

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

Kvalita života pacientů s duševními poruchami

Bakalářská práce

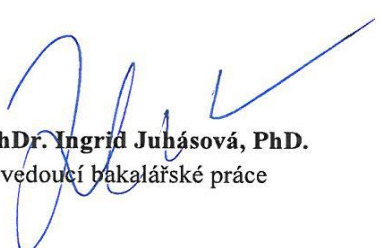
Autor: Kamila Benešová

Vedoucí práce: PhDr. Ingrid Juhásová, PhD.

Jihlava 2018

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Kamila Benešová
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	Kvalita života pacientů s duševními poruchami
Cíl práce:	Duševní poruchy představují velkou specifickou skupinu nemocí, s nimiž se zdravotnický pracovník setkává. Hlavním cílem práce bude zhodnotit úroveň kvality života u jednotlivých pacientů a vyhodnotit v jakých dimenzích kvality jsou odlišnosti. Kvalitativní výzkum bude realizován v Psychiatrické nemocnici Jihlava. Ke sběru dat bude použit polostrukturovaný typ rozhovorů. Výsledky výzkumu by měly pomoci sestrám v péči o duševně nemocné, aby věděli, na jaké dimenze kvality života jedince se mají více zaměřit a ty více zohledňovat.


PhDr. Ingrid Juhásová, PhD.
vedoucí bakalářské práce


PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Hlavním cílem práce je zhodnotit úroveň kvality života respondentů s odlišnými psychiatrickými diagnózami a vyhodnotit v jakých dimenzích kvality se navzájem odlišují. Prostřednictvím kvalitativního výzkumu, formou polostrukturovaného rozhovoru byly získány výpovědi dvanácti respondentů, kteří jsou hospitalizováni v psychiatrické nemocnici Jihlava. Rozhovor byl rozdělen na tři části, jehož výzkumné otázky sledovaly jednotlivé domény kvality života jedince. Z výsledků bylo zjištěno, že pacienty s afektivními a neurotickými poruchami ovlivňovala nemoc při běžném chodu domácnosti, ani jeden ze schizofreniků tento problém neuvedl. Schizofrenici udávají více problémů v práci. 6 respondentů udává, že jim chybí různorodé aktivity. 5 respondentů udává nedostatečné vztahy s blízkými, které hlavně ze skupiny schizofreniků byly narušeny. 8 z 12 respondentů uvedlo nespokojenost se svým fyzickým stavem. Z výsledků jsme také zjistili, že respondenti se s příchodem nemoci nevyrovnávali lehce a někteří se s ní vyrovnávají do teď. Výsledky výzkumu by měly pomoci sestřám pečujícím o psychicky nemocné, aby věděly, že by měly zaměřit pozornost na aktivizaci a podporu v léčbě.

Klíčová slova: duševně nemocní pacienti, duševní choroby, kvalita života, ošetřovatelství v psychiatrii

Abstract

The main aim of the thesis is to evaluate the quality of life of respondents with different psychiatric diagnoses and to evaluate the quality of their differences. Through the qualitative research, a semi-structured interview, the testimonies of twelve respondents who were hospitalized at the psychiatric hospital in Jihlava were obtained. The interview was divided into three parts, the research questions of which monitored individual domains of the individual's quality of life. The results found that patients with affective and neurological disorders were affected by the illness in the normal course of the household, and none of the schizophrenic subjects mentioned this problem. Schizophrenics report more problems at work. Six respondents indicate that they lack a variety of activities. 5 respondents reported inadequate relationships with relatives who were mainly disrupted by a group of schizophrenics. 8 out of 12 respondents reported dissatisfaction with their physical condition. From the results, we also found that respondents did not easily cope with the onset of illness, and some of them respond to it now. Research results should help nurses caring for mentally ill to know they should focus attention on activation and treatment support.

Keywords: mentally ill patients, mental illnesses, quality of life, nursing in psychiatry

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala především PhDr. Ingrid Juhásové, PhD., za odborné vedení této bakalářské práce, inspiraci, rady, připomínky, a hlavně za její trpělivost a drahocenný čas. Velmi děkuji respondentům, kteří mi poskytli cenné informace a vedení Psychiatrické nemocnice Jihlava za umožnění provedení výzkumu.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 25.4. 2018

.....

Podpis

Obsah

Úvod.....	9
1 Současný stav problematiky	10
1.1 Kvalita života	10
1.1.1 Rozsah posouzení kvality života.....	11
1.1.2 Kvalita života duševně nemocných	12
1.2 Duševní poruchy	13
1.2.1 Schizofrenie	14
1.2.2 Afektivní poruchy	16
1.2.3 Neurotické poruchy.....	17
1.2.4 Poruchy osobnosti.....	20
1.2.5 Ošetřování pacienta s různými typy duševních poruch	22
1.3 Sestra a její role v psychiatrii	23
2 Výzkum kvality života pacientů s duševním onemocněním	25
2.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky	25
2.2 Metodika výzkumu.....	26
2.2.1 Charakteristika výzkumného prostředí	27
2.2.2 Charakteristika vzorku respondentů	28
2.3 Výsledky rozhovorů	31
2.3.1 Výsledky - Důsledky vybrané nemoci na fungování duševně nemocného v běžném životě.....	31
2.3.2 Výsledky - Oblasti, ve kterých duševně nemocní pacienti pocítují snížení úrovně kvality života	36
2.3.3 Výsledky - Jak se pacienti s vybraným onemocněním dokázali vypořádat s přechodem ze zdraví do nemoci	45
2.4 Diskuze.....	53
2.5 Návrh na řešení a doporučení pro praxi	57

Závěr	59
Seznam použité literatury	61
Seznam příloh	64

Úvod

Psychiatrie je ve 21. století již považována za moderní lékařský obor. Dochází k velice pozitivním změnám v léčbě duševních nemocí. Psychiatrie už nevyužívá léčby jen pomocí psychofarmak, ale naopak dochází k léčení nemocného pomocí medikamentózní léčby společně s psychoterapií. U psychiatrů dochází ke snaze ke každému pacientovi přistupovat individuálně. V poznání duševních nemocí a v jejich léčbě nastal nepochybně za poslední léta zcela zásadní pokrok. Zásadní roli ve zlepšení stavu nemocného a zlepšení jeho kvality života hrají zdravotníci, obzvláště jsou to všeobecné sestry.

Všeobecná sestra hraje významnou roli v ošetrovatelské péči, může významně ovlivnit pacientův stav, po fyzické i psychické stránce. Sestra pracující na psychiatrii by měla být zručná, trpělivá, ale hlavně by se měla umět naučit vypořádávat s obtížnými situacemi a ke každému pacientovi přistupovat s neutrálním přístupem.

Téma naší bakalářské práce „Kvalita života pacientů s duševními poruchami“ jsme si vybrali, jelikož nás daná problematika zajímá a dle našeho názoru je v dnešní době stále více řešena. Obor psychologie a psychiatrie je velice zajímavý.

Práce obsahuje část, která popisuje současný stav řešení problematiky, která souvisí s objasněním pojmu kvalita života a přiblížení kvality života duševně nemocných pacientů. Druhá část se zabývá vybranými duševními poruchami. Duševní poruchy obsahují nekonečné množství různých nemocí, proto byli vybrány jen určité diagnózy.

Ve výzkumné části je popsána metodologie výzkumu. Prostřednictvím kvalitativního polostrukturovaného rozhovoru na vybraných respondentech proběhl kvalitativní výzkum v Psychiatrické nemocnici Jihlava. Rozhovor obsahuje otázky vlastní tvorby, které sledují kvalitu života jedince.

Cílem práce je kvalitativním výzkumem:

- srovnat kvalitu života a objasnit, které aspekty duševně nemocní upřednostňují,
- zjistit jaké důsledky má vybraná nemoc na fungování pacienta v běžném životě,
- zjistit, jak se pacienti s vybranou duševní chorobou dokázali vypořádat s přechodem ze zdraví do nemoci.

1 Současný stav problematiky

1.1 Kvalita života

Koncept kvalita života je obsažen širokou škálou různorodých oblastí od fyzických funkcí až po oblasti spojené s dosahováním životních cílů a také prožíváním životního štěstí (Gurková, 2011).

Pojem kvalita života je v současné době velmi frekventovaný, může být často využíván jako předmět výzkumu či interpretačním východiskem pro většinu problémů. Je to pojem, který je využíván v mnoha disciplínách. Například do medicíny, pedagogiky a psychologie se dostal přes sociologii a ekonomii, kde při výzkumu například životní úrovně vyšly najevo jako více rozhodující měřítko kvalitativní než kvantitativní (Řehulková et al., 2008).

Pojem kvalita života patří mezi pojmy interdisciplinární, a proto se dá velmi dobře využít tam, kde se z širšího hlediska věnujeme problémům člověka. Zkoumání kvality života určitým způsobem rozšiřuje a obohacuje výzkumy věnující se zdraví, které byly v současné době hodně používány např. v sociálním lékařství, nebo v pedagogice či psychologii zdraví (Řehulková et al., 2008).

WHO definuje kvalitu života jako: „*jedincovu percepci jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o velice široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí*“ (Vaďurová., Mühlparch, 2005, s. 11).

Z předchozích odstavců je jasné, že byla vytvořena řada definic kvality života, které se různě prolínají a vyzdvihují různé aspekty – v současné době ale neexistuje ani jedna definice, která by byla zlatým standardem a byla oficiálně jako jediná přijímána.

Kvalita života se dá rozlišit pomocí tří odlišných životních domén a těmi jsou: bytí, přilnutí a realizace (Payne, 2005).

Bytí (being - who is one), neboli obecná charakteristika daného člověka, která obsahuje tři podskupiny: fyzické bytí, které zahrnuje (fyzické zdraví, osobní hygiena, tělesný

pohyb, výživa, způsob oblékání a celkový vzhled), psychologické bytí (psychologické zdraví, kognitivní procesy, cítění, self-concept, sebekontrola a sebeúcta) a spirituální bytí (osobní hodnoty a přesvědčení, duchovnost, víra).

Přilnutí (belonging - napojení na vlastní prostředí), které se taktéž skládá ze tří subdomén: fyzické přilnutí (k domovu, pracovišti či škole, sousedství, komunitě), užší sociální přilnutí (k rodině, přátelům, sousedům, spolupracovníkům), přilnutí k širšímu prostředí - komunitě (pomocí pracovních příležitostí, adekvátních finančních příjmů, zdravotní péče a sociální práce, vzdělávacích a rekreačních možností).

Realizace (becoming - dosahování osobních cílů a nadějí), která vzniká z vlastního uskutečňování (placená práce, aktivity v domácnosti, školní a zájmové aktivity, péče o zdraví a začlenění do společnosti), relaxační aktivity (snížení stresu a relaxace) a uskutečňování růstu sebe samého-vlastní vývoj (aktivity pomáhající zachování a zlepšování svých znalostí a dovedností a přizpůsobování se změnám).

1.1.1 Rozsah posouzení kvality života

Dle Engela a Bergsmy (1988, In Křivohlavý, 2002) se dá kvalita života rozlišit ve třech základních odlišných sférách, a to makro-rovině, mezo-rovině a osobní neboli personální rovině.

- Makro-rovina – jedná se o otázky kvality života, které se zabývají velkými společenskými celky (jednotlivými zeměmi a kontinenty). Podle Bergsmy jde o absolutní smysl a zamyšlení nad jeho problematikou. Život v takovémto pojetí je popisován a chápán jako absolutní morální hodnota a kvalita života musí tomuto požadavku vyhovovat. Problematika kvality života tak řeší různé politické úvahy (hladomor, terorismus, chudobu a tak dále).
- Mezo-rovina – řeší otázky kvality života v tzv. malých sociálních skupinách např. škola, nemocnice, domov důchodců a tak dále. Zde jde opět respekt k morální hodnotě, ale také o otázky sociálního klimatu, vzájemných vztahů mezi lidmi, otázky uspokojování základních potřeb dané osoby v rámci dané skupiny a existence sdílených hodnot či sociální opory.
- Osobní (personální) rovina – tato rovina je definována nejvíce jednoznačně. Jde o život jednotlivce, jakéhokoliv člověka (pacient, lékař, kdokoliv) z kteréhokoliv

prostředí. Zde se dostáváme ke zmiňované subjektivní dimenzi. Jde o stanovování osobní hodnoty jednotlivce, týká se subjektivního hodnocení zdravotního stavu (bolesti, spokojenosti, naděje, představy, přesvědčení, různá očekávání. Každý z nás zde hodnotí kvalitu vlastního života a každý z nás má jiné hodnoty, naděje a očekávání (Křivohlavý, 2002).

1.1.2 Kvalita života duševně nemocných

Velice podstatný vliv na duševní zdraví mají kvalita života, sociální procesy, kulturní prostředí, celková kondice člověka a samotný přístup k životu. V psychiatrické péči v ČR od počátku 90. let 20. století nedošlo k žádným zásadním změnám a potýká se proto s dlouhodobým nedostatkem financí. Strategie reformy psychiatrické péče byla tvořena společně s evropskými a národními dokumenty.

Koncept kvality života (Quality of Life) se stal základní referenční oblastí této strategie. Globálním cílem této strategie je zvýšit kvalitu života osob s duševním onemocněním. Koncept je založen na multidimenzionálním pojetí kvality života jako celkové úrovně blaha jedinců v dané společnosti. Je složen z 12 domén kvality života, těmi jsou například zdraví a zdravotní péče, vztahy v rodině, zaměstnání a pracovní podmínky, bydlení, život v komunitě, aktivity ve volném čase, lidská práva a podobně (Reforma péče... 2013).

