

# **Inovativní přístupy v sociální oblasti a jejich vliv na kvalitu života osob s duševním onemocněním**

Ing. Jiří Nezdařil, DiS.

---

Bakalářská práce  
2023



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

Akademický rok: 2022/2023

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Ing. Jiří Nezdařil, DiS.**  
Osobní číslo: **H20485**  
Studijní program: **B0111A190011 Sociální pedagogika**  
Forma studia: **Kombinovaná**  
Téma práce: **Inovativní přístupy v sociální oblasti a jejich vliv na kvalitu života osob s duševním onemocněním**

### Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti sociální práce s duševně nemocnými lidmi, využití inovativních metod a technik sociální práce, funkce Center duševního zdraví.

Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.

Realizace kvantitativního výzkumu prostřednictvím standardizovaného dotazníku AQoL.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.


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


**Seznam doporučené literatury:**


- ČÁMSKÝ, Pavel, Dagmar KRUTILOVÁ a Jan SEMBDNER, 2011. Sociální služby v ČR v teorii a praxi. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0027-7.
- HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre Lambert WILKEN, 2022. Práce v propojení: podpůrný vztahový přístup: praktická příručka modelu CARE. Přeložil Eliška Boková. Praha: Centrum péče pro rozvoj péče o duševní zdraví. ISBN 978-80-908458-5-5.
- HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre Lambert WILKEN, 2016. Podpora zotavení a začlenění: úvod do metodiky CARE. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice. ISBN 978-80-260-9945-1.
- KROUTILOVÁ NOVÁKOVÁ, Radana, 2012. Sociální služby v kontextu sociální reformy. Zlín: FHS UTB ve Zlíně. ISBN 978-80-7454-243-5.
- MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, 2010. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-818-0.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Helena Skarupská, Ph.D.**  
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce: **25. ledna 2023**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **28. dubna 2023**

  
**Mgr. Libor Marek, Ph.D.**  
děkan



  
**doc. Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.**  
ředitel ústavu

Ve Zlíně dne 25. ledna 2023

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a). V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně .....

.....

.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělčně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užití-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělení svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídně k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce mapuje inovativní přístupy v sociální oblasti a jejich vliv na kvalitu života u osob s duševním onemocněním, které dlouhodobě spolupracují s centrem duševního zdraví.

Teoretická část se zaměřuje na princip fungování centra duševního zdraví, specifika sociální práce v rámci multidisciplinárního týmu a charakteristiku jednotlivých inovativních přístupů v sociální oblasti.

Praktická část prezentuje výsledky vlivu inovativních přístupů v sociální oblasti na kvalitu života osob s duševním onemocněním prostřednictvím kvantitativního výzkumu, realizovaného standardizovaným dotazníkem AQoL.

**Klíčová slova:** Centrum duševního zdraví, standardizovaný dotazník, kvalita života, duševní onemocnění, sociální oblast, inovace

## **ABSTRACT**

The bachelor's thesis maps innovative approaches in the social field and their effect on the quality of life of people with mental illness who have long-term cooperation with a mental health center.

The theoretical part focuses on the principle of functioning of the mental health center, the specifics of social work within a multidisciplinary team and the characteristics of individual innovative approaches in the social field.

The practical part presents the results of the influence of innovative approaches in the social field on the quality of life of people with mental illness through quantitative research, implemented with a standardized AQoL questionnaire.

**Keywords:** Mental health center, standardized questionnaire, quality of life, mental illness, social field, innovation

Děkuji PhDr. Heleně Skarupské Ph.D. za její odborné vedení bakalářské práce a vstřícný přístup.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

# OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>12</b>
<b>1 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ.....</b>	<b>13</b>
1.1 PORUCHY SCHIZOFRENNÍHO SPEKTRA .....	14
Obvyklé příznaky schizofrenie.....	14
1.2 AFEKTIVNÍ PORUCHY (PORUCHY NÁLADY).....	15
1.2.1 Manická epizoda .....	16
1.2.2 Bipolární afektivní porucha.....	17
1.2.3 Depresivní porucha .....	17
1.2.4 Rekurentní depresivní porucha .....	18
1.2.5 Trvalé poruchy nálady.....	18
1.3 PORUCHY OSOBNOSTI.....	18
<b>2 CENTRUM DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ (CDZ) .....</b>	<b>20</b>
2.1 CHARAKTERISTIKA CDZ.....	20
2.2 ZÁKLADNÍ FILOZOFIE PÉČE POSKYTOVANÉ V CDZ .....	21
2.3 PERSONÁLNÍ ZAJIŠTĚNÍ CDZ.....	22
2.3.1 Psychiatr .....	22
2.3.2 Klinický psycholog .....	22
2.3.3 Sociální pracovník.....	23
2.3.4 Sestra pro péči v psychiatrii / všeobecná sestra .....	23
2.3.5 Peer konzultant.....	23
2.3.6 Pracovní konzultant – IPS pracovník.....	24
<b>3 INOVATIVNÍ PŘÍSTUPY V SOCIÁLNÍ OBLASTI.....</b>	<b>25</b>
3.1 CARE.....	27
3.1.1 Charakteristika CARE .....	27
3.1.2 Základní nástroje, způsob práce .....	28
3.1.3 Fáze procesu zotavení .....	29
3.2 OPEN DIALOG .....	31
3.2.1 Principy a klíčové prvky Otevřeného dialogu.....	31
3.2.2 Poskytování odezvy .....	32
3.2.3 Reflektování .....	32
3.3 SUPERVIZE .....	34
3.3.1 Charakteristika supervize .....	34
3.3.2 Supervizor .....	35
3.3.3 Typy a formy supervize .....	35
3.3.4 Funkce a cíle supervize .....	36
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>38</b>
<b>4 METODOLOGIE VÝZKUMU.....</b>	<b>39</b>



4.1	VÝZKUMNÝ PROBLÉM .....	39
4.2	KVANTITATIVNÍ VÝZKUM.....	39
4.3	VÝZKUMNÉ CÍLE .....	40
4.4	VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	40
4.5	HYPOTÉZY.....	41
4.6	VÝZKUMNÝ SOUBOR A ZPŮSOB JEHO VÝBĚRU .....	42
4.7	METODA SBĚRU DAT .....	43
<b>5</b>	<b>ANALÝZA DAT.....</b>	<b>45</b>
<b>6</b>	<b>INTERPRETACE DAT .....</b>	<b>56</b>
<b>7</b>	<b>DISKUZE A DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....</b>	<b>60</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>61</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>63</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>67</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>68</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>69</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>70</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>71</b>

## ÚVOD

V současné době prochází psychiatrická péče reformou. Cílem této reformy je deinstitucionalizace psychiatrické péče, inkluze lidí s duševním onemocněním do jejich přirozeného prostředí. Tím zdravotně – sociální péče o duševně nemocné nabývá více charakteru terénní intervenční služby, která poskytuje podporu a hledá efektivní řešení aktuálních problémů.

Lidé se díky svému duševnímu onemocnění dostávají do náročných sociálních událostí, které postupně vedou ke vzniku závažných sociálních problémů. Tato skutečnost negativně ovlivňuje kvalitu jejich života a důsledkem je častokrát dlouhodobá hospitalizace v psychiatrické nemocnici. Ve výsledku pak dochází ke zvýšení sociální izolovanosti, zhoršení kontaktu s realitou, degradaci kognitivních funkcí a tvorbě komunikačních bloků.

U takto postižených osob dochází k jejich invalidizaci, kdy jejich příjem se redukuje pouze na invalidní důchod, dávky hmotné nouze či podporu v nezaměstnanosti. Důsledkem trvání tohoto nepříznivého stavu je menší pravděpodobnost uplatnění na trhu práce a úspěšný návrat do původního běžného života.

Autor práce je zaměstnán v Centru duševního zdraví Kroměříž na pozici pracovníka v sociálních službách, každodenně se setkává s lidmi s duševním onemocněním a společně s klienty se snaží najít efektivní způsob řešení jejich problémů, které je aktuálně trápí.

**Cílem** bakalářské práce je zjistit, jaký vliv mají inovativní přístupy sociální práce na kvalitu života lidí s duševním onemocněním, kteří aktivně spolupracují s Centrem duševního zdraví Kroměříž po dobu zhruba 1 roku.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část práce obsahuje tři hlavní kapitoly. První kapitola se v obecné rovině věnuje nejčastějším duševním onemocněním osob, které jsou zároveň cílovou skupinou center duševního zdraví, druhá kapitola popisuje problematiku center duševního zdraví v rámci probíhající psychiatrické reformy v České republice. Poslední třetí kapitola přibližuje problematiku sociálních inovací a uvádí konkrétní příklady sociálních inovací, používaných v centrech duševního zdraví, které mají bezprostřední vliv na zkoumanou kvalitu života klientů.

Praktická část je zaměřena na zjištění, zda existuje rozdíl ve vnímané kvalitě života u osob s duševním onemocněním navázaných na Centrum duševního zdraví Kroměříž při vstupu do služby a při opětovném zhodnocení po zhruba 1 roce aktivní spolupráce. Výzkum je

realizován prostřednictvím standardizovaného dotazníku AQoL-8D, který se zaměřuje na 8 základních oblastí života člověka – samostatné bydlení, smysly, bolest, duševní zdraví, štěstí, vlastní hodnota, zvládání, vztahy. Každá oblast je v dotazníku podrobně zpracována.

Přínos práce autor spatřuje především v obeznámení širší veřejnosti s problematikou sociální práce s duševně nemocnými lidmi a také v samotné komparaci vnímané kvality života u skupiny respondentů, kteří se účastnili výzkumu.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ

Autor bakalářské práce se v první kapitole zaměřuje na duševní onemocnění a jeho charakteristiku. Pochopení této problematiky je důležité z hlediska zaměření bakalářské práce. Cílem je přiblížit široké veřejnosti jednotlivá duševní onemocnění, která mají u takto postižených lidí velký sociální dopad. Lidé s duševním onemocněním zároveň představují cílovou skupinu pro Centra duševního zdraví, ve kterých se jim dostává profesionální péče a podpory od jejich pracovníků.

Řada autorů uvádí různé definice pojmu „duševní onemocnění“ či „duševní porucha“. Podle Hartla (2004) je *„duševní porucha klinicky prokazatelná změna duševní činnosti, která vyrazuje člověka z práce, společenského života či zodpovědnosti při právních úkonech, šířeji změna některých psychických procesů projevující se v myšlení, pocitech a chování člověka, které znesnadňují jeho adaptaci, interakci se sociálním okolím.“* Koblihová (2008) uvádí, že *„duševní onemocnění je vážné přechodné nebo trvalé duševní poškození v oblasti myšlení, prožívání a chování člověka.“*

Abychom mohli diagnostikovat duševní poruchu, musíme znát diagnostická kritéria, ale i normu psychického zdraví. Pohledy na tuto otázku se však různí. Tento vztah musí řešit každý, kdo se zabývá duševními poruchami. Jde o včasné rozpoznání duševní poruchy, její diagnostiku a výběr optimálního terapeutického postupu. Tyto otázky mají svou sociální, odbornou a laickou stránku. Začínáme vlastně až tam, kde proběhla konfrontace laického a odborného přístupu a jejím výsledkem je rozpoznání poruchy nebo abnormality. (DUŠEK, 2015)

Lidé s vážným průběhem duševního onemocnění často žijí v chudobě, jsou stigmatizováni a diskriminováni, dožívají se významně nižšího věku než běžná populace (KONDRÁTOVÁ, 2018). Lidé s duševním onemocněním také častěji zneužívají alkohol a jiné návykové látky. Jsou častěji traumatizováni, což přispívá k vyššímu riziku jejich agrese. (ELBOGEN, 2009)

Ekonomické náklady související se špatným duševním zdravím jsou enormní. Dopadají jak na lidi s duševním onemocněním samotné (skrze vysokou míru nezaměstnanosti), tak na zaměstnavatele a stát. Zaměstnavatelé se potýkají se ztrátou produktivity zaměstnanců a vysokou mírou absencí a stát nese ekonomickou zátěž ve formě vysokých sociálních a zdravotních nákladů. Za rok 2010 byly v ČR tyto náklady vyčísleny na 6,12 mld. eur a

souvisely nejen s poskytovanou zdravotní a sociální péčí, ale také s ušlou produktivitou, neformální péčí a dalšími náklady. (EHLER, 2013)

## 1.1 Poruchy schizofrenního spektra

Schizofrenie patří mezi závažné psychické poruchy a je charakterizována poruchami myšlení, vnímání a osobnosti. Dalším významným projevem je porucha emotivity především kvalitativního charakteru – emoční nepřiměřenost, oploštělost, chudost. Onemocnění vzniká v mladém věku, nejčastěji kolem dvaceti let, ale časté jsou i formy začínající v dětství. Onemocnění poté probíhá řadu let buď kontinuálně, nebo v relapsech. Proto může vznikat dojem, že schizofrenií je více než jiných psychických poruch, postihuje asi jedno procento obyvatelstva. Výskyt u mužů a žen je přibližně stejný. (DUŠEK, 2015)

### Obvyklé příznaky schizofrenie

Příznaků schizofrenie existuje celá řada, autor bakalářské práce níže uvádí některé nejčastější příznaky, nejedná se o úplný výčet všech příznaků.

- **Halucinace (poruchy vnímání):** Halucinace znamená, že někdo slyší, vidí, cítí něco, co nikdo jiný ze zdravých lidí nevnímá a je to něco, co neexistuje. Pacient nejčastěji slyší lidské hlasy, které mohou mezi sebou hovořit, mohou ho oslovovat jménem, komentovat jeho jednání nebo mu něco přikazovat. Hlasy mohou být mužské, ženské nebo smíšené, někdy pacient není schopen určit, kdo to vlastně mluví. Někdy pacient slyší jednoduché zvuky, jako je štěkot psa či hudba. U zrakových halucinací pacient někdy vidí něco, co neexistuje, nebo to, co existuje, vidí zkresleně. Obdobně se mohou vyskytovat halucinace čichové, chuťové, pálení, štípání či bolest.
- **Paranoidita (porucha myšlení):** Pokud pacient cítí, že se s ním něco děje, že okolní prostředí a lidé kolem něj se nějak mění, nebo se k němu jinak chovají, má tendenci nějak si to vysvětlovat a obvykle začne situaci na sebe vztahovat, začne být paranoidní. Změněné vnímání a případné změny ve svém myšlení interpretuje paranoidně, což může mít různou hloubku.

- **Bludy:** Blud je patologická porucha myšlení, kdy nemocný je nevyvratitelně přesvědčen o nějaké skutečnosti, která není pravdivá, často není ani možná. Nemocný je svým patologickým přesvědčením zcela ovládnán a pod jeho vlivem i jedná. Podstatná pro diagnostiku bludu je jeho naprostá dominance v myšlení nemocného a jeho vliv na ostatní psychické funkce.
- **Depresivní prožívání (porucha emotivity):** Vyskytuje se poměrně často a není vždy na pacientovi viditelné, nemusí o ní hovořit, ve výsledku může však tato poruchu vést až k sebevraždě.
- **Emoční nepřiměřenost, nepřiléhavost:** Nemocný vesele hovoří o věcech, které veselé nejsou, často se u toho směje, například u smrti někoho z rodiny.
- **Inkoherentní řeč:** Je to mluva, kdy pacient říká slova, která jsou sice srozumitelná, ale spojuje je s jinými slovy tak, že to nedává běžný smysl. Slova, která říká, mohou mít pro nemocného zvláštní význam, častokrát se jedná o tzv. slovní salát. (KUČEROVÁ, 2010)

Diagnostika schizofrenie je kvůli rozličnosti příznaků velmi složitá, celkový stav klienta musí posoudit psychiatr v širším kontextu, se zohledněním všech zdravotních a vnějších souvislostí.

## 1.2 Afektivní poruchy (poruchy nálady)

Poruchy nálady patří bohužel mezi časté a potencionálně závažné psychické poruchy. Neovlivňují pouze náladu, ale zpravidla zasahují kompletně všechny oblasti lidského bytí. Projevují se v prožívání i chování. Ovlivňují aktivitu, racionalitu, výkonnost, motivaci, pozornost, motoriku, vztahovost a další psychické i tělesné funkce. Poruchy nálad se vymykají běžnému kolísání nálad. Rozpoznat je správně a zahájit včas léčbu může být v některých případech doslova život zachraňující. (OREL, 2020)

Základní charakteristikou u těchto poruch je porucha nálady anebo afektu ve smyslu plus nebo minus. Základními komponentami jsou depresivní, manické epizody a smíšené epizody. Z poruch nálady se do popředí zájmu dostává hlavně deprese, a to z řady důvodů, z nichž k hlavním patří nepochybně důvod ekonomický. Již dnes ve vyspělých zemích pět z deseti hlavních příčin vedoucích k neschopnosti tvoří psychické poruchy.

Podle odhadu se v roce 2020 deprese stala druhou vedoucí příčinou neschopnosti, morbidity a mortality ve světě. (SVOBODA, 2006)

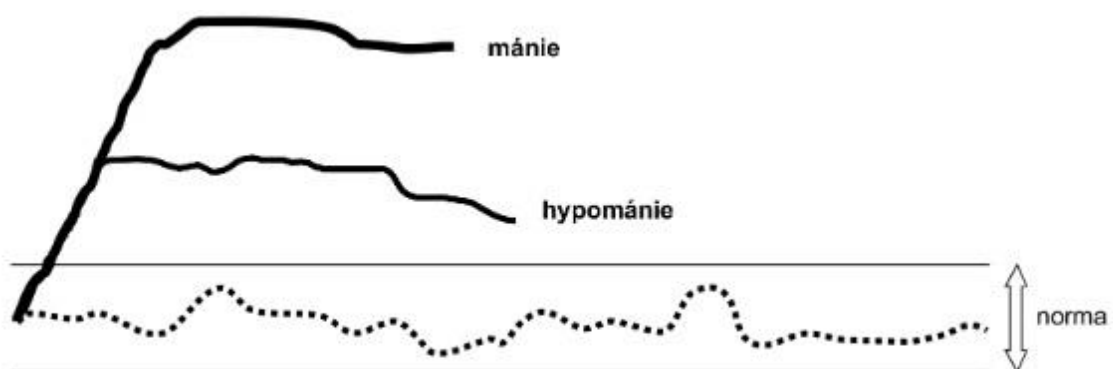
Nejdůležitější kategorie poruchy nálady jsou:

- Manická epizoda.
- Bipolární afektivní porucha.
- Depresivní porucha.
- Rekurentní depresivní porucha.
- Trvalé poruchy nálady (SVOBODA, 2006).

Afektivní poruchy jsou léčitelné, i když mnohdy po určité době dojde k obnovení chorobného procesu. Léčba by měla být komplexní a měla by zahrnovat jak psychoterapii, tak i psychofarmaka.

