostem.*“ (WHO, 1997).

4 Metodika

4.1 Strategie výzkumu

„Výzkum znamená proces vytváření nových poznatků.“ (Hendl, 2005, s. 30). Jedná se o systematické zkoumání v oblasti přírodních nebo sociálních jevů, kdy máme za cíl získat poznatky o zkoumaném (Hendl, 2015). Klademe zde velkou váhu na získaná empirická data a v užším pojetí dle Hendla také vědecky zkoumáme přírodní a sociální jevy s pomocí pozorování, experimentu, kvantifikace, ale také hledání zákonů a vysvětlení (Hendl, 2005).

Příprava na výzkum obnáší pro výzkumníka dvě hlavní rozhodnutí. První z nich je volba oblasti výzkumu (téma) a druhé z nich je zvolení vhodné metodologie. Volba metodologie výzkumu je důležitá hlavně u sociálně orientovaných výzkumů, kde se zpravidla rozhodujeme mezi kvalitativním a kvantitativním výzkumem (Hendl, 2015). I přesto by měl výzkumník rozumět základní logice, charakteristice a aplikovatelnosti obou výzkumných strategií (Punch, 2015). Vedle kvantitativního výzkumu je stále více přijímán i výzkum kvalitativní, přičemž oba typy lze kombinovat a využívat komplementárně (Hendl, 2005): nemusíme mezi nimi tedy volit, a můžeme je spojit – a provádět smíšený výzkum (Složilová, 2011).

V různých sociálních vědách, jež se odlišují předmětem svého zkoumání (sociologii, psychologii, antropologii, pedagogice, ekonomii a jim příbuzných vědách) se uplatňují sociálně orientované výzkumy. Tyto vědy se zabývají prvky, jevy, procesy a jejich vzájemnými vztahy, jež společně tvoří součást sociální skutečnosti a spoluvytvářejí její reálnou podobu (Reichel, 2009).

„Podstatou kvantitativního výzkumu je výběr jasně definovaných proměnných, sledování jejich rozložení v populaci a měření vztahů mezi nimi“ (Švaříček et al., 2007, s.17). Kvantitativní výzkum (objektivní paradigma) je výzkum založený převážně na sběru dat, které následně analyzujeme pomocí statistických technik (Disman, 2002). Dle Chráska lze kvantitativní výzkum vymezit jako záměrnou a systematickou činnost, která zkoumá hypotézy o vztazích mezi zkoumanými jevy (Chráska, 2016). Dochází zde ke zkoumání, ověření a testování hypotézy. Výstupem bývá ověření konkrétní hypotézy či teorie, kterou zkoumáme (Švaříček et al., 2007). Uplatňuje se přitom deduktivní a induktivní metoda, dva základní postupy při produkci poznání (Disman, 2002).

Ke zpracování výzkumné části této bakalářské práce byla použita kvantitativní výzkumná strategie: dotazování s využitím standardizovaného dotazníku. Respondenti odpovídali na dva standardizované dotazníky, které byly doplněny o nestandardizovaný dotazník, který jsem sestavila a kterým byly zjišťovány jejich sociodemografické údaje a míra spolupráce s odborníky (intervence psychiatra, psychologa a sociálního pracovníka).

Dotazníkové šetření bylo v této bakalářské práci využito pro velké množství výhod, které spočívají například ve velmi rychlém a relativně snadném způsobu získávání dat od velkého množství dotazovaných. Pozitivní je také to, že dotazníky vytváří anonymní prostředí, kde se respondenti cítí v bezpečí a jsou ochotni odpovídat i na citlivější otázky. Domnívám se, že anonymita přispívá i k pravdivosti odpovídání. Anonymní odpovídání však představuje v rámci dotazníkového šetření i nevýhodu: nemůžeme totiž ověřit, zda respondent informacím z dotazníků skutečně rozumí (Hendl, 2015). K dalším nevýhodám, které standardizované dotazníkové šetření má, o nichž je důležité vědět a na jejichž ošetření při realizaci výzkumu je třeba dbát patří dle Dismana malá návratnost, což je jedná z největších nevýhod této metody, a také to, že můžeme zkoumat jen takové problémy, které lze vyjádřit vztahy proměnných v rámci hypotéz (Disman, 2002). Nevýhodou je také získávání zobecněných a většinou nepříliš konkrétních informací, které nelze zkoumat příliš do hloubky. Z toho vyplývá, že získáváme zobecněné, stručné a ve většině případů i standardizované výsledky (Reichel, 2009).

Konkrétně byly použity tyto nástroje, které jsou uvedeny v příloze č. 1:

Dotazník o sociodemografických údajích a spolupráci s odborníky

Vytvořený nestandardizovaný dotazník k doplnění standardizovaných dotazníků DŽS a SEIQoL. Byl vytvořen na bázi strukturovaného dotazníku, s jehož pomocí měly být zjišťovány doplňující sociodemografické údaje k výzkumu a zároveň získávány informace o intervencích odborníků v životě respondentů. Hlavním cílem bylo zjistit, jaké sociální služby jsou využívány u klientů s duševním onemocněním, kteří žijí na území Jihočeského kraje.

DŽS (Dotazník životní spokojenosti)

Dotazník je určen k objektivnímu posouzení celkové životní spokojenosti a životní spokojenosti v deseti významných oblastech, s jejich pomocí je celková životní spokojenost operacionalizována. Respondenti jsou na subjektivní spokojenost tázáni v následujících deseti oblastech života:

Zdraví

Práce a zaměstnání

Finanční situace

Volný čas

Manželství a partnerství

Vztah k vlastním dětem

Vlastní osoba

Sexualita

Přátelé, známi, příbuzní

Bydlení (Fahrenberg at al., 2011).

Celkovou životní spokojeností je hodnota, která vznikne výpočtem součtu dosaženého skóre v jednotlivých oblastech. Do výpočtu nezahrnujeme všechny oblasti, ale pouze oblasti zdraví, finanční situace, volný čas, vlastní osoba, sexualita, přátelé, známi a příbuzní a bydlení. Zbylé oblasti, které jsou tvořeny ze škál práce a zaměstnání, manželství a partnerství a vztah k vlastním dětem, do celkové životní spokojenosti nezahrnujeme. Docházelo by zde ke zkreslení výsledku, protože respondenti mohou být například nezaměstnaní či bezdětní. (Fahrenberg at al., 2011).

Autory dotazníku jsou Fahrenberg a kolektiv, dotazník vznikl v Německu, kde byl následně standardizován (Fahrenberg at al., 2011).

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

Metoda neboli program pro hodnocení individuální kvality života respondentů, založená na Kellyho teorii osobních konstruktů, jejímž cílem je zjišťování osobních cílů každého z nás. Jedná se o subjektivní sebe posuzující hodnocení kvality života, která závisí na vlastním systému hodnot. Respondenti si zde vybírají konkrétní aspekty svého života v podobě témat, která představují právě zmíněné osobní představy o tom, v čem pro ně kvalita života spočívá a co je pro ně v životě důležité (Křivohlavý, 2002).

Respondent má do kolonek uvést svých pět životních cílů, tedy podnětů k životu. Apelujeme na to, aby jich bylo uvedeno skutečně pět, nikoliv více či méně. Následně u každého uvedeného životního cíle, určí míru spokojenosti s jejich naplňováním a také důležitosti tohoto cíle v jeho životě. Nakonec na deseticentimetrové vizuální analogové škále zaznamená míru spokojenosti s kvalitou našeho života, 0 cm představuje životní nespokojenost a 10 cm představuje nejvyšší životní spokojenost, které lze dosáhnout (Křivohlavý, 2004).

Autory dotazníku jsou O'Boyle, McGee a Joyce, dotazník vznikl během posledního desetiletí sledováním nemocných na lékařské fakultě v Dublinu v Irsku (Křivohlavý, 2004).

4.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor je tvořen lidmi s duševním onemocněním, kteří se v současné době stali klienty sociálních služeb. Způsob výběru respondentů byl realizován metodou sněhové koule, kontakt na počáteční respondenty byl získán přímým oslovením jedinců ve svépomocné skupině.

Metoda sněhové koule je nejčastěji používána při získávání nových informantů či respondentů z obtížně dohledatelných oblastí, která pracuje na principu sociální sítě jejich členů (Atkinson, Flint, 2001). Tato metoda funguje na principu toho, že se na začátku výzkumu obrátíme na zárodečný soubor jednotek (jedná se o jednotlivce nebo organizaci) s žádostí o předání kontaktů na osoby, které splňují předem zvolená kritéria (Jeřábek, 1993). Pomocí tohoto způsobu byl získán kontakt na 50 respondentů žijících v Jihočeském kraji, kteří byli následně osloveni. Nakonec se jich do výzkumu zapojilo 48, zbylí respondenti si svoji účast rozmysleli. Jedná se o návratnost 96 %. Všichni respondenti, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření, byli osloveni znovu po půl roce s žádostí o opětovnou účast ve výzkumu, a to z důvodu porovnávání dat ze dvou časových období. Opětovného výzkumu se zúčastnilo 45 respondentů z původních 48, celková návratnost tedy byla 93,75 %.

Výzkumný soubor tvoří 45 respondentů, z nichž je 19 mužů, 25 žen a jeden z respondentů se rozhodl neidentifikovat své pohlaví. Nejmladšímu respondentovi bylo 19 let, nejstaršímu 86, průměrný věk činil 38,4.

Z hlediska vzdělání měli respondenti nedokončené základní vzdělání, dokončenou základní školu, vyučení bez maturity, vyučení s maturitou, dokončené středoškolské vzdělání bez maturity, dokončené středoškolské vzdělání s maturitou, vyšší odborné vzdělání i vysokoškolské vzdělání. Převládá přitom dokončené středoškolské vzdělání s maturitou, které bylo zaznamenáno u 11 respondentů. Vyučeno s maturitou je 7 dotazovaných, 5 z nich dokončilo základní školu, 5 pak dokončilo střední školu bez maturity a pět dotazovaných má ukončenou vysokou školu. Nedokončené základní vzdělání mají 4 respondenti, vyšší odborné vzdělání bylo zaznamenáno u 3 z nich. Lokalitou respondentů je v největším počtu okres České Budějovice, ke kterému se hlásí 12 respondentů. V Písku žije 9 z nich, v Českém Krumlově je to pak 6 a ve Strakonících také 6 dotazovaných. V Táboře žije 5 dotazovaných, v Prachaticích 4 z nich a 3 pak v Jindřichově Hradci. Volbu „jiný okres“, která umožňovala uvést lokalitu mimo Jihočeský kraj, nezaznamenáváme u žádného zúčastněného.

4.3 Realizace výzkumu, harmonogram

Vlastní výzkumné šetření bylo realizováno ve dvou termínech: poprvé v měsících leden a únor 2022, podruhé v měsících červen a červenec 2022. S respondenty bylo dotazníkové šetření realizováno osobně, setkávali jsme se na různých místech dle přání respondentů, ve většině případů se jednalo o prostory kaváren a restauračních zařízení, setkání se ale uskutečnila i u respondentů doma či na jiných jimi zvolených místech. Setkání vždy probíhalo pouze ve dvou, aby byla chráněna anonymita respondentů. Před analýzou se všechny dotazníky smíchaly dohromady, aby nebylo dohledatelné, který dotazník patří konkrétnímu respondentovi a byla dodržena anonymita.

4.4 Analýza výzkumu

Z dat získaných z dotazníků byla vytvořena datová matice v programu MS Excel. Datová matice je tabulka dat, do níž zaznamenáváme získaná data, abychom s nimi mohli následně pracovat (Hendl, 2015). Pomocí datové matice jsou data uspořádána systematicky, neboť jsou rozdělena do řádků a sloupců, kde v řádcích nalezneme popis jednoho objektu a ve sloupcích zase data pro jednotlivé proměnné (Hendl, 2015).

Vyhodnocení získaných dat bylo provedeno ve statistickém programu IBM SPSS Statistics za pomoci statistické metody párový T-test. Tento statistický test významnosti lze použít v situacích, kdy dochází k opakovanému měření stejné skupiny osob a my

chceme jednotlivá měření spolu porovnávat a zjistit, zda dochází ke statisticky významným rozdílům (Chráska, 2016). Výhodou této varianty je, že zde dochází k minimalizování vlivu náhodné proměnlivosti, která se může vyskytnout v případě použití dvou výběrů. Vzhledem k tomu, že pracujeme dvakrát se stejným vzorkem, eliminujeme nežádoucí interní odlišnosti (Kajanová, Dvořáčková, Stránský, 2017). V případě výzkumu této bakalářské práce takto byla zpracována data získaná z výzkumného souboru, který tvořili lidé s duševním onemocněním, od kterých byla data stejným způsobem získána ve dvou různých časových obdobích.

Důvodem opětovného dotazování bylo zmapování konkrétních aspektů sociální práce a jejich přímého či nepřímého vlivu na kvalitu života lidí s duševním onemocněním. Respondenti na začátku výzkumu nebyli klienti žádné ze sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním, odbornou intervencí měli v podobě spolupráce se svým ambulantním psychiatrem a někteří z nich ještě v podobě spolupráce s psychologem. Nevyužívání sociálních služeb bylo jedním ze vstupních požadavků výběru respondentů. Dalšími vstupními požadavky byly dosažení osmnácti let, výskyt psychiatrické diagnózy, spolupráce s ambulantním psychiatrem a zájem o využívání sociálních služeb. S respondenty bylo realizováno osobní setkání, při kterém byli seznámeni s průběhem dotazníkového šetření a proběhla realizace první části výzkumu. Druhá část výzkumu proběhla za šest měsíců od setkání, kdy byli respondenti znovu seznámeni s průběhem dotazníkového šetření a proběhla realizace druhé části výzkumu. Vstupní požadavky byly velice podobné těm z první části, respondenti museli dosáhnout věku osmnácti let, musela se u nich vyskytovat psychiatrická diagnóza a museli spolupracovat s ambulantním psychiatrem. Stejně zde bylo, aby od našeho prvního setkání začali využívat intervenci sociálního pracovníka, a to v podobě čerpání jedné či více sociálních služeb.

Díky tomu, že se jedná o stejné respondenty (stejný vzorek) se kterým pracujeme dvakrát, získáváme možnost pozorovat, jak mohou jednotlivé sociální služby napomáhat ke zlepšení konkrétních aspektů života respondentů, jak se tedy s jejich pomocí může měnit jejich život, a tím i životní spokojenost, která úzce souvisí s kvalitou života (Kajanová, Dvořáčková, Stránský, 2017).

Všechny testy byly realizovány na hladině významnosti 95 %.