Výše definovaný globální cíl byl rozvržen do skupiny sedmi strategických cílů:

- 1. Zvýšit kvalitu psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování.*
- 2. Omezit stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně.*
- 3. Zvýšit spokojenost uživatelů s poskytovanou psychiatrickou péčí.*
- 4. Zvýšit efektivitu psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemoci.*
- 5. Zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti (zejména zlepšením podmínek pro zaměstnanost, vzdělávání a bydlení aj.).*
- 6. Zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb.*
- 7. Humanizovat psychiatrickou péči (Reforma péče... 2013, s. 9).*

V implementaci Strategie se počítá s rozvojem Center duševního zdraví, jako další možností služeb, které rozšíří nynější péči. Podpořen bude také rozvoj nových typů péče, které nemusejí přímo souviset s rozvojem CDZ (Reforma péče... 2013).

1.2 Duševní poruchy

Duševní poruchy můžeme charakterizovat narušením myšlení, nálady nebo chování, které nezapadá do obvyklých kulturních norem. Mohou být vyjadřovány různými příznaky, které zpozoruje jedinec sám, nebo blízcí obklopující nemocného.

Mezi nejčastější symptomy dle Hanzlovského (2013) patří:

- fyzické (somatické) příznaky mezi které spadají různé typy bolesti (bolesti hlavy, kloubů, svalů, břicha a podobně), také např. potíže se spánkem;
- emocionální poruchy, mezi ně patří pocity smutku, úzkosti, strachu, nebo naopak se může objevovat nadměrná veselost, přehnané prožívání;
- poruchy myšlení a kognitivních funkcí, zde můžeme přiřadit špatný úsudek, člověk není schopný jasně uvažovat, myslet a jednat, takzvané „vtíravé myšlenky“, potíže s myšlením a potíže udržet pozornost;
- poruchy chování – agresivní chování, nemocný není schopný vykonávat běžné denní činnosti, např. v souvislosti s užíváním návykových látek;
- poruchy vnímání (zkreslené vnímání) - různé formy halucinací, například sluchové a zrakové (Nejčastější duševní poruchy, 2013).

Definice WHO z roku 1948 formuluje zdraví jako stav plné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv pouze jako nepřítomnost choroby, poruchy či tělesné vady.

Podle Světové zdravotnické organizace je psychické zdraví stav duševní pohody (tzv. well-being), při které je jedinec schopný uvědomovat si a realizovat svoje jedinečné možnosti a schopnosti, vypořádat se s běžnými stresujícími situacemi, produktivně a úspěšně vykonávat činnost a práci, přičemž podle odborníků WHO duševní zdraví není pouze nepřítomnost duševní poruchy (Nejčastější duševní poruchy, 2013).

Hlavní představitel tzv. pozitivní psychologie Seligman (2014), zmiňuje pět hlavních kritérií duševní pohody a těmi jsou pozitivní emoce, schopnost plně se ponořit do prováděné činnosti, navazování autentických vztahů, pociťování života jako smysluplného a zažívání úspěchu.

Duševní poruchy mohou vznikat vlivem biologických (genetických) příčin, také mohou vznikat na základě sociálních a psychogenních vlivů. Nejčastěji se však objevuje kombinace více faktorů. U jednoznačně „biologických“ poruch, jako jsou například různá

organická onemocnění, hrají velkou roli v konečných projevech jistého postižení vlivy výchovy, okolí, sociální podpory a stimulace.

V současné době se udává za nejefektivnější komplexní přístup k léčbě duševních poruch. Tedy z hlediska somatické, sociální a psychologické oblasti, jelikož každá psychická porucha musí být chápána v souvislosti celého života nemocného (Mahrová, Venglářová, 2008).

1.2.1 Schizofrenie

Výzkumy ukazují, že celoživotní prevalence schizofrenie je okolo 1–1,5 %. U mužů začíná schizofrenie nejčastěji mezi 16-25 rokem života, u žen nejčastěji v rozmezí 22-34 let. Nejčastěji se však vyskytuje u mužů (Doubek, 2012).

Slovo schizofrenie pochází z řeckého původu (od základu slova „schizo“, které znamená štěpit, a „phren“, které znamená rozum a myšlení). Tento název měl vyjádřit rozštěpení (schizma) mezi myšlením, emocemi a chováním. Termín schizofrenie je bohužel chybně chápán širokou laickou veřejností jako „rozštěpení osobnosti“, jako by současně jedna osoba měla více osobností. Toto vysvětlení je ovšem špatné (Doubek, 2012).

Schizofrenie v plurálu, jsou duševní onemocnění popisované jako onemocnění s poruchami téměř všech psychických funkcí, především myšlení, vnímání, jednání a emotivity. Schizofrenie patří mezi psychotická onemocnění. Mezi příznaky psychózy patří bludy, halucinace, dezorganizovaný slovní projev a chování, poruchou vnímání reality (Tarava, 2007).

Je závažné duševní onemocnění, ovšem patří mezi onemocnění léčitelná. Na neštěstí nabádá osobnost pacienta. Mění se způsob, jakým člověk prožívá svět kolem sebe, okolí, ale i sám sebe. Společný svět začíná postupem času ustupovat do pozadí a místo něj nastupuje svět bludů, halucinací a fantazie (Doubek, 2012).

Schizofrenie je proces. Její pohyb časem se dá vyjádřit tak, že plyne. Důsledkem toho je ale skutečnost, že se nedá vyléčit, v tom smyslu, že se jí pacient může zbavit, jako při nachlazení. Schizofrenie se může pouze léčit a udržovat v remisi, někdy s větším, někdy s menším úspěchem. Schizofrenie ze své podstaty postupuje a postupně ničí organismus člověka, který je jí zasažen. Bere člověku síly a schopnosti jak v oblasti duševní, tak tělesné. V konečných stádiích nemoci dochází k tzv. „defektu“ či „deficitu“

osobnosti (Škoda 1963; Grover, Kulhara, 2008; Gureje, Cohen, 2011, In: Kučerová, 2013).

Příznaky rozdělujeme dle Doubka (2012) do tří skupin. Rozlišujeme příznaky pozitivní, negativní a kognitivní.

Typickými pozitivními příznaky u schizofrenie jsou halucinace a bludy. Halucinace se projevují zkresleným vnímáním reality a jsou to falešné smyslové vjemy, které nastávají bez určitého zevního podnětu. Nemocní mohou slyšet, vidět i cítit různé věci, které nevnímají ostatní. Halucinacemi mohou být zasaženy všechny naše smysly. Nejčastěji se vyskytují sluchové halucinace, kdy nemocný slyší buď jednotlivé zvuky (tikání, zvonění, škrábání), nebo také může slyšet složitější vjemy, jako jsou třeba hlasy. Hlasy k nemocnému mohou hovořit buď přímo, nebo o něm, nebo také mohou komentovat například jeho jednání. Velmi nebezpečné jsou takzvané imperativní sluchové halucinace, kdy hlasy dávají nemocnému příkazy. Pod vlivem těchto halucinací pak může docházet k nebezpečnému chování (Doubek, 2012).

Mezi negativní příznaky schizofrenie patří zejména snížené a ochuzené prožívání nemocného. U nemocného dochází ke slabému vyjádření emočních projevů, ochuzení myšlení a řeči, k oslabení vůle. Vyskytuje se ztráta motivace (stav apatie a naprosté ztuhlosti na několik dnů i týdnů, takže i běžné denní úkony vyžadují velké úsilí), také ztráta schopnosti prožívat radost. Komunikace s okolím je omezená. Je patrné i snížené používání mimiky obličeje. Další skupinou negativních příznaků jsou poruchy nálady, které mohou vést až k depresivním myšlenkám. (Doubek, 2012).

Kognitivní příznaky jsou považovány za jádrové příznaky schizofrenie. Snížená schopnost soustředit se, pamatovat si, cokoli plánovat a řešit problémy provází každou epizodu schizofrenie. Závažnost kognitivních příznaků je úzce spjata zejména s rozvojem negativních příznaků. Atypická antipsychotika prokazatelně zlepšují příznaky kognitivního postižení nemocných se schizofrenií. Míra kognitivního postižení přímo souvisí s funkčním uzdravením pacientů (Doubek, 2012).

Ve fázi akutní léčba zahrnuje odstranění pozitivních příznaků jako je agresivita, agitovanost, hyperaktivita. Mezi farmakoterapii v léčbě při schizofrenii patří neuroleptika (antipsychotika). Do léčby ještě patří psychosociální intervence, to znamená, že by u pacienta mělo dojít k minimalizaci stresů, tím, že bude probíhat jasná komunikace.

Podpora pacienta a tolerance. Nemocný by měl vědět všechny informace o léčbě. Důležité je přimět pacienta ke spolupráci a edukovat rodinu (Taraba, 2007).

1.2.2 Afektivní poruchy

„Poruchy nálady patří mezi nejčastější duševní poruchy a postihují z hlediska celoživotního téměř pětinu populace. Jednoměsíční prevalence afektivních poruch se přitom pohybuje mezi 5–7 %. Ekonomické důsledky tohoto onemocnění jsou enormní. Ve vyspělých státech současného světa představují deprese nejčastější příčinu ztrát pracovní schopnosti“ (Raboch, 2012, s. 260).

U afektivních poruch rozpoznáváme zejména dva syndromy: mánie a deprese. Lépe řečeno rozpoznáváme manické a depresivní epizody.

A. Manická epizoda (F30)

Mánie je naprostý opak deprese. Myšlení bývá urychlené, a nemocný mívá pocity, že má dokonce až mimořádné schopnosti a síly. Dochází ke zrychlení psychomotoriky. Také se zvyšuje schopnost navazování kontaktů s ostatními, také sem může patřit nevhodné partnerské navázání vztahů. Člověk nepocituje potřebu spánku, spíše energie. Mánii také doprovází somatické příznaky (Raboch, 2012).

B. Depresivní epizoda (F32)

Nejméně dvoutýdenní porucha nálady se projevuje depresí (obvykle nejhorší je v ranních hodinách), ztrátou zájmů a potěšení z příjemných aktivit, nespavostí, úzkostí, či apatií, s tím souvisí psychomotorické zpomalení nebo neklid až agitovanost. Deprese způsobuje výraznou ztrátu chuti k jídlu, hubnutí, snížení libida, nízké sebehodnocení a pocity viny. Depresivní epizoda ve své těžké formě vyvolá psychotickou poruchu v oblasti myšlení a vnímání (depresivní bludy, halucinace). Depresivní epizoda je spojena s vysokým rizikem sebevražedného jednání. Deprese výrazně zasahuje do pracovních a sociálních aktivit nemocného. (Raboch, 2012).

Léčba depresí zahrnuje podávání antidepressiv, při úzkosti se podávají anxiolytika a při nespavosti hypnotika. Také může být u nějakých případů indikována elektrokonvulzivní terapie (tzv. elektrošoky). U mírnějších, nebo středně těžkých forem se využívá psychoterapie.

C. Bipolární afektivní porucha (F31)

Bipolární afektivní porucha znamená, že se u pacienta rozvine minimálně jedna manická epizoda. U většiny pacientů se též mohou vyskytovat zároveň depresivní epizody. Relativně často prvním projevem bipolární poruchy je jedna nebo více depresivních epizod, tato informace je velice důležitá pro léčbu. Manické projevy se projeví v pozdější fázi (Raboch, 2012).

Nejvíce nápadnými projevy jsou rozmanitost a labilita nálady. Do léčby patří stabilizátory nálady, antidepresiva a antipsychotika. Také se využívá psychoterapie.

1.2.3 Neurotické poruchy

Jde o poruchy přizpůsobení se prostředí i o adaptaci vůči sobě samému. Neurotické příznaky může občas prožívat i zdravý člověk, protože mezi ně patří obavy, strach, úzkost, smutek, nejasný neklid a také pocity spojené s nespokojeností se životem. Příznaky jedince mohou obtěžovat a vnímá je jako nepříjemné. Kontakt s realitou u jedince nadále zůstává. Průběh neurotických poruch může být krátkodobý, např. reakce na stres, nebo může být taky porucha, která provází jedince po dobu jeho života a tou je obsedantně kompulzivní porucha (Hellerová, 2012).

I) Úzkostné poruchy

Úzkostné poruchy jsou zařazovány mezi nejčastěji se vyskytující psychiatrická onemocnění. Úzkostnou poruchou trpí jeden ze čtyř dospělých lidí tvrdí (Szymanská, 2015). Jde o neadekvátní reakci na stres, která je příliš dlouhá, silná a specifická. Úzkosti mohou pocházet z ovlivnění návykovými látkami, mohou mít organický původ, ale mohou vznikat i u psychóz a poruch osobnosti. Celoživotní prevalence činí 29 % (Kudrnovská, Votavová, 2014).

II) Fobické úzkostné poruchy

Jde o nepřiměřený, velice intenzivní strach z některých podnětů, situací či předmětů. Když se člověk setká se stresovou nebo ohrožující situací, většinou pociťuje úzkost a napětí. Tyto pocity považujeme za normální, i když se jedná o nepříjemně prožívanou adaptivní reakci na stres. Úzkost se považuje za abnormální jen tehdy, když je nepřiměřená, intenzita je vysoká a trvá příliš dlouho i po odstranění podnětu, který ji

vyvolal. Pokud jedinec cítí výraznou úzkost v určité situaci, nebo za přítomnosti určitého podnětu, pak se jedná u jedince o fobii (Hellerová, 2012).

III) Agorafobie

Člověk trpící agorafobií, trpí především vyhýbání se místům a situacím. Jsou to situace, či místa, ze kterých se těžko dostává, uniká. Mezi tyto situace patří pro příklad: metro, letadlo, výtah a další. Jedná se o fobii, protože jedinec se těmto místům vyhýbá, i když tam na něj nemohou číhat žádná nebezpečí (Kudrnovská, Votavová 2014).