### 1.2.1 Manická epizoda

Manie se projevuje psychopatologickým obrazem hypomanie nebo manie. Hypomanie je charakteristická mírně nadnesenou náladou, která trvá minimálně čtyři po sobě jdoucí dny, zvýšenou energií, aktivitou, pocitem vysoké fyzické a duševní výkonnosti. K projevům manie patří zvýšená nálada až vzrušení, myšlenkový trysk, zvýšené sebevědomí, velikášství, ztráta sociálních zábran s důsledkem riskantního jednání. (SVOBODA, 2006)



Obrázek 1 Průběh manické fáze (OREL, 2020 str. 958)

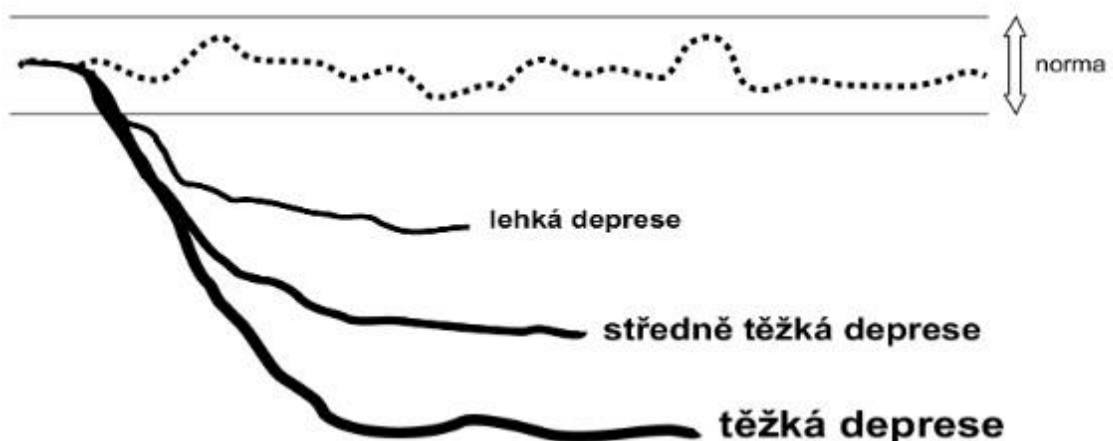


### 1.2.2 Bipolární afektivní porucha

Bipolární porucha se projevuje střídáním epizod manických, depresivních anebo smíšených. Přetrvávající symptomy v období mezi epizodami jsou spojeny se čtyřikrát větším rizikem recidiv. Sociální, rodinná a pracovní dysfunkce jsou normou, zarážející je relativně vysoký rozdíl mezi dosaženým vzděláním a postavením v zaměstnání. Podle různých údajů je téměř polovina nemocných s bipolární poruchou nezaměstnaných. Rozvoj bipolární poruchy často souvisí s událostmi, které narušují cyklus spánek – bdění. Stresové životní události mohou vyprovokovat relaps, jsou častější u recidivujících a liší se ve svém potenciálu precipitovat depresivní nebo manickou epizodu. (SVOBODA, 2006)

### 1.2.3 Depresivní porucha

Depresivní porucha může proběhnout jako jedna epizoda, nebo se tyto epizody mohou opakovat. K základním příznakům depresivní poruchy patří depresivní nálady, která trvá déle než dva týdny, ztráta zájmu nebo prožitku radosti, snížená energie a zvýšená únavnost. K dalším příznakům patří ztráta sebedůvěry, výčitky, nesoustředěnost, nerozhodnost, útlum, poruchy spánku, poruchy chuti k jídlu. Běžně se vyskytují somatické potíže, jako je bolest na hrudi, bolesti hlavy, bolesti v zádech, únavnost a závratě. Deprese bývá provázena příznaky úzkosti. U pacientů se opakovaně nákladně a dlouhodobě pátrá po organické příčině potíží, převážně s negativními výsledky. (SVOBODA, 2006)



Obrázek 2 Průběh depresivní fáze (OREL, 2020 str. 976)

### 1.2.4 Rekurentní depresivní porucha

Deprese bývá často recidivujícím onemocněním, s tendencí k chronicitě. V dlouhodobé prospektivní studii bylo zjištěno, že takřka dvě třetiny nemocných se uzdravily během jednoho roku, avšak během pěti let více než polovina prodělala alespoň jednu další epizodu. Z dlouhodobého sledování vyplývá, že jedna depresivní epizoda je vzácná, riziko rekurence je zhruba 50%. (SVOBODA, 2006)

### 1.2.5 Trvalé poruchy nálady

K trvalým poruchám nálady řadíme poruchy, které mají relativně mírnou intenzitu, jsou však dlouhodobé, trvají minimálně dva roky.

Cyklotymie – charakteristická je nestabilní nálada zahrnující jak deprese, tak hypomanie, které nejsou dostatečně závažné, aby splňovaly kritéria pro manickou nebo depresivní epizodu.

Dystymie – v projevech dominují trvalé nebo opakující se depresivní nálady, které nejsou dostatečně závažné, aby splňovaly kritéria pro depresivní poruchu. (SVOBODA, 2006)

## 1.3 Poruchy osobnosti

Charakterizovat komplexně osobnost člověka není snadné. Na osobnost lze pohlížet jako na komplexní celek duševního života či na dynamický soubor relativně stálých duševních vlastností. Jedním z aspektů osobnosti je prožívání a chování. Problematické a široké definování zdravé a normální osobnosti je jedním z důvodů obtížného vymezení poruchové osobnosti. Jde o pestrou skupinu poruch, které jsou vesměs hluboce zakotvené v osobnosti člověka, trvající dlouhou dobu a projevují se v prožívání a chování. Jedná se především o:

- Specifické poruchy osobnosti.
- Smíšené a jiné poruchy osobnosti.
- Přetrvávající změny osobnosti, které nelze přisoudit poškození mozku.
- Nutkavé a impulzivní poruchy.
- Poruchy pohlavní identity.

- Poruchy sexuální preference.
- Jiné poruchy osobnosti a chování dospělých.
- Neurčená porucha osobnosti a chování u dospělých (OREL, 2020).

Ve všech typech poruch osobnosti můžeme nalézt změny v chování, myšlení, prožívání či schopnosti vyjadřovat se. Onemocnění negativně ovlivňuje emotivní stránku osob, jejich zvládání v sociálních rolích ve společnosti a také jejich kognitivní funkce.

## 2 CENTRUM DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ (CDZ)

System psychiatrické péče v ČR stále spočívá na velkokapacitních zařízeních zdravotních služeb následné lůžkové péče v oboru psychiatrie, kde jsou lidé se závažnými duševními onemocněními hospitalizováni i déle než 20 let, což je jednoznačně nákladově neefektivní v porovnání s komunitní péčí, tj. péčí poskytovanou v přirozeném prostředí lidí s duševním onemocněním. Dlouhodobé hospitalizace jsou spojeny s nenaplněním principů daných Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením, ale také se zvýšeným rizikem sebevražd po propuštění z péče. Multidisciplinární způsob práce jakožto nejefektivnější model při práci s lidmi s komplexními potřebami je minoritní složkou péče, komunitní multidisciplinární týmy pro lidi s duševním onemocněním jsou ve fázi pilotování prvních provozů. System péče o duševní zdraví nedisponuje dostatkem kompetentních lidských zdrojů, což je dáno strukturou a financováním poskytované péče, ale i nedostatečnou flexibilitou vzhledem k novým možnostem práce s lidskými zdroji. (MZČR, 2018)

### 2.1 Charakteristika CDZ

CDZ vznikají v rámci projektů realizovaných Ministerstvem zdravotnictví ČR v rámci Reformy psychiatrické péče, jako nový nízkoprahový pilíř pro poskytování zdravotně-sociálních služeb. Standard péče je vydán a definován Ministerstvem zdravotnictví ve Věstníku č. 5/2016, jeho právní úprava se řídí jak zákonem o zdravotních službách, tak i zákonem č. 108/2016 Sb., o sociálních službách,. (TĚŠITELOVÁ, 2020)

CDZ jsou novým nízkoprahovým pilířem pro poskytování zdravotně-sociálních služeb. Právě tímto pilířem se rozšiřuje system péče v ČR a přibližuje ji tak blíže duševně nemocným. Poskytuje individualizovanou péči zejména vážně duševně nemocným, koordinuje dostupné služby s ohledem na potřeby klientů v jejich přirozeném prostředí. CDZ je mezičlánkem mezi primární péčí včetně ambulantní psychiatrické péče a lůžkovou – akutní i specializovanou péčí. Jeho funkcí je prevence hospitalizací či jejich zkracování a nápomoc k reintegraci dlouhodobě hospitalizovaných do běžné komunity. Za tímto účelem CDZ jednak vytváří potřebné programy, jednak zajišťuje v rámci své spádové oblasti funkční propojení ambulantní a lůžkové péče. Tým CDZ pracuje formou case managementu a poskytuje flexibilní, individualizovanou službu všem potřebným klientům / pacientům ze spádové oblasti bez čekací doby. K zajištění hlavního cíle, maximální společenské integrace a klinického i sociálního zotavení klientů/pacientů, spolupracuje CDZ ve svém regionu s dalšími potřebnými subjekty a službami jak specializovanými, tak

těmi, které jsou určeny pro běžnou populaci v oblasti zaměstnání, vzdělávání, bydlení, volnočasových aktivit. (MZČR, 2023)

## 2.2 Základní filozofie péče poskytované v CDZ

Propojení sociálních pracovníků a zdravotních pracovníků je důležitou součástí změny systému péče. Společné vytvoření stylu práce týmu, kde se oba přístupy spíše podporují, než by byly ve vzájemném konfliktu, je jedním z klíčových momentů úspěšnosti funkce multidisciplinárního týmu. Práce multidisciplinárního týmu by měla být primárně zaměřena na celostní podporu klienta v jeho cestě k uzdravení. Uzdravením není myšleno jen absence symptomů nemoci, ale udržení či znovunaplnění rodinných, sociálních, společenských i pracovních rolí klienta.

Hlavní principy přístupu na cestě k uzdravení jsou:

- **Práce s nadějí** – Otevřenost ke všem možnostem budoucí životní dráhy klienta, nikoliv uzavírání některých možností jen proto, že klient prochází či procházel zkušeností s duševním onemocněním, posilování naděje je zároveň důležitý motivační faktor.
- **Rozvoj silných stránek** – Pozornost je věnována rozvoji potenciálu klienta, nikoliv zaměření na limity omezení.
- **Celostní přístup** – Podpora klienta je zaměřena na všechny oblasti života, na posilování a zvládnutí všech jeho životních rolí.
- **Zplnomocňování** – Podpora klienta, aby se sám rozhodoval a řídil svůj život, důležité je to, co klient sám pokládá za podstatné ve své cestě k zotavení.
- **Respekt** – Práce s klientem je založena na partnerském vztahu a jeho práva jsou plně respektována, naplňována a podporována
- **Individualizovaný přístup** – Každý klient má svou specifickou cestu k zotavení, proto je práce s každým klientem jedinečná a není možno uplatňovat stereotypní přístupy. Proto je s každým klientem vypracován jeho individuální plán spolupráce s týmem.

Cílem péče nemá být pouze odstranit symptomy onemocnění, ale soustředit se i na obnovení běžných sociálních rolí a prožívání smysluplného života. Je to především dopad onemocnění v podobě stigmatizace, který negativně ovlivňuje kvalitu života nemocného, jeho sebevědomí, postoje, víru ve smysluplnou budoucnost, vztahy i fungování v běžných rolích. Všechny tyto okolnosti zároveň zvyšují stresovou zátěž a tím i riziko relapsu onemocnění. (MZCR, 2019)

### **2.3 Personální zajištění CDZ**

Tým je multidisciplinární, přibližně polovinu tvoří zdravotníci a polovinu pracovníci sociálních služeb. Pro klienty je výhodné, aby v týmu byli muži i ženy žádoucí je také věková diversita týmu. Tým je schopen poskytovat individuální case management, roli case managerů zastávají nejčastěji pracovníci sociálních služeb a zdravotní sestry. Tým je schopen poskytovat psychosociální rehabilitaci a podporu, péči psychiatra a klinického psychologa, psychoterapii, peer podporu, podporu při zaměstnávání a je schopen nabízet integrovanou léčbu klientům s duální problematikou. Požadavek na multidisciplinaritu týmů vychází z komplexních potřeb cílové skupiny. (MPSV, 2021)

#### **2.3.1 Psychiatr**

Psychiatr je integrální součástí týmu, je garantem zdravotní péče. V jeho kompetenci je posouzení rizikovosti stavu, indikace hospitalizace. Nese odpovědnost za nastavení postupů v krizi a relapsu onemocnění klienta. Je důležitou součástí komplexní funkce týmu. Měl by být k dispozici všem klientům i pracovníkům týmu, role konzultační a jeho role přímého kontaktu by měly být dobře vyváženy. Mezi dovednosti psychiatra patří bio – psycho – sociální přístup péče, nezbytné je osvojení asertivního využívání role lékařské autority, schopnosti přijmout zodpovědnost za svá rozhodnutí, dobrá komunikace s klienty i členy týmu a schopnost týmové spolupráce. Psychiatr by neměl být v roli klíčového pracovníka. (MZCR, 2019)

#### **2.3.2 Klinický psycholog**

Klinický psycholog je neodmyslitelnou součástí multidisciplinárního týmu. Těžištěm jeho práce je přímá práce s klienty CDZ, zejména ve formě individuální psychoterapie a poradenství. Psycholog také nabízí vedení skupinové psychoterapie, rodinné či párové psychoterapie a jiných terapeutických či rehabilitačních programů. Měl by se vyjadřovat ze svého profesního úhlu ke stanovování léčebných postup, způsobů rehabilitace i

konkrétních intervencí. V případě potřeby provádí komplexní psychodiagnostickou činnost. Psycholog může rovněž poskytovat podporu ostatním členům týmu a metodické vedení členů týmu ke klientům. Stejně jako psychiatr by psycholog neměl být v roli klíčového pracovníka. (MZCR, 2019)

### **2.3.3 Sociální pracovník**

Obecné kompetence a odpovědnosti najdeme v Zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Velká část činností vyplývá z jejich role case managerů v týmu. Provádí sociální šetření, sociální poradenství, nácvik sociálních dovedností. V případě potřeby zařizuje v zájmu klienta potřebné sociální zázemí, ať už se jedná o bydlení nebo sociální dávky a pracuje s rodinou klienta. Provádí vyhodnocování potřeb a úrovně soběstačnosti, napomáhá při adaptaci na životní podmínky změněné duševním onemocněním, užívá cílené aktivity k podpoře a zachování fyzických, kognitivních a psychických funkcí, pomáhá klientovi řešit finanční potřeby, podporuje ho ve vlastním rozhodování. (MZCR, 2019)

### **2.3.4 Sestra pro péči v psychiatrii / všeobecná sestra**

Obecné kompetence a odpovědnosti najdeme ve Vyhlášce č. 55/2011, o činnostech zdravotnických pracovníků. Stejně jako u sociálních pracovníků, velká část činností vyplývá také z jejich role case managerů v týmu. Provádí vyhodnocování potřeb a úrovně soběstačnosti, projevů onemocnění a rizikových faktorů, napomáhá klientovi při adaptaci na životní podmínky změněné duševním onemocněním, provádí poradenskou činnost v oblasti prevence poruch duševního zdraví, provádí edukaci klienta a jeho okolí v otázkách péče o jejich zdraví a prevenci zdravotních rizik, a to nejen v oblasti duševního zdraví, ale i somatické stránky. (MZCR, 2019)

### **2.3.5 Peer konzultant**

Dávají zpětnou vazbu z pohledu uživatelů služeb, jsou specificky zapojováni do práce s klienty. Využívají své osobní zkušenosti a podporují klienty v hledání jejich osobní cesty zotavení. V situaci krize mohou být někdy jediným členem týmu, kterému se podaří navázat s klientem kontakt. Jde o neformální a asertivní formu práce s klienty, včetně jejich vyhledávání například v nemocnicích. (MZCR, 2019)

### 2.3.6 Pracovní konzultant – IPS pracovník

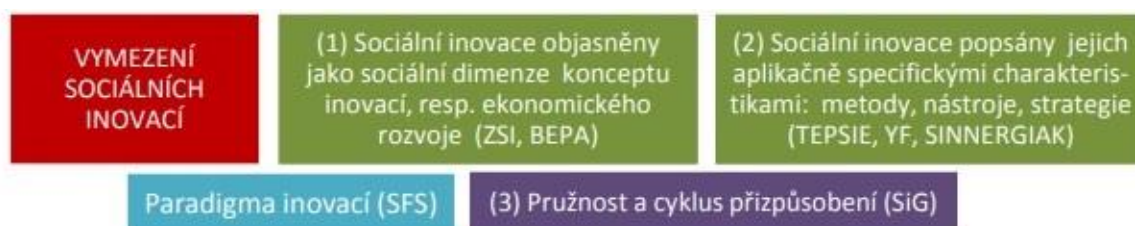
Profesně se jedná o sociální pracovníky či pracovníky v sociálních službách. Dle zahraničních zkušeností se IPS metoda (Individual placement and support) ukazuje jako velmi efektivní. Posláním pracovních konzultantů je co nejrychleji pomoci klientům získat a udržet práci na normálním případně chráněném trhu práce na základě jejich pracovních dovedností, silných stránek, rizik, oslovuje zaměstnavatele a jedná s nimi. (MZCR, 2019)



### 3 INOVATIVNÍ PŘÍSTUPY V SOCIÁLNÍ OBLASTI

Sociální inovace mají zásadní význam pro ekonomický a sociální rozvoj a tedy společenský blahobyt. Jejich realizace zatím do značné míry závisí na veřejné podpoře, zejména v méně rozvinutých zemích. Tato podpora představuje inovační poptávku a podílí se tedy významně na výkonnosti inovačního systému. Jeho druhou stranu představuje inovační nabídka, tj. inovační aktivity, výstupy, výsledky a dopady. Při zasazení inovační podpory do širšího kontextu je konečným cílem hospodářské a sociální politiky zvýšení blahobytu obyvatel. V těchto přístupech je věnována soustředěná pozornost ukazatelům kvality života.

Sociální inovace jako dosud nový a neusazený koncept nenabízí obecně přijímané vymezení, které však ani vzhledem k jeho podstatě není možné. Vymezení sociálních inovací je proto vždy nutné formulovat pro daný oborový a aplikační kontext a formulaci přizpůsobovat vývoji poznání v čase. Pro základní orientaci můžeme uvést dva typy přístupů k vymezení sociálních inovací. První hledisko usiluje o objasnění podstaty konceptu sociálních inovací ve vazbě na společenské změny, druhé hledisko se soustřeďuje na popis aplikačně specifických charakteristik a metod realizace sociálních inovací. Oba přístupy je však při jejich odlišnostech nutno vnímat jako spíše vzájemně doplňující. Hlediska výstupů a procesů sociálních inovací propojuje pojetí cyklu pružnosti a adaptability. (KADEŘÁBKOVÁ, 2012)



Obrázek 3 Inovační ekosystém (KADEŘÁBKOVÁ, 2012)

Havrda (2016) uvádí, že je možné sociální inovace definovat jako vývoj a implementaci nových produktů, služeb a modelů za účelem naplňování společenských požadavků a vytváření nových společenských vztahů. Sociální inovace jsou obvykle „sociální“ jak z hlediska cíle, tak z hlediska způsobu dosažení. Sociální inovace se snaží přinášet nová řešení společenských problémů, a tak prospívat společnosti. Sociální inovace poskytují nové příležitosti jak pro soukromý, tak pro veřejný sektor. Termín sociální inovace

popisuje celý proces potřebný k dosažení lepších společenských výsledků. Důraz je také často kladen na samostatnost a udržitelnost projektů, které by měly po implementaci fungovat bez dalších vládních zásahů.