4.5 Etika výzkumu

Respondenti byli všichni jednotlivě seznámeni se záměrem, průběhem a následným zpracováním dat získaných z tohoto výzkumu. Seznámení proběhlo písemně pomocí úvodu v dotazníku, informovaného souhlasu a zároveň i ústně, kdy jsem respondentům předala veškeré informace o realizaci výzkumu. Důraz byl kladen především na dodržení anonymity, dobrovolnosti, práva odmítnutí účasti a možnosti odvolání souhlasu respondenta. Souhlasy s výzkumem jsou uloženy u autorky práce.

Výzkum v bakalářské práci probíhal v souladu se zákonem č. 110/2019 Sb. o zpracování osobních údajů.

Etický přístup je nedílnou součástí realizace výzkumu a tvoří při spolupráci výzkumníka a respondenta důležitý aspekt (Eger, Egerová, 2017). Výzkumník se snaží pro vzájemnou spolupráci vytvářet bezpečné a příjemné prostředí, ve kterém se obě zúčastněné strany cítí komfortně (Mioviský, 2006). Je zde dbáno na stěžejní aspekty výzkumu, a to dodržování anonymity a diskrétnosti při získávání a zpracovávání dat (Hendl, 2015).

V současné době dochází ke zvyšování zájmu o etické aspekty v sociálních výzkumech (Eger, Egerová, 2017), etika se významným tématem ve výzkumu stává již od 60. let minulého století (Kajanová, Dvořáčková, Stránský, 2017). Ačkoliv jsou etická pravidla a normy při spolupráci s respondentem klíčové, je někdy velmi náročné posoudit, kdy je naše jednání ve vztahu k výzkumnému projektu stále v souladu s nimi a kdy dochází k překročení této hranice, což má vliv na respondenty (Mioviský, 2006).

Výzkumník by měl dle Mioviského (2006) dodržovat následující pravidla:

- respekt soukromí účastníků;
- informovaný souhlas;
- zachování anonymity;
- zajistit emoční a psychické bezpečí;
- zpřístupnění výsledků výzkumu účastníkům výzkumu (Mioviský, 2006).

4.6 Limity výzkumu

Na bakalářskou práci a výzkumné šetření mohly mít vliv některé zkresení a limity. Prvním limitem může být výzkumný soubor, který se skládá z respondentů pouze v rámci Jihočeského kraje a nemáme tak zmapované větší území a tím pádem jsme mohli přijít o

mnoho specifických respondentů. S tím souvisí i malý počet oslovených respondentů, který může zkreslovat data z důvodu velikosti základního souboru. Dalším limitem výzkumu je, že zkoumání využívaných sociálních služeb proběhlo paušálně bez individuálního kvalitativního zaměření na vliv jednotlivých služeb na život respondentů. Jako další limit může být vnímáno i nespifikování konkrétního duševního onemocnění.

Z těchto důvodů autorka doporučuje výzkum později realizovat s ohledem na jednotlivé kategorie duševních onemocnění a individuálního zkoumání sociálních služeb.

5 Výsledky

V této kapitole jsou uvedeny výsledky výzkumného šetření, které byly získány pomocí dotazníkového šetření s respondenty, kteří jsou tvořeni lidmi s duševním onemocněním, kteří se v současné době stali klienty sociálních služeb.

5.1 Sociodemografické údaje výzkumného souboru

V následujících tabulkách podávám sociodemografické údaje výzkumného souboru týkající se respondentů. Jedná se o následující údaje:

Tabulka 1 – Popis výzkumného souboru: pohlaví

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Průměrný věk (v letech)	SD (v letech)
Celkem	45	100 %	38,4	17,71
Muži	19	42 %	39,16	14,00
Ženy	25	56 %	38,56	20,03
Jiné	1	2 %	20,00	0,00

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 2 – Popis výzkumného souboru: lokalita

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Celkem	45	100 %
České Budějovice	12	27 %
Český Krumlov	6	13 %
Jindřichův Hradec	3	7 %
Písek	9	20 %
Prachatice	4	9 %
Strakonice	6	13 %
Tábor	5	11 %
Jiné	0	0 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 3 – Popis výzkumného souboru: vzdělání

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Celkem	45	100 %
Nedokončené základní vzdělání	4	9 %
Základní vzdělání	5	11 %
Vyučen bez maturity	5	11 %
Vyučen s maturitou	7	16 %
Středoškolské vzdělání bez maturity	7	16 %
Středoškolské vzdělání s maturitou	11	24 %
Vyšší odborné vzdělání	5	11 %
Vysokoškolské vzdělání	0	11 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 4 – Popis výzkumného souboru: rodinný stav

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Celkem	45	100 %
Svobodný	12	27 %
Ženatý/vdaná	18	40 %
Partner/partnerka	6	13 %
Vdovec/vdova	3	7 %
Rozvedený	6	13 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 5 – Popis výzkumného souboru: zaměstnání

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Celkem	45	100 %
Zaměstnaný	9	20 %
OSVČ	4	9 %
Student	6	13 %
V domácnosti	4	9 %
Důchodce	12	27 %
Nezaměstnaný	10	22 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 6 – Popis výzkumného souboru: domácnost

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Celkem	45	100 %
Žiji sám/sama	10	22 %
Žiji s partnerem/partnerkou	26	58 %
Žiji s někým jiným (např. s rodiči)	9	20 %

Zdroj: Vlastní výzkum

5.2 Popis výsledků

Oslovení respondenti byli požádáni o vyplnění standardizovaných dotazníků DŽS, SEIQoL a nestandardizovaného dotazníku, který zjišťoval sociodemografické údaje a spolupráci s odborníky. Zajímaly jsme se zde o využívání psychiatrické, psychologické a sociální intervence. Vzhledem ke vstupním požadavkům, mezi kterými byla spolupráce s ambulantním psychiatrem a nevyužívání sociálních služeb v době prvního měření, nedochází k hodnocení intervence psychiatra a sociálního pracovníka. Důvodem nehodnocení je nemožnost porovnání dat.

Intervence sociálního pracovníka je zde zkoumána za pomoci využívání sociálních služeb, jejichž cílovou skupinu tvoří lidé s psychiatrickou diagnózou. Zde je popsán vliv

sociální práce na obecnou rovinu kvality života a mapování jednotlivých aspektů kvality života, kterými jsou jednotlivé oblasti z Dotazníků DŽS, které jsou doplněny o data měření z úsečky SEIQoL.

Získané výsledky jsou uvedeny v následující tabulce 7:

Tabulka 7 – Výsledky psychologické a sociální intervence v podobě využívání sociálních služeb

První měření zpracováno: 10.03 2022

Druhé měření zpracováno: 10.08. 2022

DŽS	Před Průměr	Před SD	Po Průměr	Po SD
Zdraví	30,40	7,78	32,93	14,14
Práce a zaměstnání	33,89	18,38	35,89	7,78
Finanční situace	27,67	14,14	31,27	15,56
Volný čas	34,98	11,31	37,11	6,36
Manželství a partnerství	33,44	11,31	36,16	4,95
Vlastní osoba	34,47	23,33	35,69	20,51
Sexualita	33,07	19,09	34,44	16,97
Přátelé, známí a příbuzní	35,60	8,49	36,40	4,95
Bydlení	34,51	9,19	35,87	4,95
SEIQoL	62,49	26,16	69,96	21,21

Zdroj: Vlastní výzkum

Porovnání bylo provedeno párovým T-Testem.

V tabulce 5 výše, jsou znázorněny základní deskriptivní hodnoty u výzkumného souboru, kterými jsou průměry a směrodatné odchylky, které byly změřeny při prvním a následně opakujícím se měření po 0,5 roce. Průměry a směrodatné odchylky popisují rozdíly v oblastech kvality života dotazníku DŽS a celkové kvality života měřené pomocí SEIQoL. Tabulka 5 popisuje rozdíly před využíváním a po využíváním konzumace sociální intervence v podobě sociálních služeb.

Tabulka 5 výše zároveň popisuje intervenci psychologa, která byla přítomna u měřeného výzkumného souboru. Jsou zde popsány rozdíly před využíváním a po využíváním konzumace psychologické intervence. Zde byla intervence přítomna u části výzkumného souboru již během prvního měření, její konzumace byla využívána i při druhém měření. Jedná se tedy o stejné respondenty a z tohoto důvodu nedochází ke zkreslování údajů.

5.2.1 Popis výsledků psychologické intervence a využívaných sociálních služeb v rámci sociální intervence

Na tomto místě bakalářské práce jsou uvedeny data o využívání psychologické intervence a sociální intervence v podobě sociálních služeb, kterými jsou sociální poradenství; pečovatelská služba; podpora samostatného bydlení; centrum denních služeb; denní stacionář; týdenní stacionář; domovy pro osoby se zdravotním postižením; domovy se zvláštním režimem; chráněné bydlení; sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením; sociálně terapeutické dílny; sociální rehabilitace; služby následné péče a centrum duševního zdraví.

Psychologická intervence

Efekt psychologické intervence byl sledován u klientů během doby 0,5 roku.

Na konci to bylo: 28 ano 17 ne

Sociální intervence:

Sociální poradenství

Efekt sociálního poradenství byl sledován u klientů (respondentů) během doby 0,5 roku.

Na začátku 0 ze 45 respondentů službu nekonsumovali.

Na konci to bylo: 32 ano 13 ne

Byl zkoumán efekt služby sociálního poradenství na jednotlivé aspekty kvality života.

Pečovatelská služba

Efekt pečovatelské služby byl sledován u klientů (respondentů) během doby 0,5 roku. Na začátku 0 ze 45 respondentů službu nekonzumovali.

Na konci to bylo: 12 ano 33 ne

Byl zkoumán efekt služby pečovatelské služby na jednotlivé aspekty kvality života.

Podpora samostatného bydlení

Efekt podpory samostatného bydlení byl sledován u klientů (respondentů) během doby 0,5 roku. Na začátku 0 ze 45 respondentů službu nekonzumovali.

Na konci to bylo: 8 ano 37 ne

Byl zkoumán efekt služby samostatného bydlení na jednotlivé aspekty kvality života.

Centrum denních služeb

Efekt centra denních služeb byl sledován u klientů (respondentů) během doby 0,5 roku. Na začátku 0 ze 45 respondentů službu nekonzumovali.

Na konci to bylo: 38 ano 7 ne

Byl zkoumán efekt centra denních služeb na jednotlivé aspekty kvality života.

Denní stacionář

Efekt denního stacionáře byl sledován u klientů (respondentů) během doby 0,5 roku. Na začátku 0 ze 45 respondentů službu nekonzumovali.

Na konci to bylo: 7 ano 38 ne

Byl zkoumán efekt služby denního stacionáře na jednotlivé aspekty kvality života

Týdenní stacionář

Efekt týdenního stacionáře byl sledován u klientů (respondentů) během doby 0,5 roku. Na začátku 0 ze 45 respondentů službu nekonzumovali.

Na konci to bylo: 9 ano 36 ne

Byl zkoumán efekt služby týdenního stacionáře na jednotlivé aspekty kvality života.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením

Efekt domovů pro osoby se zdravotním postižením byl sledován u klientů během doby 0,5 roku. Na začátku 0 ze 45 respondentů službu nekonzumovali.

Na konci to bylo: 4 ano 41 ne

Byl zkoumán efekt služby domovů pro osoby se zdravotním postižením na jednotlivé aspekty kvality života.

Domovy se zvláštním režimem

Efekt domovů se zvláštním režimem byl sledován u klientů během doby 0,5 roku. Na začátku 0 ze 45 respondentů službu nekonzumovali.

Na konci to bylo: 6 ano 39 ne

Byl zkoumán efekt služby domovů pro osoby se zvláštním režimem na jednotlivé aspekty kvality života.

Chráněné bydlení

Efekt chráněného bydlení byl sledován u klientů během doby 0,5 roku. Na začátku 0 ze 45 respondentů službu nekonzumovali.

Na konci to bylo: 11 ano 34 ne

Byl zkoumán efekt služby chráněného bydlení na jednotlivé aspekty kvality života.

Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením

Efekt sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením byl sledován u klientů během doby 0,5 roku. Na začátku 0 ze 45 respondentů službu nekonzumovali.

Na konci to bylo: 21 ano 24 ne

Byl zkoumán efekt sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením na jednotlivé aspekty kvality života.

Sociálně terapeutické dílny

Efekt sociálně terapeutické dílny byl sledován u klientů během doby 0,5 roku. Na začátku 0 ze 45 respondentů službu nekonzumovali.

Na konci to bylo: 38 ano 7 ne

Byl zkoumán efekt služby sociálně terapeutické dílny na jednotlivé aspekty kvality života.

Sociální rehabilitace

Efekt sociální rehabilitace byl sledován u klientů během doby 0,5 roku. Na začátku 0 ze 45 respondentů službu nekonzumovali.

Na konci to bylo: 39 ano 6 ne

Byl zkoumán efekt služby sociální rehabilitace na jednotlivé aspekty kvality života.

Služby následné péče

Efekt služeb následné péče byl sledován u klientů během doby 0,5 roku. Na začátku 0 ze 45 respondentů službu nekonzumovali.

Na konci to bylo: 17 ano 28 ne

Byl zkoumán efekt služeb následné péče na jednotlivé aspekty kvality života.

Centrum duševního zdraví

Efekt centra duševního zdraví byl sledován u klientů během doby 0,5 roku. Na začátku 0 ze 45 respondentů službu nekonzumovali.

Na konci to bylo: 29 ano 16 ne

Byl zkoumán efekt služby centra duševního zdraví na jednotlivé aspekty kvality života.

5.2.2 Výsledky statistického vyhodnocování dat

V rámci výsledků byl zkoumán efekt psychologické intervence a sociální intervence v podobě využívaných sociálních služeb na jednotlivé aspekty kvality života. Došlo zde k porovnávání dat z prvního a druhého měření, kde bylo zjišťováno, zda se vyskytl rozdíl v jednotlivých škálách dotazníků DŽS a SEIQoL v souvislosti s pobíranou službou.

V tabulce jsou vyznačeny statisticky významné výsledky při hladině významnosti $\alpha=0,05\%$ červeně. Výsledky, které ještě nejsou statisticky významné na hladině významnosti $\alpha=0,05\%$, ale objevuje se zde určitý trend/vztah jsou označeny zeleně.

Tabulka 8 – Dotazník životní spokojenosti a SEIQoL v korelaci s psychologickou intervencí

DŽS	Hodnota t-testu	Sig.	df
Zdraví	3,298	0,076	44
Finanční situace	2,967	0,092	44
SEIQoL	4,833	0,033	44

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce nalezneme statisticky významné rozdíly v oblasti SEIQoL v korelaci s psychologickou intervencí. Významný vztah nalezneme u DŽS, a to v oblastech spokojenost se zdravím a finanční situací.

Dochází zde k zjištění, že vliv psychologické intervence projevuje určité aspekty vlivu na kvalitu života lidí s duševním onemocněním.