IV) Sociální fobie

Sociální fobie se projevuje zvýšeným strachem z jedné či více společenských situací, pacient se těmto situacím systematicky vyhýbá. Pokud se pacientovi nepodaří těmto situacím vyhnout, pociťuje velké úzkosti. Má pocit, že ho ostatní sledují a negativně hodnotí za trapného a nemožného člověka. Tento jedinec má problémy s vyjadřováním před ostatními a s navazováním konverzace. Také může mít obtíže s jezením na veřejnosti a s použitím toalety na veřejnosti (Praško, Možný, Šlepecký a kol., 2007).

V) Specifické fobie

Specifické fobie zahrnují u jedinců strach z určitých skupin zvířat (psů, hadů, myší), hmyzu (brouků, pavouků...), létání letadlem, výšek, určitých jídel, zubních lékařů, pohled na zranění a krev, nebo také z určitých nemocí (Hellerová, 2012).

VI) Jiné úzkostné poruchy

A) Panická porucha

Panická porucha představuje opakované záchvaty úzkosti (paniky), nejsou způsobeny určitými podněty ani situacemi, přichází spontánně, provází je vegetativní příznaky, strach ze ztráty kontroly nad sebou a smrti. Hlavním příznakem jsou tedy opakované záchvaty úzkosti (paniky), nejsou však přiřazovány k žádné situaci, pacient je nemůže předvídat. Při záchvatu u pacienta člověka dochází k pocitu strachu, domnívá se, že se něco přihodí a ztrácí nad sebou kontrolu. Takzvaný záchvat (ataku) provází řada

tělesných příznaků: bušení srdce, bolesti na hrudi, pocit dušení a závratě. Ataky trvají přibližně několik minut, nejvíce 20 (Češková, 2015).

B) Generalizovaná úzkostná porucha

Mezi typické projevy generalizované úzkostné poruchy patří nadměrné zabývání se starostmi, stresujícími myšlenkami a neustálé napětí, nervozita, obavy. Jedná se v podstatě o běžné starosti, jako jsou například obavy o zdraví své rodiny, finanční starosti, strach a obavy spojené s prací a obavy spojené s budoucností. Dochází k únavě a úzkostem. Mezi hlavní příznaky patří svalové napětí, roztřesenost, závratě, bolesti hlavy, nevolnost, nadměrné pocení, bušení srdce a tak dále. Smíšená úzkostně depresivní porucha zahrnuje, jak vyplývá z názvu, příznaky úzkosti a deprese. Hlavní příznaky obsahují: pocit únavy, nedostatek energie, podrážděnost, pesimistický pohled do budoucna, nízké sebevědomí a pocity méněcennosti (Češková, 2015).

C) Obsedantně-kompulzivní porucha

U obsedantně-kompulzivní poruchy jsou přítomny obsedantní (vtíravé) myšlenky a kompulze, což jsou opakovaná, nesmyslná chování. Tato porucha se řadí do chronických onemocnění. Mezi základní obsese patří strach z nakažení. Opakované umývání rukou, počítání, nebo neustálé kontrolování různých aktivit (vypnutí sporáku, zamykání), toto jsou typické kompulze. Dokonce se v 50-77 % objevuje nejčastěji za přítomnosti depresivní a úzkostné poruchy, poruchami příjmu potravy, užívání návykových látek, trichotilomanií a Tourettovým syndromem (Češková, 2015).

D) Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení

Akutní reakce na stres je přechodná, může trvat nejdéle několik dní, je vlastně důsledkem traumatické události (přepadení, znásilnění, úraz). U jedince je přítomno zúžené vědomí, dochází k ustrnutí nebo agitovanosti. Znamky somatické a vegetativní jsou samozřejmě přítomny. Intenzita záleží na jedinci. Posttraumatická stresová porucha se liší tím, že se jedná o opožděnou odezvu na určitou stresovou událost. Hlavními projevy jsou opakované prožívání traumatické situace ve vzpomínkách (flashback), noční můry, vyhýbání se situacím připomínající danou traumatizující událost, otupělost a nadměrná

ostražitost. Stresory mohou být například: přepadení, válka, závažné dopravní nehody, přírodní katastrofy, zločin a podobně (Češková, 2015).

Do skupiny těchto poruch přiřazujeme také poruchy přizpůsobení. Jsou to reakce na významné životní změny či mohou být důsledkem náročných životních situací (Hellerová, 2012).

E) Jiné neurotické poruchy

Neurastenii popisujeme zvýšenou slabostí, únavností, podrážděním. Může se projevovat poruchami spánku, závratěmi a bolestmi hlavy. Depersonalizační a derealizační syndrom, depersonalizace znamená: změna vnímání sebe samého, nemocný se cítí jako kdyby jeho prožitky a emoce byli cizí. Derealizace znamenají pocity neskutečnosti. Nemocný vnímá okolí jako cizí (Češková, 2015).

1.2.4 Poruchy osobnosti

Žukov (2012, s. 325) udává že: *„Osobnost je vždy individuální soubor duševních, ale i tělesných vlastností člověka, které se utvářejí v průběhu vývoje a projevují se v sociálních interakcích. To, co je pro každého člověka charakteristické, je osobnostní struktura, která je tvořena vrozenými i získanými vlastnostmi. V průběhu vývoje, který je navýsost individuální, se stále více doplňují dispozice vrozené (temperament) a obohacují se vlastnostmi získanými (charakter)“.*

Poruchy osobnosti jsou obecně definovány jako přetrvávající způsob chování, myšlení a cítění, který může vést k různým potížím z pohledu sociálního, profesního a subjektivně prožívaného hlediska. Z této definice lze pochopit, že u člověka trpícího poruchou osobnosti dochází k nadměrným projevům některých osobnostních rysů (Probstová, Pěč, 2014).

Typické znaky poruch osobnosti lze dělit podle Corcoran a Walshe (2011):

1. Paranoidní porucha osobnosti: nedůvěra, podezřívavost.
2. Schizoidní porucha osobnosti: uzavřenost vůči sociálním vztahům.
3. Disociální porucha osobnosti: nedůvěra a potřeba moci nad druhými.
4. Emočně nestabilní porucha osobnosti: impulzivita, stabilní nestabilita afektů, identity.

5. Histriónská porucha osobnosti: nadměrná emotivita, snaha o pozornost.
6. Anankastická porucha osobnosti: důraz na kontrolu, perfekcionismus, řád.
7. Anxiózní (vyhýbavá) porucha osobnosti: hypersenzitivita, hlavně vůči kritice, pocity neadekvátnosti, sociální inhibice.

I. Paranoidní porucha osobnosti

Nemocný s paranoidní poruchou osobnosti je nadměrně citlivý na reakci okolí, cítí se uražený, odbylý a odstrkovaný. Jeho chování je především podezřívavé a cítí se, jako by mu bylo prakticky pořád ubližováno. Paranoidní myšlení u něj přetrvává stále, je vůči okolí nepřátelský, protože stále očekává útok od ostatních. V osobním životě také nevěří svému partnerovi. Pacient se nakonec může stávat ve společnosti nebezpečným článkem (Žukov, 2012).

II. Schizoidní porucha osobnosti

Při schizoidní poruše osobnosti si nemocný zachovává citový chlad, není schopen vyjadřovat své city k druhým lidem, neumí prožívat radost (anhedonie), projevuje velmi snížený zájem o kontakty s ostatními, i z hlediska sexuality. Okolí většinou nemocného vnímá negativně, a to jako nesdílného, uzavřeného, tichého podivína (samotáře) (Šlaisová, Marková, 2014).

III. Disociální porucha

Nemocní trpící disociální poruchou osobnosti neprojevují absolutně vůbec žádný zájem o city druhých. Ostatní lidé jsou pro ně lhostejní, a to platí i v případě jejich nejbližších. Tito lidé nemají schopnost udržovat delší vztahy. Nedělá jim problém vytvářet vztahy, ale ne na delší dobu. Po celý jejich život se dostávají do konfliktu se zákonem (Žukov, 2012).

IV. Emočně nestabilní porucha osobnosti

Člověk trpící emočně nestabilní poruchou osobnosti jedná impulzivně, není schopen ovládat své emoce, jeho jednání je spíše agresivní, s častými násilnými výbuchy. Tyto osoby nedokáží mít delší citové vztahy s ostatními. Mají nesprávné představy o sobě samém (hraniční typy) a o životních cílech. Nedokáží plánovat nic dopředu. Bohužel tyto lidé často zůstávají sami v životě, protože nejsou schopni vést stabilní vztahy s ostatními a často u nich může docházet k sebevražedným sklonům a sklonům k závislostem (Šlaisová, Marková, 2014).

V. Histriónská porucha osobnosti

Mezi hlavní rysy histriónské poruchy osobnosti patří teatrálnost, sebedramatizace, přehnané emocionální projevy, mělká a labilní emotivita, nedostatečné sebeovládání, citová zranitelnost a další. Tito lidé se nechají lehce ovlivnit ostatními lidmi a pocítují potřebu manipulace jinými lidmi k dosažení svých potřeb. Velice se soustředí na svou fyzickou přitažlivost a svůdnost.

VI. Anankastická porucha osobnosti

Mezi hlavní příznaky anankastické poruchy patří zvýšená opatrnost, pochyby, přílišné zabývání se pořádkem, detaily a pravidly. Lidé s touto poruchou trpí perfekcionismem a puntičkářstvím. **Anxiózní porucha osobnosti** – lidé s anxiózní poruchou trpí neustálým napětím, obavami z odmítnutí či kritiky ostatními lidmi. Neustále podceňují vlastní schopnosti. Nenavazují přílišné styky s ostatními, právě protože se obávají, že by mohli být odmítnuti.

VII. Závislá porucha osobnosti

Lidé se závislou poruchou osobnosti mají sklony k přenášení vlastní zodpovědnosti na jiné lidi. Nejsou schopni bojovat za svá práva a svůj názor. Nejsou dostatečně zodpovědní, a vnímají se jako bezmocní, neschopní lidé. Proto se tato porucha nazývá „závislá“, protože tito lidé si utvářejí závislost na ostatních osobách, které jsou za ně zodpovědné a nedokáží si představit, že by je ostatní opustili.

Mezi známější poruchy patří narcistická porucha osobnosti. Lidé s narcismem určitě každý z nás dokáže poznat. Jedná se o osoby velice sebevědomé, které nedokáží snést kritiku. Příliš mnoho se zabývají hodnocením sama sebe. Tito lidé se cítí být jedineční a důležití, nejsou si schopni připustit vlastní pochybení. Chovají se arogantně k ostatním osobám (Hosák, Zvěřina, 2015).

1.2.5 Ošetřování pacienta s různými typy duševních poruch

A) Pacient se schizofrenií a bludy

Pacienti s bludy se snaží být dominantní, chovají se provokativně, a snaží se také manipulovat. Jsou nadmíru kritičtí ke zdravotnickému personálu. Sestra by měla na začátku blud chápat a přijímat jako realitu pacientova života, ale nemyslet na to, že by taková myšlenka mohla mít smysl. Sestra by měla pomáhat pacientovi urovnávat jeho

spory s ostatními. Pokud je pacientovo chování příliš agresivní, je nutné zasáhnout. Sestra by se měla zaměřit na komunikaci o realitě a pacienta vyvést z bludných myšlenek a přesvědčení (Malá, Pavlovský, 2002).

B) Pacient s depresemi

Pacient s depresemi vyžaduje neustálé sledování a stálé pochvaly. Sestra musí pacienta povzbuzovat, ale také mu vysvětlit nutnost denních aktivit. Sestra by měla přijímat pacientův hněv, ale probírat ho s ním. Měla by ujišťovat pacienta, že je mu možné pomoci, ale jen když si pomoci nechá. U nemocných je důležité sledovat příjem potravy a tekutin a také dodržování osobní hygieny (Malá, Pavlovský, 2002).

C) Neurotický pacient

U neurotických poruch nemocní pocítují subjektivní pocit úzkosti, pocit anxiety ze situací, které jsou vnímány pacientem jako ohrožující, může být také přítomna tzv. volná anxiety (strach z toho, co přijde) a tzv. fobická anxiety (strach z určitého předmětu nebo situace). Pacienti bývají neklidní, bojácní, nebo se naopak můžou projevat jízlivě a našťavaně se zlehčováním sebe samého. Sestra by měla pacientovu úzkost postupně snižovat, nejdříve by jí měla porozumět, poté zjišťovat, jaké měl pacient myšlenky, než úzkost nastala, a jak se cítil z psychického a somatického hlediska. Pacientovi by měla navrhnout různá rozptýlení a aktivity, učit ho upravovat zkreslení myšlenek, naučit ho přijmout svoji úzkost (Malá, Pavlovský, 2002).

1.3 Sestra a její role v psychiatrii

Základní podstata práce sestry na psychiatrii je zcela odlišná od práce sestry na jiném oddělení. Sestra má za úkol důkladně poznat osobnost pacienta, poskytovat pacientovi oporu v náročných životních situacích a vytvářet nové bezpečnější struktury jeho života. Sestra musí být schopna zvládat náročné situace, které mohou nastat. Musí se dostatečně ovládat a měla by si umět zachovat k pacientům neutrální postoj.