Obrázek 4 Sociální inovace

Sociální inovace představují nový způsob řešení sociálních a ekonomických problémů, často nejsou založeny na naprosto nových či převratných myšlenkách, ale spíše na novém uchopení a přizpůsobení toho, co již existuje. To se nezdá děje prostřednictvím spolupráce institucí z různých sektorů. Zásadním prvkem sociálních inovací tak může být kombinace rozdílných úhlů pohledu, rozdílných perspektiv a rozdílných způsobů jednání. Sociální inovace zahrnují potřebu dělat věci jinak, přemýšlet z hlediska nutnosti transformace stávajících institucí sociálních postupů. (HYÁNEK, 2018)

V následujících kapitolách se bude autor práce věnovat konkrétním sociálním inovacím, používaných v centrech duševního zdraví při práci s klienty.

### 3.1 Care

Z příběhů zotavení klientů vyplývá, že zotavit se může téměř každý. Zotavení chápeme jako jedinečný osobní proces, v jehož průběhu člověk získává ztracenou sebedůvěru, učí se lépe vyrovnávat s vlastní zranitelností a začíná opět plnit sociální role. Mnoho lidí má ohromnou odolnost. I když je proces zotavení osobní záležitostí, je zapotřebí, aby k němu přispívali i další lidé. Mohou to být lidé, kteří prodělali obdobnou zkušenost, rodina, přátelé a pomáhající pracovníci. (HOLLANDER, 2022)

#### 3.1.1 Charakteristika CARE

CARe neboli Comprehensive Approach to Rehabilitation je jedním ze světově uznávaných rehabilitačních přístupů. Jeho autory jsou Holanďané Jean-Pierre Wilken a Dirk den Hollander, kteří jeho vývoji zasvětili svůj profesní život.

Model CARE je zajímavý z několika důvodů:

- CARE je inovativní metoda, která se stále rozvíjí. Jean-Pierre Wilken realizoval řadu výzkumů zaměřených na hledání účinných prvků zotavování a výstupy těchto studií se promítly do změn v přístupu i metodických postupech.
- CARE je univerzální rehabilitační metoda, použitelná v širokém spektru různých zařízení a služeb. Metoda je využívána nejen u lidí s duševním onemocněním, ale i u jiných cílových skupin.
- Snaží se o vyžití a propojení funkčních prvků z jiných rehabilitačních škol. Výrazným prvkem je také zaměření na práci s okolním prostředím. Autoři metody CARE rozvinuli myšlenku zapojení klientů, kteří jsou v první řadě vnímáni jako občané, do široké komunity. (POMAJZLOVÁ, 2021)

Proces psychosociální rehabilitace pomáhá lidem s duševním onemocněním zvyšovat kvalitu jejich života a může významně pomoci na jejich osobní cestě zotavení. Staví na posilování silných stránek a zdrojů podpory, významně využívá práci s prostředím, s cílem maximálně podpořit začlenění lidí s duševním onemocněním do jejich běžného prostředí. Důležité je vycházet z přání a potřeb samotného člověka, s jedincem se systematicky pracuje na jeho přáních a potřebách v hlavních oblastech života, stanovují se dílčí cíle a postup k jejich naplnění. (PÁV, 2017)

Kvalitu života můžeme také spojit s několika osobními a životními doménami. Osobní domény jsou spojeny s námi coby jedinci. Životní domény jsou prostředí, kde vykonáváme činnosti a naplňujeme osobní role.

Tabulka 1 Domény kvality života (HOLLANDER, 2022)

Osobní domény	Životní domény
Péče o sebe a o druhé	Bydlení
Pocit pohody a zdraví	Práce
Bezpečí	Učení se
Sociální vztahy	Volný čas

Mnohá, často i všechna, životní přání klientů se týkají běžného života a běžných rolí, které v něm člověk plní. Plnění společensky oceňovaných rolí souvisí s participací. Stáváme se součástí sociálních vazeb a odvozujeme od toho svoji hodnotu. (HOLLANDER, 2022)

### 3.1.2 Základní nástroje, způsob práce

Přístup se primárně celostně zaměřuje na jedince v kontextu jeho životní situace a sociálního kontextu. Práce probíhá ve třech dimenzích – vztahové, dimenzi činnosti a času, v němž se proces odehrává. Zaměřuje se na zvýšení kvality života prostřednictvím podpory v realizaci osobních přání a cílů. Zásadní je budování a udržování rovnocenného vztahu s člověkem, pomoc při formulaci jeho přání, pomoc při rozhodování, plánování a uplatňování jeho schopností. Osobní profil je klíčovým nástrojem, který slouží jako průvodce spoluprací, mapuje přání, silné stránky a zdroje podpory jedince. (PÁV, 2017)

		Jméno: Jméno pracovníka:
Současné schopnosti, předpoklady a zkušenosti	Přání a ambice	Schopnosti, předpoklady a zkušenosti v minulosti
Mám zažádáno o chráněné bydlení, na oddělení se dokážu o sebe postarat, umím hospodařit s penězi.	<b>Bydlení</b> Chci mít svůj byt a bydlet samostatně.	Bydlela jsem u rodičů, dokázala jsem bydlet sama v podnájmu.
Docházím na aktivity na oddělení, dokážu přijít včas na program, dobře vycházím s lidmi na oddělení. Mohu zkusit práci v tréninkové kavárně zde v nemocnici.	<b>Práce, zaměstnání</b> Chci pracovat mezi lidmi.	Pracovala jsem jako učitelka jazyků – angličtina, španělština, čeština pro cizince.
Mám přerušené magisterské studium. Dokážu se sama učit a připravovat na zkoušky, je to pro mě hodně důležité.	<b>Učení se – vzdělávání se</b> Chci dokončit vysokou školu – magisterské studium.	Dokončila jsem bakalářské studium, obor historie.
Ráda chodím na výlety.	<b>Rekreace – volný čas</b> Chtěla bych na dovolenou k moři.	Ráda jsem chodila do divadla, na výlety.
Jsem hospitalizovaná, cítím se lépe, s lékařkou mohu mluvit o vedlejších účincích léků.	<b>Zdraví a pocit pohody</b> Být zdravá.	Je to za minou, nechci se k tomu vracet.
Dokážu se o sebe postarat, dodržuji základní hygienu, sestřičky mě občas povzbudí, to mi pomáhá.	<b>Péče o sebe a o ostatní</b> Zvládat péči o sebe.	Nechci se k tomu vracet.
Babička mě pravidelně navštěvuje, pomáhá mi, s tátou máme hezký vztah, s mámou je to složitější.	<b>Vztahy</b> Zlepšit vztahy s rodinou.	Měla jsem kamarády na škole, v rodině jsme měli hezké vztahy.
Nejvíc v bezpečí se cítím doma a teď na oddělení.	<b>Bezpečí</b> Cítím se v bezpečí u rodičů nebo ve svém bydlení.	Cítila jsem se v bezpečí, když mě lidé přijímali takovou, jaká jsem.
<b>Která přání jsou pro mě nejdůležitější?</b>		
1. Dokončit VŠ studium, získat titul Mgr., dokázat všem, že na to mám – na oddělení mi s tím pomohou a upraví mi terapeutický program (viz níže).		
2. Zajistit si bydlení, osamostatnit se – mohu přestoupit do chráněného bydlení.		
3. Práce mezi lidmi – později chráněná kavárna.		

Obrázek 5 Osobní profil (PÁV, 2017)

Použití osobního profilu může významně změnit perspektivu nahlížení na situaci člověka. Důležité je jednat v souladu s přáními, která mají pro člověka velký význam. Jsou to přání, která jsou pro něj důležitá, protože jsou spojena s jeho potřebami, ambicemi nebo jeho významným zaujetím. (PÁV, 2017)

### 3.1.3 Fáze procesu zotavení

Přestože víme, že každý proces zotavování je jedinečný, poskytují studie vhled do cest, po nichž se lidé v rámci svého procesu zotavování vydávají, a představují jevy, které se při něm vyskytují. Je důležité vědět, v jaké fázi zotavování se klient nachází, protože jsme pak v praxi schopni nabízet podpůrné aktivity, které se pro danou fázi přesně hodí. Různé fáze procesu zotavování a přechody mezi nimi znázorňuje následující tabulka. (HOLLANDER, 2022)

Tabulka 2 Fáze procesu zotavování (HOLLANDER, 2022)

Stabilizace	Reorientace	Reintegrace
Získání kontroly a nastolení rovnováhy, začátek uvědomování zranitelnosti a učení, jak s ní zacházet.	Zkoumání, co to znamená být zranitelný. Pochopení a zpracování zkušenosti. Hledání identity a smyslu. Tvorba osobního příběhu zotavení.	Rozvíjení pozitivní identity. Nalézání silných stránek, schopnost zacházet se zranitelností, společenské zotavení, participace.

V první fázi je nejdůležitějším úkolem získat kontrolu nad svým postižením. Jedná se o aspekty zotavování seberegulace, lidé jsou čím dál více schopni přebírat zodpovědnost za sebezpečí, osobní hygienu, udržování denního režimu, jídla a spánku.

Ve druhé fázi je důležitým úkolem najít vysvětlení, která pomohou nemoc a krizi pochopit a začít si vytvářet pozitivní vyhlídky. Toto období zahrnuje určení toho, co je jádrem osobnosti, zjišťování vlastních hodnot a kvalit.

Ve třetí fázi klient přebírá role a aktivity, které jsou smysluplné a ceněné.

Rozdělení do uvedených fází by nemělo být chápáno příliš rigidně. Někdy může člověk v určité své životní či osobní doméně řešit stabilizaci a zároveň se v jiné doméně reorientovat. Práce ve fázích má pomáhajícímu pracovníkovi pouze pomoci, aby se co nejlépe napojil na proces zotavování klienta a poskytoval mu podporu, která bude klientovi co nejlépe strážena na míru. (HOLLANDER, 2022)

## 3.2 Open dialog

*„Pamatujte si, že lidé, se kterými mluvíte, se mnohem více zajímají o sebe a o své přání i problémy, než o problémy vaše. Jejich bolesti zubů pro ně znamenají víc, než hladomor v Číně, který zabije miliony lidí. Vyrážka na jejich krku je pro ně zajímavější, než zemětřesení v Africe. Na to si vzpomeňte, než začnete další rozhovor.“ (ŠPAČKOVÁ, 2011)*

Dialog je nevyhnutelnou podmínkou lidských bytostí i společenských událostí. Je typický tím, že v něm dochází k vytváření nových významů, a to tak, že se střetávají různé hlasy, perspektivy, či pozice, často protikladné. Velkou inspirací pro uchopení dialogu v přístupu otevřeného dialogu bylo dílo literárního teoretika Bachtina, který pro interpretaci románů Dostojevského použil termín polyfonický dialog. Pro Bachtina je to odezva, neboli odpověď, která tvoří dialog a skrze níž dochází k porozumění. Odezva je tak stěžejní podmínkou dialogu a dialog je základní podmínkou života. (Otevřenost a dialogický přístup - Kurz pořádaný v rámci projektu "Podpora zavedení multidisciplinárního přístupu k duševně nemocným, 2022)

Otevřený dialog je systém péče o lidi v psychotické či jiné krizi, a také psychotherapeutický přístup jako jedna z forem dialogické praxe. (NOVÁK, 2018)

### 3.2.1 Principy a klíčové prvky Otevřeného dialogu

Principy Otevřeného dialogu byly formulovány v polovině 90. let 20. století na základě kvalitativní části výzkumu úspěšnosti léčby první ataky psychózy v oblasti Tornio na severu Finska. V té době vznikl i název Otevřený dialog.

- **Okamžitá pomoc** – Setkání do 24 hodin od prvního kontaktu s klientem, příbuzným nebo odkazujícím zařízením.
- **Perspektiva sociální sítě** – Snaha od samého počátku zahrnout rodinné příslušníky, příbuzné, přátele a další členy neformální sítě jako potencionální zdroj podpory.
- **Flexibilita a mobilita** – Volba místa setkání podle potřeb klienta a jeho sociální sítě.
- **Odpovědnost** – Otevřená diskuze všech přítomných, zodpovědnost za proces.
- **Psychologická kontinuita** – Stejný tým po celou dobu léčby

- **Tolerance nejistoty** – Zázemí pro formulaci toho, co zatím nemohlo být řečeno.
- **Dialogismus** – Hledání společného jazyka, rezponzivita a polyfonie.

Tým pomáhá utvářet konverzační kulturu, v níž je respektován každý hlas a usiluje se o to, aby všem hlasům bylo dopřáno sluchu. Naslouchat soucitně a úpěnlivě řeči jednotlivých mluvčích, vytvářet prostor pro jakoukoli promluvu, včetně těch, které jsou vedeny psychotickou řečí. (NOVÁK, 2018)

### 3.2.2 Poskytování odezvy

To, bez čeho se dialog neobejde, je odezva, tedy jakékoliv vyjádření (gestem, mimikou, zvukem, nádechem, otázkou, komentářem). Posluchač mluvčího slyší, vnímá. Poskytování odezvy je základní odpovědností pracovníků, který má jediný cíl – maximálně podpořit dialog. Proto je důležité, aby pracovníci dokázali být „přítomni“ na setkání v tom smyslu, že umí i ve vypjatých nebo emočně nasycených situacích prožívat a vnímat, co se právě teď děje, jak na setkání, tak i v jejich těle. Pokud se toto daří a společně s poskytováním odezvy se tým věnuje i reflexím, po tom se rozvíjí dialog, u něhož se dá očekávat, že povede ke zvýšenému pocitu síly k vlastnímu jednání. (Otevřenost a dialogický přístup - Kurz pořádaný v rámci projektu "Podpora zavedení multidisciplinárního přístupu k duševně nemocným, 2022)

### 3.2.3 Reflektování

Výměna reflexí na setkání se zpravidla začíná dít nejprve mezi pracovníky tím způsobem, že se pracovníci na sebe otočí a hovoří spolu, aniž by očním kontaktem zapojovali klienta / rodinu. Největší inspirací pro tento způsob práce byl Tom Andersen, norský lékař a rodinný terapeut, který mimo jiné vyvinul reflektující týmy často používané v systemické rodinné terapii. Na základě Toma Andersena vznikla 3 doporučení pro reflexi.

- Mluvím k něčemu, co jsem viděl nebo slyšel v rozhovoru, a to tázavým způsobem.
- Volně mluvím o čemkoliv, co slyším, ale ne o všem, co vidím. Když se například někdo pokouší něco skrýt, nikdy to nekomentuji.
- Pokud je v týmu někdo poprvé, zmiňuji doporučení, abychom mluvili k sobě a nezahrnovali do rozhovoru klienty. Pokud je zahrneme, nutíme je nás poslouchat a oni tak nemohou nechat svou mysl volně přecházet.



Tom Andersen také uvedl 3 možné obsahy konverzací mezi pracovníky.

- Reflexe ohledně prožitků, pocitů, nápadů, asociací.
- Diskuze o významech, jak rozumíme řečenému, jak chápeme situaci, co zůstává nejasné, jaká jiná porozumění jsou možná.
- Diskuze o procesu, kdo bude kontaktní osoba, kdo bude další člen týmu, jaké další nástroje by měly být použity, jak dál pokračovat v setkání. (Otevřenost a dialogický přístup - Kurz pořádaný v rámci projektu "Podpora zavedení multidisciplinárního přístupu k duševně nemocným, 2022)

Reflektující rozhovory mohou být použity v rodinných i individuálních setkáních, při společné práci s klienty, ale také v rámci intervizních porad. (NOVÁK, 2018)

### 3.3 Supervize

V podmínkách sociální práce jako vědy, praktické činnosti i studijního oboru, je kladený stále větší důraz na profesionální kompetenci sociálních pracovníků. Supervize jako součást odborného vzdělávání tak nachází své uplatnění nejenom v praxi, ale také v procesu výuky v pregraduální vysokoškolské přípravě, a také jako součást celoživotního vzdělávání sociálních pracovníků. Supervize je jednou z možností, jak zvládat zátěž a vysoké nároky kladené na sociální pracovníky, kteří vstupují do prostředí odborné činnosti s diferencovanými cílovými skupinami, práci s jednotlivci a rodinami, skupinové práci i práci s rodinou. (SCHAVEL, 2013)

#### 3.3.1 Charakteristika supervize

Supervize je proces, jehož účastníkem je tým, skupiny účastníků či jednotlivec. Proces je zaměřen na reflexi profesní role, činností a aktivit spojených s pracovní pozicí. Zejména se využívá v profesích zaměřených na práci s lidmi, tedy ve zdravotnictví, sociálních službách, v řízení lidských zdrojů a postupně i v oblasti vzdělávání a výchovy. Podobně lze využít supervizi kdekoliv, kde jde o kontakt profesionála s klientem. V případě práce se složitým klientem či při mimořádné události supervize poskytuje pracovníkovi podporu, posiluje jeho pracovní kompetence, přináší mu inspiraci pro nové postupy. (VENGLÁŘOVÁ, 2013)

Supervize vychází z latiny, slovo *super* znamená výše nebo přes, a *visio* znamená pohled. Stejně tak lze rozumět významu supervize, která se postupně rozšiřovala a obohacovala o rozměr kvality a měřitelnosti efektivity profesněporadenské práce. O termínu supervize svědčí fakt, že jeho obsah je zatím nejasný, protože v sobě obsahuje škálu prvků (výuka, vedení, řízení, poradenství). Přiblížila-li by se supervize k jednomu z uvedených prvků více, ztratila by svůj originální význam. (SVOBODOVÁ, 2015)

Pokud bychom měli zprostředkovat význam supervize jako odborné činnosti, potom je nevyhnutelné opřít se o tvrzení členů Evropské asociace supervize, která definuje supervizi poradenskou metodu, prostřednictvím které osoby, týmy, skupiny a organizace hodnotí svoji profesionální aktivitu, případně úspěšnost, dále jako postup, se kterým pomocí supervizora pracují osoby, týmy, skupiny či organizace na řešení problémů, které jsou přítomné v profesních postupech a situacích. (SCHAVEL, 2013)

Tabulka 3 Znaký dobré a špatné supervize (VENGLÁŘOVÁ, 2013)

Dobrá supervize	Špatná supervize
Vytvoření bezpečného místa podpory a přijetí	Pouze poučující nebo utěšující podoba supervize – nevyváženost obou složek
Podávání informací a nových podnětů	Ponižování, kritizování, zahanbování
Stanovení dobrého kontraktu	Nejasný, špatně vytvořený kontrakt
Vědomá práce s etickými problémy a normami	Nedodržování hranice mezi supervizí a terapií
Vytváření dobrého vztahu mezi supervizorem a superevidovaným	Nekompetentnost supervizora (neznalost metod, nerespektování etiky)

### 3.3.2 Supervizor

Supervizor je odborník vyškolený v oblasti supervize. Zpravidla jde o profesionála v oblasti pomáhajících profesí (psycholog, speciální pedagog, učitel, sociální pracovník), který má dlouhodobou praxi v oblasti práce s lidmi, ve vedení týmů, často je vzdělán také v psychoterapii. Zatím neexistuje profese „supervizor“, nejsou tudíž jasně stanovené závazné podmínky vzdělání a výcviku, které musí uchazeč o tuto profesi splnit, aby ji mohl vykonávat. Supervizor většinou bývá vzděláním, praxí a zkušenostmi uznávaným odborníkem v dané oblasti. Prvořadým úkolem supervizora je pomáhat pracovníkům v jejich práci i v její reflexi. (VENGLÁŘOVÁ, 2013)

### 3.3.3 Typy a formy supervize

Supervize má rozličné typy a formy, které rozdělujeme z vícero aspektů. Typ můžeme charakterizovat jako něco, co vystihuje určitou podstatu či konstrukci, formu na druhé straně můžeme vnímat jako prostředek či nástroj.