Tabulka 9 – Statisticky významný rozdíl: intervence psychologa ve vztahu k SEIQoL

Intervence psychologa	Využívání Průměr	Využívání SD	Absence Průměr	Absence SD
SEIQoL	72,71	19,413	65,69	20,654

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 10 – Významný vztah: intervence psychologa ve vztahu k zdraví

Intervence psychologa	Využívání Průměr	Využívání SD	Absence Průměr	Absence SD
Zdraví	35,43	7,965	28,44	8,358

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 11 – Významný vztah: rozdíl: intervence psychologa ve vztahu k finanční situaci

Intervence psychologa	Využívání Průměr	Využívání SD	Absence Průměr	Absence SD
Finanční situace	27,93	12,289	26,75	11,556

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 12 – Dotazník životní spokojenosti a SEIQoL v korelaci se sociální intervencí: sociální poradenství

DŽS	Hodnota t-testu	Sig.	df
Přátelé, známí a příbuzní	4,558	0,039	44
Bydlení	4,071	0,050	44

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce nalezneme statisticky významné rozdíly v oblasti DŽS, a to v oblastech spokojenost v oblasti přátel, známých a příbuzných a bydlení.

Dochází zde k zjištění, že vliv sociální intervence v podobě služby sociálního poradenství projevuje určité aspekty vlivu na kvalitu života lidí s duševním onemocněním.

Tabulka 13 – Statisticky významný rozdíl: sociální poradenství ve vztahu k přátelům, známým a příbuzným

Sociální poradenství	Využívání Průměr	Využívání SD	Absence Průměr	Absence SD
Přátelé, známí a příbuzní	39,62	7,730	35,09	11,145

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 14 – Statisticky významný rozdíl: sociální poradenství ve vztahu k bydlení

Sociální poradenství	Využívání Průměr	Využívání SD	Absence Průměr	Absence SD
Bydlení	36,75	12,557	33,69	10,045

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 15 – Dotazník životní spokojenosti a SEIQoL v korelaci se sociální intervencí: pečovatelská služba

DŽS	Hodnota t-testu	Sig.	df
Volný čas	4,119	0,049	44

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce nalezneme statisticky významný rozdíl v oblasti DŽS, a to v oblasti spokojenost s volným časem.

Dochází zde k zjištění, že vliv sociální intervence v podobě služby pečovatelská služba projevuje určité aspekty vlivu na kvalitu života lidí s duševním onemocněním.

Tabulka 16 – Statisticky významný rozdíl: pečovatelská služba ve vztahu k volnému času

Pečovatelská služba	Využívání Průměr	Využívání SD	Absence Průměr	Absence SD
Volný čas	40,67	4,905	35,82	9,706

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 17 – Dotazník životní spokojenosti a SEIQoL v korelaci se sociální intervencí: podpora samostatného bydlení

DŽS	Hodnota t-testu	Sig.	df
Práce a zaměstnání	3,290	0,077	44
Vlastní osoba	3,294	0,078	44

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce nenalezneme statisticky významný rozdíl, objevuje se zde významný vztah, který nalezneme u DŽS, a to v oblastech spokojenost s vlastní osobu, prací a zaměstnáním.

Dochází zde k zjištění, že vliv sociální intervence v podobě služby podpora samostatného bydlení projevuje určité aspekty vlivu na kvalitu života lidí s duševním onemocněním.

Tabulka 18 – Významný vztah: podpora samostatného bydlení ve vztahu k práci a zaměstnání

Podpora samostatného bydlení	Využívání Průměr	Využívání SD	Absence Průměr	Absence SD
Práce a zaměstnání	41,38	5,63	34,70	10,3495,63

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 19 – Významný vztah: podpora samostatného bydlení ve vztahu k vlastní osobě

Podpora samostatného bydlení	Využívání Průměr	Využívání SD	Absence Průměr	Absence SD
Vlastní osoba	35,54	9,619	35,69	8,795

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 20 – Dotazník životní spokojenosti a SEIQoL v korelaci se sociální intervencí: centrum denních služeb

DŽS	Hodnota t-testu	Sig.	df
Práce a zaměstnání	4,783	0,034	44

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce nalezneme statisticky významný rozdíl v oblasti DŽS, a to v oblasti spokojenost s prací a zaměstnáním.

Dochází zde k zjištění, že vliv sociální intervence v podobě služby centra denních služeb projevuje určité aspekty vlivu na kvalitu života lidí s duševním onemocněním.

Tabulka 21 – Statisticky významný rozdíl: centrum denních služeb ve vztahu k práci a zaměstnání

Centrum denních služeb	Využívání Průměr	Využívání SD	Absence Průměr	Absence SD
Práce a zaměstnání	41,86	4,88	34,79	10,309

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 22 – Dotazník životní spokojenosti a SEIQoL v korelaci se sociální intervencí: denní stacionář

DŽS	Hodnota t-testu	Sig.	df
Sexualita	5,074	0,029	44

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce nalezneme statisticky významný rozdíl v oblasti DŽS, a to v oblasti spokojenost se sexualitou.

Dochází zde k zjištění, že vliv sociální intervence v podobě služby denního stacionáře projevuje určité aspekty vlivu na kvalitu života lidí s duševním onemocněním.

Tabulka 23 – Statisticky významný rozdíl: denní stacionář ve vztahu k sexualitě

Denní stacionář	Využívání Průměr	Využívání SD	Absence Průměr	Absence SD
Sexualita	36,24	11,858	24,71	10,484

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 24 – Dotazník životní spokojenosti a SEIQoL v korelaci se sociální intervencí: týdenní stacionář

DŽS	Hodnota t-testu	Sig.	df
Vlastní osoba	3,062	0,087	44

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce nenalezneme statisticky významný rozdíl, objevuje se zde významný vztah, který nalezneme u DŽS, a to v oblasti spokojenost s vlastní osobu.

Dochází zde k zjištění, že vliv sociální intervence v podobě služby týdenního stacionáře projevuje určité aspekty vlivu na kvalitu života lidí s duševním onemocněním.

Tabulka 25 – Významný vztah: týdenní stacionář ve vztahu k vlastní osobě

Týdenní stacionář	Využívání Průměr	Využívá SD	Absence Průměr	Absence SD
Vlastní osoba	39,44	5,028	34,75	8,795

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 26 – Dotazník životní spokojenosti a SEIQoL v korelaci se sociální intervencí: Domovy pro osoby se zdravotním postižením

DŽS	Hodnota t-testu	Sig.	df
Volný čas	3,136	0,084	44
Manželství a partnerství	5,395	0,025	44

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce nalezneme statisticky významný rozdíl v oblasti DŽS, a to v oblasti spokojenost s manželstvím a partnerstvím. Významný vztah nalezneme u DŽS, a to v oblasti spokojenost s volným časem.

Dochází zde k zjištění, že vliv sociální intervence v podobě služby domovů pro osoby se zdravotním postižením projevuje určité aspekty vlivu na kvalitu života lidí s duševním onemocněním.

Tabulka 27 – Statisticky významný rozdíl: domovy pro osoby se zdravotním postižením ve vztahu k manželství a partnerství

Domovy pro osoby se zdravotním postižením	Využívání Průměr	Využívání SD	Absence Průměr	Absence SD
Manželství a partnerství	46,00	14,178	35,20	13,881

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 28 – Významný vztah: domovy pro osoby se zdravotním postižením ve vztahu k volnému času

Domovy pro osoby se zdravotním postižením	Využívání Průměr	Využívání SD	Absence Průměr	Absence SD
Volný čas	37,50	3,317	37,07	9,291

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 29 – Dotazník životní spokojenosti a SEIQoL v korelaci se sociální intervencí: domovy se zvláštním režimem

DŽS	Hodnota t-testu	Sig.	df
Zdraví	8,392	0,006	44

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce nalezneme statisticky významný rozdíl v oblastech DŽS, a to v oblastech spokojenost se zdravím.

Dochází zde k zjištění, že vliv sociální intervence v podobě služby domovů se zvláštním režimem projevuje určité aspekty vlivu na kvalitu života lidí s duševním onemocněním.

Tabulka 30 – Statisticky významný rozdíl: domovy se zvláštním režimem ve vztahu ke zdraví

Domovy se zvláštním režimem	Využívání Průměr	Využívání SD	Absence Průměr	Absence SD
Zdraví	37,67	8,892	32,21	8,611

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 31 – Dotazník životní spokojenosti a SEIQoL v korelaci se sociální intervencí: chráněné bydlení

DŽS	Hodnota t-testu	Sig.	df
SEIQoL	3,078	0,087	44

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce nenalezneme statisticky významný rozdíl, objevuje se zde významný vztah, v oblasti SEIQoL v korelaci se sociální intervencí v podobě sociální služby chráněné bydlení.

Dochází zde k zjištění, že vliv sociální intervence v podobě služby chráněného bydlení projevuje určité aspekty vlivu na kvalitu života lidí s duševním onemocněním.

Tabulka 32 – Významný vztah: chráněné bydlení ve vztahu k SEIQoL

Chráněné bydlení	Využívání Průměr	Využívání SD	Absence Průměr	Absence SD
SEIQoL	71,45	24,022	69,47	19,822

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 33 – Dotazník životní spokojenosti a SEIQoL v korelaci se sociální intervencí: sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením

DŽS	Hodnota t-testu	Sig.	df
Vlastní osoba	2,904	0,096	44

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce nenalezneme statisticky významný rozdíl, objevuje se zde významný vztah, který nalezneme u DŽS, a to v oblasti spokojenost s vlastní osobou.

Dochází zde k zjištění, že vliv sociální intervence v podobě služby sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením projevuje určité aspekty vlivu na kvalitu života lidí s duševním onemocněním.

Tabulka 34 – Významný vztah: sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením ve vztahu k vlastní osobě

Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením	Využívání Průměr	Využívání SD	Absence Průměr	Absence SD
Vlastní osoba	36,00	8,775	35,42	8,992

Zdroj: Vlastní výzkum

Výsledky – Dotazník životní spokojenosti a SEIQoL v korelaci se sociální intervencí: sociálně terapeutické dílny

Ve výsledcích výzkumu nenalezneme statisticky významný rozdíl a nenalezneme zde významný vztah.

Dochází zde k zjištění, že vliv sociální intervence v podobě služby centra denních služeb projevuje určité aspekty vlivu na kvalitu života lidí s duševním onemocněním.

Tabulka 35 – Dotazník životní spokojenosti a SEIQoL v korelaci se sociální intervencí: sociální rehabilitace

DŽS	Hodnota t-testu	Sig.	df
Manželství a partnerství	3,324	0,075	44

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce nenalezneme statisticky významný rozdíl, objevuje se zde významný vztah, který nalezneme u DŽS, a to v oblasti spokojenost s manželstvím a partnerstvím.

Dochází zde k zjištění, že vliv sociální intervence v podobě služby sociální rehabilitace projevuje určité aspekty vlivu na kvalitu života lidí s duševním onemocněním.

Tabulka 36 – Významný vztah: sociální rehabilitace ve vztahu k manželství a partnerství

Sociální rehabilitace	Využívání Průměr	Využívání SD	Absence Průměr	Absence SD
Manželství a partnerství	45,17	3,656	34,77	14,372

Zdroj: Vlastní výzkum

Výsledky – Dotazník životní spokojenosti a SEIQoL v korelaci se sociální intervencí: služby následné péče

Ve výsledcích výzkumu nenalezneme statisticky významný rozdíl a nenalezneme zde významný vztah.

Dochází zde k zjištění, že vliv sociální intervence v podobě služby následné péče projevuje určité aspekty vlivu na kvalitu života lidí s duševním onemocněním.

Tabulka 37 – Dotazník životní spokojenosti a SEIQoL v korelaci se sociální intervencí: centrum duševního zdraví

DŽS	Hodnota t-testu	Sig.	df
Sexualita	2,891	0,096	44

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce nenalezneme statisticky významný rozdíl, objevuje se zde významný vztah, který nalezneme u DŽS, a to v oblastech spokojenost se sexualitou.

Dochází zde k zjištění, že vliv sociální intervence v podobě služby centra duševního zdraví projevuje určité aspekty vlivu na kvalitu života lidí s duševním onemocněním.

Tabulka 38 – Významný vztah: centrum duševního zdraví ve vztahu k sexualitě

Centrum duševního zdraví	Využívání Průměr	Využívání SD	Absence Průměr	Absence SD
Sexualita	34,62	12,52	34,13	10,942

Zdroj: Vlastní výzkum

5.3 Analýza dat výsledků

Výsledky tohoto výzkumu potvrdily, že vliv sociální práce na kvalitu života klientů s duševním onemocněním je významná a důležitá intervence, která významně ovlivňuje obecnou rovinu kvality života. Dochází zde k analýze dat ze standardizovaných dotazníků DŽS a SEIQoL.

Uvedené výsledky přinášejí vhled, jakým způsobem ovlivňuje duševní onemocnění kvalitu života jedince a v jaké míře dochází při pobírání psychologické a sociální intervenci ke zlepšení, bakalářská práce se zaměřuje na rovinu sociální intervence, kde zkoumá, jaký má sociální práce přímý či nepřímý vliv na jednotlivé aspekty kvality života. Z výzkumu vyplývá, že v rámci sociální intervence došlo ke zlepšení v každé oblasti kvality života, největší změny pozorujeme v následujících oblastech životní spokojenosti – se zdravím, s vlastní osobou, s volným časem, s manželstvím a

partnerstvím. Dále významnými oblastmi jsou také výsledky měření spokojenosti na deseticentimetrové vizuální analogové škále prováděné v rámci dotazníku SEIQoL. Mezi další významné oblasti DŽS jsou spokojenost se zaměstnáním a spokojenost s bydlením. Ostatní oblasti životní spokojenosti, mezi které patří sexualita, finanční situace, oblast přátel, známých a příbuzných, jsou také na hladině významnosti, avšak nepozorujeme zde až takovou četnost jako je tomu u ostatních kategorií. Zjišťujeme, že ke zlepšení dochází nejčastěji v psychologické intervenci a sociální intervenci, ke které dochází v následujících sociálních službách, kterými jsou sociální rehabilitace, sociální poradenství, podpora samostatného bydlení s domovy pro osoby se zdravotním postižením. Ke zlepšení došlo ve většině sociálních služeb.

Zde jsou popsány jednotlivé zkoumané oblasti úrovně kvality života:

Dotazník životní spokojenosti

Spokojenost se zdravím

Na spokojenost se zdravím měla nejvíce kladný vliv intervence psychologa a sociální intervence v podobě sociální služby domovy se zvláštním režimem.

Spokojenost s prací a zaměstnáním

Na spokojenost se zdravím měla nejvíce kladný vliv sociální intervence v podobě sociální služby podpora samostatného bydlení a centrum denních služeb.

Spokojenost s finanční situací

Na spokojenost se zdravím měla nejvíce kladný vliv intervence psychologa.

Spokojenost s volným časem

Na spokojenost se zdravím měla nejvíce kladný vliv sociální intervence v podobě sociální služby pečovatelská služba a domovy pro osoby se zdravotním postižením.