Práce sestry na psychiatrii vyžaduje empatický postoj k obtížím pacienta, obětavost, ohleduplnost a hlavně trpělivost. V psychiatrii se klade velký důraz na individualitu klienta, péče o každého klienta je jiná, proto se musí zamezit tzv. stereotypnímu chování sestry. V současné době se upřednostňuje demokratičtější přístup k duševně nemocným. V dnešní době se prosazuje metoda, kdy každá ze sester má na starosti určitého pacienta. Efektivnost léčby se tak do jisté míry může zvyšovat (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

V současnosti může na psychiatrii pracovat sestra, která má ukončené bakalářské studium v oboru Všeobecná sestra. V péči o duševně nemocné se musí v zásadě využívat holistický přístup ke zdraví. Došlo k velkému posunu v ošetrovatelství v psychiatrii za posledních dvacet let. Dříve se využívalo tradičního lékařského modelu, kdy byl pacient pouze příjemce ošetrovatelské péče, nyní se využívá holisticky orientovaný přístup. Změny, které nese tento pozitivní posun, jsou vidět v odborné literatuře, národní a mezinárodní politice, ale především v každodenní praxi (A Vision for Psychiatric ..., 2012).

Holistický přístup založen systematicky, pomáhá pochopit problémy jednotlivých pacientů. Holistický přístup vyžaduje správnou analýzu onemocnění a poskytování zdravotní péče, která reaguje na všechny možné faktory, které mohou ovlivňovat zdraví (Wade, 2009).

V psychiatrickém ošetrovatelství nejsou důležité jen teoretické znalosti, ale také praktické dovednosti. Sestra musí zvládat efektivní komunikaci, protože často komunikuje s pacienty, kteří nespolupracují, jsou úzkostní, psychotičtí, či trpí narušenou schopností komunikace (Reforma péče..., 2013).

Psychiatrická sestra by měla důkladně znát psychofarmaka. Psychofarmaka mají specifickou dobu účinku a mohou mít různé vedlejší účinky. To vše patří ke znalostem sestry, aby mohla pacienta přesvědčit ke spolupráci, případně ho při zneklidnění uklidnit (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

2 Výzkum kvality života pacientů s duševním onemocněním

Výzkumná část obsahuje podrobný popis cílů a výzkumných otázek, metodiku výzkumu, charakteristiku vzorku respondentů a prostředí, a nakonec zhodnocení celého výzkumu a závěr s doporučením řešení pro praxi a diskuzí. Informace od respondentů popisujeme ve výsledcích výzkumu. Analýzu výsledků spojenou s teoretickými východisky a zkušenostmi respondentů uvádíme v diskuzi o problému.

2.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Hlavním cílem našeho výzkumu je: **zjistit, jak pacienti s duševním onemocněním hodnotí kvalitu svého života.**

Náš cíl vychází z problému výzkumu: **Jak pacienti s duševním onemocněním hodnotí kvalitu svého života?**

Hlavní cíl jsme rozdělili na dílčí cíle, z kterých vznikly výzkumné otázky, podle kterých byl také vytvořen polostrukturovaný rozhovor. Každý respondent na začátku rozhovoru musel uvést základní informace o sobě (věk, rodinný stav, zda má děti, jaké je jeho získané vzdělání, zaměstnání, popřípadě bývalé zaměstnání).

Dílčí cíle:

C1: Zjistit, jaké má vybraná nemoc důsledky na fungování duševně nemocného v běžném životě.

C2: Zmapovat, ve kterých oblastech nejvíce duševně nemocní pacienti pocítují snížení úrovně kvality života.

C3: Zjistit, jak se pacienti s vybraným duševním onemocněním dokázali vypořádat s přechodem ze zdraví do nemoci.

VO1: Jaké má vybraná nemoc důsledky na fungování nemocného v běžném životě?

Otázka rozhovoru 1: Měla vaše nemoc nějaké důsledky na běžný chod domácnosti? Jaké?

Otázka rozhovoru 2: Měla vaše nemoc dopad na správné fungování v práci?

Otázka rozhovoru 3: Měl/a jste například problém s vykonáváním běžné sebepeč?

VO2: Zmapovat, ve kterých oblastech nejvíce pacienti pocít'ují snížení úrovně kvality života.

Otázka rozhovoru 4: Jaké jsou vaše vztahy s rodinou?

Otázka rozhovoru 5: Změnily se nějak vaše vztahy s blízkými po zjištění vaší choroby?

Otázka rozhovoru 6: Dostává se vám psychické podpory od ostatních? Jak se projevuje?

Otázka rozhovoru 7: Povězte mi jedním slovem, co vám v životě chybí?

Otázka rozhovoru 8: Je například nějaká činnost (koníček), které se už nemůžete věnovat a chybí vám?

Otázka rozhovoru 9: Jste schopen fungování v běžném životě?

VO3: Zjistit, jak se pacienti s vybraným onemocněním dokázali vypořádat s přechodem ze zdraví do nemoci.

Otázka rozhovoru 10: Jaké věci se změnily ve vašem životě s příchodem choroby?

Otázka rozhovoru 11: Pocít'ujete na sobě nějaké změny od doby, kdy jste nemocný? Jaké?

Otázka rozhovoru 12: Dokážete určit možný důvod vzniku vaší nemoci? (braní návykových látek, špatné vztahy s rodinou, genetika)

Otázka rozhovoru 13: Jste spokojen/á se svým fyzickým stavem? (zdraví, kondice)

2.2 Metodika výzkumu

Pro výzkumnou část naší bakalářské práce jsme si zvolili kvalitativní formu výzkumu v podobě polostrukturovaných rozhovorů. Vybrali jsme si tuto metodu výzkumu z toho důvodu, že nám přijde přesnější z určitého hlediska a s pacienty jsem tak mohla navázat bližší kontakt. Výzkumných otázek bylo celkem 13, ovšem s mírnými odchylkami, které jsou u polostrukturovaného rozhovoru přípustné.

Nejdříve jsme si zvolili jeden hlavní cíl, z kterého poté vycházeli 3 dílčí cíle a výzkumné otázky. Cíle i výzkumné otázky jsou tedy vytvořené vlastní tvorbou. Inspirovali jsme se samozřejmě samotnými autory, kteří se kvalitou života zabývají. Naše inspirace pro tvorbu výzkumných otázek pocházela od autorů jako je Gurková (2011) z publikace Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetřovatelský výzkum a Payne (2005) z knihy Kvalita života a zdraví.

Ve výzkumu se zabýváme celkem třemi nemocemi, jsou to afektivní poruchy, neurotické poruchy a schizofrenie. Hlavním cílem práce bylo zhodnotit úroveň kvality života u jednotlivých pacientů s odlišnými diagnózami a vyhodnotit v jakých dimenzích kvality jsou odlišnosti. Na základě výpovědí jednotlivých respondentů došlo ke komparaci jednotlivých výpovědí, z nichž se stanovil závěr.

2.2.1 Charakteristika výzkumného prostředí

Výzkum probíhal v Psychiatrické nemocnici Jihlava, po schválení žádosti o povolení výzkumného šetření hlavní sestrou pro ošetrovatelskou péči v období od ledna do března 2018. Data byla zpracována pomocí Microsoft Office word 2016.

Vzorek respondentů byl vybrán z oddělení 1A, B a 5D. Před samotným zahájením výzkumu jsme se vždy napřed setkali s primářkou oddělení a prodiskutovali spolu důležité informace ohledně výzkumu. Paní primářce jsme ukázali naše výzkumné otázky a poté vysvětlili, co budeme zkoumat. Paní primářka nám po této konzultaci pomohla s výběrem respondentů, protože hlavním cílem bylo vybrat respondenta, který bude schopen odpovídat na naše výzkumné otázky.

Při výběru respondenta hrála hlavní roli diagnóza. Věk ani pohlaví nebyli důležité. Jelikož jsme se ve výzkumu zabývali celkem třemi diagnózami, museli jsme stanovit úměrný počet vzorku respondentů. Výzkumný vzorek čítá celkem 12 respondentů, tedy z každé diagnózy 4 respondenty.

Rozhovory jsme si po souhlasu pacienta nahrávali na záznamník v mobilním telefonu a zároveň zapisovali, co nám přišlo důležité. Rozhovory byly vedené na základě souhlasu pacienta, který byl jasně srozuměn s tím, že v naší práci bude uveden zcela anonymně. Rozhovory s pacienty byly uskutečněny v co nejklidnějším prostředí, které nám doporučil personál. Každý rozhovor trval v rozmezí od 15-40 minut. Jelikož jde o oblast psychiatrie, všechny informace o pacientech jsou velmi osobní a mohou být lehce zneužity, proto jsme nemohli nahlížet do dokumentací pacientů, ale sestry nám vždy ochotně řekli důležité informace o pacientovi.

Týden probíhali rozhovory s respondenty v psychiatrické nemocnici, poté jsme se přesunuli ke zpracovávání dat. Z patnácti rozhovorů se tři nepoužili, protože nebyli dostačující. Nejdříve jsme si sepsali základní informace o pacientech, stále dokola jsme

si přehrávali záznamy, za účelem zjištění podstatných informací. Dále jsme vytvářeli odpovědi, které jsme zapisovali do výsledků výzkumu.

Okruhy k otázkám jsme tvořili na základě znění výzkumných otázek. Respondenti a respondentky odpovídali na naše předem připravené otázky a mohli odbočit od tématu. Rozdělili jsme nakonec výzkumnou část na tři části, pro přehlednost v datech a lepšího stanovení výsledku. Ke každé otázce jsou přiřazeny odpovědi od všech respondentů. Tato metoda nám přijde přehlednější, z hlediska stanovení výsledků.

2.2.2 Charakteristika vzorku respondentů

Charakteristika respondentů s afektivní poruchou

Respondent 1: muž, 60 let (r.1958), ženatý, má 4 dospělé děti. Živí se jako majitel mlýna, vyrábí mouku. Jeho dosažené vzdělání je vysokoškolské s technickým zaměřením. Hospitalizován je na oddělení 1A již 41 dnů, jde již o 4. hospitalizaci. Léčí se od roku 2011. Jeho hlavní diagnóza zní: (F33.2) periodická depresivní porucha, současná fáze těžká, bez psychotických příznaků. Před sedmi lety v jeho 53 letech se mu objevili první známky nemoci. Mezi jeho vedlejší diagnózy patří arteriální hypertenze, hyperlipidemie, Diabetes mellitus na dietě. Z jeho rodiny se nikdo neléčí na psychiatrii.

Respondent 2: žena, 46 let (r.1971), vdaná, má dvě zdravé děti. Pracuje ve firmě Bosch (montování čerpadel), je vyučená na střední průmyslové škole, obor tkalcovství. Je hospitalizována na oddělení 1A 15 dnů, je to její 1. hospitalizace. Více než rok předtím brala antidepresiva a navštěvovala psychiatra. Její hlavní diagnóza zní: (F33.1) periodická depresivní porucha, současně středně těžká fáze. Matka i otec jsou zdraví. Dále se léčí se sideropenickou anémií, myopatií. Nyní má stav po distorzi pravého ramene. Prodělala operaci ve 23 letech.

Respondent 3: žena, 69 let (r.1949), vdova, má dvě zdravé děti a dva sourozence. Nyní je v důchodu, živila se jako kadeřnice. Vystudovala střední odborné učiliště se zaměřením holič, kadeřník. Je hospitalizována na oddělení 1A 26 dní. Léčí se již počtvrté od roku 2017. Její diagnóza zní: (F33.1) periodická depresivní porucha, středně těžká fáze. Trpí také poruchami spánku. Dále se léčí se zeleným zákalem, hypercholesterolemií a s varixy dolních končetin. V její rodině se nikdo na psychiatrii neléčil. Otec zemřel na infarkt, matka prodělala 2x centrální mozkovou příhodu.

Respondent 4: žena, 43 let (r.1974), je vdaná, rozvádí se, má dvě děti. Pracuje ve firmě Sanimat, firma na koupelny, obklady. Vystudovala střední hotelovou školu s maturitou. Je hospitalizována na oddělení 1B 22 dní, jde již o druhou hospitalizaci. Její hlavní diagnóza zní: bipolární afektivní porucha, současná fáze manická, bez psychotických příznaků. Nemá udané žádné vedlejší diagnózy.

Charakteristika respondentů s neurotickou poruchou

Respondent 5: žena, 26 let (r.1991), je vdaná má 1 dítě, čerstvě narozeného dvaceti- měsíčního syna. Pracuje jako zdravotní sestra v domácí péči. Vystudovala vysokou školu, obor všeobecná sestra. Je hospitalizovaná na oddělení 1A 8 dnů, je to její 1. hospitalizace. Její hlavní diagnóza zní: (F41.0) panická porucha, epizodická záchvatovitá úzkost. S ničím jiným se neléčí. Její matka byla závislá na alkoholu, zemřela, když bylo respondentce 9 let. Otec je zdravý, bratr se léčí se skoliózou, varixy dolních končetin a extrasystolami.

Respondent 6: žena, 55 let (r.1963), je vdaná, má dvě děti. Pracovala jako památkářka. Vystudovala vysokou školu architektonickou. Je hospitalizována na oddělení 1A 8 dnů, je to její 1. hospitalizace. Respondentky hlavní diagnóza zní: (F41.2) smíšená úzkostná a depresivní porucha. Před hospitalizací brala antidepressiva a chodila při tom do práce. S ničím jiným se neléčí. Nikdo z rodiny se na psychiatrii neléčil.

Respondent 7: muž, 53 let (r.1965), ženatý, má tři zdravé děti. Pracoval jako automobilový technik. Nyní pracuje ve firmě STK – kontrola vozidel. Vystudoval střední odbornou školu, obor automechanik. Je hospitalizován na oddělení 1A, již 37 dní. Je to jeho 1. hospitalizace. Jeho hlavní diagnóza zní: (F41.2) smíšená úzkostná a depresivní porucha. Nyní je ve stavu po úrazu hlavy, úraz se stal v říjnu 2017. Stav po traumatu akromioklavikulárního kloubu vlevo, arthrosis ACL (Anterior cruciate ligament) sin. postraumaticky cerviko- kranialgický syndrom. Otec zemřel na selhání ledvin (2017). Matka na komplikace diabetu před deseti lety. Sestra se léčí na psychiatrii.