- **Individuální supervize** – spočívá ve strukturovaném střetnutí supervizora s jedním sociálním pracovníkem. Její úlohou je reflexe profesionálního konání a jeho hodnocení směřující k rozvoji profesionálních zručností a kompetencí pracovníka.

- **Skupinová supervize** – je strukturovaný proces, v rámci kterého mají superevidovaní možnost hovořit o své práci, svých pocitech a vztazích, které ovlivňují jejich pracovní výkon.
- **Týmová supervize** – je tvořena členy pracovního kolektivu bez ohledu na jejich konkrétní pozici, odpovědnost, zdroje či potřeby. Supervize se zaměřuje především na činnost týmu jako celku a také na jeho efektivitu. (SCHAVEL, 2013)

Uspořádání forem a typů, někdy i druhů supervize, není v odborné literatuře jednoznačné. U některých autorů se prolínají formy s typy a někdy se vzájemně zaměňují. (SCHAVEL, 2013)

### 3.3.4 Funkce a cíle supervize

Havrdová a Hajný (2008) ve své publikaci uvádí tři základní funkce supervize.

- **Podpůrná funkce** – všímá si především prožitků superevidovaného, kdy supervizor oceňuje hodnotu jeho práce, dodává mu sebedůvěru, naději a otevřená témata zařazuje do širšího kontextu souvislosti. Účelem je podpora v překonávání překážek, budování dobrého vztahu, atmosféry, zplnomocnění a posílení superevidovaného. Podpora umožňuje mírnit důsledky stresu a minimalizovat jeho příčiny, přispívá k mobilizaci vlastních sil, energie a odvahy pracovníka.
- **Vzdělávací** – zaměřuje se na rozvoj schopností a dovedností prostřednictvím reflektování a rozebírání práce superevidovaných s klienty. Tato funkce je využívána k rozvoji znalostí, dovedností, porozumění a schopností superevidovaných. Účelem je zlepšit odbornou kompetenci pracovníka při práci s klientem.
- **Administrativní** – má přímou návaznost na odpovědnost za kvalitu provedené práce, můžeme ji chápat jako dohled nad naplňováním etických standardů. Záměrem je citlivé vedení pracovníka tak, aby si v rámci kvalitní profesionální praxe a stanovených pravidel organizace počínal správně.

Cílem supervize, obecně vzato, je především profesionální podpora, vedení k sebereflexi, pojmenování skutečných problémů, přínos nových nápadů, hledání nových způsobů řešení, motivování k další práci, odhalení a odstranění případných chyb. (STRATILOVÁ, 2022)

V teoretické části se autor práce zabýval problematikou duševního onemocnění a zaměřil se na tři nejčastější skupiny duševního onemocnění – poruchy schizofrenního spektra, afektivní poruchy nálad a poruchy osobnosti. Lidé s tímto duševním onemocněním zároveň tvoří nejpočetnější cílové skupiny, kterým je věnována péče v CDZ Kroměříž. Centra duševního zdraví obecně jsou v rámci probíhající psychiatrické reformy relativně novou službou, která je efektivní především díky svému multidisciplinárnímu personálnímu zajištění a také díky zaměření na inovativní přístupy v sociální oblasti při práci s klienty. Sama podstata vzniku inovativních přístupů a jejich zavádění do praxe je poměrně komplikovaná záležitost, autor práce uvedl několik konkrétních přístupů, které užívají zaměstnanci CDZ Kroměříž při práci se svými klienty. Efektivita a dopad těchto přístupů na kvalitu života osob s duševním onemocněním, i v závislosti na jejich konkrétní diagnóze, je podstatou samotného výzkumu v praktické části.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 METODOLOGIE VÝZKUMU

Kvantitativní přístup výzkumného šetření proběhl na základě konkrétního výzkumného problému a hlavní výzkumné otázky. Podstatou výzkumu bylo podrobně analyzovat vliv působení inovativních přístupů v sociální oblasti na kvalitu života osob s duševním onemocněním.

Kvantitativní přístup, stručně vzato, předpokládá, že fenomény sociálního světa (různé jeho aspekty, objekty, procesy atd.), které činí předmětem zkoumání, jsou svým způsobem měřitelné, či minimálně nějak tříditelné, uspořadatelné. Informace o nich jsou v jisté míře kvantifikovatelné a formálně porovnatelné. (REICHEL, 2009)

### 4.1 Výzkumný problém

Z praxe lze konstatovat, že se u osob s duševním onemocněním jedná často o náročnou resocializaci, reedukaci, podporu při jednání s úřady, zdokonalování kognitivních funkcí a to nejen ambulantně, ale také v jejich domovech. Vznik nových organizací a následné zajišťování kvalifikovaných pracovníků a odborníků je ve Zlínském kraji velmi problematické, nároky na profesionalitu, odbornost a praxi jsou často náročné a ne každý je dokáže splnit. Výzkumný problém se zabývá otázkou, do jaké míry inovativní přístupy v sociální oblasti ovlivňují, ať už pozitivně, či negativně, kvalitu života osob s duševním onemocněním.

### 4.2 Kvantitativní výzkum

Kvantitativní výzkum je testování hypotéz o skupinách, a ne o jedincích. Analýza je prováděna na kumulovaných datech o mnoha jedincích a data můžeme kumulovat jen tehdy, jsou-li totožná. Nezbytnou podmínkou pro to je, aby otázky byly totožné. Cílem kvantitativního výzkumu je testování hypotéz o sociálních skupinách. (DISMAN, 2011)

Zvolený kvantitativní přístup poskytne za pomoci standardizovaného dotazníku AQoL potřebná data k zodpovězení výzkumného problému. Klienti Centra duševního zdraví Kroměříž vyplní standardizovaný dotazník při zahájení spolupráce a následně minimálně po 10 měsících, kdy aktivně spolupracují s výše uvedeným zařízením. Vzájemnou komparací výsledného bodového hodnocení z obou dotazníků vyjde najevo, zda se kvalita života této skupiny osob zhoršila, zlepšila, nebo zůstala stejná.

### 4.3 Výzkumné cíle

Výzkum si klade za cíl odpovědět na výzkumné otázky, zaměřené na zjištění kvality života osob s duševním onemocněním, které prošly péčí CDZ Kroměříž.

**HVC: Zjistit změny ve vnímané kvalitě života osob s duševním onemocněním, které prošly multidisciplinární péčí CDZ Kroměříž.**

Hlavní výzkumný cíl byl formulován v souladu s hlavní výzkumnou otázkou.

**DVC 1:** Zjistit změnu u vnímané kvality života v oblasti vztahů u osob s duševním onemocněním, které prošly péčí CDZ Kroměříž, v závislosti na jejich diagnóze.

**DVC 2:** Zjistit změnu u vnímané kvality života v oblasti pocíťovaného štěstí u osob s duševním onemocněním, které prošly péčí CDZ Kroměříž, v závislosti na jejich diagnóze.

**DVC 3:** Zjistit celkovou změnu u vnímané kvality života u osob s duševním onemocněním, které prošly péčí CDZ Kroměříž, v závislosti na jejich diagnóze.

### 4.4 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky jsou základem zvoleného kvantitativního metodologického přístupu, jejich stanovení povede k nalezení odpovědí na výzkumné cíle.

**HVO: Existují změny ve vnímané kvalitě života osob s duševním onemocněním, které prošly péčí CDZ Kroměříž?**

**DVO 1:** Jaká je změna u vnímané kvality života v oblasti vztahů u osob s duševním onemocněním, které prošly péčí CDZ Kroměříž, v závislosti na jejich diagnóze?

**DVO 2:** Jaká je změna u vnímané kvality života v oblasti pocíťovaného štěstí u osob s duševním onemocněním, které prošly péčí CDZ Kroměříž, v závislosti na jejich diagnóze?

**DVO 3:** Jaká je celková změna u vnímané kvality života u osob s duševním onemocněním, které prošly péčí CDZ Kroměříž, v závislosti na jejich diagnóze?



## 4.5 Hypotézy

Na základě dosavadních teoretických a empirických poznatků výzkumné činnosti byly vzhledem k cílům bakalářské práce stanoveny následující hypotézy.

**H1:** Existuje statisticky významný rozdíl ve vnímané kvalitě života v oblasti vztahů u osob s duševním onemocněním, které prošly péčí CDZ Kroměříž, v závislosti na jejich diagnóze?

**H0:** Předpokládáme, že neexistuje statisticky významný rozdíl ve vnímané kvalitě života v oblasti vztahů u osob s duševním onemocněním, které prošly péčí CDZ Kroměříž, v závislosti na jejich diagnóze.

**HA:** Předpokládáme, že existuje statisticky významný rozdíl ve vnímané kvalitě života v oblasti vztahů u osob s duševním onemocněním, které prošly péčí CDZ Kroměříž, v závislosti na jejich diagnóze.

**H2:** Existuje statisticky významný rozdíl ve vnímané kvalitě života v oblasti pocíťovaného štěstí u osob s duševním onemocněním, které prošly péčí CDZ Kroměříž, v závislosti na jejich diagnóze?

**H0:** Předpokládáme, že neexistuje statisticky významný rozdíl ve vnímané kvalitě života v oblasti pocíťovaného štěstí u osob s duševním onemocněním, které prošly péčí CDZ Kroměříž, v závislosti na jejich diagnóze.

**HA:** Předpokládáme, že existuje statisticky významný rozdíl ve vnímané kvalitě života v oblasti pocíťovaného štěstí u osob s duševním onemocněním, které prošly péčí CDZ Kroměříž, v závislosti na jejich diagnóze.

**H3:** Existuje statisticky významný rozdíl v celkové změně vnímané kvality života u osob s duševním onemocněním, které prošly péčí CDZ Kroměříž, v závislosti na jejich diagnóze?

**H0:** Předpokládáme, že neexistuje statisticky významný rozdíl v celkové změně vnímané kvality života u osob s duševním onemocněním, které prošly péčí CDZ Kroměříž, v závislosti na jejich diagnóze.

**HA:** Předpokládáme, že existuje statisticky významný rozdíl v celkové změně vnímané kvality života u osob s duševním onemocněním, které prošly péčí CDZ Kroměříž, v závislosti na jejich diagnóze.

#### 4.6 Výzkumný soubor a způsob jeho výběru

Výzkumný soubor je množina objektů, kterých se zkoumání týká, na které se mají jeho výsledky vztáhnout. Lze je jednoznačně vymežit, podchytit a identifikovat. Výsledky výzkumu lze aplikovat na celou skupinu, splňující daná kritéria. (REICHEL, 2009)

Výzkumný soubor je zaměřen na muže a ženy s duševním onemocněním, kteří byli v péči Centra duševního zdraví Kroměříž, vyplnili standardizovaný dotazník AQoL při vstupu do služby a poté znova po uplynutí minimálně 10 měsíců aktivní spolupráce s CDZ. Spodní věková hranice je nastavena na 18 let, horní hranice není určena.

Výzkumný soubor respondentů – klientů CDZ Kroměříž, je získán z databáze HIPPO, určené pro zaměstnance CDZ Kroměříž, konkrétně pro sociální pracovníky. V současné době tato databáze obsahuje 90 klientů, z nichž 45 klientů splňuje stanovená kritéria. Všech 45 klientů splňujících kritéria je součástí výzkumného souboru.

Kód klienta	1. dotazník	2. dotazník	Kód klienta	1. dotazník	2. dotazník	Kód klienta	1. dotazník	2. dotazník
x1	27.08.2020	17.12.2021	x16	29.10.2020	29.12.2021	x31	25.11.2021	14.11.2022
x2	26.05.2021	02.12.2022	x17	02.12.2020	17.10.2022	x32	04.03.2020	21.01.2022
x3	15.05.2020	15.12.2022	x18	16.03.2020	08.03.2021	x33	18.06.2021	14.09.2022
x4	10.02.2020	08.09.2021	x19	05.10.2021	27.10.2022	x34	16.11.2021	15.11.2022
x5	15.11.2019	18.07.2022	x20	15.07.2019	21.06.2022	x35	29.07.2021	02.08.2022
x6	06.04.2021	16.01.2023	x21	09.02.2021	20.09.2022	x36	25.03.2021	15.11.2022
x7	28.04.2021	04.10.2022	x22	18.06.2020	01.04.2022	x37	18.01.2022	10.01.2023
x8	25.09.2019	04.03.2021	x23	24.02.2021	18.02.2022	x38	18.02.2021	11.05.2022
x9	17.03.2021	27.12.2022	x24	21.06.2021	20.01.2023	x39	12.01.2021	22.12.2022
x10	13.01.2021	16.03.2022	x25	22.06.2021	29.09.2022	x40	02.12.2020	04.08.2022
x11	23.02.2021	18.02.2022	x26	12.06.2019	09.12.2022	x41	03.12.2019	26.01.2022
x12	24.09.2021	14.12.2022	x27	26.05.2021	01.03.2022	x42	04.11.2020	04.11.2021
x13	06.04.2021	22.11.2022	x28	27.08.2019	30.11.2021	x43	30.09.2019	02.06.2022
x14	16.02.2021	22.11.2022	x29	13.11.2019	26.10.2021	x44	21.11.2019	15.11.2022
x15	21.10.2020	27.12.2022	x30	21.11.2019	21.05.2021	x45	16.04.2020	11.03.2022

Obrázek 6 Účastníci výzkumu

## 4.7 Metoda sběru dat

Standardizované dotazníky jsou povinnou součástí vstupního a průběžného hodnocení klientů. Data z nich vyplývající jsou velmi důležitá pro zhodnocení služeb poskytovaných Centry duševního zdraví. Výběr dotazníků byl dlouhým procesem, který se odvíjel od stanovení hypotéz o efektu CDZ. Výběr byl pečlivě zvažován a široce konzultován. Prvním krokem bylo zvolení domén, jejichž sledování je důležité z hlediska evaluace a plánování péče. Jelikož z důvodu vysoké zátěže poskytovatelů služeb není možné sledovat všechny domény, byly na expertní platformě vybrány dvě nejdůležitější domény – globální fungování a kvalita života. Následně byla výzkumným týmem provedena rešerše nástrojů sledujících tyto dvě domény a bylo rozhodnuto o nejvhodnějších instrumentech. (MZČR, 2018)

Kvantitativní výzkum bude realizován pomocí standardizovaného dotazníku AQoL – The assessment of Quality of Life, který respondent vyplní při zahájení spolupráce s CDZ Kroměříž, a poté znova po uplynutí minimálně 10 měsíců, během kterých respondent aktivně spolupracoval s CDZ. Oba dotazníky se poté vzájemně porovnají a proběhne vyhodnocení změn na bodové škále. Tento dotazník je určen k měření kvality života v souvislosti se zdravím člověka.

Kvalita života je to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům. Dotazníky slouží k sebeposouzení kvality života jedince. Umožňují mezinárodní nebo regionální srovnání v rámci skupin s různými sociodemografickými charakteristikami. (DRAGOMIRECKÁ, 2006)

V rámci šetření je využita verze dotazníku AQoL-8D. Tato verze obsahuje 35 otázek a kvalitu života vyjadřuje pomocí 8 dimenzí:

- Samostatné bydlení
- Smysly
- Bolest
- Duševní zdraví
- Štěstí
- Vlastní hodnota

- Zvládání
- Vztahy

Při vyhodnocení jsou jednotlivým odpovědím klienta přiřazeny číselné hodnoty na stupnici od 1 do 5 bodů, které slouží k výpočtu skóre v jednotlivých oblastech. Čím méně má klient bodů v jednotlivých oblastech, tím lépe a zdravěji se cítí. Za celkový výsledek ze všech oblastí dohromady se považuje celkový nevážený skór, přičemž vyšší hodnota tohoto skóru znamená lepší výsledek. (RICHARDSON, 2014)

Název dimenze	Pořadové číslo otázek	Vzorec pro nevážený skór hs označuje hrubý skór
Samostatné bydlení	3, 15, 19, 30	$(1 - ((hs-4)/(22-4))) * 100$
Smysly	11, 28, 32	$(1 - ((hs-3)/(16-3))) * 100$
Bolest	6, 22, 24	$(1 - ((hs-3)/(14-3))) * 100$
Duševní zdraví	5, 8, 12, 14, 16, 18, 33, 35	$(1 - ((hs-8)/(41-8))) * 100$
Štěstí	17, 20, 25, 27	$(1 - ((hs-4)/(20-4))) * 100$
Vlastní hodnota	7, 13, 26	$(1 - ((hs-3)/(15-3))) * 100$
Zvládání	1, 21, 29	$(1 - ((hs-3)/(15-3))) * 100$
Vztahy	2, 4, 9, 10, 23, 31, 34	$(1 - ((hs-7)/(34-7))) * 100$
Celkové skóre	1-35	$(1 - ((hs-35)/(177-35))) * 100$

Obrázek 7 Dimenze pro hodnocení AQoL-8D

Nevyplněný dotazník bude přílohou bakalářské práce.

## 5 ANALÝZA DAT

Autor práce v této kapitole předkládá analýzu a interpretaci zjištěných dat. Popisuje postup empirického šetření a zaznamenává výsledky výzkumu. Výstupem z tohoto výzkumu je odpověď na hlavní výzkumnou otázku: „*Existují změny ve vnímané kvalitě života osob s duševním onemocněním, které prošly péčí CDZ Kroměříž?*“ a také odpovědi na dílčí výzkumné otázky.