Spokojenost s manželstvím a partnerstvím

Na spokojenost se zdravím měla nejvíce kladný vliv sociální intervence v podobě sociální služby domovy pro osoby se zdravotním postižením a sociální rehabilitace.

Spokojenost se vztahem k vlastním dětem

Z důvodu toho, že děti uvedlo pouze 16 respondentů, tak v rámci vyhodnocování oblast spokojenosti se vztahem k vlastním dětem nebyla vyhodnocována.

Spokojenost s vlastní osobou

Na spokojenost se zdravím měla nejvíce kladný vliv sociální intervence v podobě sociální služby podpora samostatného bydlení, týdenní stacionář, sociální rehabilitaci a sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením.

Spokojenost se sexualitou

Na spokojenost se zdravím měla nejvíce kladný vliv sociální intervence v podobě sociální služby denní stacionář a centrum duševního zdraví.

Spokojenost v oblasti přátel, známých a příbuzných

Na spokojenost se zdravím měla nejvíce kladný vliv sociální intervence v podobě sociální služby sociální poradenství.

Spokojenost v oblasti bydlení

Na spokojenost se zdravím měla nejvíce kladný vliv sociální intervence v podobě sociální služby sociální poradenství.

SEIQoL

Na celkovou kvalitu života měřenou pomocí SEIQoL měla nejvíce kladný vliv intervence psychologa a sociální intervence v podobě sociální služby chráněné bydlení.

5.4 Statistické vyhodnocení dat ve vztahu k hypotézám

Zpracování získaných dat proběhlo v programu IBM SPSS Statistics, při stanovené hladině významnosti $\alpha=0,05$. Dochází zde k potvrzení testované hypotézy, která zněla: Klienti s duševním onemocněním, kteří přijímají sociální práci v podobě sociální intervence, vykazují lepší aspekty kvality života oproti klientům s duševním onemocněním bez sociální intervence.

Na základě této skutečnosti lze zamítnout H_0 : Není rozdíl v kvalitě života u klientů s duševním onemocněním přijímajícím sociální práci v podobě sociální intervence oproti

klientům s duševním onemocněním bez sociální intervence a lze přijmout H_a : Klienti s duševním onemocněním, kteří přijímají sociální práci v podobě sociální intervence, vykazují lepší aspekty kvality života oproti klientům s duševním onemocněním bez sociální intervence.

6 Diskuse

Tato bakalářská práce na téma: „Vliv sociální práce na kvalitu života klientů s duševním onemocněním” se zabývá problematikou osob s diagnostikovanou duševní nemocí a jejich kvality života, která je v mnoha ohledech ovlivňována právě jejich nemocí. Cílem bakalářské práce je zmapování vlivu konkrétních aspektů sociální práce na kvalitu života klientů s duševním onemocněním.

V teoretické části je vymezena stěžejní terminologie, která se vztahuje k tématu bakalářské práce. Jedná se o vymezení duševního onemocnění, kterému předchází základní terminologie zdraví, nemoci, duševního zdraví a duševní nemoci. Dále pak vymezení a vysvětlení kvality života a příbuzných pojmů, jako je osobní pohoda a životní spokojenost.

Praktická část je tvořena kapitolami cíl práce a hypotézy, metodika, výsledky, diskuse a závěr. V bakalářské práci budou nyní popsány výsledky a výstupy z nich, které budou doplněny o diskusi.

6.1 *Diskuse výsledků bakalářské práce*

Efekt psychologické intervence byl sledován u klientů během doby šesti měsíců a docházelo zde ke zkoumání vlivu na jednotlivé aspekty kvality života v souvislosti s pobíranou službou. Dochází zde k zjištění, že psychologická intervence má přímý či nepřímý vliv na určité aspekty kvality života na kvalitu života lidí s duševním onemocněním. Ke zjištění došlo výskytem statisticky významných rozdílů a významných vztahů v oblastech DŽS a SEIQoL.

Efekt sociální intervence v podobě využívání jednotlivých sociálních služeb byl sledován u klientů během doby šesti měsíců a docházelo zde ke zkoumání vlivu na jednotlivé aspekty kvality života v souvislosti s pobíranou službou. Dochází zde k zjištění, že psychologická intervence má přímý či nepřímý vliv na určité aspekty kvality života na kvalitu života lidí s duševním onemocněním. Ke zjištění došlo výskytem statisticky významných rozdílů a významných vztahů v oblastech DŽS a SEIQoL.

6.1.1 Dotazník životní spokojenosti a SEIQoL v korelaci s psychologickou intervencí

Statisticky významné rozdíly zde nalezneme v oblasti SEIQoL v korelaci s psychologickou intervencí. Významný vztah nalezneme u DŽS, a to v oblastech spokojenost se zdravím a finanční situací.

Domnívám se, že ke zlepšení v oblasti SEIQoL díky možnosti sdílet své negativní pocity s psychologem a zároveň v rámci procesu terapie pracovat na svých silných stránkách a uvědomění si potlačovaných pozitivních pocitů. Zároveň se klient v rámci sekvence sezení může naučit techniky, které mu lépe pomáhají zvládat jeho duševní onemocnění. V rámci spolupráce s psychologem je také běžné, že si člověk udělá pořádek ve svém životě a začne na svůj život nahlížet jinou optikou. Jedná se o shodu s Kratochvílem, který píše o potřebnosti psychoterapie jako součásti péče o klienty s duševním onemocněním nalezneme mnoho odborných publikací (Kratochvíl, 2017).

Podle mého názoru je zlepšení vnímání svého zdraví klienty očekávatelné až samozřejmé, protože podstatou intervence psychologa je péče o svoje duševní zdraví, která u klientů s duševním onemocněním vyžaduje vyšší pozornost než u zdravé populace, a proto je rozdíl před a po intervenci markantnější. Dle mého soudu by rozdíl měl být statisticky ještě významnější, ale vzhledem k tomu, že část výzkumného souboru této bakalářské práce už službu psychologa využívala na začátku půlročního pozorování. Dle Pavlovského dochází v rámci psychoterapie k možnostem práce s vlastní osobou za pomoci využívání jednotlivých psychologických prostředků, které mají za cíl zmírnit klientovy potíže (Pavlovský, 2012).

Zlepšení vnímání finanční situace respondenty po intervenci psychologa si vysvětlují tím, že v rámci psychoterapie si klienti mohli srovnat své priority a dlouhodobé směřování, kterému podřídili svůj rozpočet a hospodaření s financemi. Je podle mě nepravděpodobné, aby ke zlepšení vedla změna práce či povýšení, protože období půl roku je moc malá časová dotace na takovouto změnu.

O potřebnosti psychoterapie ve své publikaci píše mnoho autorů, řadíme sem například Rabocha (2019), Praška (2015) či Kratochvíla (2017). Autoři dochází k závěru, že psychoterapie je potřebná součást komplexní péče o klienta s duševním onemocněním. Toto tvrzení je v souladu s výzkumným šetřením této bakalářské práce, kdy dochází také

k závěru výsledků, že psychologická intervence má vliv na jednotlivé aspekty kvality života.

6.1.2 Dotazník životní spokojenosti a SEIQoL v korelaci se sociální intervencí: sociální poradenství

Statisticky významný rozdíl zde nalezneme v oblasti DŽS, a to v oblastech spokojenost v oblastech přátel, známých a příbuzných a bydlení.

Sociální poradenství pro mě až překvapivě statisticky významně zlepšilo oblast přátel, známí a příbuzní, protože tuto službu většinou čerpá jednatel individuálně a nedochází zde ke skupinovým interakcím ze strany sociálního pracovníka. Po zvážení služby sociálního poradenství ve všech svých důsledcích jsem však objevila několik vysvětlení tohoto jevu. V rámci čerpání služeb poradenství mohu s pracovníky probrat i svou rodinnou a sociální situaci a mohou mi poradit, jak s těmito lidmi interagovat a řešit případné konflikty. Dalším vysvětlením je „setkání s realitou“ pro duševně nemocného klienta a jeho případných smyšlených či vsugerovaných myšlenek, které se nezakládají na žádné skutečnosti. Sociální poradenství také pomáhá svým klientům komunikovat skutečnost jejich duševního onemocnění, tak aby ho jejich okolí lépe přijalo. Ztotožňuji se s tvrzením Molka (2009) a to, že sociální poradenství poskytuje klientovi potřebné informace, které mu napomáhají řešit stávající nepříznivou sociální situaci.

Oblast bydlení zlepšuje dle mého názoru sociální poradenství ze své podstaty, kdy může svým klientům pomoci s řešením jejich bytové situace od rad, jak zacházet s penězi, aby si klienti své bydlení udrželi až po pomoc s hledáním nového bydlení. Pro lidi s duševním onemocněním je bohužel riziková i problematika exekucí, do kterých se mohou v rámci pomýlení smyslů při epizodě nemoci dostat. Sociální poradenství dokáže lidem s duševním onemocněním poradit i ohledně exekucí, tak aby pro ně byla situace řešitelná i s ohledem na jejich riziko nižšího prahu tolerance stresu až případné dekompenzace. Souhlasím s názorem Svobodové, že rámci konzumace sociální služby dochází k možnosti probrání klientovy současné situace a získání vhledu nezainteresované osoby (Mahrová, Venglářová, 2008).

Ve shodě s Kratochvílem (2017) se jedná o mnoho témat, kterými jsou nejčastěji finanční a rodinná situace (Kratochvíl, 2017). Potřebnost řešení těchto témat se ukázala i ve

výzkumu této bakalářské práce. Autoři dochází k závěru, že sociální poradenství je důležitou oblastí sociální intervence a má vliv na jednotlivé aspekty kvality života.

6.1.3 Dotazník životní spokojenosti a SEIQoL v korelaci se sociální intervencí: pečovatelská služba

Statisticky významný rozdíl zde nalezneme v oblasti DŽS, a to v oblasti spokojenost s volným časem.

Domnívám se, že pečovatelská služba zlepšuje respondentům vnímání jejich volného času, protože díky pomoci s domácností a péči o vlastní osobu mají více volného času, který by jinak strávili těmito činnostmi a nyní ho mohou využít, jak opravdu chtějí. Podle mého může svou roli hrát i samotná postava pečovatele, s kterou mohou klienti komunikovat a může to být dokonce jediná osoba, s kterou v rámci daného dne respondent komunikoval, což na vnímání celkové kvality stráveného dne může mít vliv.

Volný čas je součástí našeho života a v průběhu let mu v životě věnujeme stále více pozornosti. S tím souvisí to, že se volný čas a jeho smysluplné využití týká každého z nás bez ohledu na věkovou skupinu a napříč historickým vývojem volného času (Kaplánek, 2017). O korelaci mezi volným časem a pečovatelskou službou jsem nenalezla související literaturu, avšak ve srovnáním s autory popisující pečovatelskou službu, kterými jsou Matoušek (2012), Mahrová (2008) a Venglářová (2008) či Navrátil (2001). Autoři dochází k závěru, že pečovatelská služba je důležitou oblastí sociální intervence a má vliv na jednotlivé aspekty kvality života.

6.1.4 Dotazník životní spokojenosti a SEIQoL v korelaci se sociální intervencí: podpora samostatného bydlení

Statisticky významný rozdíl zde nenalezneme. Objevuje se zde významný vztah v oblasti DŽS, a to v oblastech spokojenost s vlastní osobou, prací a zaměstnáním.

Korelaci mezi podporou samostatného bydlení a oblasti práce a zaměstnání si vysvětluji tím, že zlepšení podmínek doma umožní vyšší sebevědomí (čisté oblečení, vyžehlená košile) a zároveň lepší přípravu do práce (čistý pracovní stůl, oběd do práce). Předpokládám, že za tímto vztahem stojí také rozmach homeoffice, kdy úroveň úklidu a organizace domova ještě více ovlivňuje oblast zaměstnání.

Domnívám se, že zlepšení spokojenosti s vlastní osobou je způsobeno případnou změnou domova se zdravotním postižením za domácí prostředí daného respondenta. Vycházím z teze, že to, jak vytváříme náš domov a jak se v něm cítíme má značný vliv na naše sebevnímání. V podobném duchu hovoří i Nekonečný (1996), který zjišťuje, že možnost samostatného bydlení vede k lepším možnostem uplatnění na pracovním trhu (Nekonečný, 1996).

Matoušek (2012) se nadále zabývá i otázkou hodnocení kvality života, kde dochází k výsledkům, že podpora samostatného bydlení u klientů se zdravotním postižením se zaměřením na osoby s duševní a mentální diagnózou se při konzumaci služby zlepšuje. Toto tvrzení je v souladu s výzkumným šetřením této bakalářské práce, kdy dochází také k závěru výsledků, že podpora samostatného bydlení je důležitou oblastí sociální intervence a má vliv na jednotlivé aspekty kvality života. Autoři dochází k závěru, že podpora samostatného bydlení je důležitou oblastí sociální intervence a má vliv na jednotlivé aspekty kvality života.

6.1.5 Dotazník životní spokojenosti a SEIQoL v korelaci se sociální intervencí: centrum denních služeb

Statisticky významný rozdíl zde nalezneme v oblasti DŽS, a to v oblasti spokojenost s prací a zaměstnáním.

Chození do práce a jeho pracovní náplň je elementárně podobná docházení do centra denních služeb, a to zejména v tom, že musíme dodržovat denní rytmus – ráno vstát, připravit se a dojít na dané místo, jsme zde v určitém kolektivu, musíme plnit činnosti, které jsou nám přiděleny a musíme dodržovat pravidla, která na daném místě platí. Na základě výše uvedených důvodů si vysvětlují statisticky významný vztah mezi centrem denních služeb a oblastí práce a zaměstnání. Zde se setkávám se shodou s Nekonečným, který uvádí, že práce a zaměstnání je důležitým aspektem našeho života, který nám dává potřebu realizace, socializace a sociálních kontaktů (Nekonečný, 1996).

Hlavním cílem centra denních služeb je umožnit klientům se sníženou soběstačností prožít plnohodnotně svůj den, a to s využitím nabízených aktivit v prostředí, které je přizpůsobeno jejich zdravotnímu stavu (Lužný, 2012). To je v korelaci s možností smysluplně využít volný čas a možnosti seberealizace, ke které zde dle autorů Matoušek (2012), Navrátil (2001) či Mahrové (2008) a Vágnerové (2008). Autoři dochází k závěru,

že centrum denních služeb je důležitou oblastí sociální intervence a má vliv na jednotlivé aspekty kvality života.

6.1.6 Dotazník životní spokojenosti a SEIQoL v korelaci se sociální intervencí: denní stacionář

Statisticky významný rozdíl zde nalezneme v oblasti DŽS, a to v oblasti spokojenost se sexualitou.