Respondent 8: muž, 51 let (r.1967), je ženatý, má dva syny. Dříve pracoval jako automechanik. Nyní obsluha CNC přístroje. Vystudoval střední odborné učiliště, obor automechanik. Je hospitalizován poprvé na oddělení 1A, 29 dní. Hlavní diagnóza zní: (F45.0) Somatoformní poruchy, somatizační poruchy. Trpí světloplachostí. Mezi další jeho diagnózy patří vředová choroba gastroduodena. Je po operaci appendixu

a tříselné kýly. Otec zemřel pravděpodobně na rakovinu plic, matka zřejmě žije, léčí se s diabetem a revmatoidní artritidou.

Charakteristika respondentů se schizofrenií

Respondent 9: muž, 58 let (r.1960), rozvedený, má dvě děti. Má invalidní důchod od třiceti let. Do třiceti let pracoval jako automechanik. Vystudoval střední odbornou školu, obor automechanik. Je hospitalizován na oddělení 5D. Hlavní diagnóza zní: (F0.20) paranoidní schizofrenie. Má uvedeno, že trpí bludy a halucinacemi. Dále se léčí s hypertenzí. Prodělal infarkt myokardu v roce 2002. Má osteózu jater a obezitu.

Respondent 10: muž, 29 let (r.1988), svobodný, bezdětný. Živil se jako topenář, instalatér vodních potrubí. Vystudoval střední průmyslovou školu s maturitou. Žije sám ve chráněném bydlení Focus. Je hospitalizován počtvrté na oddělení 5D 311 dní. Je hospitalizován nedobrovolně, v ochranné léčbě. Hlavní diagnóza je: paranoidní schizofrenie. Ostatní diagnózy zní: syndrom závislosti na pervitinu, stav po borelióze (2008), stav po komoci mozkové, popáleninách obou horních končetin. Otcova matka v ambulantní psychiatrické péči a 2x byla v psychiatrické léčebně. Bratr matčiny matky opakovaně hospitalizován v psychiatrické léčebně - chronický pacient, již zemřel.

Respondent 11: žena, 24 let (r.1994), svobodná, bezdětná. Studovala střední odborné učiliště, obor kuchař, číšník. Výuční list nemá. Žije sama v garsonce. Nikdy nepracovala, bere invalidní důchod z důvodu léčení. Udává, že se léčí již šest let na psychiatrii. V psychiatrické nemocnici na oddělení 5D je to její 3. léčení od 28.11. 2017. Jinak se vždy léčila v Táboře. Na oddělení 5D je celkem 87 dnů. Je hospitalizována nedobrovolně. Její diagnóza zní: (F200) – paranoidní schizofrenie. Její vedlejší diagnózy zní: (F 192) – syndrom závislosti na více psychoaktivních látkách, THC, primární inferiorní intelekt. Stav po aplikaci sava do žíly v roce 2016, stav po epi paroxysmu po užití THC. Matka je zdravá, bratr se léčil na psychiatrii a dědeček z matčiny strany také.

Respondent 12: muž, 21 let (r.1996), svobodný, bezdětný. Studoval střední odborné učiliště, obor zedník, nedostudoval. Byl do 18 let ve výchovném ústavu (tzv. „pastáku“). Rok byl na svobodě. Od 19 let byl ve vězení z důvodu napadení. Nyní se léčí na psychiatrii na oddělení 5D již podruhé. Je hospitalizován rok a půl. Jeho hlavní diagnóza zní: paranoidní schizofrenie. Ostatní diagnózy: Smíšené a jiné poruchy

osobnosti, osobnost s disociálními a impulzivními rysy. Závislost na THC, abusus alkoholu. Matka i otec zdraví.

2.3 Výsledky rozhovorů

V této části naší bakalářské práce rozebíráme odpovědi respondentů na jednotlivé otázky našeho výzkumu. Analyzujeme, zpracováváme a vyhodnocujeme výsledky. Tato část patří mezi nejdůležitější části bakalářské práce, jelikož zjišťujeme výsledky našeho výzkumu a můžeme určit, zda se nám podařilo dosáhnout našeho cíle, či ne. Níže tedy vyhodnocujeme odpovědi všech respondentů na jednotlivé otázky rozhovoru.

2.3.1 Výsledky - Důsledky vybrané nemoci na fungování duševně nemocného v běžném životě

Otázka rozhovoru 1: Měla vaše nemoc nějaké důsledky na běžný chod domácnosti?

Respondenti s afektivními poruchami

R1: „*Určitě měla, netroufl jsem si sednout za volant, manželce jsem s domácíma pracema taky moc nepomáhal, většinou jsem tak polehával. Až se ten stav zhoršoval, až jsem požádal sám o hospitalizaci. Mě sem nikdo nedovezl, já jsem přišel sám a nechal sem se hospitalizovat.*“

R2: „*No to jo. Domácí směnu jsem nezvládala vůbec, hodně spím, přišla jsem po ranní směně a musela jsem si lehnout na tři hodiny. Pak zase vstát něco málo udělat a pak zase v deset jít spát. Přijdu ráno a odešlu děti do školy a třeba kolem 8. ráno jsem šla spát a spala jsem až do šesti do večera, že už jsem doma skoro nic nedělala.*“

R3: „*Měla, nebyla jsem schopna nic dělat. Chvíli jsem dělala a pak jsem si musela lehnout. Pociťovala jsem stres, úzkost a bojácnost. Přestala jsem spát, spala jsem jen do tří hodin a pak se začala rozvíjet ta úzkost. Nezvládala jsem klasické domácí práce.*“

R4: „*Normálně jsem prala, žehlila, vařila, fungovala jsem, ale dřív když jsem byla v depresi, tak jsem jen polehávala prostě třeba jsem slyšela i co se vlastně nestalo.*“

Respondenti s neurotickými poruchami

R5: „*Velký, velký... Poslední dny už jsem nebyla schopná nic. Nebyla jsem schopná vařit. O syna jsem se starala v autopilotovi. Nic mě nebavilo. Nemohla jsem se dostat z toho kruhu beznaděje, strachu, úzkostí. Hrát si se synem byl nadlidskej úkon. Bylo mi jedno jak vypadám.*“

R6: „*Jo měla, moc jsem toho v domácnosti nezvládala, manžel vařil. Já jsem prala, žehlila, uklízela. Brala jsem antidepresiva a chodila jsem do práce.*“

R7: „*Ne, to určitě ne. Já jsem měl úraz a od toho úrazu se mi tohle všechno nastolilo. Já jsem měl úraz ramene a hlavy. Spadl jsem asi z jednoho metru, jsem se proslápl nohou do prázdna, jestli vám to něco říká, prostě jsem myslel, že skočím na takovej špalíček a já jsem se ho netrefil a prostě jsem tou nohou šlápl úplně vedle a skulil jsem se a spadl jsem na hlavu a na rameno. No a po třech dnech jsem přestal vidět, všechno jsem viděl rozmazaně a dva a půl měsíce mě bolela hlava.*“ *U očního lékaře mi naznal stařeckou slepotu. Ted' momentálně nosím troje brýle a uvažuji o operaci. Mě totiž po tom úraze furt bolela hlava, tak jsem prošel kardiologií, neurologií, ale nikde nic nenašli, všechno bylo v pořádku, ale prostě furt jsem měl bolesti hlavy. No a ty bolesti hlavy mě dovedly až k tomu, že jsem zhubl 10 kilo, protože jsem přestal mít chuť k jídlu, chuť k životu no a sevřel se mi žaludek, dostal jsem žaludeční neurózu, rozklepal jsem se, byl jsem zesláblej, že mi nic jinýho nezbejvalo, než se sem jít hospitalizovat.*“

R8: „*Ano, žena se se mnou rozvádí.*“

Respondenti se schizofrenií

R9: „*No, ani ne, žena se toho chopila a zastala všechno. Já jsem nakonec zůstal tak jaksi stranou. Takže jsem se začal věnovat s kamarádem myslivosti a ta přispívala do takzvanýho „rodinnýho koše.*“

R10: „*No, na vaření a mytí nádobí asi ne, spíš jakože třeba, když jsem doma, tak prostě kouřím v jedný místnosti a kolikrát si třeba ani nevyvětrám, nebo nejsem až tak pořádněj, je mi jedno když jsou zbytky po stole. Luxuju málokdy.*“

R11: „*Ne, vůbec. Pečuju sama o sebe a celkově. Mám chráněné léčení a opatrovnici, jsem jakoby bez práv.*“

R12: „*Ne.*“

Na tuto otázku 6 respondentů (R1, R3, R5, R6, R8) odpovědělo, že jejich nemoc měla důsledky na běžný chod domácnosti a zbylých 6 respondentů neuvedlo žádné důsledky. U depresivních pacientů převážně převažovala únava. Z hlediska afektivních a neurotických poruch vždy 3 ze 4 respondentů uvedlo, že jejich nemoc měla důsledky na chod domácnosti. Pacientka s mánií (R4) uvedla, že žádný problém nemá, ale že když trpěla depresemi, tak problémy měla. U respondentů s úzkostmi odpověděl pouze R7, že žádný dopad se nevyskytoval, jelikož se jednalo o úraz. U schizofreniků všichni odpověděli, že se žádný důsledek v podstatě nevyskytl. Pokud bych měla zhodnotit celkový vzorek respondentů, tak výsledek vyšel 6/6, tedy 50 % uvedlo, že jejich nemoc měla dopad na běžný chod domácnosti. Nejhuře na tom tedy byli respondenti s depresemi a úzkostmi z hlediska chodu domácnosti.

Otázka rozhovoru 2: Měla vaše nemoc dopad na správné fungování v práci?

Respondenti s afektivními poruchami

R1: „V práci jsem nemohl fungovat, všechno zastal pan provozní. Nedělal jsem nic, protože jsem polehával doma. Já jsem měl tu depresi poměrně silnou, to vlastně člověka úplně deklasuje. Když máte pořádnou depresi, tak nejste schopni nic dělat, takový rady jako vem si tenisky a proběhni se, to prostě nefunguje. Už se mi to jednou podařilo, že jsem padl do deprese a do 14 dnů jsem se z toho vzpamatoval, tak jsem doufal, že to bude zase přechodný. V práci jsem nedělal prakticky nic, já jsem tam ani nechodil.“

R2: „No, tak ono tam jakoby je to taková opičárna, se dá říct, tam se naučíš a jedeš. Těch osm hodin se dá, vydržíš, no. Snažila jsem se vydržet tu směnu, možná tím podvědomím, že jsem věděla, až přijdu domu, tak padnu.“

R3: „Já nechodím do práce, já už jsem v důchodu.“

Respondentka dodává, že jí nemoc diagnostikovali, když už nechodila do práce.

R4: „Když jsem byla v depresi, tak ano, protože jsem nestíhala prostě běžnej chod ničeho, ale to je každé prostě, kdo je tady v depresi.“

Respondenti s neurotickými poruchami

R5: „Já jsem na mateřský, takže jo, jako jo, prostě celkově. Já mám celej život jakoby drobný úzkosti ze stresu, ale prostě jako u normálního člověka by to vygradovalo, tak mi to vygradovalo do těch ošklivých úzkostí.“

R6: „*To ne, to jsem zvládala.*“

R7: „*Neměl, to potom spíš jakoby, až teď jsem zůstal už takovou dobu doma, tak mám strach, jestli se vůbec do té práce můžu vrátit, protože špatně vidím, to mi bude při tom vadit, od novýho roku se spoustu novinek hodně jakoby v tom oboru stalo, takže o to jsem teď opožděnej, takže mám takový spíš obavy se jakoby teď vrátit do toho zaměstnání.*“

R8: „*No určitě. Tak já mám světloplachost, už jsem to nemohl vydržet, tak jsem musel jít sem. Já jsem světloplachej, což znamená že špatně snáším světlo.*“

Respondenti se schizofrenií

R9: „*Vzali mi řidičský průkaz. Nemohl jsem vůbec nic dělat, zkoušel jsem to, ale buď mě chtěli vzít do práce, ale doktor mě třeba nepustil, nebo mě nechtěli vzít do práce, kvůli nějakým těm předsudkům. Musel jsem zůstat doma a být na invalidním důchodě. Nemohl jsem mít odpovědnost, abych mohl být tam třeba sám.*“

R10: „*Že mi dlouho trvalo, než jsem se zaběhl jakoby. Pro začátek, jak se tam nedá pořádně pohybovat, tak jsem byl ztuhlej. Dlouho mi trvalo, x měsíců, než jsem se prostě rozběhal no, jakoby. Než jsem něco udělal, tak jsem se táty zeptal.*“

R11: „*No, já se právě šest let léčím tady na psychiatrii, takže беру důchod, do práce bych nejradši šla, že bych nebrala důchod.*“

R12: „*Ne, neměla.*“

Odpovědi byly následovné: 5 respondentů problémy neuvedlo, jelikož buď do práce nechodili, nebo nechodí, nebo se jim jejich nemoc v době, kdy chodili do práce, ještě nevyskytla (R3). U afektivních poruch 1 ze 3 respondentů uvedl problémy. U neurotických p. to byly 2 ze 2. Respondenti se schizofrenií 2 ze 2 dopad uvedli. Respondentka R4 (mánie) opět uvedla, že když byla v depresi, problémy měla. Dalších 5 respondentů problémy uvedlo a to (R1, R5, R8, R9, R10). Z celkového vzorku 2 respondenti (R11 a R9) pobírají invalidní důchod z důvodu nemoci. Takže mohu zhodnotit, že 5 z 12 respondentů, čili 40 % uvedlo, že jejich nemoc měla dopad na běžné fungování v práci. Nejhuře na tom z hlediska fungování v práci byli respondenti s depresemi a schizofrenií.