*Jaká je změna u vnímané kvality života v oblasti vztahů u osob s duševním onemocněním, které prošly péčí CDZ Kroměříž, v závislosti na jejich diagnóze?*

*Jaká je změna u vnímané kvality života v oblasti pociťovaného štěstí u osob s duševním onemocněním, které prošly péčí CDZ Kroměříž, v závislosti na jejich diagnóze?*

*Jaká je celková změna u vnímané kvality života u osob s duševním onemocněním, které prošly péčí CDZ Kroměříž, v závislosti na jejich diagnóze?*

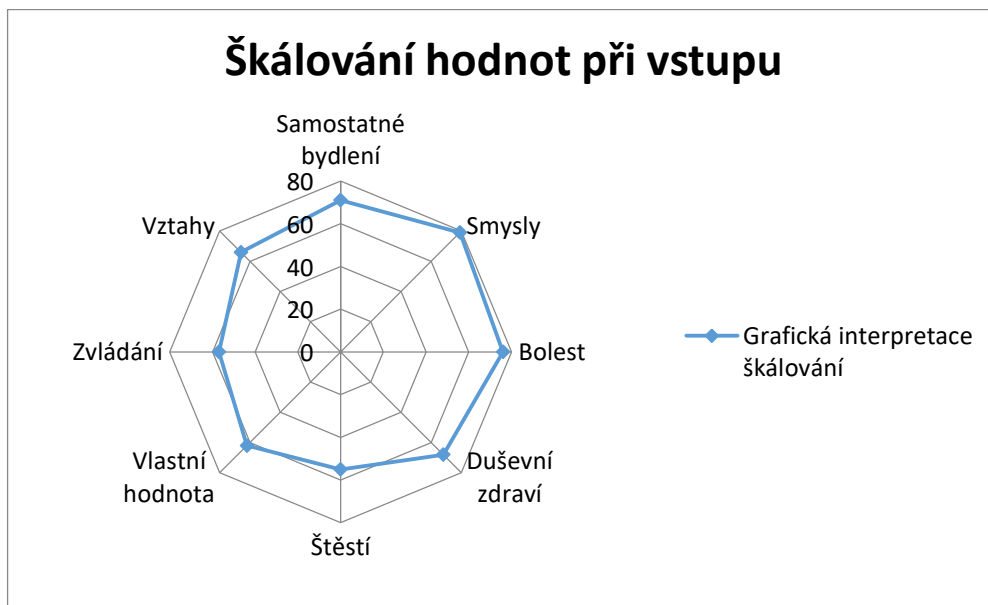
**Analyzování získaných bodů z dotazníku na základě odpovědí 45 klientů, kteří splňovali daná kritéria a vyhodnocení stanovených výzkumných otázek.**

Jednotlivé otázky v dotazníku jsou hodnoceny 1 až 5 body, kdy klient dostane 1 bod za odpověď v případě, že nepociťuje vůbec žádné problémy a cítí se perfektně zdravý, 5 bodů za odpověď dostane v případě, když něco absolutně nezvládá, cítí se naprosto špatně. To znamená, čím méně bodů klient dostane v jednotlivé oblasti, tím lépe a zdravěji se cítí. Naopak v celkovém hodnocení ze všech oblastí dohromady platí, že čím více klient dostane bodů, tím lépe vnímá pozitivní změnu ve kvalitě života. Hodnoty všech 45 klientů jsou zprůměrovány a zaokrouhleny na celá čísla.

Tabulka 4 Bodové hodnocení v jednotlivých oblastech při vstupu

Průměr hodnot	Samostatné bydlení	Smysly	Bolest	Duševní zdraví	Štěstí	Vlastní hodnota	Zvládání	Vztahy	Celkem
Vstup	71	79	76	68	55	62	57	66	82

Na základě Tabulky 4 můžeme vidět průměrné bodové hodnocení v jednotlivých oblastech života 45 klientů při vstupu a zavedení do péče CDZ Kroměříž. Tyto hodnoty lze také přehledně znázornit prostřednictvím paprskového grafu.



Graf 1 Škálování hodnot při vstupu

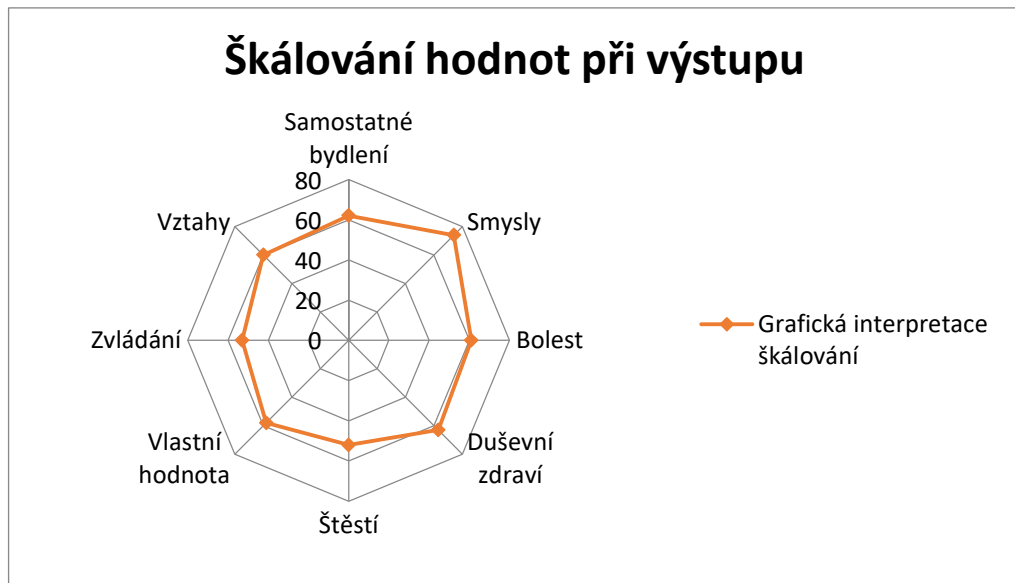
Paprskový Graf 1 graficky znázorňuje průměrné bodové hodnocení 45 klientů v 8 různých oblastech jejich života při zavedení do péče CDZ Kroměříž, čím dále se nachází modrá linie od středu grafu, tím hůře klient vnímá svoji kvalitu života v konkrétní oblasti.

V následující tabulce je uvedeno průměrné bodové hodnocení stejných klientů ve stejných oblastech života zhruba po 1 roce aktivní spolupráce s CDZ Kroměříž.

Tabulka 5 Bodové hodnocení v jednotlivých oblastech při výstupu

Průměr hodnot	Samostatné bydlení	Smysly	Bolest	Duševní zdraví	Štěstí	Vlastní hodnota	Zvládání	Vztahy	Celkem
Výstup	62	74	61	63	52	58	53	60	<b>91</b>

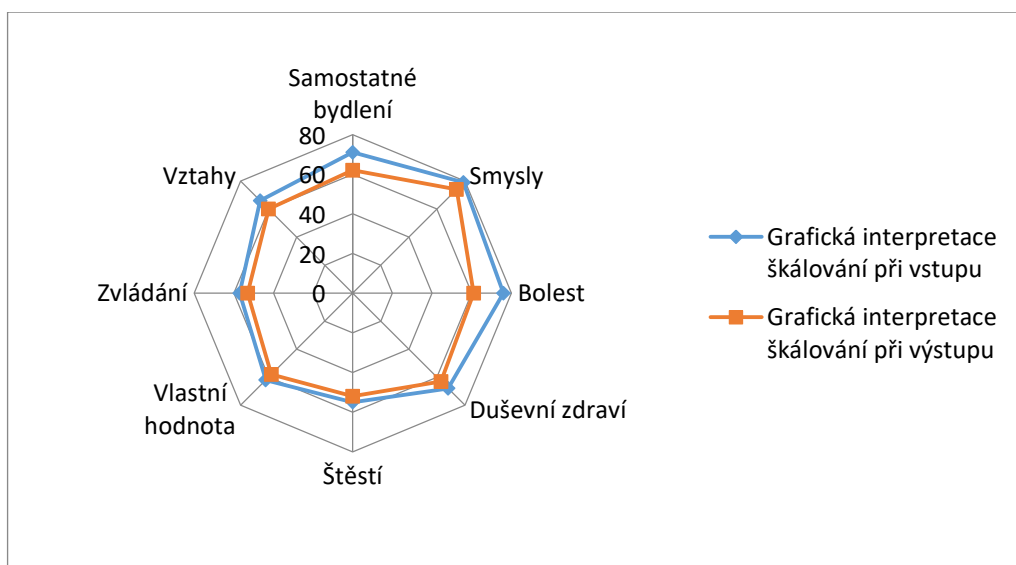
Tabulka 5 znázorňuje průměrné bodové hodnocení v jednotlivých oblastech stejných 45 klientů zhruba po 1 roce aktivní spolupráce s CDZ Kroměříž. Tyto hodnoty lze opět znázornit prostřednictvím paprskového grafu.



Graf 2 Škálování hodnot při výstupu

Paprskový Graf 2 graficky znázorňuje průměrné bodové hodnocení 45 klientů v 8 různých oblastech jejich života po zhruba 1 roce aktivní spolupráce s CDZ Kroměříž, čím dále se nachází oranžová linie od středu grafu, tím hůře klient vnímá svoji kvalitu života v konkrétní oblasti.

Na základě získaných údajů ze všech zkoumaných jednotlivých oblastí kvality života při vstupu klientů a jejich opětovném zhodnocení zhruba po 1 roce, můžeme tyto změny také graficky zaznamenat.



Graf 3 Porovnání hodnot vstupu a výstupu

Graf 3 znázorňuje průměrné bodové hodnocení 45 klientů v 8 různých oblastech jejich života při zahájení spolupráce s CDZ Kroměříž (modrá linie), a po zhruba 1 roce aktivní spolupráce s CDZ Kroměříž (oranžová linie). Oranžová linie se ve všech zkoumaných oblastech nachází blíže středu grafu, než linie modrá, to znamená, že ve všech jednotlivých oblastech kvality života došlo průměrně k mírnému zlepšení.

**DVO 1:** *Jaká je změna u vnímané kvality života v oblasti vztahů u osob s duševním onemocněním, které prošly péčí CDZ Kroměříž, v závislosti na jejich diagnóze?*

Stanovili jsme si hypotézy jako:

**H0:** Předpokládáme, že neexistuje statisticky významný rozdíl ve vnímané kvalitě života v oblasti vztahů u osob s duševním onemocněním, které prošly péčí CDZ Kroměříž, v závislosti na jejich diagnóze.

**HA:** Předpokládáme, že existuje statisticky významný rozdíl ve vnímané kvalitě života v oblasti vztahů u osob s duševním onemocněním, které prošly péčí CDZ Kroměříž, v závislosti na jejich diagnóze.

Oblast vztahů mapují v dotazníku otázky č.2-*Jak často se cítíte vyloučený ze společnosti nebo opomenutý?* č.4-*Ovlivňuje zdraví vaše role v komunitě?* č.9-*Ovlivňuje vaše zdraví vztahy s rodinou?* č.10-*Jak uspokojivé jsou vaše blízké vztahy?* č.23-*Jak moc si užíváte vaše vztahy s blízkými?* č.31-*Jak často se cítíte osamoceny?* č.34-*Jak moc jste šťastný ve svých blízkých a intimních vztazích?*

Klienti byli rozděleni do 3 kategorií, podle jejich stanovené diagnózy.

Vyhodnocení proběhlo pomocí Testu nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku na hladině významnosti 0,05.

Tabulka 6 Pozorovaná četnost v oblasti vztahů

	Schizofrenie	Afekt. poruchy	Poruchy os.	Celkem
<b>Zlepšení</b>	18	5	4	27
<b>Žádná změna nebo zhoršení</b>	9	7	2	18
<b>Celkem</b>	27	12	6	45



Testové kritérium  $X^2 = 2,27$

Stupeň volnosti  $f = (r-1) * (s-1) = (2 - 1) * (3 - 1) = 2$

Hladina významnosti = 0,05

Kritická hodnota  $X^2_{0,05} = 5,991 > X^2 = 2,27$

Z analýzy dat vyplývá, že vypočítaná hodnota je nižší než kritická hodnota. Můžeme tedy na základě uvedených dat přijmout nulovou hypotézu. Z toho můžeme usoudit, že neexistují statisticky významné rozdíly ve vnímané kvalitě života v oblasti vztahů v závislosti na diagnóze klienta.

Tabulka 7 Bodové hodnocení v oblasti vztahů

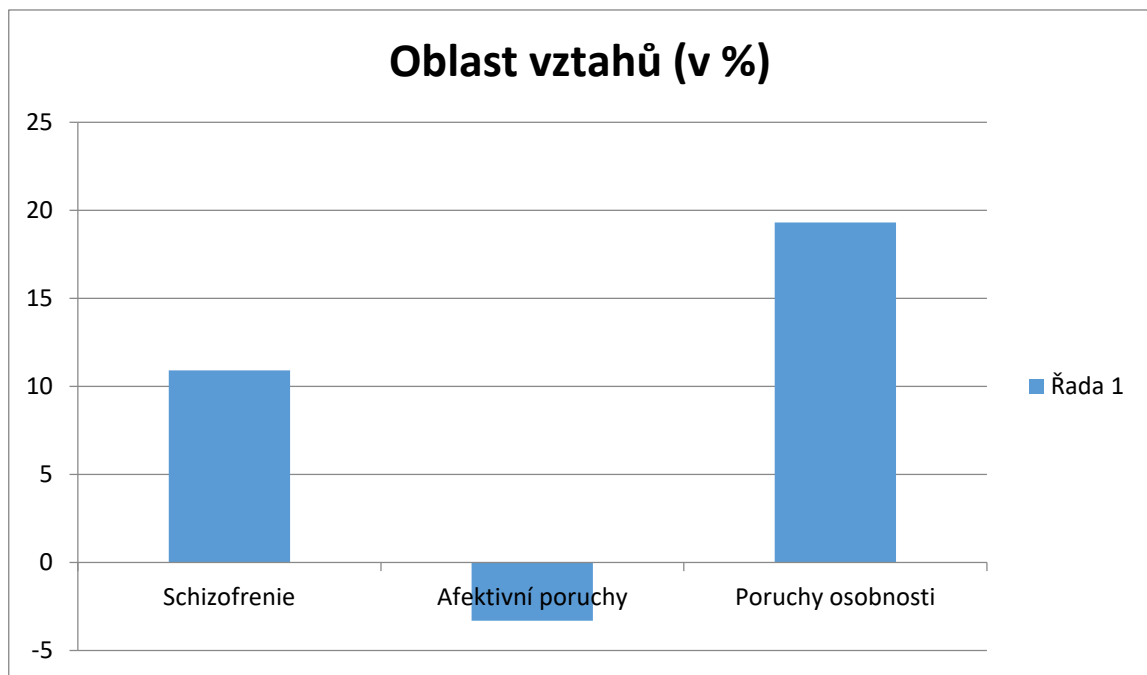
	Schizofrenie	Afekt. poruchy	Poruchy os.
Vstup	64	61	83
Výstup	57	63	67

Tabulka 6 znázorňuje průměrné bodové hodnocení klientů při vstupu a výstupu v oblasti vztahů, v závislosti na jejich stanovené diagnóze. Pro lidi obecně představují vztahové záležitosti jednu z nejdůležitějších oblastí ve svém životě. Úspěšné vztahy jsou spojeny s pocitem štěstí a lidé jim věnují podstatnou část svého života. Pro lidi s duševním onemocněním je častokrát obtížné vytvořit si přátelské nebo partnerské vazby na druhé lidi, protože jejich zdravotní stav jim komplikuje společenský a sociální život. To častokrát vede ke snížení sociální aktivity a prohlubování sociální izolace.

Klienti s diagnózou schizofrenie získali při vstupním vyplnění dotazníku průměrně 64 bodů, při opětovném vyplnění zhruba po 1 roce spolupráce s CDZ Kroměříž získali 57 bodů, to znamená, že jejich subjektivně vnímaná kvalita života v oblasti vztahů se **zlepšila o 100-(100/64\*57) = 10,9%.**

Klienti s diagnózou afektivní poruchy získali při vstupním vyplnění dotazníku průměrně 43 bodů, při opětovném vyplnění zhruba po 1 roce spolupráce s CDZ Kroměříž získali 52 bodů, to znamená, že jejich subjektivně vnímaná kvalita života v oblasti vztahů se **zhoršila o 100-(100/43\*52) = 3,3%.**

Klienti s diagnózou poruchy osobnosti získali při vstupním vyplnění dotazníku průměrně 80 bodů, při opětovném vyplnění zhruba po 1 roce spolupráce s CDZ Kroměříž získali 61 bodů, to znamená, že jejich subjektivně vnímaná kvalita života v oblasti vztahů se **zlepšila** o  $100 - (100/83 * 67) = 19,3\%$ .



Graf 4 Oblast vztahů

Graf 4 znázorňuje zlepšení / zhoršení v oblasti vztahů v závislosti na stanovené diagnóze.

**DVO 2:** *Jaká je změna u vnímané kvality života v oblasti pociťovaného štěstí u osob s duševním onemocněním, které prošly péčí CDZ Kroměříž, v závislosti na jejich diagnóze?*

Stanovili jsme si hypotézy jako:

**H0:** Předpokládáme, že neexistuje statisticky významný rozdíl ve vnímané kvalitě života v oblasti pociťovaného štěstí u osob s duševním onemocněním, které prošly péčí CDZ Kroměříž, v závislosti na jejich diagnóze.

**HA:** Předpokládáme, že existuje statisticky významný rozdíl ve vnímané kvalitě života v oblasti pociťovaného štěstí u osob s duševním onemocněním, které prošly péčí CDZ Kroměříž, v závislosti na jejich diagnóze.

Oblast štěstí mapují v dotazníku otázky č.17-*Jak moc pociťujete nadšení?* č.20-*Jak často se cítíte šťastný?* č.25-*Jak často cítíte potěšení?* č.27-*Jak spokojený jste se svým životem?*

Vyhodnocení proběhlo pomocí Testu nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku na hladině významnosti 0,05.

Tabulka 8 Pozorovaná četnost v oblasti štěstí

	Schizofrenie	Afekt. poruchy	Poruchy os.	Celkem
Zlepšení	14	3	6	23
Žádná změna nebo zhoršení	13	9	0	22
Celkem	27	12	6	45

Testové kritérium  $X^2 = 8,97$

Stupeň volnosti  $f = (r - 1) * (s - 1)$ ;  $f = (2 - 1) * (3 - 1)$ ;  $f = 2$

Hladina významnosti = 0,05

Kritická hodnota  $X^2_{0,05} = 5,991 < X^2 = 8,97$

Z analýzy dat vyplývá, že vypočítaná hodnota je vyšší než kritická hodnota. Můžeme tedy na základě uvedených dat přijmout alternativní hypotézu. Z toho můžeme usoudit, že existují statisticky významné rozdíly ve vnímané kvalitě života v oblasti pociťovaného štěstí v závislosti na diagnóze klienta.

Tabulka 9 Bodové hodnocení v oblasti štěstí

	Schizofrenie	Afekt. poruchy	Poruchy os.
Vstup	55	43	80
Výstup	49	52	61

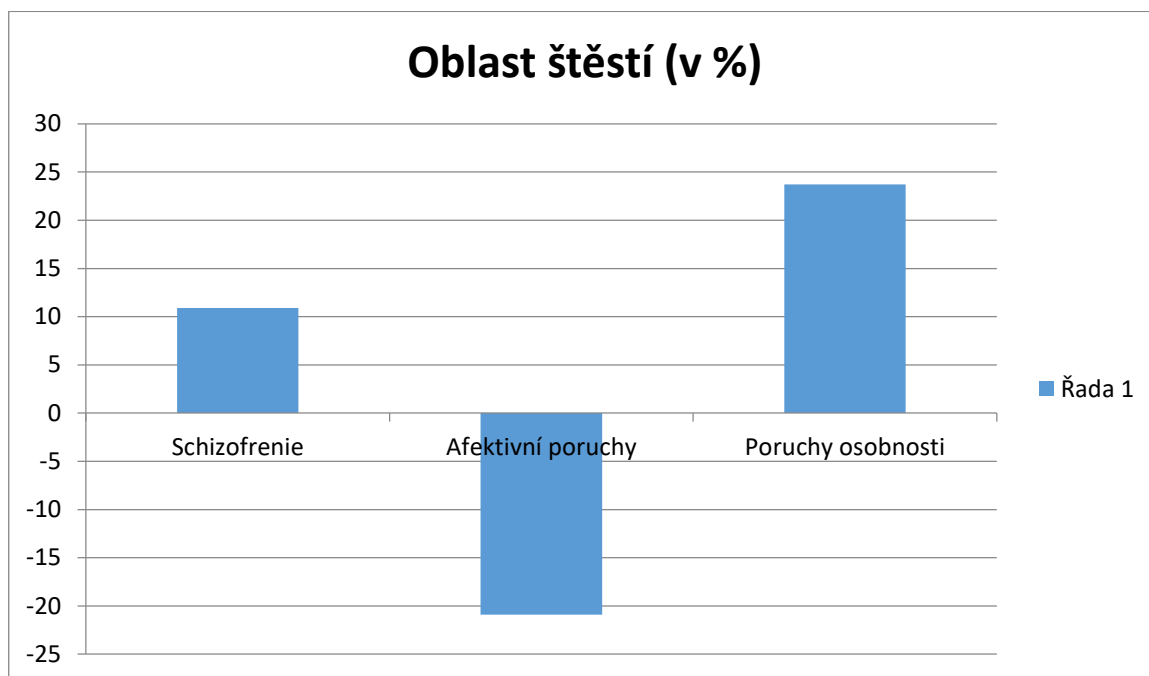
Tabulka 8 znázorňuje průměrné bodové hodnocení klientů při vstupu a výstupu v oblasti štěstí v závislosti na jejich stanovené diagnóze. Šťastný člověk prožívá svůj život sám za sebe, chová se kompetentně a zodpovědně, má snahu se angažovat v různých společenských záležitostech, zároveň mu tyto činnosti přináší vnitřní uspokojení, spatřuje

v nich určitý smysl a zažívá pocit naplnění, je ochotný je bránit a má k nim vybudovaný hluboký vztah. Šťastní lidé jsou také méně nemocní a nejsou tolik náchylní k různým psychosomatickým onemocněním.