Podle mého názoru spolu na první pohled denní stacionář a sexualita nijak nesouvisí, poté jsem se však více vžila do lidí s duševním onemocněním, pro které bývá chození do denního stacionáře jeden z prvních mezníků na cestě za zotavením. V rámci návštěvy denního stacionáře jsou respondenti ve společnosti dalších lidí, a to včetně těch opačného pohlaví, takže se v nich pravděpodobně probouzí jiné hormony a pocity, než když jsou sami doma či jsou v jinak izolovaném prostředí či bez kontaktu s opačným pohlavím, proto předpokládám, že se zde vyskytla tato silná korelace. I přesto, že mě z počátku silná korelace překvapila, tak tematikou sexuality v kontextu denního stacionáře se zabývá autorka (Sejbalová, 2011). Docházím zde ke shodě s autorem, který popisuje obdobné důvody toho, proč dochází k tomuto vnímání sexuality v rámci sociálních služeb.

Téma sexuality v kontextu sociální intervence a jeho potřebnost nalezneme u řady autorů, například, Žourková et al. (2005) či Venglářová (2013) a Eisner (2013). Autoři dochází k závěru, že denní stacionář je důležitou oblastí sociální intervence a má vliv na jednotlivé aspekty kvality života.

6.1.7 Dotazník životní spokojenosti a SEIQoL v korelaci se sociální intervencí: týdenní stacionář

Statisticky významný rozdíl zde nenalezneme. Objevuje se zde významný vztah v oblasti DŽS, a to v oblasti spokojenost s vlastní osobou.

Navážu na předchozí odstavec a budu považovat týdenní stacionář za další teoretický mezník po návštěvě denního stacionáře, kde prochází účastníci nějakou selekcí a většinou je indikována již více stabilizovaným klientům a jejich náplň je více strukturovaná, a ještě více zaměřena na zotavení. V rámci mnoha kroků k zotavení je součástí i práce na vlastním sebepřijetí a vlastní osobě jako takové, čímž si statistický vztah mezi týdenním stacionářem a vlastní osobou vysvětlují. Korelaci mezi týdenním stacionářem a vlastní osobou popisuje Vágnerová ve své publikaci jako určitou potřebou socializace, potřebou

učení se a práci s vlastními pocity (Vágnerová, 2014). Se stejnými výstupy se setkáváme i u autorů Matoušek (2012) a Malíkové (2011). Autoři dochází k závěru, že týdenní stacionář je důležitou oblastí sociální intervence a má vliv na jednotlivé aspekty kvality života.

6.1.8 Dotazník životní spokojenosti a SEIQoL v korelaci se sociální intervencí: domovy pro osoby se zdravotním postižením

Statisticky významný rozdíl zde nalezneme v oblasti DŽS, a to v oblasti spokojenost s manželstvím a partnerstvím. Významný vztah nalezneme u DŽS, a to v oblasti spokojenost s volným časem.

Začít využívat sociální intervenci v podobě domova pro osoby se zdravotním postižením je podle mého názoru značný zásah do prožívání osoby s duševním onemocněním. Jednou z případných indikací může být, že člověk nezvládá samostatný život, kdy je těžké smysluplně koncipovat volný čas, proto lepší vnímání volného času u našich respondentů, kteří začali tuto sociální intervenci čerpat považují za snadno odůvodnitelné. S podobným názorem se setkávám i autorů Malíková (2011), Mahrová (2008) a Vágnerová (2008) či Matouška (2012).

Statisticky významné zlepšení v oblasti manželství a partnerství si vysvětlují tím, že někdy může být odloučení prospěšné, pokud jeden z manželů potřebují intenzivnější péči, kterou nejsou svépomocí schopni poskytnout. Vzhledem k limitům výzkumu není pro mě možné určit, zda se naopak nejedná i o případy, kdy partner respondenta již tuto sociální intervenci čerpá, a naopak dojde k sestěhování dvou lidí se zdravotním znevýhodněním, kdy se domnívám, že jsou důvody ke zlepšení korelace ze své podstaty zjevné.

O potřebnosti sociální služby domovy pro osoby se zdravotním postižením se setkáme i v literatuře dalších autorů, například Lužný (2012), Opatřilová (2005), Králová (2007) a Rážová (2007) či Matoušek (2012). Největší výhodou dle Králové (2007) a Rážové (2007) je to, že se jedná o komplexní zdravotní a sociální pomoc, která umožňuje zkvalitnění současného klientova života. Toto tvrzení je v souladu s výzkumným šetřením této bakalářské práce, kdy dochází také k závěru výsledků, že podpora samostatného bydlení je důležitou oblastí sociální intervence a má vliv na jednotlivé aspekty kvality života.

6.1.9 Dotazník životní spokojenosti a SEIQoL v korelaci se sociální intervencí: domovy se zvláštním režimem

Statisticky významný rozdíl zde nalezneme v oblasti DŽS, a to v oblasti spokojenost se zdravím.

Vzhledem k indikaci domovu se zvláštním režimem mě nepřekvapila silná statistická korelace s oblastí zdraví. Předpokládám, že respondentům se v rámci domovu se zvláštním režimem dostane mnohem lepší zdravotní péče, než by jim bylo možné dopřát jinou cestou. Stejného názoru jsou i autorky Malíková (2011), Mahrová (2008) a Venglářová (2008) či Opatřilová (2005). Dovolím si tvrdit, že i lepší zdravotní péči, než by jim poskytla jiná sociální intervence. Dle Holmerové zde dochází k činnostem, které napomáhají a podporují klienta v jeho současné situaci. (Holmerová, 2014). Domov se zvláštním režimem nabízí širokou škálu sociálních i zdravotních podpůrných služeb, které ve velké míře zlepšují zdravotní stav, životní úroveň i náplň dne svých klientů.

Korelaci mezi spokojeností se zdravím a sociální službou domov se zvláštním režimem nalezneme ve všech výše vyjmenovaných autorů. Toto tvrzení je v souladu s výzkumným šetřením této bakalářské práce, kdy dochází také k závěru výsledků, že domovy se zvláštním režimem jsou důležitou oblastí sociální intervence a má vliv na jednotlivé aspekty kvality života.

6.1.10 Dotazník životní spokojenosti a SEIQoL v korelaci se sociální intervencí: chráněné bydlení

Statisticky významný rozdíl zde nenalezneme. Objevuje se zde významný vztah v oblasti SEIQoL v korelaci se sociální intervencí v podobě sociální služby chráněné bydlení.

Bydlení je podle mého soudu jedním ze stěžejních pilířů života každého z nás a kvalita jeho saturace se odráží v mnoha aspektech našeho života, tím si vysvětluji statistický vztah mezi chráněným bydlením a SEIQoL, který je podobně obecným měřítkem spokojenosti s životem. O potřebě chráněného bydlení píše autor Rada (2006), který zde popisuje základní teoretické vymezení a dotýká se okrajově kvality života v kontextu chráněného bydlení. Okrajově se setkáváme s kvalitou života i u autorky Pipekové (2006). Vzhledem k tomu, že výsledky poukazují na korelaci kvality života se SEIQoL, tak je jedná dle mého o schodu s těmito autory a lze říci, že toto tvrzení je v souladu s výzkumným šetřením této bakalářské práce, kdy dochází také k závěru výsledků, že

chráněné bydlení je důležitou oblastí sociální intervence a má vliv na jednotlivé aspekty kvality života.

6.1.11 Dotazník životní spokojenosti a SEIQoL v korelaci se sociální intervencí: sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením

Statisticky významný rozdíl zde nenalezneme. Objevuje se zde významný vztah v oblasti DŽS, a to v oblasti spokojenost s vlastní osobou.

Předjímám, že korelace mezi čerpáním sociální intervence aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením a vlastní osoby je způsobena rozmanitou náplní aktivit, které se v centru provozují a umožní klientovi si uvědomit jeho silné stránky, které přestal používat nebo o nich dokonce ani nevěděl. Vyšší sebevědomí mu může také přinést náplň aktivizačních aktivit jako je trénink paměti, psychogymnastika, arteterapie, pohybová terapie nebo ergoterapie a zpětná vazba od okolí nebo subjektivní pocit, jak se mu práce daří, či zpětná vazba od okolí. Věřím také v to, že aktivizace samotná může klientovi pomoci snížit hladinu stresu a koncentrovat myšlenky pouze na danou činnost, což mu může umožnit nahlížet na vlastní osobu s větším odstupem a jinou optikou než při období bez činnosti, kdy je člověk pouze zahloubán do vlastních myšlenek a chybí mu odstup sám od sebe a sebereflexe.

Ztotožňuji se s tvrzením Lairové, že využívání aktivizačních činností je nápomocné k vyšší míře autonomie a společně s realizací aktivit přichází i lepší naplnění volného času jedince (Lairová, 2015). Domnívám se, že z důvodu vyšší míry autonomie dochází i ke spokojenosti s vlastní osobou, u které vyšel v rámci výzkumu této bakalářské práce významný vztah. Literatury zabývající se některou aktivizační činností je hodně, uvádím několik z nich, kde jsem zaznamenala kladný vztah k tvrzení, že má sociální služba sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením vliv na kvalitu života klientům s duševním onemocněním a dochází zde k souladu s cílem práce. Mezi autory řadím Preiss a Křivohlavý (2009), Štilec (2004) a Šicková-Fabrici (2002).

Tvrzení těchto autorů je v souladu s výzkumným šetřením této bakalářské práce, kdy dochází také k závěru výsledků, že sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením je důležitou oblastí sociální intervence a má vliv na jednotlivé aspekty kvality života.

6.1.12 Dotazník životní spokojenosti a SEIQoL v korelaci se sociální intervencí: sociálně terapeutické dílny

V tabulce nenalezneme statisticky významný rozdíl a nenalezneme zde významný vztah.

U této sociální intervence jsem očekávala, že zde bude statisticky významný vztah v oblasti volného času nebo v oblasti přátelé, známí a příbuzní, protože tato služba umožňuje lepší koncipování volného času a zároveň je možné ho strávit ve skupině dalších klientů. Bohužel však se obě moje očekávání nepotvrdila. Největší korelace byla u spokojenosti s vlastní osobou, ale i ona byla pod hranicí významného vztahu. Pokud by u vlastní osoby byla překročena hladina statistické významnosti či významného vztahu, vysvětlovala bych si podobně jako v předchozí kapitole u sociální intervence: sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Domnívám se, že důvodem toho, že nevyšel žádný statisticky významný rozdíl nebo významný vztah může být z důvodu limitů výzkumu této práce.

Dle Procházkové je cílem sociálně terapeutické dílny pomoc se začleněním jedince s duševním onemocněním do běžného života a tím zamezit negativním vlivu jako je sociální exkluze (Procházková, 2014). Z důvodu důležitosti a relativně dobré dostupnosti bylo pro mě očekávatelné, že zde dojde ke zlepšení některé oblasti kvality života. Jedná se o službu umožňující smysluplnou náplň volného času, zprostředkování sociálního kontaktu a možnost seberealizace (Pálenký et al., 2012). O smysluplnosti služby s apelem na možnost lepšího naplnění volného času se setkáváme u dalších autorů, kterými například jsou Mahrová (2008) a Venglářová (2008), Matoušek (2012) či Procházková (2014). Z důvodu velkého množství odborných zdrojů jsem také očekávala výsledky v oblasti volný čas. Domnívám se, že důvodem absence ve výsledcích jsou limity výzkumu, které popisují v metodice.

6.1.13 Dotazník životní spokojenosti a SEIQoL v korelaci se sociální intervencí: sociální rehabilitace

Statisticky významný rozdíl zde nenalezneme. Objevuje se zde významný vztah v oblasti DŽS, a to v oblasti spokojenost s manželstvím a partnerstvím.

Sociální rehabilitace zvyšuje samostatnost klienta, který tuto službu čerpá, a to ve velké a pestré množině oblastí od péče sama o sebe, přes nácviky péče o domov až interakci s prostředím mimo domov. O pestrosti služeb poskytovaných sociální rehabilitací píše i

Probstová (2014) a Peč (2014). Posuny v těchto aktivitách mohou podle mého názoru zvýšit samostatnost klientů a snížit jejich závislost na jejich partnerovi, což je pro vztah příznivé, protože přílišná péče o druhého může narušit zdravou rovnováhu vztahu a pečující partner si může připadat, že do vztahu pouze dává a nedostává přiměřeně zpět. Sociální rehabilitace může dokonce umožnit, že i člověk s duševním onemocněním, u kterého se projevují například úzkosti se v rámci dlouhodobého nácviku dovedností při sociální rehabilitaci naučí dojít sám nakoupit, může sám doma uklidit i lépe pečovat sám o sebe, což jsou pro druhého partnera přijatelnější a férovější možnosti dělby práce nejen o společnou domácnost a přispívají i k lepšímu fungování vztahu. O oblasti sociální rehabilitace ve vztahu k manželství a partnerství se dočteme spíše okrajově, a to například v publikacích od Mahrová (2008) a Venglářová (2008), Sládková (2021), Matoušek (2011) či Molek (2009).

V odborné literatuře se více dozvídáme i o ostatních oblastech v kontextu sociální rehabilitace, nejvíce je zde probíraná oblast zdraví, vlastní osoba a volný čas. Dle Matouška (2012) dochází v rámci konzumace sociální rehabilitace ke zlepšení duševního zdraví v podobě zlepšení zdravotní a sociální situace, jedná se o shodu s výsledky, kde také dochází k výstupu zlepšení v souvislosti s konzumací sociální služby (Matouše et al., 2012).

Zvěřová (2022) o potřebnosti sociální rehabilitace píše, že se jedná o soubor činností, které se zaměřují na klienta jako celek a napomáhají samostatnému fungování (Zvěřová, 2022). Se stejným názorem se ztotožňuje i Jankovský (2006) či Sládková (2021). Dochází zde k podpoře názoru, že sociální rehabilitace má vliv na kvalitu života klientů s duševním onemocněním, toto tvrzení je v souladu s výzkumným šetřením této bakalářské práce, kdy dochází také k závěru výsledků, že sociální rehabilitace je důležitou oblastí sociální intervence a má vliv na jednotlivé aspekty kvality života.

6.1.14 Dotazník životní spokojenosti a SEIQoL v korelaci se sociální intervencí: služby následné péče

V tabulce nenalezneme statisticky významný rozdíl a nenalezneme zde významný vztah.

Předpokládala jsem, že sociální intervence následné péče bude zlepšovat zdraví a volný čas. Tyto proměnné se však neukázaly jako statisticky významné. Největší korelace mezi čerpáním služby a oblastmi DŽS, ač je pod hladinou významnosti, je manželství a

partnerství, které podle mě koreluje spíše s indikací sociální intervence, která je určena spíše pro stabilizované klienty s duševním onemocněním, kteří se nachází v remisi, a tudíž i jejich partnerské vztahy jsou silnější a spokojenost s nimi vyšší.