Otázka rozhovoru 3: Měl/a jste problém s vykonáváním běžné sebepečce?

Respondenti s afektivními poruchami

R1: „*To ne, to jsem se holil a všechno jako jo. To jsem se vždycky zakousnul, když měla bejt ta osobní hygiena, jednak máte doma třináctiletou dceru, tak jsem tam nemohl chodit, abych páchnul nějak nemytej, to by se mě začala bát dcera za chvíli.*“

R2: „*No, tak jakoby, začala jsem se zanedbávat, nepoužívám kosmetiku, už mi je to jedno, v čem jdu oblečená jakoby.*“

R3: „*No to taky, to jako umýt se a najíst se, něco si udělat k tomu jídlu, všechno je taková práce, jsem nejradši ležela. To se nějak nedá říct, že by člověk fungoval.*“

R4: „*No, to zase je s tou depresí. Když člověk spadne úplně na dno, když už se nemá rád, když nemá žádný sebevědomí., tak prostě nemůže nic jako pořádně dělat a vlastně ten vnitřek se projeví na zevnějšku, ten člověk vypadá třeba o dvacet let starší.*“

Respondenti s neurotickými poruchami

R5: „*No, to ne, ale bylo mi to jako jedno, jak vypadám. Ne, že bych se šla namalovat nebo něco, to mi bylo úplně putna, ale takovej ten základ jo, abych mohla vyjít mezi lidi nebo tak.*“

R6: „*Ne. Jist jsem nemohla, protože jsem měla sevřenej žaludek, neměla jsem chuť.*“

R7: „*Ne vůbec. Já už jsem ve 4:10 vstával každej den. To já už jsem ráno nakrmil hospodářství.*“

R8: „*Ne, to jsem neměl, ale nemohl jsem zase třeba číst knížky a takový věci.*“

Respondenti se schizofrenií

R9: „*Ne, to ne.*“

R10: „*To ne, ale oblečení pohazuju.*“

R11: „*No, tak to není problém, ráda o sebe pečuju, celkově hygiena je základ ženský, to je nejlepší.*“

R12: „*Měl no, nebyly na to prachy, na jídlo nebyly peníze, na oblečení nebyly peníze, na pití nebyly peníze, ale jako sprchoval jsem se, všechno.*“

Na tuto otázku 3 respondenti (R2, R3, R12) z 12 respondentů uvedli, že měli problém se sebedpěčí. R3 udává, že se musela vůbec přinutit, aby vstala. R4 opět udává, že s vykonáváním běžné sebedpěče problém měla, když byla v depresi, nyní je v mánii. R12 zase udává problémy z hlediska financí. U neurotických poruch všichni respondenti odpovídali kladně a to tedy, že se u nich žádný problém nevyskytl. Můžeme tedy zhodnotit, že problém se sebedpěčí mají pouze respondenti s depresi. R12 pochopil otázku špatně. Nejlépe dopadli schizofrenici. Z celkového počtu respondentů 30 % ze 100 % uvedlo problém se sebedpěčí.

2.3.2 Výsledky - Oblasti, ve kterých duševně nemocní pacienti pocítují snížení úrovně kvality života

Otázka rozhovoru 4: Jaké jsou vaše vztahy s rodinou?

Respondenti s afektivními poruchami

R1: „Výborný, jsme rodina, že držíme všichni při sobě, s manželkou se máme rádi, jsme spolu už 33 let a to víte, že někdy taky dojde k neshodě, ale nikdy to není tak velká neshoda, aby hrozil nějaký propad manželství. Někdy dojde k takový temperamentnější výměně názorů, oba se tomu pak zasmějeme a všechno uvedeme na pravou míru. Mám nesmírný štěstí, že jsem potkal takovou manželku jako jsem potkal. Tam vůbec není žádný problém.“

R2: „No, tak jako běžně, no nevím, tak občas trochu jako vyprsknu a zakřičím na děti, když neposlouchají, začnou odmítovat. S manželem tak trochu, jakoby, není to už ono jako bylo kdysi, starosti, děti, on taky chodí na směny. Trošku dávám sobě za vinu, že se nevěnuju dětem, malá chodí do 7. třídy, malý do 3. třídy a nesednu s nima s těmi úkoly a oni asi sami to nechtějí moc, zapracovat na sobě. Cítím a vidím, že to je trochu i moje vina. To mě mrzí trochu, no.“

R3: „Dobrý, je to v pořádku.“

R4: „Já myslím, že dobré.“

Respondenti s neurotickými poruchami

R5: „No, paradoxně díky tomu, že jsem tady, tak se zlepšily, protože si všichni uvědomili, že nejsem robot a prostě už to nešlo dál, prostě jsem musela dělat všechno, ale s manželem

normální dobřej vztah, s otcem mým byl takovej chladnější, ale teď se jako stará, volá. On na nás zůstal sám, já když jsem byla malá, tak mi umřela mamka v devíti a moc to nezvládal a je takovej jako přísnější, takže asi tak ten vztah vypadal, on neumí dát najevo jako že má někoho rád. Díky tomu že jsem tady a nebyla jsem na tom úplně dobře, tak když jsme si volali, tak se snažil projevit, že mě má rád a s bratrem dobrý vztah. “

R6: *„Velice výborný. Tam je spíš taková tendence, že já jakoby mám spíš strach o tu rodinu, čili ta deprese je spojená s úzkostí, že jsem pesimista, takže vidím všechno černě, takže se o tu rodinu bojím, že se může něco stát. “*

R7: *„Výborný, mají o mě starost, chtějí mě pomoci. Děti jsou hrozně hodný, mě navštěvují, se střídají. “*

R8: *„Já doufám, že dobrý. “*

Respondenti se schizofrenií

R9: *„No, docela jsem, když jsme se rozešli, tak jsem měl dobrý vztahy, ale prostě jak se nevidáme, tak ty vztahy prostě zanikají, prostě zanikají a zanikají, až se děti nehlásí a já jsem z toho docela roztrpčený. Před sedmi lety jsme se rozvedli se ženou, žena se stará o svoji matku, tam chodí na návštěvu děti, ale ke mně se děcka nehlásí. “*

R10: *„No, já nevím, jak se to říká, na hladině, na vodě, kolísavý? Já jsem si tu schizofrenii navodil vlastně braním pervitinu a když na něm nejsem, tak funguju dobře i s tou schizofrenií, ale když prostě na tom jsem, tak jsem agresivní. Otec na mě ještě nezanevřel, matka teď nedávno umřela, jinak jsem si s ní volal každý den skoro, dělil jsem se s ní o ty drobný radosti, co si tady dělám, když si třeba koupím mikinu a tak, no tak to mi trochu chybí. Sestra, nevím proč, ta se se mnou nebaví. Já jsem jí někdy něco udělal, já už nevím co, ona mi to nechce říct, takže už to ani nezjistím. “*

R11: *„Rodina, tak supr, že jo, tak jako já nevím. Ty mají teď spoustu starostí sami, velký, já potřebuju spíš pomoci jim, než aby pomohli oni mně. “*

R12: *„No, mamka žije s přítelem a ten přítel mě nemá rád, takže k mámě nemůžu a k tátovi taky nemůžu. Jinak chodí na návštěvy táta, s mámou nejsem v kontaktu. “*

Z analýzy rozhovorů vyplývá, že celkem 7 respondentů odpovědělo kladně, to znamená, že mají dobré vztahy s rodinou. R2, R5, R9, R10, R12 odpověděli záporně. Takže tři respondenti (R9, R10, R12) s onemocněním schizofrenie nemají dobré vztahy s rodinou.

Z afektivních poruch (R2) a z neurotických poruch (R5) také nemají dobré vztahy s rodinou. Takže 60 % ze 100 % odpovědělo kladně.

Otázka rozhovoru 5: Změnily se nějak vaše vztahy s blízkými po zjištění vaší choroby?

Respondenti s afektivními poruchami

R1: „Ne ne ne, naopak, já bych řekl, že se právě vztahy utužily. Já jsem tu pomoc potřeboval, manželka za mnou prakticky každý den jezdila, když to šlo, což svědčí o tom že jí i na mě záleží, vždycky rádi se znova vidíme.“

R2: „No, tak vlastně já už před nemocnicí brala více než rok antidepressiva, bylo trochu zklidnění, už mě to tak nenervovalo, to, co bylo třeba neuklizeno, mohla jsem to tak hodit za hlavu, stejně se to tenhle rok zase zhoršilo. Ne tolik jsem křičela, nadávala, nežádala jsem, aby tam děti uklidily.“

R3: „Ne, ne.“

R4: „Občas mě manžel buzeroval v práci, že tam mám kupu papírů, že to nestíhám, ale pak se omlouval, jednou na mě řval před zaměstnanci, že jsem psychopat, a to si myslím že taky není úplně v pořádku.“

A dodává: „Víte, ona je rovina, to je člověk normální... když má teda tu maniodepresi... pak, když spadne dolů, tak je deprese a když nahoru tak je mánie a když je člověk v té mánii, tak si opravdu představuje, že lítá v oblacích... Já myslím, že teďka normálně, racionálně myslím.“

Respondenti s neurotickými poruchami

R5: „Paradoxně, když jsem tady, tak se zlepšily, nikdo mi nic nedává za zlý, všichni jsou strašně hodní a uznávají, že by mi měli třeba víc pomáhat, abych se odsud mohla dostat.“

R6: „Ne, spíš mě podporují.“

R7: „Ne, vůbec.“

R8: „Ne, kromě ženy, tak ne, žena se se mnou rozvádí kvůli mému stavu, ale s ostatními to mám tak, jak jsem měl.“

Respondenti se schizofrenií

R9: „*Děti se ke mně nehlásí, já nevím, jestli prostě se za mě stydí, nebo proč se ke mně nehlásí, nevím, neptal jsem se, nechci se ptát.*“

R10: „*Ne, k dost lidem mám prostě otevřenou cestu, ale ne v ten moment, co sem tady, takže, jako se se mnou moc nebavěj pro ten moment, co sem tady. Třeba některý kamarádi, vadí jim, že jsem tady, oni tomu nerozuměj, koukaj na to, že se sebou něco dělám, že se léčím, ale že se sebou nic nedělám, že jim vadilo, že jsem bral. Sestra na mě taky zanevřela.*“

R11: „*Ne, celkově, já nejsem malá holka, že jo, nevím, všechno v pohodě.*“

R12: „*Nic se nezměnilo, akorát, když jsem zavřenej, tak se o mě víc stará rodina, když jsem zavřenej.*“

Z analýzy rozhovorů vyplývá, že celkem u osmi respondentů se jejich vztahy nezměnily. Ovšem u (R4, R8, R9, R10) změna nastala. R4 udává problémy s manželem, R8 udává, že se s ním žena rozvádí, kvůli jeho zdravotnímu stavu. R9 udává, že se k němu děti takzvaně „nehlásí“ už delší dobu. R10 udává, že jeho kamarádi nechápou důvod hospitalizace a přijde jim nepotřebný, zároveň udává, že na něj sestra „jakoby zanevřela“. Vyplývá tedy že u 20 % ze 100 % respondentů se jejich vztahy změnily z čehož dva respondenti jsou schizofrenici. Zbylí respondenti (R1, R5) udávají, že se u nich vztahy spíše utužily.

Otázka rozhovoru 6: Dostává se vám psychické podpory od ostatních?

Respondenti s afektivními poruchami

R1: „*Určitě, určitě, nejen od manželky, ale od všech potomků čtyřech, pravidelně mi volají a ptají se, jak sem na tom a když jim říkám, že se to zlepšilo, tak jde vidět, že jsou šťastní všichni, jako.*“

R2: „*Od manžela jo, máma píše sms a tak jakoby... dětem jsme ani neřekli, že jsem tady, nevím... Řekli jsme, že jsem se žádama v nemocnici a že je teď karanténa, tak jakoby stejně za mnou nemůžou. Jsem se bála, že možná jakoby mě nepochopí a bude to pro ně traumatické, a budou brát vinu na sebe, že oni za to můžou, že oni mě neposlechly a taky malý je ještě takový menší, tak aby něco neprokecnul ve škole a aby se mu neposmívali, že mamka je v blázinci (smích).*“

R3: „Dostávám no, to si voláme každé den ráno, večer...“

R4: „No, třeba teďka dokonce, když teda jsme se s tím manželem rozvedli, kvůli nevěře s mojí kolegyní a já získala důkaz, tak jsem ze dne na den odešla jak z práce, tak jsem podala žádost o rozvod. Moje rodina neměla manžela ráda...takže jsem vlastně získala ztracenou sestru třeba, s kterou jsem se 21 let nebavila, protože jsem se zastávala manžela... Takže od ní mám podporu tak, že ona sem přijede a doveze mi věci. On třeba taky nechtěl, abych tam za ní jezdila, on je manžel trošku majetnickej. Mamka mi volá, já si volám se synama.“

Respondenti s neurotickými poruchami

R5: „Úplně, to si nemůžu stěžovat, snaží se všichni.“

R6: „Voláme si každý den, volám synovi, dceři, manželovi, volám já, oni neví, kdy mám volno, je určitá hodina a volám.“

R7: „(kývá)...jednou jsem se dostal na víkend domu, to bylo takový zpestření. Člověk se zase přeorientoval na ten život, jak by to běželo dál. Ted' jsem tři týdny nebyl doma, tak uvidím, co to se mnou udělá, až se vrátím domu, abych se srovnal. Takhle kdyby to bylo každé tejden, že by se člověk mohl dostat domu, tak by to na tý psychiatrii určitě pomohlo.“

R8: „Od ostatních dostávám psychickou podporu, kromě ženy.“

Respondenti se schizofrenií

R9: „Od kamarádů, některý kamarádi mě udržují nad vodou.“

R10: „Ano, mám.“

R11: „Jo, tak jako já jsem nad věcí, že jo, já se nenechám zrušit kvůli nějakým lidem. Já už jsem toho tolik přežila, že jsem ráda, že jsem naživu, akorát jsem vyčerpaná tady z toho, z té psychiatrické léčebny.“

R12: „Ano“.