Klienti s diagnózou schizofrenie získali při vstupním vyplnění dotazníku průměrně 55 bodů, při opětovném vyplnění zhruba po 1 roce spolupráce s CDZ Kroměříž získali 49 bodů, to znamená, že jejich subjektivně vnímaná kvalita života v oblasti štěstí se **zlepšila o 100-(100/55\*49) = 10,9%**.

Klienti s diagnózou afektivní poruchy získali při vstupním vyplnění dotazníku průměrně 43 bodů, při opětovném vyplnění zhruba po 1 roce spolupráce s CDZ Kroměříž získali 52 bodů, to znamená, že jejich subjektivně vnímaná kvalita života v oblasti štěstí se **zhoršila o 100-(100/43\*52) = 20,9%**.

Klienti s diagnózou poruchy osobnosti získali při vstupním vyplnění dotazníku průměrně 80 bodů, při opětovném vyplnění zhruba po 1 roce spolupráce s CDZ Kroměříž získali 61 bodů, to znamená, že jejich subjektivně vnímaná kvalita života v oblasti štěstí se **zlepšila o 100-(100/80\*61) = 23,7%**.



Graf 5 Oblast štěstí

Graf 5 znázorňuje zlepšení / zhoršení v oblasti štěstí v závislosti na stanovené diagnóze.

**DVO 3:** *Jaká je celková změna u vnímané kvality života u osob s duševním onemocněním, které prošly péčí CDZ Kroměříž, v závislosti na jejich diagnóze?*

Stanovili jsme si hypotézy jako:

**H0:** Předpokládáme, že neexistuje statisticky významný rozdíl v celkové změně vnímané kvality života u osob s duševním onemocněním, které prošly péčí CDZ Kroměříž, v závislosti na jejich diagnóze.

**HA:** Předpokládáme, že existuje statisticky významný rozdíl v celkové změně vnímané kvality života u osob s duševním onemocněním, které prošly péčí CDZ Kroměříž, v závislosti na jejich diagnóze.

Vyhodnocení proběhlo pomocí Testu nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku na hladině významnosti 0,05.

Tabulka 10 Pozorovaná četnost v celkové změně

	Schizofrenie	Afekt. poruchy	Poruchy os.	Celkem
Zlepšení	20	5	6	31
Žádná změna nebo zhoršení	7	7	0	14
Celkem	27	12	6	45

Testové kritérium  $X^2 = 0,1 + 0,23 + 1,31 + 2,94 + 0,88 + 1,9 = 7,36$

Stupeň volnosti  $f = (r-1) * (s-1) = (2 - 1) * (3 - 1) = 2$

Hladina významnosti = 0,05

Kritická hodnota  $X^2_{0,05} = 5,991 < X^2 = 7,36$

Z analýzy dat vyplývá, že vypočítaná hodnota je vyšší než kritická hodnota. Můžeme tedy na základě uvedených dat přijmout alternativní hypotézu. Z toho můžeme usoudit, že existují statisticky významné rozdíly v celkové vnímané kvalitě života v závislosti na diagnóze klienta.

Do Tabulky 10 dosadíme průměrné bodové hodnocení klientů na základě jejich odpovědí v dotazníku při zavedení do péče CDZ Kroměříž a při opětovném zhodnocení zhruba po 1 roce aktivní spolupráce.

Tabulka 11 Bodové hodnocení v celkové změně vnímané kvality života

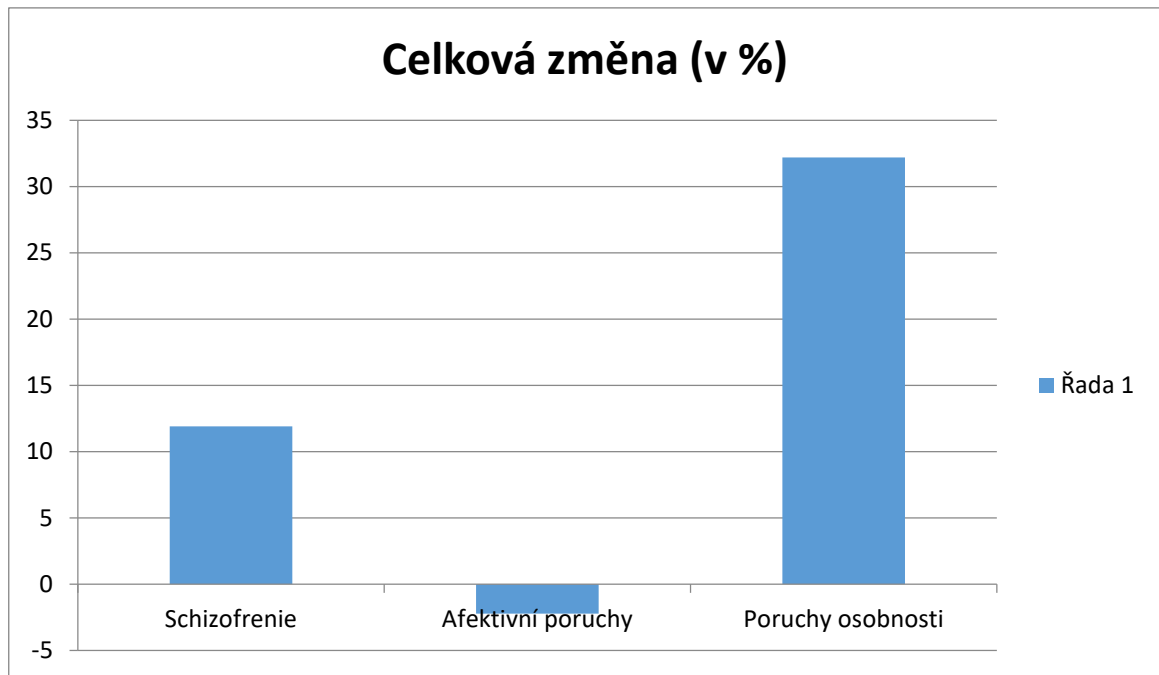
	Schizofrenie	Afekt. poruchy	Poruchy os.
Vstup	84	89	62
Výstup	94	87	82

Tabulka 10 znázorňuje průměrné bodové hodnocení klientů při vstupu a výstupu na základě toho, kolik bodů dostali ze všech jednotlivých zkoumaných oblastí života.

Klienti s diagnózou schizofrenie získali při vstupním vyplnění dotazníku průměrně 84 bodů, při opětovném vyplnění zhruba po 1 roce spolupráce s CDZ Kroměříž získali 94 bodů, to znamená, že jejich subjektivně vnímaná kvalita života se **zlepšila o**  $(100/84*94)-100 = 11,9\%$ .

Klienti s diagnózou afektivní poruchy získali při vstupním vyplnění dotazníku průměrně 89 bodů, při opětovném vyplnění zhruba po 1 roce spolupráce s CDZ Kroměříž získali 87 bodů, to znamená, že jejich subjektivně vnímaná kvalita života v oblasti štěstí se **zhoršila o**  $(100/89*87)-100 = 2,2\%$ .

Klienti s diagnózou poruchy osobnosti získali při vstupním vyplnění dotazníku průměrně 62 bodů, při opětovném vyplnění zhruba po 1 roce spolupráce s CDZ Kroměříž získali 82 bodů, to znamená, že jejich subjektivně vnímaná kvalita života v oblasti štěstí se **zlepšila o**  $(100/62*82)-100 = 32,2\%$ .



Graf 6 Celková změna

Graf 6 znázorňuje zlepšení / zhoršení v oblasti celkově vnímané kvality života v závislosti na stanovené diagnóze.

## 6 INTERPRETACE DAT

V rámci praktické části bakalářské práce byl stanoven výzkumný problém. Dále byly stanoveny cíle práce s následnou formulací 3 hypotéz. Výzkum bakalářské práce proběhl na základě kvantitativního pojetí, data byla sbírána pomocí standardizovaného dotazníku AQoL-8D, navrženého pro měření kvality života. Dotazník byl tvořen 35 otázkami, které pokrývaly 8 různých oblastí života – samostatné bydlení, smysly, bolest, duševní zdraví, štěstí, vlastní hodnota, zvládnutí, vztahy. Výzkumu se zúčastnilo 45 klientů Centra duševního zdraví Kroměříž, kteří splňovali požadovaná kritéria – vyplnění vstupního dotazníku a poté vyplnění stejného dotazníku po uplynutí minimálně 10 měsíců, během kterých klienti aktivně spolupracovali s CDZ Kroměříž. Data z vyplněných dotazníků byla zanesena do informačního systému HIPPO, který je určen pro sběr, udržování a zpracování dat, a který využívají sociální a zdravotní pracovníci v CDZ Kroměříž. Informační systém tyto dotazníky vyhodnotil a přidělil bodové hodnocení v jednotlivých oblastech života podle odpovědí klientů.

Na základě hodnot ze vstupních a výstupních dotazníků, dosazených do tabulky a graficky znázorněných na paprskovém grafu, můžeme vidět, že **ve všech 8 testovaných oblastech kvality života došlo v průměru k mírnému zlepšení**. Zároveň je důležité zmínit, že ačkoliv v průměru došlo ke zlepšení ve všech oblastech, nedá se automaticky říci, že došlo ke zlepšení u všech jednotlivých klientů. U několika jedinců došlo naopak ke zhoršení, které je vzhledem k povaze a problematičnosti duševního onemocnění očekávatelné. K největšímu zlepšení ze všech testovaných oblastí došlo v oblasti „*bolesti*“. Pocit bolesti bezprostředně souvisí se zdravotním stavem negativně ovlivněným duševním onemocněním. Vysvětlení zlepšení můžeme nalézt v pravidelném užívání psychiatrických léků, které mají poměrně rychlý účinek. Léků existuje celá řada, neustále se zdokonalují a vyvíjejí nové. Při zahájení spolupráce s klientem dochází k pravidelným schůzkám s psychiatrem, který sleduje vývoj léčby, volí vhodná psychofarmaka a upravuje jejich dávkování. Aktuální zdravotní stav klienta a jeho změny se pravidelně konzultují v rámci multidisciplinárního týmu, který s klientem dále pracuje jak po zdravotní, tak sociální stránce. Druhou oblastí, ve které došlo k největší změně, je „*samostatné bydlení*“. Poměrně velkou část klientů CDZ Kroměříž tvoří osoby, které přicházejí z Psychiatrické nemocnice Kroměříž a většinu svého života strávili v různých pobytových zařízeních. Mnoho z nich nachází útočiště na ubytovnách, u rodičů nebo u kamarádů. Hledání vhodného ubytování, společně s hledáním zaměstnání, pokud je to možné, je jednou



z nejčastějších činností sociálních pracovníků CDZ Kroměříž. Snahou je najít ve spolupráci s klientem vhodné ubytování podle možností a přání klienta, ať už je to městský byt, podnájem, nebo vhodné pobytové zařízení v případě, že klient v určitých oblastech svého života potřebuje určitou pomoc.

Stanovený výzkumný cíl a z něho plynoucí první výzkumná otázka měly zjistit, **jaká je změna u vnímané kvality života v oblasti vztahů u osob s duševním onemocněním, které prošly péčí CDZ Kroměříž, v závislosti na jejich diagnóze.** Tento výzkumný cíl měl za úkol ukázat, jestli v případné změně vnímané kvality života v oblasti vztahů hraje určitou roli diagnóza klientů.

Byla definována nulová hypotéza, která předpokládá, že neexistuje statisticky významný rozdíl ve vnímané kvalitě života v oblasti vztahů u osob s duševním onemocněním, které prošly péčí CDZ Kroměříž, v závislosti na jejich diagnóze. Hypotéza alternativní předpokládá, že tyto rozdíly existují a jsou statisticky významné.

Ověření této hypotézy probíhalo na základě Testu nezávislosti chí – kvadrát pro kontingenční tabulku. Klienti byli rozděleni do 3 kategorií podle svého duševního onemocnění – Poruchy schizofrenního spektra, Afektivní poruchy, Poruchy osobnosti. Z odpovědí klientů na základě vyplněných dotazníků byla zaznamenána pozorovaná četnost a vypočítaná očekávaná četnost u skupiny, která se zlepšila, a druhou skupinu tvořili ti, kteří se zhoršili, nebo kde nedošlo k žádné změně. Ačkoliv došlo u vnímané kvality života v oblasti vztahů u skupiny Schizofrenie ke zlepšení o 10,9%, u skupiny Afektivních poruch došlo ke zhoršení o 3,3% a u skupiny Poruchy osobnosti došlo ke zlepšení o 19,3%, na základě vyhodnocení byla přijata nulová hypotéza, to znamená, že **rozdíly ve vnímané kvalitě života v oblasti vztahů v závislosti na diagnóze nejsou statisticky významné.**

Druhá výzkumná otázka měla zjistit, **jaká je změna u vnímané kvality života v oblasti štěstí u osob s duševním onemocněním, které prošly péčí CDZ Kroměříž, v závislosti na jejich diagnóze.** Tento výzkumný cíl měl za úkol zjistit, jestli v případné změně vnímané kvality života v oblasti štěstí hraje určitou roli diagnóza klientů.

Byla definována nulová hypotéza, která předpokládá, že neexistuje statisticky významný rozdíl ve vnímané kvalitě života v oblasti štěstí u osob s duševním onemocněním, které prošly péčí CDZ Kroměříž, v závislosti na jejich diagnóze. Hypotéza alternativní předpokládá, že tyto rozdíly existují a jsou statisticky významné.

Ověření této hypotézy probíhalo na základě Testu nezávislosti chí – kvadrát pro kontingenční tabulku. Klienti byli rozděleni do 3 kategorií podle svého duševního onemocnění – Poruchy schizofrenního spektra, Afektivní poruchy, Poruchy osobnosti. Z odpovědí klientů na základě vyplněných dotazníků byla zaznamenána pozorovaná četnost a vypočítaná očekávaná četnost u skupiny, která se zlepšila, a druhou skupinu tvořili ti, kteří se zhoršili, nebo kde nedošlo k žádné změně. Ve vnímané kvalitě života v oblasti štěstí došlo u skupiny Schizofrenie ke zlepšení o 10,9%, u Afektivních poruch došlo ke zhoršení o 20,9% a u Poruch osobnosti došlo ke zlepšení o 23,7%. Na základě vyhodnocení údajů byla přijata alternativní hypotéza, to znamená, že **existují statisticky významné rozdíly ve vnímané kvalitě života v oblasti štěstí v závislosti na diagnóze**. Největší propad v oblasti štěstí pozorujeme u skupiny lidí s poruchou osobnosti, která je charakteristická velkou volatilitou v pocitech smutku, zklamání a radosti, u patologicky depresivních jedinců přetrvávají negativní pocity nálady, apatie, bezradnost, snížená sebedůvěra, stavy jsou často provázeny různými úzkostmi a dalšími příznaky. Vhodnou léčbou je možné tento duševní stav alespoň minimálně stabilizovat, je však nutné i předpokládat jeho postupné mírné zhoršování v čase.

Třetí výzkumná otázka měla zjistit, **jaká je celková změna u vnímané kvality života u osob s duševním onemocněním, které prošly péčí CDZ Kroměříž, v závislosti na jejich diagnóze**. Tento výzkumný cíl měl za úkol zjistit, jestli v celkově vnímané kvalitě života hraje určitou roli diagnóza klientů.

Byla definována nulová hypotéza, která předpokládá, že neexistuje statisticky významný rozdíl v celkově vnímané kvalitě života osob s duševním onemocněním, které prošly péčí CDZ Kroměříž, v závislosti na jejich diagnóze. Hypotéza alternativní předpokládá, že tyto rozdíly existují a jsou statisticky významné.

Ověření této hypotézy probíhalo na základě Testu nezávislosti chí – kvadrát pro kontingenční tabulku. Klienti byli rozděleni do 3 kategorií podle svého duševního onemocnění – Poruchy schizofrenního spektra, Afektivní poruchy, Poruchy osobnosti. Z odpovědí klientů na základě vyplněných dotazníků byla zaznamenána pozorovaná četnost a vypočítaná očekávaná četnost u skupiny, která se zlepšila, a druhou skupinu tvořili ti, kteří se zhoršili, nebo kde nedošlo k žádné změně. Ve vnímané kvalitě života v oblasti štěstí došlo u skupiny Schizofrenie ke zlepšení o 11,9%, u Afektivních poruch došlo ke zhoršení o 2,2% a u Poruch osobnosti došlo ke zlepšení o 32,2%. Na základě

vyhodnocení údajů byla přijata alternativní hypotéza, to znamená, že **existují statisticky významné rozdíly v celkově vnímané kvalitě života v závislosti na diagnóze.**

Závěrem je možné shrnout odpověď na hlavní výzkumnou otázku, jestli **existují změny ve vnímané kvalitě života osob s duševním onemocněním, které prošly péčí CDZ Kroměříž?** Na základě zkoumání 8 různých oblastí pro měření kvality života vyšlo najevo, že tyto změny existují a jsou v průměru pozitivní ve všech měřených oblastech. Zároveň je ale potřeba říci, že změny v některých oblastech života závisí na stanovené diagnóze. Obecně největší zlepšení je možné pozorovat u skupiny lidí s poruchami osobnosti a poruchou schizofrenního spektra, zatímco u lidí s afektivními poruchami i přes veškerou snahu došlo spíše ke stabilizaci stavu až k mírnému zhoršení.