Domnívám se, že důvodem toho, že nevyšel žádný statisticky významný rozdíl nebo významný vztah může být z důvodu limitů výzkumu této práce. V porovnání s dostupnými zdroji teoretických a praktických výstupů jsem nenašla shodu ve zkoumaných oblastech. Programů pro následnou péči pro klienty s duševním onemocněním je velká řada, bývají doplněny o svépomocné skupiny, dobrovolnické skupiny a další doplňující aktivity (Gulová, 2011).

6.1.15 Dotazník životní spokojenosti a SEIQoL v korelaci se sociální intervencí: centrum duševního zdraví

Statisticky významný rozdíl zde nenalezneme. Objevuje se zde významný vztah v oblasti DŽS, a to v oblasti spokojenost se sexualitou.

Domnívám se, že centra duševního zdraví poskytují nejkomplexnější sociální intervenci, kterou může klient s duševním onemocněním ambulantně čerpat, a proto je v jejich možnostech pracovat i s více komplikovanými problémy jako je sexualita. Problémy v sexuální oblasti mohou být biologického původu a souviset s medikací, kterou může klient probrat s psychiatrem. Dalším důvodem mohou být psychické problémy či bloky, kterým se může klient věnovat v rámci terapie s psychologem. Podpora ze strany CDZ nemusí být vždy jen takto přímá, protože lze pracovat s tezí, že i v rámci služeb sociálního pracovníka mohou být doporučeny další sociální intervence, které klientovi lépe pomohou zvládat jeho obtíže. Vzhledem k limitům výzkumu není možné určit, zda intervence CDZ funguje sama o sobě takto významně nebo zda vysoký rozsah její podpory klientům se promítá nepřímo i v dalších statistických rozdílech u jiných sociálních intervencí.

Téma sexuality v kontextu centra duševního zdraví jsem v rámci mnou dostupných zdrojů nenašla, proto zde nemohu porovnat s konkrétní literaturou v rámci této sociální intervence. Vzhledem k tomu, že obecně i bez čerpání služby CDZ je sexualita v životě klientů s duševním onemocněním mnohdy důležité téma, setkáváme se s mnoha publikacemi zabývající se tímto tématem. Z důvodu toho, že je v literatuře nahlíženo na tento aspekt převážně komplexně přes všechny sociální služby, tak se domnívám, že

získané informace lze porovnat se získanými daty z výsledků bakalářské práce. Autoři Eisner (2013) a Venglářová (2013), Matoušek (2011) či Žourková et al. (2005) docházejí k závěru, že centrum duševního zdraví je důležitou oblastí sociální intervence a má vliv na jednotlivé aspekty kvality života.

6.2 Analýza výsledku

Výsledky tohoto výzkumu potvrdily, že vliv sociální práce na kvalitu života klientů s duševním onemocněním je významná a důležitá intervence, která významně ovlivňuje obecnou rovinu kvality života. Dochází zde k potvrzení testované hypotézy, která zněla: Klienti s duševním onemocněním, kteří přijímají sociální práci v podobě sociální intervence, vykazují lepší aspekty kvality života oproti klientům s duševním onemocněním bez sociální intervence. Na základě této skutečnosti lze zamítnout H_0 : *Není rozdíl v kvalitě života u klientů s duševním onemocněním přijímajícím sociální práci v podobě sociální intervence oproti klientům s duševním onemocněním bez sociální intervence* a lze přijmout H_a : *Klienti s duševním onemocněním, kteří přijímají sociální práci v podobě sociální intervence, vykazují lepší aspekty kvality života oproti klientům s duševním onemocněním bez sociální intervence*.

Na závěr diskuse bych chtěla sdělit, že na základě výsledků získaných z dotazníkového šetření považuji využívání sociálních služeb v životě klientů s duševním onemocněním jako významnou, důležitou a smysluplnou podpůrnou intervenci. A domnívám se, že její využívání může vést ke zlepšení kvality života, ať už na její obecné rovině či jednotlivých úrovních. Svůj názor podkládám i zjištěním z výzkumu této bakalářské práce, kdy výsledky potvrzují, že sociální práce má vliv na kvalitu života klientů s duševním onemocněním.

7 Závěr

Bakalářská práce se zabývala tématem Vliv sociální práce na kvalitu života klientů s duševním onemocněním. Cílem této práce bylo zmapování vlivu konkrétních aspektů sociální práce na kvalitu života klientů s duševním onemocněním.

K naplnění cíle byl použit kvantitativní typ výzkumu, dále byla použita kvantitativní výzkumná strategie, metoda dotazování a technikou sběru dat bylo použití dvou standardizovaných dotazníků, které byly doplněny o vlastní nestandardizovaný dotazník určen ke zjištění sociodemografických údajů a intervencí odborníků. Ze získaných dat byla vytvořena datová matice v programu MS Excel, následně bylo provedeno vyhodnocení získaných dat ve statistickém programu IBM SPSS Statistics za pomoci statistické metody párový T-test. Výzkum byl prováděn na území Jihočeského kraje a výzkumný soubor byl tvořen 45 respondenty, kterými byli lidé s duševním onemocněním, kteří se v současné době stali klienty sociálních služeb. Způsob výběrů respondentů byl realizován metodou sněhové koule, kontakt na počáteční respondenty byl získán přímým oslovením jedinců ve svépomocné skupině.

Výsledky tohoto výzkumu potvrdily, že vliv sociální práce na kvalitu života klientů s duševním onemocněním je významná a důležitá intervence, která významně ovlivňuje obecnou rovinu kvality života. Dochází zde k potvrzení testované hypotézy, která zněla: Klienti s duševním onemocněním, kteří přijímají sociální práci v podobě sociální intervence, vykazují lepší aspekty kvality života oproti klientům s duševním onemocněním bez sociální intervence. Na základě této skutečnosti lze zamítnout H_0 : *Není rozdíl v kvalitě života u klientů s duševním onemocněním přijímajícím sociální práci v podobě sociální intervence oproti klientům s duševním onemocněním bez sociální intervence* a lze přijmout H_a : *Klienti s duševním onemocněním, kteří přijímají sociální práci v podobě sociální intervence, vykazují lepší aspekty kvality života oproti klientům s duševním onemocněním bez sociální intervence*.

Dále zde dochází k mapování jednotlivých aspektů kvality života, kterými jsou jednotlivé oblasti z Dotazníku životní spokojenosti, následně doplněny o data z měření úsečky SEIQoL. Další zjištěnou skutečností je, že intervence sociální práce nejvíce napomáhá v následujících oblastech životní spokojenosti – se zdravím, s vlastní osobou, s volným časem, s manželstvím a partnerstvím. Dále významnými oblastmi jsou také

výsledky SEIQoL, spokojenost se zaměstnáním a spokojenost s bydlením. Ostatní oblasti životní spokojenosti, mezi které řadíme sexualitu, finanční situaci, oblast přátel, známých a příbuzných, jsou také na hladině významnosti jako zbylé výše jmenované kategorie, avšak zde pozorujeme méně častou četnost. V neposlední řadě studie přináší data v rámci, kterých zjišťujeme, že ke zlepšení dochází nejčastěji v psychologické intervenci a sociální intervenci, kde se jedná o následující sociální služby – sociální rehabilitace, sociální poradenství, podpora samostatného bydlení s domov pro osoby se zdravotním postižením. Ke zlepšení došlo ve většině sociálních služeb.

Provedený výzkum v rámci bakalářské práce vzbudil mezi respondenty zájem o tematiku kvality života a využívání sociálních služeb. Tento zájem by mohl vést k vyšší informovanosti o dostupných sociálních službách, jejichž cílovou skupinu tvoří osoby s duševním onemocněním. Získané teoretické informace by mohly vést respondenty k rozsáhlejšímu zájmu o využívání sociálních služeb, jejichž využívání by mohlo být v oblasti duševního zdraví přínosné jako zajímavá možnost doplnění psychiatrické intervence. Sociální služby slouží jako opora svým klientům při zvládnání náročných životních situacích, se kterými se mohou v průběhu života setkat, napomáhá jim k lepšímu sebezpřijetí a vyrovnávání se s nemocí.

Tato bakalářská práce může přispět jako užitečný zdroj informací pro klienty s duševním onemocněním a jejich blízké okolí. Zároveň může tato práce být zdrojem poznatků i pro širokou a odbornou veřejnost.

8 Seznam použitých zdrojů

1. ALEXOPOULOS, S., G., 2019. Mechanisms and treatment of late-life depression. *Translation Psychiatry*. 9(1). doi: 10.1038/s41398-019-0514-6.
2. ALLEN, S., 2019. *How to Survive Schizoaffective Disorder: Book #7 in How to Survive Series*. Chicago: Independently published. 38 s. ISBN 978-1726698559.
3. ATKINSON, R., FLINT, J., 2001. *Accessing Hidden and Hard-to-Reach Populations: Snowball Research Strategies*. [online]. Researchgate.net. [cit. 2022-09-16]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/46214232_Accessing_Hidden_and_Hard-to-Reach_Populations_Snowball_Research_Strategie
4. AYERS, S., de VISSER, R., 2015. *Psychologie v medicíně*. 1. vydání. Praha: Grada. 568 s. ISBN 978-80-247-5230-3.
5. BÁRTLOVÁ, S., 2003. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 5.vydání. Praha: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 182 s. ISBN 80-7013-391-0.
6. BÁRTLOVÁ, S., MATULAY, S., 2009. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. 1. vydání. Martin: Osveta. 242 s. ISBN 978-80-8063-306-6.
7. BÍNOVÁ, Š., 2020. *Dysmorfofobie u dospívajících*. [online]. Šance dětem. Obecně prospěšná společnost Sirius, o.p.s., © 2022.[cit. 2022-12-01]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/dysmorfofobie-u-dospivajicich>.
8. CENTRUM ARDIPA, © 2022. *Sociálně terapeutické dílny*. [online]. [cit. 2022-12-02]. Dostupné z: <https://www.arpida.cz/socialni-sluzby/socialne-terapeuticke-dilny>.
9. CENTRUM BAZALKA, O.P.S., 2022. *Denní stacionář BAZALKA*. [online]. [cit. 2022-12-27]. Dostupné z: <https://www.centrumbazalka.cz/>.
10. CENTRUM PRO ROZVOJ PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ, © 2021. *F38-Jiné afektivní poruchy (poruchy nálady)*. [online]. [cit. 2022-11-29]. Dostupné z: <https://www.cmhcd.cz/stopstigma/o-dusevnich-nemocech/seznam-dusevnich-nemoci/f30-f39-afektivni-poruchy-poruchy-nalady-/f38-jine-afektivni-poruchy-poruchy-nalady/>.
11. CENTRUM PRO ROZVOJ PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ, © 2021. *F38-Neurčená afektivní porucha (porucha nálady)*. [online]. [cit. 2022-11-29]. Dostupné z: [92](https://www.cmhcd.cz/stopstigma/o-dusevnich-nemocech/seznam-</div><div data-bbox=)

[dusevnych-nemoci/f30-f39-afektivni-poruchy-poruchy-nalady-/f39-neurcena-afektivni-porucha-porucha-nalady/](#).

12. CENTRUM PRO ROZVOJ PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ, © 2022. *Schizofrenní poruchy*, [online]. [cit. 2022-11-30]. Dostupné z: <https://www.cmhd.cz/stopstigma/o-dusevnych-nemocech/schizofrenni-poruchy/>.
13. CONNELL, J., et al., 2012. Quality of life of people with mental health problems: A synthesis of qualitative research. *Health and Quality of Life Outcomes*. 10(1), 138. doi: 10.1186/1477-7525-10-138.
14. CRAWFORD, P., GO, K., 2022. Schizophrenia. *American Family Physician*. 106(04). 388-389.
15. ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R., 2018. *Člověk ve zdraví i v nemoci: Podpora zdraví a prevence nemocí ve stáří*. 1. vydání. Praha: Karolinum. 512 s. ISBN 978-80-246-3828-7.
16. ČESKÁ ALZHEIMEROVCKÁ SPOLEČNOST, O.P.S., ©2015. *Centra denních služeb*. [online]. [cit. 2022-12-01]. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/pro-rodinne-pecujici/kde-hledat-pomoc/socialni-sluzby/centra-dennich-sluzeb/>.
17. ČESKÁ ALZHEIMEROVCKÁ SPOLEČNOST, O.P.S., ©2015. *Domovy se zvláštním režimem*. [online]. [cit. 2022-12-01]. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/pro-rodinne-pecujici/kde-hledat-pomoc/socialni-sluzby/domovy-se-zvlastnim-rezimem/>
18. DRAGOMIRECKÁ, E., ŠODA, C., 1997. Kvalita života – vymezení, definice, historický vývoj pojmu v sociální psychiatrii. *Česká a slovenská psychiatrie*. 93(2), 102-108.
19. DELL'OSSO, L., et al., 2022. Catatonia Spectrum: Validation of a Questionnaire Investigating Catatonia Spectrum. *Front psychiatry*. 13. doi: 10.3389/fpsy.2022.913286.
20. DISMAN, M., 2002. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 1. vydání. Praha: karolinum. 374 s. ISBN 978-80-246-0139-7.
21. DOUBEK, P., et al., 2011. *Průvodce bipolární poruchou*. 1. vydání. Praha: Maxford. 62 s. ISBN 978-80-7345-368-8.
22. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ – PROCHÁZOVÁ, A., 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2. přepracované vydání. Praha: Grada. 648 s. ISBN 978-80-247-9855-4.

23. DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů: V domovech pro seniory*. 1. vydání. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
24. EUC, © 2020. *Deprese – příznaky, druhy a léčba*. [online]. [cit. 2022-12-02]. Dostupné z: <https://euc.cz/clanky-a-novinky/clanky/deprese-priznaky-druhy-a-lecba/>.
25. EGER, L., EGEROVÁ, D., 2017. *Základy metodologického výzkumu*. 2. přepracované vydání. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni. 184 s. ISBN 978-80-261-0735-4.
26. EISNER, P., VENGLÁŘOVÁ, M., 2013. *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. 1. vydání. Praha: Portál. 208 s. ISBN 978-80-262-0373-5.
27. FAHRENBERG, J., ET AL., 2001. *Dotazník životní spokojenosti*. (RODNÝ, T., RODNÁ, K.) Praha: Testcentrum.
28. FOKUS PRAHA, Z.Ú., 2022. *Chráněné bydlení Praha*. [online]. [cit. 2022-11-22]. Dostupné z: <https://fokus-praha.cz/pomahame/centrum-nabrezi/tym-bydleni>.
29. GESUNDHEIT., NZIP., 2022. *Schizofrenie: diagnóza a léčba*. [online]. Národní zdravotnický informační portál. [cit. 2022-11-30]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/716-schizofrenie-diagnoza-a-lecba>.
30. GREEN DOORS, Z.Ú., 2022. *O schizofrenii*. [online]. [cit. 2022-11-30]. Dostupné z: <https://www.greendoors.cz/cs/schizofrenie-psychoza-a-dusevni-onemocneni/>.
31. GULOVÁ, L., 2011. *Sociální práce – pro pedagogické obory*. 1. vydání. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3379-1.
32. HAJDUCHOVÁ, H., URBAN, D., 2014. Social determinants of health in the Romani population. *Kontakt*. 16(1), 39-43. doi: 10.1016/kont.2014.01.001.
33. HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2015. *Psychologický slovník*. 3. aktualizovaný vydání. Praha: Portál. 776 s. 978-80-262-0873-0.
34. HENDL, J., 2005. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. 1. vydání. Praha: Portál. 408 s. ISBN 978-80-7367-485-4.
35. HENDL, J., 2015. *Přehled statistických metod a zpracování dat: Analýza a metaanalýza dat*. 5. vydání. Praha: Portál. 736 s. ISBN 978-80-262-0981-2.
36. HEŘMÁNKOVÁ, E., 2012. Kvalita života v současném sociálním výzkumu. *Sociológia*. 4(44), 478-496. ISSN 0049-1225.
37. HOLÝ, L., ŠIBOR, L., 2008. Stigma duševního onemocnění. In: Řehulka, 2008. *School and Health 21*. 1. vydání. Brno: MSD. 175 S. ISBN 978-80-7392-042-5.