Na tuto výzkumnou otázku můžeme odpovědět velmi jednoznačně. Všichni respondenti odpověděli kladně, takže se jim psychické podpory dostává. Tuto otázku mohu hodnotit

100 % ze 100 %. Až na R8, který udává že psychickou podporu dostává, ale ne od své ženy.

Otázka rozhovoru 7: Povězte mi jedním slovem, co vám v životě chybí?

Respondenti s afektivními poruchami

R1: „*Kontakt s rodinou.*“

R2: „*No, jakoby, spíš, chtěla bych, aby ta únava odešla, abych neměla ten chaos, abych měla ten klid, aby jakoby ta uspěchaná doba šla pryč.*“

R3: „*Ježiš, já nevím, co mi chybí? Lásku mám... od dětí. Co by to ještě mohlo bejt? No to zdraví mi chybí, dyť blbě vidím, blbě s těma nervama.*“

R4: „*Ted' mi chybí ta svoboda.*“

Respondenti s neurotickými poruchami

R5: „*Syn.*“

R6: „*Nevím.*“

R7: „*Ted' mi chybí ten zrak.*“

R8: „*Žena mi chybí.*“

Respondenti se schizofrenií

R9: „*Láska.*“

R10: „*Svoboda.*“

R11: „*Můj domov, nejradši chlapa mít pořádnýho, aby se o mě postaral, nebo já o něj teda, abych se dala dohromady, abych už teda přestala dělat ty kraviny, co jsem dělala a abych už začala normálně žít.*“

R12: „*Nevím, co mám říct, mě chybí všechno, mě chybí hodně věcí, víte? Není to jenom jedna věc...*“

Z analýzy rozhovorů vyplývá, že většina respondentů, celkem 5 (R1, R5, R9, R11, R8) odpověděli, že jim chybí rodina, nějaký člen rodiny, nebo láska. R10 a R4 se se svou odpovědí shodovali, oba odpověděli, že jim chybí svoboda. R7 odpověděl, že mu chybí

zrak, jelikož po úrazu o něj částečně přišel. R6 uvádí, že neví a R12 uvádí, že mu chybí vše. Takže nejvíce respondentům, tedy pěti, chybí blízcí. Odpovědi byli velmi rozmanité, proto nemohu určit jasný výsledek této otázky.

Otázka rozhovoru 8: Je například nějaká činnost (koníček), které se nemůžete věnovat a chybí vám?

Respondenti s afektivními poruchami

R1: „Tak já rád jezdím na kole a to doufám, že se tomu budu nadále věnovat, na kolečkových bruslích, rád čtu... To už právě je i známka toho, že se můj stav zlepšil, že se dokážu soustředit tedy na četbu, když jsem tady byl ze začátku, tak člověk se na to nesoustředí, to přečtete půl stránky a furt se vám honí hlavou nějaký zmatky, tak odložíte knížku. Ted' zvládnou knížku přečíst za půl dne.“

R2: „Jako už nedělám nic, co jsem dělala kdysi, ráda jsem četla a malovala. Ted' bydlíme u lesa, tak chodím do lesa.“

R3: „Já nevím, pletení možná no, protože na to blbě vidím.“

R4: „Dělat návrhy koupelen, to mě bavilo vždycky, no a potom mě baví upravovat fotky, no a to tady nemůžu dělat.“

Respondenti s neurotickými poruchami

R5: „Šití, ráda šiju, jinak tady docela těch činností, který mám ráda je, keramika, jenom to šití to mi asi může chybět.“

R6: „Jako v současné době? Spíš můj problém je, že já skoro žádnýho koníčka nemám. Třeba ted' hodně čtu, je fakt, že když jsem na tom byla hůř, tak jsem ani číst nemohla, protože jsem se na to nemohla soustředit, takže to je určitě zlepšení.“

R7: „Já jsem byl zvyklý na takovej jako plnější život, víc činnosti a tady je tý činnosti málo. V jedenáct je oběd a čeká se do jedny zas na nějakou relaxaci, kdyby mi tady dali práci nějakou fakt manuální a u toho bych se jakoby zabavil, tak by mi ten čas už utíkal.“

R8: „Ne.“

Respondenti se schizofrenií

R9: „No, poslední dobou mě dost semílá ta choroba a brání mi to prostě v tom žití, užívání života prostě v té přírodě. Jízda na kole, studium přírody. Jo, že mě to prostě odvádí pryč pořád, že se nemůžu prostě soustředit na koníčky, ale musím se pořád zaobírat tím zdravotním stavem, ale je to vyvolaný tou nepřejícností toho souseda, že mě chce prostě odstranit z toho okolí. Lidi nemaj vztah prostě k nám jako duševně nemocnejm, nechťej nás mezi sebou. Navíc by zřejmě chtěl muj byt získat, mám velkej byt a on bydlí pode mnou, jeho rodina nemá kde bydlet, takže zřejmě by chtěl muj byt.“

R10: „Chybí mi vaření i ta práce, takový se starání prostě sám o sebe, že si nemůžu nakoupit, že nemůžu jít kam chci a kdy chci.“

R11: „Zpěv a úklid, potřebuju si uklidit doma, vzali mě sem policajti, jak vraha.“

R12: „Ne.“

Z analýzy rozhovorů vyplývá, že R1 a R6 udávají, že díky zlepšení jejich stavu už mohou číst knihy a soustředit se na to, že předtím jim číst vůbec jejich stav nedovoloval. R3 udává, že jí chybí pletení, ale bohužel plést nemůže, kvůli špatnému zraku a R5 udává, že jí chybí šití. R7 udává, že má málo činností, že by mu stačilo, kdyby dostal nějakou manuální práci. R9 udává, že mu jeho stav nedovoluje už jízdu na kole a poznávání přírody, také si myslí, že ostatní lidé nechťejí psychicky nemocné lidi mezi sebou, že jsou stále odsuzováni. R10 zase chybí práce a vaření a takové to „starání se o sebe“, že nemůže jít kam chce a kdy chce. R2 uvádí, že už bohužel nedělá nic jako kdysi. R11 zase postrádá zpěv a úklid. Tato otázka spíše slouží sestrám, aby mohli posoudit, jak řešit tuto situaci, u většiny respondentů by totiž řešitelná mohla být.

Otázka rozhovoru 9: Jste schopen fungování v běžném životě?

Respondenti s afektivními poruchami

R1: „Já si myslím, že jo, protože když jsem rekonstruoval ten mlýn, tak to bylo na zbourání, lidi říkali, zbourej to a postav nověj a když jsme to rekonstruovali, já jsem si nabral půjčky, několik desítek milionů a byl jsem schopen to všechno splatit, trvalo to sice 17 let, ale lidi, co tam teď přijdou, tak mi skláněj poklonu.“

R2: „Jako chtěla bych, no. No, nevím, do práce možná jo, ale zase bojím se, že ta domácí směna zase nedopadne dobře, bojím se, že se vrátím a bude to zase takové jako bylo.“

R3: „No, teď jsem na pochybách, protože mě zlobí oči, blbě vidím, mám zelenej zákal, tak blbě se mi to nějak zhoršilo, což mě úplně stresuje, tak nevím, jak nějak fungovat...těžko.“

R4: „Určitě jo, když funguju tady, tak budu fungovat všude.“

Respondenti s neurotickými poruchami

R5: „Já v to doufám, je mi líp díky lékům a doufám že mě tady daj do kupy a že se zase vrátím zdravá, pořád mě o tom přesvědčujou, tak doufám, že to tak bude.“

R6: „Teď třeba bych si řekla, že vlastně ano, ale myslím si, že je to krátká doba po tom tejdně...takhle, když jsem sem jela, tak jsem měla opravdu ty úzkosti, pálení na hrudi, staženěj žaludek, nemohla jsem jíst, jo? A to vlastně trvalo zase už tejden, po hospitalizaci se to zlepšilo, takže sním jídlo, co mi dají, to prostě doma vůbec nešlo...takže zlepšení je, akorát je to krátká doba. Domu bych se asi zatím neodvážila jít.“

R7: „Jo, určitě.“

R8: „Já se cítím.“

Respondenti se schizofrenií

R9: „Jo jo cejtim, no, cejtim úplně krásně, já jsem schopen se o sebe postarat a ještě opravovat kamarádům kola, ani nechodím nikam na obědy, všechno si obstarávám sám, vařím, peru si sám.“

R10: „Já nevím, schopnej, já si myslím, že teď kon mi moc lidí nedá tu možnost ukázat jim, že jsem schopnej, jinak bych byl, ale nemám ty možnosti.“

R11: „Jo, cejtim, já se necejtim, jako abych byla zralá na důchod a tak, já bych nejradši byla doma, fakt si uklidila, uvařila, dělala si svý, radši jednou za měsíc na ten úřad práce jít, přihlásit se jako normální obyčejná holka, než abych byla v důchodu a furt trpěla za to, že tady bych musela bejt každej přesrok. Jsem tady potřetí, před dvouma lety jsem tady byla taky půl roku.“

R12: „No, neumím vařit no, jinak jo,“

Z analýzy rozhovorů vyplývá, že na tuto otázku bylo z velké většiny odpovězeno kladně, tedy 8 respondentů z 12 odpovědělo, že je schopno fungovat v běžném životě. Tři

respondenti (R3, R6, R10) odpověděli, že se ještě úplně necítí na fungování v běžném životě. Respondentka č.3 odpověděla, že je na pochybách, jelikož má problémy s očima, kvůli zelenému zákalu, udává: *„zhoršilo se to, nevím, jak bych mohla fungovat, asi nijak“*. Respondentka č.6 udává, že se léčí zatím krátkou dobu a necítí se ještě úplně zdravě. Respondent č.10 odpověděl: *„já si myslím, že teď kon mi moc lidí nedá tu možnost, ukázat jim, že jsem schopnej, jinak bych byl, ale nemám ty možnosti.“*

2.3.3 Výsledky - Jak se pacienti s vybraným onemocněním dokázali vypořádat s přechodem ze zdraví do nemoci

Otázka rozhovoru 10: Jaké věci se změnily ve vašem životě s příchodem choroby?

Respondenti s afektivními poruchami

R1: *„Nemohl jsem jezdit na tom kole, změnila se moje výkonnost v práci, nemohl jsem sednout za volant, takže jsem nemohl dceru vozit do školy. Ten pravidelnej chod byl narušen. Někde jsem scházel, to je zákonitý, dělal jsem nějaký činnosti, ty, co souvisely s domácností, tak musela všechno dělat manželka. Jak pro mě to bylo těžký, tak i pro ten zbytek rodiny.“*

R2: *„No, že jsem taková otrávená, naštvaná, všechno mě přestalo bavit. Na to, kolik jsem chtěla děti a rodinu, tak to už mě teďka jakoby začalo vadit. Chtěla jsem klid a pokoj a byla jsem ráda, když děti vypadly ven a byla jsem doma sama. Nevím, už se mi nechtělo nic dělat doma, aby bylo uklizeno a čisto, bylo mi to už úplně jedno.“*

R3: *„Těžko jsem se s tím vyrovnávala, když jsem byla nemocná, tak se to změnilo, pak když jsem se udravila, tak už to zase bylo v pořádku, jo, všechno. Nevím no, co se změnilo...“*

R4: *„Tak prostě jsem nebyla schopná ničeho, neměla jsem se ráda, neměla jsem žádný sebevědomí, a to sebevědomí bylo čím dál míň a míň a když nebylo vůbec žádný, tak jsem se pokusila o sebevraždu. Nejhorší asi byl pocit, že mi vezmou děti, kvůli tomu onemocnění. Já jsem měla poporodní deprese a ty vyústili v tu maniodepresi.“*

Respondenti s neurotickými poruchami

R5: „Nebyla jsem schopná se radovat z ničeho, měla jsem strach o život, že umřu, že se nenadechnu...Mně se to projevuje strachem o život. Nedělalo mi nic radost, ani ta péče o syna mi nedělala radost., měla jsem ze všeho strach, chtěla jsem od všeho utýct, usnout a jakoby spát a vyspat se z toho, aby ráno mi bylo dobře a nikdy se to nepovedlo. Týden jsem s tím bojovala doma a nešlo to.“

R6: „Že nejsem tak výkonná, určitě všechno jsem dělala pomaleji. Doma jsem proseděla třeba spoustu hodin u televize a třeba jsem ani nevnímala co v ní běží. Šla jsem do práce, tam jsem byla asi hodinu a pak přišla domu, sedla jsem k televizi a koukala jsem pořád na hodiny, kdy si budu moct vzít prášek. To se tady taky ztratilo. Ty stavy jsem měla od rána do večera, tak jsem nechtěla si ty dávky nějak zvyšovat, tak jsem ale pořád sledovala, kdy si můžu dát další prášek.“

R7: „Bylo to těžký, změnil se mi zrak, bolesti hlavy nastaly. Často si furt jakoby představuju, co jsem měl udělat, abych nespádnul, že prostě před sebou furt vidím ten pád, tu ránu velkou...Kdybych tam nechodil, tak se to nestalo. Na to, jak jsem byl aktivní, tak jsem toho zameškal spoustu.“