## 7 DISKUZE A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Bakalářská práce přináší výsledky výzkumné činnosti, zaměřené na inovativní přístupy v sociální oblasti a jejich přínos pro kvalitu života osob s duševním onemocněním. Autor práce se zaměřil na klienty CDZ Kroměříž, ve kterém jsou mnohé inovativní přístupy využívány přímo v praxi. Toto tvrzení se dá říci o všech centrech duševního zdraví obecně, protože zvolené inovativní přístupy a jednotlivé metody práce s klienty jsou ve všech CDZ totožné. Díky tomu by se mohly zjištěné výsledky aplikovat na celou cílovou skupinu duševně nemocných lidí, kteří prochází péčí CDZ v rámci České republiky. Rozhodujícím vlivem úspěšnosti inovativních přístupů a jejich vlivu na kvalitu života duševně nemocných lidí tak zůstává lidský faktor, konkrétně osobnostní a pracovní kvality jednotlivých konkrétních pracovníků CDZ a jejich schopnost aplikovat inovativní přístupy v praxi.

Ze zjištěných výsledků je patrné, že u klientů v průměru došlo ke zlepšení ve všech testovaných oblastech kvality života. Jedná se však o průměrné hodnoty, to nevylučuje, že u jednotlivých klientů nedošlo k mírnému zhoršení v určitých oblastech kvality jejich života. Duševní onemocnění je natolik specifické a individuální, že i přes veškerou snahu může časem dojít ke zhoršení zdravotního stavu klientů a jejich relapsu. Častokrát cílem práce pracovníků CDZ není zabránění hospitalizace klientů, ale alespoň její oddálení, což se dá samo o sobě v mnoha případech považovat za úspěch a krok vpřed.

Přínos práce autor spatřuje především v obeznámení širší veřejnosti s problematikou sociální práce s duševně nemocnými lidmi a také v samotné komparaci vnímané kvality života u skupiny respondentů, kteří se účastnili výzkumu. Výhodou zjištěných výsledků je jejich celorepubliková aplikovatelnost na cílovou skupinu duševně nemocných lidí, kteří prochází péčí CDZ.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce byla věnována inovativním přístupům v sociální oblasti a jejich vlivu na kvalitu života osob s duševním onemocněním. Teoretická část byla zaměřena na charakteristiku duševního onemocnění a uvedení nejčastějších typů duševního onemocnění u lidí, kteří zároveň tvoří nejpočetnější cílovou skupinu CDZ Kroměříž. V následující kapitole byl popsán účel a poslání center duševního zdraví v rámci České republiky a jejich personální zajištění. Závěrečná kapitola se v obecné rovině zabývá problematikou inovativních sociálních přístupů a blíže se věnuje několika vybraným inovativním přístupům, používaných jednak v CDZ Kroměříž, ale i CDZ obecně v rámci České republiky.

Druhá část bakalářské práce byla praktická část, ve které byla definována metodologie výzkumu, výzkumný soubor, technika sběru dat a způsob vyhodnocení. Výzkumný soubor je zaměřen na muže a ženy s duševním onemocněním, kteří byli v péči Centra duševního zdraví Kroměříž, vyplnili standardizovaný dotazník AQoL při vstupu do služby a poté znova po uplynutí minimálně 10 měsíců aktivní spolupráce s CDZ. Tento dotazník mapuje 8 různých oblastí života, které bezprostředně souvisí s vnímanou kvalitou života. Spodní věková hranice je nastavena na 18 let, horní hranice není určena. Výzkumný soubor respondentů – klientů CDZ Kroměříž, byl získán z databáze HIPPO, určené pro zaměstnance CDZ Kroměříž, konkrétně pro sociální pracovníky. V současné době tato databáze obsahuje 90 klientů, z nichž 45 klientů splňuje stanovená kritéria. Všech 45 klientů splňujících kritéria je součástí výzkumného souboru. Další podkapitola v této praktické části se zaměřovala na samotnou analýzu dat. Hodnoty z dotazníků při vstupu a výstupu byly zaznamenány do tabulky a poté graficky znázorněny na paprskovém grafu, kde jejich vzájemným porovnáním byly zjištěny změny v jednotlivých měřených oblastech života. Dále byly analyzovány hypotézy u jednotlivých dílčích otázek, které měly za úkol prokázat, jestli existují statisticky významné rozdíly ve vnímané kvalitě života v určitých zkoumaných oblastech života. Respondenti byli rozděleni do 3 skupin podle jejich stanovené diagnózy na poruchy schizofrenního spektra, afektivní poruchy a poruchy osobnosti. Do tabulky byly zaznamenány pozorované četnosti u respondentů, u kterých došlo ke zlepšení nebo zhoršení jejich subjektivně vnímané kvality života. Hypotézy byly vyhodnoceny Testem nezávislosti chí – kvadrát. Výsledky byly zjištěny pomocí výpočtu hladiny významnosti, ze kterých plyne, že ačkoliv v průměru došlo ve všech jednotlivých

měřených oblastech života k mírnému zlepšení, v některých oblastech života existují statisticky významné rozdíly v závislosti na diagnóze respondentů.

Poslední kapitola je věnována interpretaci dat, celkovému shrnutí výzkumu, diskuzi a doporučením pro praxi.

Na základě výše uvedených skutečností se autor práce domnívá, že cíle práce byly naplněny a zjištěné údaje mohou pomoci lidem v sociální oblasti, obzvláště těm, kteří se přímo či nepřímo věnují problematice duševně nemocných lidí.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

1. DISMAN, Miroslav. 2011. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha : Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1966-8.
2. DRAGOMIRECKÁ, Eva, Jitka BARTOŇOVÁ. 2006. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100, World Health Organization Quality of Life Assessment: příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha : Psychiatrické centrum Praha, 2006. ISBN 80-85121-82-4.
3. DUŠEK, Karel, Alena VEČEŘOVÁ PROCHÁZKOVÁ. 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch 2. přepracované vydání*. Praha : Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-9854-7.
4. EHLER, Edvard, Jiří BEDNAŘÍK. 2013. *Náklady na poruchy mozku v České republice. Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. [Online] 2013. <https://www.csnn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2013-3-9/naklady-na-poruchy-mozku-v-ceske-republice-40577>.
5. ELBOGEN, Eric, Sally JOHNSON. 2009. *The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*. National Library of Medicine. [Online] 2009. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19188537/>.
6. HARTL, Pavel. 2004. *Stručný psychologický slovník*. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-803-1.
7. HAVRDA, Marek. 2016. *Sociální inovace a možnosti podpory*. Technologická agentura ČR. [Online] 2016. [https://www.tacr.cz/dokums\\_raw/omega/prilohy/P%C5%99%C3%ADloha\\_08\\_Soci%C3%A1ln%C3%AD%20inovace.pdf](https://www.tacr.cz/dokums_raw/omega/prilohy/P%C5%99%C3%ADloha_08_Soci%C3%A1ln%C3%AD%20inovace.pdf).
8. HAVRDOVÁ, Zuzana, Martin HAJNÝ. 2008. *Praktická supervize: průvodce supervizi pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize*. Praha : Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-532-1.
9. HOLLANDER, Dirk den, Jean Pierre WILKEN. 2022. *Práce v propojení: Podpůrný vztahový přístup - praktická příručka modelu CARE*. Praha : Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2022. ISBN 978-80-908458-5-5.

10. HYÁNEK, Vladimír, Jakub PEJCAL, Zuzana RENNEROVÁ. 2018. *Sociální inovace Asociace nestátních neziskových organizací České republiky*. [Online] 2018. [http://anno-cr.cz/wp-content/uploads/2018/11/Publikace-Soci%C3%A1ln%C3%AD-inovace\\_final.pdf](http://anno-cr.cz/wp-content/uploads/2018/11/Publikace-Soci%C3%A1ln%C3%AD-inovace_final.pdf).
11. KADERÁBKOVÁ, Anna. 2012. *Příručka pro tvorbu a realizaci inovativních projektů - Evaluace implementace principu inovativnosti v OP LZZ. Operační program Zaměstnanost plus*. [Online] 2012. <https://www.esfcr.cz/documents/21802/748641/Implementace+podpory+soci%C3%A1ln%C3%ADch+inovac%C3%AD+-+p%C5%99%C3%ADru%C4%8Dka+implementace+soc.+inovac%C3%AD/24ff159c-c544-48a4-84cd-0c354286a47f?version=1.0&t=1461917790453>.
12. KOBLIHOVÁ, Helena. 2008. *Sociální politika 2*. Opava : Optys, 2008. ISBN 9788085819670.
13. KONDRÁTOVÁ, Lucie, Dana CHRTKOVÁ, Karolína MLADÁ, Miroslava JANOUŠKOVÁ. 2018. *Socioekonomická situace osob s psychotickým onemocněním v České republice*. Česká a Slovenská psychiatrie. [Online] 2018. <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=1220>.
14. KUČEROVÁ, Helena. 2010. *Schizofrenie v kazuistikách*. Praha : Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2045-6.
15. MPSV. 2021. *Kritéria kvality Center duševního zdraví*. Ministerstvo práce a sociálních věcí. [Online] 2021. <https://rpq.mpsv.cz/wp-content/uploads/2021/11/Krit%C3%A9ria-kvality-Center-du%C5%A1evn%C3%ADho-zdrav%C3%AD.pdf>.
16. MZCR. 2019. *Základní principy péče poskytované v CDZ*. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. [Online] 2019. [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2019/08/P%C5%99%C3%ADloha\\_%C4%8D.\\_6\\_Metodiky\\_-\\_Z%C3%A1kladn%C3%AD\\_principy\\_p%C3%A9%C4%8De\\_poskytovan%C3%A9\\_v\\_CDZ.pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2019/08/P%C5%99%C3%ADloha_%C4%8D._6_Metodiky_-_Z%C3%A1kladn%C3%AD_principy_p%C3%A9%C4%8De_poskytovan%C3%A9_v_CDZ.pdf).
17. MZČR. 2023. *Centra duševního zdraví (CDZ)*. Reforma péče o duševní zdraví. [Online] 2023. <https://www.reformapsychiatrie.cz/projekty/centra-dusevniho-zdravi-cdz>.



18. MZČR. 2018. *Manuál k evaluaci CDZ 2. verze*. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. [Online] 29. 6. 2018. [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/15623/35203/Manu%C3%A1l%20registr%20CDZ\\_verze\\_2a.pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/15623/35203/Manu%C3%A1l%20registr%20CDZ_verze_2a.pdf).
19. MZČR. 2018. *Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030*. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. [Online] 2018. [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18368/40091/02\\_Priloha%202\\_Analytick%C3%A1%20%C4%8D%C3%A1st.pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18368/40091/02_Priloha%202_Analytick%C3%A1%20%C4%8D%C3%A1st.pdf).
20. NOVÁK, Martin. 2018. *Otevřený Dialog: Úvod a možnosti propojení s modelem FACT*. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. [Online] 2018. [https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/OPEN-DIALOG-A-FACT-NOVAK\\_FINAL.pdf](https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/OPEN-DIALOG-A-FACT-NOVAK_FINAL.pdf).
21. OREL, Miroslav. 2020. *Psychopatologie - Nauka o nemocech duše, 3. aktualizované a doplněné vydání*. Praha : Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-1894-6.
22. OTEVŘENOST A DIALOGICKÝ PŘÍSTUP - *Kurz pořádaný v rámci projektu "Podpora zavedení multidisciplinárního přístupu k duševně nemocným*. 2022. : Spolek Naravit, 2022.
23. PÁV, Marek, Jana PLUHARŽÍKOVÁ, Jana ŠŤASTNÁ. 2017. *Možnosti psychosociální rehabilitace v psychiatrické nemocnici*. Psychiatrie pro praxi. [Online] 2017. <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2017/02/05.pdf>.
24. POMAJZLOVÁ, Jana. 2021. *CARe Česká republika*. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. [Online] 2021. <https://www.cmhcd.cz/vzdelavaci-institut/platforma-care/>.
25. REICHEL, Jiří. 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2009. ISBN 978-80-247-6935-6.
26. RICHARDSON, J., lezzi, A., Khan, M.A. et al. 2014. *Validity and Reliability of the Assessment of Quality of Life (AQoL)-8D*. Springer. [Online] Březen 2014. <https://link.springer.com/article/10.1007/s40271-013-0036-x>.
27. SCHAVEL, Milan, Bohuslav KUZÝŠIN, Stanislava HUNYADIOVÁ. 2013. *Supervízia v sociálnej práci*. Bratislava : Spoločnosť pre rozvoj sociálnej práce, 2013. ISBN 978-80-971445-0-0.

28. STRATILOVÁ, Iva. 2022. *Manuál pro supervizory*. Stratetigkcé řízení a plánování ve školách a v územích. [Online] 2022. <https://vedemeskolu.npi.cz/wp-content/uploads/2022/09/2.Manual-pro-supervizory.pdf>.
29. SVOBODA, Mojmír, Eva ČEŠKOVÁ, Hana KUČEROVÁ. 2006. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha : Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9.
30. SVOBODOVÁ, Dagmar. 2015. *Profesní poradenství*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2015. ISBN 978-80-247-9700-7.
31. ŠPAČKOVÁ, Alena. 2011. *Umění dialogu - Jak si s lidmi opravdu porozumět*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3810-9.
32. TĚŠITELOVÁ, Vladimíra, Jaromír VOBORNÍK, Jitka SOUKUPOVÁ. 2020. *Legislativní zázemí a právní předpisy pro implementaci informačního systému v oblasti multidisciplinární psychiatrické zdravotní péče*. Národní portál psychiatrické péče. [Online] 2020. <https://psychiatrie.uzis.cz/res/file/registr-cdz/registr-cdz-legislativa.pdf>.
33. VENGLÁŘOVÁ, Martina. 2013. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2013. ISBN 978-80-247-4082-9.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

AQoL	Assessment of Quality of Life
CDZ	Centrum duševního zdraví
Č.	Číslo
F	Stupeň volnosti
IPS	Individual placement and support
H0	Hypotéza nulová
HA	Hypotéza alternativní
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MZCR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NAPDZ	Náročný akční plán pro duševní zdraví
Sb.,	Sbírky
Tj.,	to je
Tzv.,	tak zvanému
§	Paragraf
X <sup>2</sup>	chi

**SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obrázek 1 Průběh manické fáze .....	16
Obrázek 2 Průběh depresivní fáze .....	17
Obrázek 3 Inovační ekosystém .....	25
Obrázek 4 Sociální inovace .....	26
Obrázek 5 Osobní profil .....	29
Obrázek 6 Účastníci výzkumu .....	42
Obrázek 7 Dimenze pro hodnocení AQoL-8D .....	44

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 Domény kvality života .....	28
Tabulka 2 Fáze procesu zotavování .....	30
Tabulka 3 Znaky dobré a špatné supervize .....	35
Tabulka 4 Bodové hodnocení v jednotlivých oblastech při vstupu .....	45
Tabulka 5 Bodové hodnocení v jednotlivých oblastech při výstupu .....	46
Tabulka 6 Pozorovaná četnost v oblasti vztahů .....	48
Tabulka 7 Bodové hodnocení v oblasti vztahů .....	49
Tabulka 8 Pozorovaná četnost v oblasti štěstí.....	51
Tabulka 9 Bodové hodnocení v oblasti štěstí .....	51
Tabulka 10 Pozorovaná četnost v celkové změně .....	53
Tabulka 11 Bodové hodnocení v celkové změně vnímané kvality života .....	54

**SEZNAM GRAFŮ**

Graf 1 Škálování hodnot při vstupu .....	46
Graf 2 Škálování hodnot při výstupu .....	47
Graf 3 Porovnání hodnot vstupu a výstupu .....	47
Graf 4 Oblast vztahů .....	50
Graf 5 Oblast štěstí .....	52
Graf 6 Celková změna .....	55

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník AQoL – 8D

Příloha P II: Výpočet hypotézy č. 1

Příloha P III: Výpočet hypotézy č. 2

Příloha P IV: Výpočet hypotézy č. 3

Příloha P V: Bodové hodnocení dotazníků

# PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK AQOL – 8D



EVROPSKÁ UNIE  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ  
ČESKÉ REPUBLIKY

## AQoL-8D – Assessment of Quality of Life

### Hodnocení kvality života související se zdravím

Dotazník AQoL mohou klienti vyplnit na počítači nebo v tištěné formě.

Vyberte odpověď, která nejlépe charakterizuje vaši situaci **v posledním týdnu**

#### 1 Kolik energie máte na činnosti, kterým se chcete věnovat?

- Vždy jsem plný/á energie
- Většinou jsem plný/á energie
- Někdy jsem plný/á energie
- Většinou jsem unavený/á a bez energie
- Vždy jsem unavený/á a bez energie

#### 2 Jak často se cítíte vyloučený/á ze společnosti nebo opomenutý/á?

- Nikdy
- Zřídka
- Občas
- Často
- Vždy

#### 3 Jak snadné či obtížné je pro vás pohybovat se samostatně mimo váš domov (např. jít na nákupy, na návštěvu)?

- Pohybovat se samostatně mimo domov je příjemné a snadné
- Nemám žádné obtíže samostatně se pohybovat mimo domov
- Mám mírné obtíže samostatně se pohybovat mimo domov
- Mám střední obtíže samostatně se pohybovat mimo domov
- Mám výrazné obtíže samostatně se pohybovat mimo domov
- Bez cizí pomoci se nemohu samostatně pohybovat mimo domov

#### 4 Ovlivňuje zdraví vaše role v komunitě (např. v místě vašeho bydliště, ve sportovních, církevních či kulturních aktivitách)?