38. HOLMEROVÁ, E. et al., 2007. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Gerontologické centrum. 149 s. ISBN 978-80-254-0177-4.
39. HONZÁK, R., et al., 2022. *Deprese není depka*. 1. vydání. Praha: Vyšehrad. 224 s. ISBN 978-80-7601-616-3.
40. HOSÁK, L., HOSÁKOVÁ, J., 2022. Příčiny duševních poruch – obecné aspekty. [online]. *Psychiatrie pro praxi*. 23(1), 8-12. doi: 10.36290/psy.2022.001.
41. HOSÁK, L., et al., 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. 1. vydání. Praha: Karolinum. 648 s. ISBN 978-80-246-3011-3.
42. HOSÁK, L., et al., 2013. Genetika úzkostných poruch. *Česká a slovenská psychiatrie*. 109(6), 304-309. ISSN 1212-0383.
43. HOSÁK, L., et al., 2013. Interakce genů a prostředí v psychiatrii. *Česká a slovenská psychiatrie*. 14(1), 7-9.. ISSN 1212-0383.
44. HOSÁK, L., et al., 2020. Vliv faktorů zevního prostředí na rozvoj duševních poruch – první výsledky. *Česká a slovenská psychiatrie*. 116(6), 289-294. ISSN 1212-0383.
45. CHVÁLA, V., SKORUNKA, D., 2017. *Bio-psycho-social approach offers more understanding*. [online]. Researchgate.net. [cit. 2022-11-16]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/341707405_Bio-psycho-social_approach_offers_more_understanding.
46. CHRÁSKA, M., 2016. *Metody pedagogického výzkumu*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-5326-3.
47. JAIN, A., MITRA, P., 2022. *Catonic Schizophrenia*. [online]. Researchgate.net. [cit. 2022-11-30]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/344906233_Catonic_Schizophrenia.
48. JANKOVSKÝ, J., 2006. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 2. vydání. Praha: Triton. ISBN 80-7254-730-5.
49. JAROLÍMEK, M., 2021. *O nemoci, která se nazývá schizofrenie*. 1. vydání. Praha: Vyšehrad. 96 s. ISBN 978-80-7601-428-2.
50. JEŘÁBEK, H., 1993. *Úvod do sociologického výzkumu*. 1. vydání. Praha: Karolinum. 162 s. ISBN 978-807-066-662-3.
51. KAJANOVÁ, A., DVOŘÁČKOVÁ, D., STRÁNSKÝ, P., 2017. *Metodologie výzkumu v oblasti sociálních věd*. 1. vydání. České Budějovice: Jihočeská

- univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 106 s. ISBN 978-80-7394-639-5.
52. KALVACH, Z., 2019. *Zdraví a nemoc: Nárys problematiky pro studenty nezdravotnických programů*. 1. vydání. Praha: SUSA. 192 s. ISBN 978-80-88084-21-1.
 53. KAPLÁNEK, M., 2017. *Volný čas a jeho význam ve výchově*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-802-621-250-8.
 54. KHAN, A., et al., 2017. Residual symptoms of schizophrenia: What are the realistic treatment goals? *Current Psychiatry*. 16(3), 34-40.
 55. KEBZA, V., 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia. 1. vydání. 263 s. ISBN 80-200-1307-5.
 56. KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I., 2003. Well-being jako psychologický a zároveň mezioborově založený pojem. *Československá psychologie*. 47(4), 333-345. ISSN 1804-6436.
 57. KOLLÁR, M., 2022. *Bipolární porucha*. [online]. Bohnice bez hranic. [cit. 2022-11-30]. Dostupné z: <https://bohnicbezhranic.cz/cs/pribehy-nemoci/bipolarni-porucha/popis-nemoci/index.html>.
 58. KOLENIČ, M. 2021. Cyklotomie. *Psychiatrie pro praxi*. 22(2), 72-78. doi: 10.36290/psy.2021.015.
 59. KOURGIANTAKIS, T., et al., 2019. Social work education and training in mental health, addiction and suicide: a scoping review protocol. *BMJ Open*. 9(6), e024659. doi: 10.1136/bmjopen-2018-024659.
 60. KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E., 2012. *Sociální služby a příspěvek na péči*. 1. vydání. Praha: Anag. 464 s. ISBN 978-80-7263-748-5.
 61. KRATOCHVÍL, S., 2017. *Základy psychoterapie*. 5. vydání. Praha: Portál. 408 s. ISBN 978-80-262-1227-0.
 62. KŘIVOHLAVÝ, J., 2002. *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada. 798 s. ISBN 80-247-0179-0.
 63. KŘIVOHLAVÝ, J., 2004. *Pozitivní psychologie*. 1. Vydání. Praha: Grada. 195 s. ISBN 80-7178-835-X.
 64. KŘIVOHLAVÝ, J., PREISS, M., 2009. *Trénování paměti poznávacích schopností*. 1. vydání. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-2738-7.
 65. KUTNOHORSKÁ, J. et al., 2012. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. 1. vydání. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3843-7.

66. LAIROVÁ, S., 2015. *Trénink paměti. Principy, metody a cvičení pro využití a rozvoj paměti, od 12 do 99 let*. 1. vydání. Praha: Portál. 152 s. ISBN 978-80-262-0888-4.
67. LATATTOVÁ, Z., 2010. Maligní (letální) katatonie. [online]. *Česká a slovenská psychiatrie*. 106(2). 114-115. ISSN 1212-0383.
68. LATÁLOVÁ, K., 2009. Bipolar disorder and aggression. *IJCP. The International journal od CLINICAL PRACTICE*. 63(6). 889-899. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2009.02001.x>.
69. LEVICKÁ, J., 2003. *Metódy sociálnej práce*. 1. vydání. Trnava: VeV. 122 s. ISBN 80-89074-38-3.
70. LIN, J.X., et al., 2013. Methodological issues in measuring health – elated quality of life. *Tzu Chi Medical Journal*. 25(1), 8-12. doi: <https://doi.org/10.1016/j.tcmj.2012.09.002>.
71. LOEHDE, L., NOVAKOVIC, M., 2021. Acute and Transient Psychotic Disorder induced by fear coronavirus infection. *Eur J Psychotraumatol*. 12(1), 1954777. doi: 10.1080/20008198.2021.1954777.
72. LUŽNÝ, J., 2012. *Gerontopsychiatrie*. 1. vydání. Praha: Triton. 159 s. ISBN 978-80-7387-573-2.
73. MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P., 2010. *Psychiatrie. Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. vydání. Praha: Portál. 144 s. 978-80-7367-723-7.
74. MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
75. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M., 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vydání. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-2138-5.
76. MAREŠ, J., et al., 2006. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. Brno: MSD, s.r.o. 1. vydání. 228 s. ISBN 80-86633-65-9.
77. MAREŠ, J., NEUSAR, A., 2007. *Kvalita života z pohledu dětí ze základních škol ve věku 8-15 let*. [online]. Researchgate.net. [cit. 2022-11-30]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/277143575_Kvalita_zivota_z_pohledu_deti_ze_zakladnich_skol_ve_veku_8-15 лет.
78. MARKOVÁ, E., et al., 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vydání. Praha: Grada. 352 s. 8024711516.
79. MASTELIĆ, T. et al., 2022. Rehospitalization Rates Almost Patients With Psychotic Disorders During COVID-19 Pandemic: Oral Versus Long-actioning

- injectable antipsychotics. *Clinical. Neuropsychiatry*. 19(6). 365-369. doi: doi.org/10.36131/cnfioritieditore20220603.
80. MATOUŠEK, O., 2003. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vydání. Praha: Portál. 380 s. ISBN 978-80-262-0213-4.
 81. MATOUŠEK, O., 2007. *Sociální služby*. 1. vydání. Praha: Portál. 200 s. ISBN 978-80-262-0041-3.
 82. MATOUŠEK, O., 2022. *Strategie v sociálních službách*. 1. vydání. Praha: Portál. 526 s. ISBN 978-80-262-1952-1.
 83. MATOUŠEK, O., et al., 2012. *Základy sociální práce*. 3. vydání. Praha: Portál. 312 s. ISBN 78-80-262-0211-0.
 84. MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH, © 2018. *Anxiety disorders*. [online]. Mayo Clinic. [cit. 2022-11-29]. Dostupné z: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/anxiety/symptoms-causes/syc-20350961>.
 85. MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH, © 2018. *Mental illness – Symptoms & causes*. [online]. Mayo Clinic. [cit. 2022-11-11]. Dostupné z: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/mental-illness/symptoms-causes/syc-20374968>.
 86. MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH, © 2019 *Schizoaffective disorder*. [online]. Mayo Clinic. [cit. 2022-12-01]. Dostupné z: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/schizoaffective-disorder/symptoms-causes/syc-20354504>.
 87. MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH, © 2022. *Bipolar disorder*. [online]. Mayo Clinic. [cit. 2022-12-02]. Dostupné z: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/bipolar-disorder/symptoms-causes/syc-20355955>.
 88. MENTAL HEALTH UK, 2018. *Types of schizophrenia*. [online]. [cit. 2022-11-30]. Dostupné z: <https://mentalhealth-uk.org/help-and-information/conditions/schizophrenia/types-of-schizophrenia/>.
 89. MENTAL HEALTH FOUNDATION, © 2021. *Trauma*. [online]. [cit. 2022-11-19]. Dostupné z: <https://www.mentalhealth.org.uk/explore-mental-health/a-z-topics/trauma>
 90. MEGARI, K., 2013. *Quality of Life in Chronic Disease Patients*. [online]. Researchgate.net. [cit. 2022-11-11]. Dostupné z:

https://www.researchgate.net/publication/268278697_Quality_of_Life_in_Chronic_Disease_Patients.

91. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vydání. Praha: Grada. 332 s. ISBN 802-471-362-4.
92. MOLEK, J., 2009. *Marketing sociálních služeb*. 1. vydání. Praha: VÚPSV. 163 s. ISBN 978-807-4160-837.
93. MOTLOVÁ, L., ŠPANIEL, F., 2017. *Schizofrenie*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta. 160 s. ISBN 978-80-204-4287-1.
94. MORITZ, S., et al., 2019. Post-psychotic depression: Paranoia and the damage one. *Schizophrenia Research*. 211. doi: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.06.022>.
95. NAVRÁTIL, P., 2001. *Teorie a metody sociální práce*. 1. vydání. Praha: Zeman. 168 s. ISBN 80-903070-0-0.
96. NATION INSTITUTE OF MENTAL HEALTH, 2022. *Bipolar Disorder*. [online]. [cit. 2022-12-10]. Dostupné z: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/bipolar-disorder>.
97. NATION INSTITUTE OF MENTAL HEALTH, 2022. *Major Depression*. [online]. [cit. 2022-12-10]. Dostupné z: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/major-depression>.
98. NATION INSTITUTE OF MENTAL HEALTH, 2022. *Schizophrenia*. [online]. [cit. 2022-11-30]. Dostupné z: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia>.
99. NHS., 2023. Overview: *Bipolar disorder*. [online]. [cit. 2022-11-24]. Dostupné z: <https://www.nhs.uk/mental-health/conditions/bipolar-disorder/overview/>.
100. NOVÁK, T., CAPONNI, V., 2016. *Sám sobě psychologem*. 4. přepracované vydání. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-4825-2.
101. NOVÁK, T., LÁSKOVÁ, H., 2016. *Peklo v duši – Deprese a mánie*. 1. vydání. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-5851-0.
102. NOVÁKOVÁ, I., 2011. *Zdravotní nauka*. 1. vydání. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-7165-6.
103. NUDZ., NA ROVINU., 2021. *Duševní zdraví a nemoc*. [online]. Na rovinu.net. [cit. 2022-11-11]. Dostupné z: <https://narovinu.net/dusevni-zdravi-a-nemoc/>.
104. NÝVLTOVÁ, V., 2010. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. 1. vydání. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského. 240 s. ISBN 978-80-86723-85-3.

105. NZIP, 2023. Perzistentní deprese. *Praha: Ministerstvo zdravotnictví a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR*. ISSN 2695-0340.
106. OCISKOVÁ, M., PRAŠKO, J., 2015. *Stigmatizace a sebedistigmatizace u psychických poruch*. 1. vydání. Praha: Grada. 376 s. ISBN 978-80-247-5199-3.
107. OCISKOVÁ, M., PRAŠKO, J., 2021. Porucha s bludy a její léčba. [online]. *Psychiatrie pro praxi*. 22(e2). e3-e26. ISSN 1213-0508.
108. OMBUDSMAN VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV, 2020. *Domovy pro osoby se zdravotním postižením*. [online]. [cit. 2022-11-24]. Dostupné z: https://www.ochrance.cz/uploads-import/ESO/11-2017-NZ-OV_souhrnna_zprava_DOZP.pdf.
109. OPATŘILOVÁ, D., 2005. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita. 146 s. ISBN 80-210-3819-5.
110. OREL, M., et al., 2012. *Psychopatologie*. 1. vydání. Praha: Grada. 344 s. ISBN 978-80-247-7189-2.
111. OREL, M., et al., 2016. *Psychopatologie: Nauka o nemocech duše*. 2. přepracované vydání. Praha: Grada. 344 s. ISBN 978-80-247-5516-8.
112. OREL, M., et al., 2020. *Psychopatologie: Nauka o nemocech duše*. 3. přepracované vydání. Praha: Grada. 432 s. ISBN 978-80-271-1895-3.
113. PÁLENSKÝ, V., et al., 2015. *Začleňování osob s duševním onemocněním schizofrenií do společenského a pracovního života*. 1. vydání. Brno: Jihomoravský kraj v rámci Projektu „Zdravý kraj“. 36 s. ISBN 978-80-905683-3-4.
114. PAVLOVSKÝ, P., 2012. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 4. přepracované vydání. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-4332-5
115. PÁV, M., et al., 2017. Možnosti psychosociální rehabilitace v psychiatrické nemocnici. *Psychiatrie pro praxi*. 18(2), 69-74. doi: 10.36290/psy.2017.013.
116. PIPEKOVÁ, J., 2006. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. 1. vydání. Praha: MSD. 208 s. ISBN: 80-86633-40-3.
117. PRAŠKO, J., 2003. *Poruchy osobnosti*. 1. vydání. Praha: Portál. 359 s. ISBN 80-7178-737-X.
118. PRAŠKO, J., LATÁLOVÁ, K., 2013. *Psychiatrie v primární péči*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta. 856 s. ISBN 978-80-204-2798-4.
119. PRAŠKO, J., et al., 2001. Dystymie a její léčba – 2 díl. *Psychiatrie pro praxi*. 1, 23-28. ISSN 1803-5272.

120. PRAŠKO, J., et al., 2009. *Poruchy osobnosti*. 2. vydání. Praha: Portál. 359 s. ISBN 978-80-7367-558-5.
121. PRAŠKO, J., et al., 2011. 1. vydání. Praha: Tigis. 515 s. ISBN 978-80-87323-00-7.
122. PRAŠKO, J., et al., 2015. *Deprese a jak ji zvládnout*. Praha: Portál. 184 s. ISBN 978-80-262-0859-4.
123. PROBSTOVÁ, V., PEČ, O., 2014. *Psychiatrie pro sociální pracovníky*. 1. vydání. Praha: Portál. 248 s. ISBN 978-80-262-0731-3.
124. PROCHÁZKOVÁ, L., 2014. *Možnosti pracovního uplatnění lidí s postižením*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita. ISBN: 978-80-210-7607-5.
125. PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE HAVLÍČKŮV BROD, © 2022. *Bipolární afektivní porucha*. [online]. [cit. 2022-11-24]. Dostupné z: <https://www.pnhb.cz/psychiatricke-texty/bipolarni-afektivni-porucha>.
126. PUNCH, F., 2015. *Úspěšný návrh výzkumu*. 2. vydání. Praha: Portál. 232 s. ISBN 978-80-262-0980-5.
127. RABOCH, J., HERLE, P., 2011. *Psychiatrie pro všeobecné praktické lékaře*. 1. vydání. Praha: Raabe. 138 s. ISBN 978-80-87553-27-5.
128. RABOCH, J., ZVOLSKÝ, et al., 2001. *Psychiatrie*. 1. vydání. Praha: Karolinum. 622 s. ISBN 80-246-0390-X.
129. RABOCH, J., ZVOLSKÝ, et al., 2012. *Psychiatrie*. 1. vydání. Praha: Galén. 622 s. ISBN 80-7262-140-8.
130. RABOCH, J., et al., 2012. *Psychiatrie*. 5. vydání. Praha: Triton. 239 s. ISBN 978-80-7387-582-4.
131. RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P., et al., 2014. *Psychiatrie*. 2. vydání. Praha: Karolinum. 468 s. ISBN 978-80-246-1985-9.
132. RABOCH, J., 2019. *Duševní zdraví a životní styl*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta. 295 s. ISBN 978-80-204-55017.
133. RADA, M., 2006. *Chráněné bydlení pro lidi s mentálním postižením – praktický průvodce*. 1. vydání. Praha: Hnutí humanitární pomoci. 55 s. ISBN 80-239-9547-2.
134. REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ, 2020. *Koncept kvality života*. [online]. MZČR. [cit. 2022-12-08]. Dostupné z: <https://reformapsychiatrie.cz/clanek/koncept-kvality-zivota>.

135. REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ, 2017. *Malý průvodce reformou psychiatrické péče*. [online]. Praha: Psychiatrická společnost ČLS JEP. [cit. 2022-11-28]. Dostupné z: <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>.
136. REICHEL, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1. vydání. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
137. ŘEHULKOVÁ, O., et al., 2008. *Kvalita života v souvislostech zdraví a nemoci*. 1. vydání. Brno: MSD. 153 s. ISBN 978-80-7392-073-9.
138. SEJBALOVÁ, P., 2011. Sexualita osob s organickými duševními poruchami. *Psychiatrie pro praxi*. 12(3), 69-97
139. SCHUSTEROVÁ, N., 2007. Vztah hodnot, cílův a subjektivnej pohody. *Československá psychologie*. 51(1), 48-57.
140. SLÁDKOVÁ, P., 2021. *Sociální a pracovní rehabilitace*. 1. vydání. Praha: Karolinum. 102 s. ISBN 978-802-464-986-3.
141. SLOŽILOVÁ, E., 2011. *Pragmatismus jako filozofický základ smíšeného výzkumného designu*. [online]. Researchgate.net. [cit. 2022-11-16]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/268365377_Pragmatismus_jako_filozoficky_zaklad_smiseneho_vyzkumneho_designu.
142. SMOLÍK, P., 2002. *Duševní a behaviorální poruchy*. 1. vydání. Praha: Maxford. 506 s. ISBN 80-85912-18-X.
143. ŠAMÁNKOVÁ, M., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
144. ŠICKOVÁ-FABRICI, J., 2016. *Základy arteterapie*. Praha: Portál, 304 s. ISBN 978-80-262-1043-6.
145. ŠVAŘÍČEK, R., ET AL., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vydání. Praha: Portál. 389 s. ISBN
146. ŠTILEC, M., 2004. *Program aktivního stylu života pro seniory*. 1. vydání. Praha: Portál. 135 s. ISBN 80-7178-920-8.
147. TONGE, B., 2020. Schizotypal Disorder in Children – A Neglected Diagnosis. *Schizophrenia Bulletin Open*. 1(1). doi: 10.1093/schizbullopen/sgaa048.
148. TUČEK, J., CHODURA, V., 2005. *Psychiatrie*. 3. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 90 s. ISBN 80-7040-786-7.

149. UNGVARI, S.G., et al., 2001. Reactive psychosis: A classical category nearing extinction? *PNC – Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 54(6), 621-624. doi: <https://doi.org/10.1046/j.1440-1819.2000.00763.x>.
150. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR., 2018. *MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decenální revize – Tabelární část*. 1. vydání. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 876 s. ISBN 978-80-7472-166-7.
151. VÁGNEROVÁ, M., 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vydání. Praha: Portál. 870 s. ISBN 80-7178-802-3.
152. VÁGNEROVÁ, M., 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vydání. Praha: Portál. 815 s. ISBN 978-80-262-0696-5.
153. VEENHOVEN, R., 2000. *The Four Qualities of Life*. [online]. Researchgate.net. [cit. 2022-11-16]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/23545417_The_Four_Qualities_of_Life
154. VELEMÍNSKÝ, M., HELEKAL, I. et al., 2017. *Zdraví a nemoc*. 2. Vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 134 s. ISBN 978-80-664-326-7.
155. VIPHARM, © 2016. *Bipolární porucha*. [online]. [cit. 2022-11-30]. Dostupné z: <https://vipharm.cz/bipolarni-porucha>.
156. VOKURKA, M., HUGO, J., 2015. *Velký lékařský slovník 10. vydání*. 10. vydání. Praha: Maxdorf. 1124 s. ISBN 978-80-7345-456-2.
157. VRBOVÁ, K., et al., 2021. Schizofrenie a obsedantně kompulzivní porucha. *Psychiatrie pro praxi*. 23(2), 64-71. doi: 10.36290/psy.2022.017.
158. WEIMEROVÁ, M., 2010. *Psychóza a rodina*. [online]. Dobrá psychiatrie. [cit. 2022-11-26]. Dostupné z: <http://www.dobrapsychiatrie.cz/psychozy/psychoza-a-rodina>.
159. WHO., ÚZIS ČR., 2018. *Poruchy duševní a poruchy chování (F00-F99)*. [online]. Úzis. cz. [cit. 2022-11-19]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F00-F99>.
160. WHO., ÚZIS ČR., 2022. *10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10)*. [online]. Úzis. cz. [cit. 2022-11-21]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-10>.
161. WHO., ÚZIS ČR., 2022. *O MKN-10*. [online]. Úzis. cz. [cit. 2022-11-22]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/o-mkn->

162. WIKMAN, A., et al., 2005. Illness, disease, and sickness absence: an empirical test of differences between concepts of ill health. *J Epidemiol Community Health*. 59(6), 450-4. doi: 10.1136/jech.2004.025346.
163. YIN, S., et al., 2016. Summarizing health-related quality of life (HRQOL): development and testing of a one-factor model. *Popul Health Metr*. 14(22). doi: 10.1186/s12963-016-0091-3.
164. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie*. 1. vydání. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-271-9675-3.
165. Zákon č. 108/2006 Sb.: Zákon o sociálních službách. In: Sbírká zákonů České republiky, částka 37/2006, ISSN 1211-1244.
166. ZVĚŘOVÁ, M., 2022. *Gerontopsychiatrie v klinické praxi*. 1. vydání. Praha: Grada. 272 s. ISBN 978-80-271-3465-6.
167. ŽOURKOVÁ, A., et al., 2019. Sexual function in the treatment of depressive disorder with vortioxetin. *Psychiatry for Practice*. 20(1), 29-31. doi: 10.36290/psy.2019.007.

9 Seznam příloh

9.1 Příloha č. 1 nestandardizovaný dotazník

Vážená paní/Vážený pane,

obracím se na Vás s prosbou o spolupráci.

Jmenuji se Pavlína Kvěchová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích, zde studuji na Zdravotně sociální fakultě obor Sociální práce.

Ráda bych Vás tímto požádala o vyplnění následujících tří dotazníků, které budou použité k realizaci výzkumu mé bakalářské práce na téma Vliv sociální práce na kvalitu života lidí s duševním onemocněním. Cílem bakalářské práce je zmapování vlivu konkrétních aspektů sociální práce na kvalitu života klientů s duševním onemocněním.

Dotazníky jsou anonymní, nikde nebude zveřejňováno Vaše jméno. Výsledky dotazníků budou použité pouze jako podklad pro bakalářskou práci. Účast ve výzkumu je dobrovolná, máte právo odmítnout účast ve výzkumném projektu nebo svůj souhlas kdykoli odvolat bez represí.

Velice Vám děkuji za Vaši spolupráci, čas a také ochotu se výzkumu zúčastnit.

S pozdravem a přáním hezkého dne,

Pavlína Kvěchová

Sociodemografické údaje

- | | |
|---|--|
| 1) Vaše pohlaví: | 5) Domácnost: |
| a) Muž b) Žena c) Jiné | a) Žiji sám/sama |
| 2) Váš věk: | b) Žiji s partnerem/partnerkou |
| 3) Vaše vzdělání: | c) Žiji s někým jiným (např. s rodiči) |
| a) Nedokončené základní vzdělání | 6) Váš pracovní status: |
| b) Základní | a) Zaměstnaný |
| c) Vyučen bez maturity | b) OSVČ |
| d) Vyučen s maturitou | c) Student |
| e) Středoškolské vzdělání bez maturity | d) V domácnosti |
| f) Středoškolské vzdělání s maturitou | e) Důchodce |
| g) Vyšší odborné vzdělání | f) Nezaměstnaný |
| h) Vysokoškolské vzdělání | 7) Vaše lokalita: |
| 4) Váš rodinný stav: | a) České Budějovice |
| a) Svobodný/á | b) Český Krumlov |
| b) Ženatý/vdaná | c) Jindřichův Hradec |
| c) Partner/partnerka (trvale žijící ve společné domácnosti, kteří nehodlají uzavřít sňatek) | d) Písek |
| d) Vdovec/vdova | e) Prachatice |
| e) Rozvedený/á | f) Strakonice |
| | g) Tábor |
| | h) Jiné (nebydlím v Jihočeském kraji) |

Spolupráce s odborníky

- 8) Spolupracujete s psychiatrem?
a) Ano
b) Ne
- 9) Spolupracujete s psychologem?
a) Ano
b) Ne
- 10) Spolupracujete se sociálním pracovníkem?
a) Ano
b) Ne
- 11) Pokud jste odpověděl(a) v minulé otázce ano, jaké služby v rámci spolupráce užíváte? (Pokud jste v minulé otázce dal/a ne, prosím neodpovídejte)

Týdenní stacionář

- a) Ano
b) Ne

Domov pro osoby se zdravotním postižením

- a) Ano
b) Ne

Domovy se zvláštním režimem

- a) Ano
b) Ne

Chráněné bydlení

- a) Ano
b) Ne

1. Sociální poradenství

Sociální poradenství

- a) Ano
b) Ne

2. Služby sociální péče

Pečovatelská služba

- a) Ano
b) Ne

Podpora samostatného bydlení

- a) Ano
b) Ne

Centrum denních služeb

- a) Ano
b) Ne

Denní stacionář

- a) Ano
b) Ne

3. Služby sociální prevence

Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby s duševním onemocněním

- a) Ano
b) Ne

Sociálně terapeutické dílny

- a) Ano
b) Ne

Sociální rehabilitace

- a) Ano
b) Ne

Služby následné péče

- a) Ano
b) Ne

Centrum duševního zdraví

- a) Ano
b) Ne

9.2 Příloha č. 2 SEIQoL

PSYCHOLOGIE ZDRAVÍ

Formulář pro zjišťování kvality života metodou SEIQoL

Jméno a příjmení:

Dnešní datum:

Rok narození:

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

Součet procent ve všech pěti řádcích v levém sloupečku musí být roven 100 %.

Míra spokojenosti se životem:

je to tak špatné, jak jen to je možné

je to tak dobré, jak jen to dobré může být

Celková hodnota QL:

Celková míra spokojenosti se životem:

Zjednodušená forma vyšetření

Autoři metodiky SEIQoL (O'Boyle, McGee, Joyce, 1994) navrhli též zjednodušenou formu zjišťování hodnot kvality života danou metodikou, kterou nazvali *SEIQoL – DW*. Její podstatou je umožnit vyšetřovaným osobám sdělit vlastní představu nejen o tom, kterých pět aspektů (zaměření) života je pro ně významných, ale zároveň názorně rozdělit 100 % motivační kapacity mezi těchto pět aspektů. Děje se to přístrojem, který má pět různobarevných kotoučů na téže ose. Různým rozestavením sektorů (kruhových výsečí) pro jednotlivé podněty se dá z okrajové stupnice (0–100 %) snadno odečítat relativní závažnost každého aspektu (zaměření).

10 Seznam zkratek

WHO – World Health Organization; Světová organizace zdraví

MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených problémů, v současnosti již v 10. revizi

DSM – Diagnostický a statistický manuál duševních poruch

DŽS – Dotazník životní spokojenosti

SEIQoL – Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life