- Moje role v komunitě nejsou ovlivněny mým zdravím
- Některé své role v komunitě nemohu vykonávat
- Mnoho svých rolí v komunitě nemohu vykonávat
- Žádné své role v komunitě nemohu vykonávat

#### 5 Jak často se cítíte smutný/á?

- Nikdy
- Zřídka
- Občas
- Obvykle
- Téměř vždy





**6 Jak často cítíte silnou bolest?**

- Velmi zřídka
- Méně než jednou týdně
- Jednou či dvakrát týdně
- Třikrát či čtyřikrát týdně
- Téměř neustále

**7 Jak moc si důvěřujete?**

- Zcela
- Velmi
- Středně
- Trochu
- Vůbec

**8 Cítíte se obvykle klidný/á a v pohodě, nebo rozrušený/á?**

- Jsem vždy klidný/á a v pohodě
- Jsem obvykle klidný/á a v pohodě
- Jsem někdy klidný/á a v pohodě, někdy rozrušený/á
- Jsem obvykle rozrušený/á
- Jsem vždy rozrušený/á

**9 Ovlivňuje Vaše zdraví vztahy s rodinou?**

- Moje role v rodině nejsou ovlivněny mým zdravím
- Některé své role v rodině nemohu vykonávat
- Mnoho svých rolí v rodině nemohu vykonávat
- Žádné své role v rodině nemohu vykonávat

**10 Jak uspokojivé jsou vaše blízké vztahy (s přáteli a rodinou)?**

- Velmi uspokojivé
- Uspokojivé
- Ani uspokojivé, ani neuspokojivé
- Neuspokojivé
- Nepříjemné
- Velmi nepříjemné

**11 Jak dobře dokážete komunikovat s ostatními (mluvení, znaková řeč, posílání zpráv, vzájemné pochopení)?**

- Nemám žádné problémy být pochopen
- Mám určité obtíže být pochopen lidmi, kteří mě neznají
- Chápu mě pouze lidé, kteří mě znají
- Nejsem schopen dobře komunikovat s ostatními



**12 Jak často máte potíže se spánkem?**

- Nikdy
- Téměř nikdy
- Občas
- Často
- Vždy

**13 Jak často se cítíte bezcenný/á?**

- Nikdy
- Téměř nikdy
- Občas
- Obvykle
- Neustále

**14 Jak často se cítíte rozzlobený/á?**

- Nikdy
- Téměř nikdy
- Občas
- Často
- Neustále

**15 Jak snadný nebo obtížný je pro vás pohyb (s využitím jakýchkoli pomůcek nebo zařízení, které potřebujete, například vozík, chodítka nebo hůl)?**

- Jsem velmi pohyblivý/á
- Nemám žádné obtíže s pohybem
- Pohyb mi trochu činí obtíže (například chůze do kopce)
- Pohyb mi činí obtíže, ujdu pouze krátkou vzdálenost
- Pohyb mi činí velké obtíže, potřebuji pomoc ostatních
- Jsem upoután/a na lůžko

**16 Máte někdy nutkání si ublížit?**

- Nikdy
- Zřídka
- Občas
- Často
- Neustále

**17 Jak moc pociťujete nadšení?**

- Nesmírně
- Velmi
- Trochu
- Ne moc
- Vůbec



**18** Jak často jste měl/a obavy v uplynulých 7 dnech?

- Nikdy
- Příležitostně
- Občas
- Často
- Neustále

**19** Jak obtížné je pro vás se umýt, jít na toaletu, obléci se, najíst se nebo pečovat o svůj zevnějšek?

- Vykonávat tyto činnosti je pro mě velmi snadné
- Nemám skutečné potíže vykonávat tyto činnosti
- Vykonávat některé z těchto činností je pro mě obtížné, ale zvládám je sám/sama
- Mnoho z těchto činností je pro mě obtížných a potřebuji s nimi pomoc
- Vůbec tyto činnosti nemohu vykonávat sám/sama

**20** Jak často se cítíte šťastný/á?

- Neustále
- Většinou
- Občas
- Téměř nikdy
- Nikdy

**21** Jak moc si myslíte, že se dokážete vypořádat s životními problémy?

- Zcela
- Většinou
- Částečně
- Velmi málo
- Vůbec

**22** Jak velkou bolest či nepohodlí pociťujete?

- Žádnou/é
- Mám mírné bolesti
- Trpím silnými bolestmi
- Trpím nesnesitelnými bolestmi

**23** Jak moc si užíváte vztahy s blízkými (rodinou a přáteli)?

- Nesmírně
- Velmi
- Trochu
- Nemnoho
- Nesnesu je



EVROPSKÁ UNIE  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ  
ČESKÉ REPUBLIKY

**24 Jak často bolest zasahuje do Vašich běžných aktivit?**

- Nikdy
- Zřídka
- Občas
- Často
- Vždy

**25 Jak často cítíte potěšení?**

- Neustále
- Obvykle
- Občas
- Téměř nikdy
- Nikdy

**26 Jak moc se cítíte být přítěží pro ostatní?**

- Vůbec
- Trochu
- Středně
- Velice
- Naprosto

**27 Jak spokojený/á jste se svým životem?**

- Naprosto
- Převážně
- Středně
- Trochu
- Vůbec

**28 Jak dobře vidíte (při využití brýlí či kontaktních čoček, pokud je potřebujete)?**

- Mám výborný zrak
- Vidím normálně
- Mám určité potíže vidět věci ostře (např. malé písmo, objekty v dálce nebo při sledování televize)
- Mám velké potíže vidět věci ostře
- Vidím jenom obrysy
- Jsem úplně slepý/á

**29 Jak často cítíte, že máte svůj život pod kontrolou?**

- Neustále
- Většinou
- Občas
- Jen někdy
- Nikdy



**30 Kolik pomoci potřebujete s domácími pracemi (například příprava jídla, úklid, údržba zahrady)?**

- Zvládám tyto činnosti zcela snadno bez jakékoli pomoci
- Zvládám tyto činnosti poměrně snadno bez jakékoli pomoci
- Zvládám tyto činnosti bez pomoci jen velmi pomalu
- Nezvládám většinu z těchto činností, pokud mi někdo nepomůže
- Nezvládám bez pomoci žádnou z těchto činností

**31 Jak často se cítíte osamocení?**

- Nikdy
- Zřídka
- Občas
- Často
- Neustále

**32 Jak dobře slyšíte (i s použitím naslouchátka, pokud jej potřebujete)?**

- Mám výborný sluch
- Slyším normálně
- Mám určité potíže slyšet nebo neslyším jasně (například když je v pozadí hluk)
- Mám potíže slyšet věci jasně. Často nerozumím tomu, co bylo řečeno. Většinou se neúčastním konverzací, protože neslyším, o čem se mluví
- Slyším velmi špatně
- Jsem úplně hluchý/á

**33 Jak často se cítíte depresivně?**

- Nikdy
- Téměř nikdy
- Občas
- Často
- Velmi často
- Neustále

**34 Jak moc jste šťastný/á ve svých blízkých a intimních vztazích?**

- Velmi šťastný/á
- Celkově šťastný/á
- Ani šťastný/á ani nešťastný/á
- Celkově nešťastný/á
- Velmi nešťastný/á

**35 Jak často jste se v uplynulých sedmi dnech cítil/a zoufalý/á?**

- Nikdy
- Příležitostně
- Občas
- Často
- Neustále

## PŘÍLOHA P II: VÝPOČET HYPOTÉZY Č.1

	Schizofrenie	Afekt. poruchy	Poruchy os.	Celkem
<b>Zlepšení</b>	18 (PČ)	5	4	27
	16,2 (OČ)	7,2	3,6	
<b>Žádná změna nebo zhoršení</b>	9	7	2	18
	10,8	4,8	2,4	
<b>Celkem</b>	27	12	6	45

PČ) – Pozorovaná četnost

(OČ) – Očekávaná četnost

$$OČ1 - 27 * 27 / 45 = 16,2$$

$$OČ2 - 27 * 18 / 45 = 10,8$$

$$OČ3 - 12 * 27 / 45 = 7,2$$

$$OČ4 - 12 * 18 / 45 = 4,8$$

$$OČ5 - 6 * 27 / 45 = 3,6$$

$$OČ6 - 6 * 18 / 45 = 2,4$$

$$X^1 = (P-O)^2 / O = (18-16,2)^2 / 16,2 = 0,2$$

$$X^2 = (9-10,8)^2 / 10,8 = 0,3$$

$$X^3 = (5-7,2)^2 / 7,2 = 0,67$$

$$X^4 = (7-4,8)^2 / 4,8 = 1$$

$$X^5 = (4-3,6)^2 / 3,6 = 0,04$$

$$X^6 = (2-2,4)^2 / 2,4 = 0,06$$

$$\text{Testové kritérium } X^2 = 0,2 + 0,3 + 0,67 + 1 + 0,04 + 0,06 = 2,27$$

$$\text{Stupeň volnosti } f = (r-1) * (s-1) = (2 - 1) * (3 - 1) = 2$$

Hladina významnosti = 0,05

$$\text{Kritická hodnota } X^2_{0,05} = 5,991 > X^2 = 2,27$$

## PŘÍLOHA P III: VÝPOČET HYPOTÉZY Č.2

	Schizofrenie	Afekt. poruchy	Poruchy os.	Celkem
<b>Zlepšení</b>	14 (PČ)	3	6	23
	13,8 (OČ)	6,13	3,07	
<b>0 nebo zhoršení</b>	13	9	0	22
	13,2	5,87	2,93	
<b>Celkem</b>	27	12	6	45

(PČ) – Pozorovaná četnost

(OČ) – Očekávaná četnost

$$OČ1 - 27 * 23 / 45 = 13,8$$

$$OČ2 - 27 * 22 / 45 = 13,2$$

$$OČ3 - 12 * 23 / 45 = 6,13$$

$$OČ4 - 12 * 22 / 45 = 5,87$$

$$OČ5 - 6 * 23 / 45 = 3,07$$

$$OČ6 - 6 * 22 / 45 = 2,93$$

$$X^1 = (P-O)^2 / O = (14-13,8)^2 / 13,8 = 0$$

$$X^2 = (13-13,2)^2 / 13,2 = 0$$

$$X^3 = (3-6,13)^2 / 6,13 = 1,59$$

$$X^4 = (9-5,87)^2 / 5,87 = 1,66$$

$$X^5 = (6-3,07)^2 / 3,07 = 2,79$$

$$X^6 = (0-2,93)^2 / 2,93 = 2,93$$

$$\text{Testové kritérium } X^2 = 0 + 0 + 1,59 + 1,66 + 2,79 + 2,93 = 8,97$$

$$\text{Stupeň volnosti } f = (r-1) * (s-1) = (2-1) * (3-1) = 2$$

Hladina významnosti = 0,05

$$\text{Kritická hodnota } X^2_{0,05} = 5,991 < X^2 = 8,97$$

### PŘÍLOHA P IV: VÝPOČET HYPOTÉZY Č.3

	Schizofrenie	Afekt. poruchy	Poruchy os.	Celkem
<b>Zlepšení</b>	20	5	6	31
	18,6	8,3	4,1	
<b>Žádná změna nebo zhoršení</b>	7	7	0	14
	8,4	3,7	1,9	
<b>Celkem</b>	27	12	6	45

(PČ) – Pozorovaná četnost

(OČ) – Očekávaná četnost

$$OČ1 - 27 * 31 / 45 = 18,6$$

$$OČ2 - 27 * 14 / 45 = 8,4$$

$$OČ3 - 12 * 31 / 45 = 8,3$$

$$OČ4 - 12 * 14 / 45 = 3,7$$

$$OČ5 - 6 * 31 / 45 = 4,1$$

$$OČ6 - 6 * 14 / 45 = 1,9$$

$$X^1 = (P-O)^2 / O = (20-18,6)^2 / 18,6 = 0,1$$

$$X^2 = (7-8,4)^2 / 8,4 = 0,23$$

$$X^3 = (5-8,3)^2 / 8,3 = 1,31$$

$$X^4 = (7-3,7)^2 / 3,7 = 2,94$$

$$X^5 = (6-4,1)^2 / 4,1 = 0,88$$

$$X^6 = (0-1,9)^2 / 1,9 = 1,9$$

$$\text{Testové kritérium } X^2 = 0,1 + 0,23 + 1,31 + 2,94 + 0,88 + 1,9 = 7,36$$

$$\text{Stupeň volnosti } f = (r-1) * (s-1) = (2 - 1) * (3 - 1) = 2$$

Hladina významnosti = 0,05

$$\text{Kritická hodnota } X^2_{0,05} = 5,991 < X^2 = 7,36$$



## PŘÍLOHA P V: BODOVÉ HODNOCENÍ DOTAZNÍKŮ

Klient		Samostatné bydlení	Smysly	Bolest	Duševní zdraví	Štěstí	Vlastní hodnota	Zvládnání	Vztahy	Celkem
x1	Vstup	72,2	84,6	63,6	54,5	25	25	58,3	40,7	103
x1	Výstup	61,1	76,9	72,7	48,5	37,5	41,7	25	33,3	109
x2	Vstup	61,1	61,5	54,5	60,6	43,8	50	50	55,6	98
x2	Výstup	44,4	61,5	45,5	51,5	43,8	41,7	41,7	48,1	109
x3	Vstup	83,3	76,9	72,7	78,8	56,3	66,7	75	74,1	72
x3	Výstup	22,2	61,5	18,2	39,4	25	33,3	33,3	44,4	126
x4	Vstup	72,2	69,2	45,5	45,5	37,5	25	33,3	37	112
x4	Výstup	44,4	61,5	9,1	12,1	6,3	0	8,3	11,1	151
x5	Vstup	88,9	92,3	81,8	72,7	68,8	75	83,3	70,4	67
x5	Výstup	94,4	100	90,9	63,6	81,3	66,7	75	77,8	65
x6	Vstup	77,8	84,6	81,8	66,7	56,3	66,7	58,3	59,3	81
x6	Výstup	66,7	69,2	63,6	51,5	56,3	41,7	50	51,9	98
x7	Vstup	0	61,5	90,9	39,4	6,3	33,3	41,7	33,3	127
x7	Výstup	0	46,2	63,6	60,6	31,3	58,3	16,7	40,7	119
x8	Vstup	77,8	76,9	90,9	69,7	50	66,7	58,3	70,4	78
x8	Výstup	55,6	69,2	72,7	57,6	31,3	33,3	41,7	59,3	101
x9	Vstup	88,9	69,2	100	75,8	56,3	50	58,3	66,7	76
x9	Výstup	94,4	76,9	81,8	75,8	56,3	66,7	75	77,8	69
x10	Vstup	83,3	92,3	90,9	63,6	81,3	58,3	58,3	85,2	69
x10	Výstup	77,8	92,3	72,7	63,6	56,3	50	50	74,1	81
x11	Vstup	33,3	61,5	54,5	39,4	50	33,3	50	44,4	114
x11	Výstup	61,1	76,9	72,7	66,7	56,3	41,7	41,7	70,4	88
x12	Vstup	72,2	84,6	90,9	66,7	50	50	41,7	63	85
x12	Výstup	72,2	76,9	72,7	60,6	50	58,3	41,7	59,3	90
x13	Vstup	55,6	69,2	90,9	57,6	37,5	66,7	33,3	55,6	96
x13	Výstup	33,3	69,2	27,3	51,5	31,3	50	41,7	48,1	113
x14	Vstup	72,2	69,2	18,2	60,6	75	100	66,7	81,5	79
x14	Výstup	61,1	76,9	18,2	72,7	68,8	83,3	66,7	66,7	83
x15	Vstup	22,2	84,6	72,7	48,5	62,5	50	58,3	74,1	95
x15	Výstup	33,3	69,2	36,4	60,6	43,8	41,7	50	40,7	109
x16	Vstup	77,8	76,9	54,5	66,7	62,5	66,7	66,7	70,4	80
x16	Výstup	83,3	84,6	100	63,6	43,8	58,3	58,3	74,1	78
x17	Vstup	100	84,6	100	84,8	62,5	83,3	66,7	66,7	63
x17	Výstup	100	84,6	90,9	81,8	75	83,5	66,7	70,4	62
x18	Vstup	66,7	84,6	81,8	81,8	56,3	58,3	50	77,8	75
x18	Výstup	72,2	76,9	90,9	66,7	43,8	50	50	55,6	88
x19	Vstup	61,1	76,9	54,5	84,8	75	91,7	66,7	55,6	76
x19	Výstup	55,6	100	36,4	72,7	100	100	75	100	62
x20	Vstup	94,4	84,6	100	75,8	62,5	75	66,7	88,9	62
x20	Výstup	72,2	76,9	90,9	69,7	50	58,3	50	63	83
x21	Vstup	77,8	76,9	100	72,7	68,8	66,7	58,3	66,7	74
x21	Výstup	61,1	76,9	45,5	45,5	56,3	50	41,7	44,4	104
x22	Vstup	72,2	76,9	63,6	57,6	62,5	66,7	58,3	63	86
x22	Výstup	72,2	76,9	81,8	66,7	43,8	50	50	48,1	91
x23	Vstup	72,2	69,2	36,4	60,6	56,3	58,3	66,7	51,9	93
x23	Výstup	50	61,5	36,4	63,6	37,5	75	50	48,1	101
x24	Vstup	66,7	61,5	54,5	69,7	43,8	58,3	75	70,4	86
x24	Výstup	61,1	53,8	54,5	66,7	50	58,3	50	59,3	94
x25	Vstup	88,9	61,5	63,6	84,8	62,5	100	58,3	81,5	67
x25	Výstup	66,7	76,9	27,3	63,6	62,5	50	50	66,7	91

x25	Vstup	88,9	61,5	63,6	84,8	62,5	100	58,3	81,5	67
x25	Výstup	66,7	76,9	27,3	63,6	62,5	50	50	66,7	91
x26	Vstup	88,9	92,3	90,9	78,8	75	83,3	75	88,9	58
x26	Výstup	77,8	84,6	72,7	78,8	50	75	66,7	74,1	73
x27	Vstup	61,1	84,6	100	78,8	43,8	50	50	37	89
x27	Výstup	44,4	69,2	27,3	60,6	50	50	50	44,4	105
x28	Vstup	61,1	61,5	72,7	69,7	37,5	66,7	50	74,1	87
x28	Výstup	38,9	76,9	45,5	60,6	50	50	41,7	59,3	100
x29	Vstup	94,4	76,9	100	78,8	87,5	50	75	77,8	63
x29	Výstup	100	76,9	90,9	81,8	56,3	91,7	58,3	85,2	62
x30	Vstup	16,7	53,8	54,5	39,4	43,8	41,7	25	37	123
x30	Výstup	16,7	61,5	54,5	57,6	43,8	50	25	48,1	112
x31	Vstup	83,3	84,6	81,8	66,7	25	50	58,3	63	86
x31	Výstup	94,4	92,3	100	75,8	93,8	100	91,7	92,6	49
x32	Vstup	83,3	84,6	81,8	51,5	62,5	75	58,3	63	82
x32	Výstup	88,9	76,9	63,6	69,7	43,8	50	58,3	51,9	87
x33	Vstup	38,9	69,2	54,5	45,5	37,5	50	25	40,7	114
x33	Výstup	44,4	61,5	63,6	45,5	43,8	50	41,7	44,4	109
x34	Vstup	77,8	76,9	45,5	54,5	18,8	50	33,3	77,8	96
x34	Výstup	72,2	69,2	27,3	57,6	12,5	50	33,3	66,7	103
x35	Vstup	72,2	76,9	90,9	51,5	18,8	25	33,3	37	107
x35	Výstup	33,3	38,5	18,2	30,3	18,8	8,3	50	22,2	138
x36	Vstup	83,3	100	90,9	87,9	56,3	75	75	88,9	59
x36	Výstup	94,4	92,3	100	81,8	81,3	83,3	91,7	88,9	52
x37	Vstup	88,9	100	100	54,5	37,5	33,3	25	55,6	91
x37	Výstup	77,8	92,3	90,9	60,6	62,5	41,7	41,7	66,7	83
x38	Vstup	100	100	100	97	75	100	100	77,8	46
x38	Výstup	100	100	100	100	100	100	100	100	35
x39	Vstup	61,1	76,9	72,7	45,5	18,8	41,7	16,7	37	113
x39	Výstup	61,1	61,5	63,6	45,5	18,8	25	33,3	33,3	117
x40	Vstup	100	100	100	100	100	100	100	100	35
x40	Výstup	100	100	100	93,9	93,8	100	100	100	38
x41	Vstup	83,3	76,9	81,8	84,8	68,8	75	75	77,8	65
x41	Výstup	50	53,8	18,2	63,6	56,3	58,3	58,3	55,6	100
x42	Vstup	72,2	84,6	45,5	63,6	87,5	58,3	50	77,8	79
x42	Výstup	33,3	30,8	63,6	66,7	50	66,7	58,3	55,6	100
x43	Vstup	100	100	100	90,9	87,5	100	66,7	96,3	45
x43	Výstup	88,9	84,6	81,8	63,6	56,3	75	66,7	66,7	76
x44	Vstup	100	100	90,9	87,9	81,3	75	75	88,9	52
x44	Výstup	72,2	76,9	54,5	81,8	62,5	75	66,7	66,7	76
x45	Vstup	11,1	76,9	36,4	75,8	56,3	66,7	50	55,6	98
x45	Výstup	0	76,9	45,5	75,8	50	58,3	41,7	55,6	102