R8: „Těžko jsem se s tím vyrovnával, nemohl jsem se dívat na televizi a pak ty ostatní věci, manželství se mi rozpadlo, nemůžu chodit do práce, protože všichni chtějí svítit světlem a já to nemůžu vydržet. Když jdu ráno nakupovat, tak jdu v černejch brejlích a všichni na mě koukaj jak na exota.“

Respondenti se schizofrenií

R9: „Bylo to zvláštní, nikdo mi nic neřekl tenkrát, je to zvláštní, že k tomu maj oficiální struktury, že k tomu maj takovej přístup, že vás neinformujou. Ještě nikdo mi neřekl napřímo, co mi je a co vyžaduju, i když jsem schopen to přijmout. Jak se to stává, to mám nastudovaný, že ta schizofrenie kolem třiceti let propuká.“

R10: „Já se s tím vyrovnávám doted', protože to na sobě někdy pozoruju a někdy ne zas, namlouvám si, že nemocnej nejsem už. Dlouho jsem tomu nechtěl uvěřit.“

R11: „Za šest let se toho, si myslím, změnilo hodně, že jo, mezitím jsem se dala do kupy, že mám svoje bydlení, dala jsem se dohromady z těch prášků, co mi dávali, to jsem slyšela hlasy, nevím jsem zničená už... už toho mám plný zuby...“

R12: „*Docela špatně jsem se s tím vyrovnával, zjistil jsem to v devatenácti letech, no vlastně ještě předtím jsem byl v base. Já jsem byl do osmnácti v pasťáku, rok jsem byl na svobodě a od devatenácti sem byl v kriminále, kvůli napadení.*“

Z analýzy rozhovorů vyplývá: R1 říká, že nemohl jezdit na kole, a že nebyl tolik výkonný stejně jako R6, která taky udává, že se výkonnost zmírnila. R2 říká: „*No, že jsem taková otrávená, naštvaná, všechno mě přestalo bavit.*“ S R2 se celkem shoduje R4, která říká: „*Tak prostě jsem nebyla schopná ničeho, neměla jsem se ráda, neměla jsem žádný sebevědomí a to sebevědomí bylo čím dál míň a míň a když nebylo vůbec žádný, tak jsem se pokusila o sebevraždu.*“ R5 udává, že nebyla schopná se z ničeho radovat a měla strach o život. R7 udává, že se mu změnil zrak a nastaly mu bolesti hlavy, stále před sebou vidí svůj pád, viní se. R8 udává, že se mu rozpadlo manželství, nemůže chodit do práce, protože mu vadí světlo a musí nosit stále sluneční brýle. R9 si stěžuje, že mu nikdo přesně neřekl, co mu je. R10 se s tím, že je nemocný vyrovnává doteď. Každý z respondentů má něčím jiný a specifický příběh, ovšem každý z nich se se svou chorobou také nesrovnával lehce a zatím se nesrovnal do teď.

Otázka rozhovoru 11: Pociťujete na sobě nějaké změny od doby, kdy jste nemocný? Jaké?

Respondenti s afektivními poruchami

R1: „*Cítím velký zlepšení, všechno se obrátilo k lepšímu.*“

R2: „*No, teď cítím za ty dva týdny, že už tolik nespím a jakoby je tady klid. Jako, že bych si mohla říct, že bych šla domu za děckem, to jako ne zatím. Chodím teď na rehabilitace, tak už nemám takový potíže se zádama, občas se mi trochu točí hlava, ale když člověk by ještě měl ty tělesný potíže, tak to by bylo ještě hůř. Tak jsem ráda tady za ty rehabilitace a tělocvik.*“

R3: „*No pořád se necítím dobře, ty oči mě furt trápí, ono to už asi nikdy nebude ono, no.*“

R4: „*Teď si připadám jako kdybych byla ta osmnáctiletá, že je všechno přede mnou, to hezký že je přede mnou, že jsem se zbavila toho vězení.*“

Respondenti s neurotickými poruchami

R5: „No, ty léky mi jako dělaj dobře, díky těm lékům jsem teď normální, že se cítím jak doma třeba, ale vim, že je to těma lékama, kdyby mi je nedali, tak se opět jako sesypu a z toho mám strach.“

R6: „Zhubla jsem, taková nejistota, jako sem tam závratě, ale taky já mám docela nízký tlak, tak to může bejt tím. Možná je to taky díky těm lékům. Jinak se to zlepšilo díky lékům. Jinak jsem bez nálady.“

R7: „Co mě trápí, tak je ta bolest hlavy a zrak... Já třeba tady chodím na procházky a když jdu takový třetí kolečko, tak pak jakoby cítím ten otřes, každej došlap tou nohou mi projíždí do tý hlavy, já nevím jestli nějaká plotýnka je vyběhlá, ale přitom všechny rentgeny ukázaly všechno dobře, takže se mnou už o tom nikdo nehodlá bavit.“

R8: „Pocítuju na sobě změny, jo, to kdybych je nepocíťoval, tak bych tady nebyl.“

Respondenti se schizofrenií

R9: „Pozoruju, že přestávám být schopen stíhat to, co dřív. S tím jak se potýkám v posledních třech letech s těma peripetemi kolem nových léků a kolem toho souseda a kolem doktora, kterej mi nepřeje, tak, jak se s tím potýkám, tak jsem přibral a přestávám fyzicky stačit, a to mi narušuje prostě vést ten můj tradiční život. Třeba když jsem dneska nezvládl jet na kole 20 km a já jsem jezdil 150, 180 km denně.“

R10: „Přestal jsem se zajímat o sport, jsem do tý doby dost sportoval, jsem vystřídal asi pět sportů, vodní polo, veslování, fotbal...“

R11: „No tak určitě, žloutenku mám třeba, mezitím mi tady ani nechtěj léčit tu žloutenku, to je taky dobrej příklad, na to že tady zas budu půl roku tak jako za těch půl roku jsem mohla bejt vyléčená, nechtěj to. Co já tady budu dělat? Hrát si na něco? Jinak jsem naprosto v klidu, naprosto v klidu...“

R12: „Jsem víc unavenej a nemůžu spát.“

Z analýzy rozhovorů vyplývá, že R1 a R4 se cítí velice dobře. R2 a R3 udává, že se ještě na to, aby šla domu, necítí, ale už tolik nespí, jako předtím, R3 ještě dodává, že ji stále něco trápí. R5 a R6 udávají, že díky lékům se to zlepšilo, ale bez nich by si to nedokázali představit, R6 ještě udává závratě a že zhubla. R7 udává, že má stálé bolesti hlavy, ale

jelikož všechna vyšetření dopadla dobře, tak už jeho stav nikdo nechce dál řešit. R9 si myslí, že mu doktor nepřeje uzdravení, přibral a přestává fyzicky stačit. R10 se přestal zajímat o sport. R11 říká, že má žloutenku, ale tu jí nechtějí léčit. R12 udává, že je stále unavený a nemůže spát.

Otázka rozhovoru 12: Dokážete určit možný důvod vzniku vaší nemoci?

Respondenti s afektivními poruchami

R1: „Nevím, když se mi to stalo, poprvé, když jsem byl tady před sedmi lety, tak já jsem měl málo krevních destiček, ale zoufale málo, měl jsem jenom 4 krevní destičky a začali u mě drastickou léčbu Prednisonem. Někde jsem se potom dočetl, že ta maximální léčba, což je nějakých 200 jednotek, že se smí maximálně provádět po dobu šesti týdnů, mě celkově ta léčba vyšla asi na 10 týdnů. Jsem toho názoru i názoru toho ambulantního psychiatra, že je to taky hormonální léčba. Tak vlastně ten Prednison, že mi to oslabilo imunitní systém, že mě to na tolik oslabilo, že mi začala ta deprese. Já jsem přesvědčen že kdybych ty Prednisony nebral, tak že bych do té deprese nespádl. Ten psychiatr mi řekl, že už se s tím setkal, tak jsem mu uvěřil, že to tak je.“

R2: „No, já se domnívám, že by to mohlo být vlastně tím... že já jsem se, jakoby, pozdě vdávala a já tenkrát už jsem byla taková vyčerpaná, tak mi to známí i říkali a druhý dítě se mi narodilo v 37 letech, to taky bylo pozdě. Když byly děti ještě malé, tak jezdily za mamkou na Ukrajinu, tak jsem to líc snášela, že mamka pomáhala. Poprvé mě trochu jakoby švihlo, když já byla v porodnici a neměla jsem trvalý pobyt a měla jsem zaplatit za malou peníze, to bylo 35 tisíc a řekli nám, že do dvou měsíců to musíme splatit, tak to mě hodně vzalo. Malá byla na inkubátoru dlouho. Nechtěla už jsem další dítě, ale pak jsem zjistila že jsem zase těhotná, když jsem byla ve třetím měsíci.“

R3: „Já nevím, jestli to není za celý život nastřádáný, že se to projeví. Já jsem neměla zas žádný úplně stresový situace. Já jsem měla celý život stres z toho, že muž pil, ale ne že bych se z toho úplně klátila. S očima jsem taky měla problém, to taky byly stresy. Doma možná trochu, jak člověk byl doma sám furt, to mi taky nepřidalo.“

R4: „Deprese mi začaly po porodu v roce 2004, ale ty dva měsíce jsem to zvládala, ale pak začal malej křičet a viděla jsem, že mu natýká hlava a myslela jsem si, že jsem mu něco udělala, přišlo mi, že nic nestíhám, že to dítě furt řve, prostě jsem to nezvládala, tak jsem fakt jako nechtěla žít.“

Respondenti s neurotickými poruchami

R5: „No, v těch devíti letech ta smrt mámy, to si myslím, že byl ten první jako spouštěč a druhá věc je, že tatka péči nezvládal, takže na nás občas pořvával a byl fakt takovej hodně přísněj, nezvládal ten smutek a hněv, tak to přenášel na nás a docela nás tím deprimoval, si myslím, v dětství a já jsem celkově úzkostnější a pátá věc je to, že jsem měla teď celkově dlouhodobě stres, všechno jsem si moc brala a ta mateřská fakt není med, já už teď dva roky nikde nebyla. Takže takhle těch pět faktorů bych asi uvedla, jako důvod.“

R6: „Je fakt že já už jsem jakoby asi mírnou depresí trpěla už asi před rokem, kdy mě obvodářka nasadila léky na spaní a rok to bylo všechno v pořádku a po tom roce to většinou přicházelo na podzim, kolem dušiček, před Vánocema. Je fakt, že už od svých mladých let mám takovej problém, když nemám možnost jít na záchod, když vim, že není toaleta, tak se mě sevře hrdlo a hned za pět minut potřebuju na záchod, čili pro mě problém je sednout do autobusu a někam jet a to už je dlouhodobější. Pak jsme měli jet do Prahy na promoci dceři a tam jsem si říkala jako: kde si dojdu na záchod? No a možná tam je ten spouštěč, že jsem z toho byla vystresovaná, tak z toho. Mám taky přehnaný strach o rodinu. Třeba já jsem si vždycky zkontrolovala každé den, jestli je manžel v práci v pořádku, zkontrolovala jsem si docházku, protože já chodím na úřad a on taky, tak jsem ho kontrolovala.“

R7: „Měl jsem úraz, takže ten úraz, byl jsem z toho opravdu nešťastnej, samý doktoři, vyšetření a všechno mě jakoby zklamalo.“

R8: „Nevím, nic, co bych řekla, že to mám od toho, nemůžu nic určit.“

Respondenti se schizofrenií

R9: „No, měli jsme to v rodině, i když jsem se od nikoho nic nedozvěděl, ale tohle vim. I vim, proč se to událo v tý rodině, že to byly vztahy kvůli majetku, že aby se netříštily rodinný majetky, tak se spolu oddávali blízcí příbuzní a takhle to zřejmě vzniká a zřejmě je to kvůli nátlaku šlechty na efektivitu odvodů do společného šlechtického majetku, že ty lidi k tomu byli nucený, nátlakem šlechty.“

R10: „Důvodem je asi ten pervitin, já ho bral od osmnácti do teď a teď jsem čistej 10 měsíců. Jinak prej to měl strejda z matčiny strany a já ho nikdy neznal.“

R11: „Oni říkaj, že to je z drog, já si myslím, že jsem byla rozebraná tak akorát jednou osobou, nebudu říkat co, mezitím sem dostala hlasy, ocitla jsem se tady v Jihlavě, mezitím, co jsem brala prášky a tak, jsem na tom byla fakt špatně, začala sem znova fetovat, kouřit trávu, dostala sem se zpátky na hladinu tak, že sem znova začala komunikovat s lidma, byla sem normální, mezitím mě zas odsoudili, byla sem tady a s táborskou psychiatrií to mám odseděný tak dva roky. Důvod ty drogy nejsou. Helejte se můj brácha se léčí, nefetuje a je na tom hůř než já, co jsem začala brát drogy, trávu a dala sem se do kupy, ty drogy jsou právě že lepší než ty léky.“

R12: „No to asi celkově no, všechno, já jsem byl pořád zavřenej, víte, já jsem byl v děcáku asi do devíti let, od patnácti sem byl v pastáku, potom sem byl v base, potom sem tady. Já sem byl týranej, máma měla přítele a ten mě týral, měl jsem i problémy s marihuanou a alkoholem od patnácti.“

Celkové zhodnocení odpovědí respondentů na otázku 12:

R1: Prednison (oslabená imunita) = deprese.

R2: Pozdě se vdávala a pozdě čekala děti, placení velkého dluhu.

R3: Vše se nastřádalo, stres z toho, že muž pil.

R4: Deprese po porodu.

R5: Smrt matky v dětství, přísný otec, mateřská.

R6: Nemoc se vyprázdnit na veřejnosti a přehnaný strach o rodinu.

R7: Úraz.

R8: Neví.

R9: Genetika.

R10: Pervitin.

R11: Drogy (popírá).

R12: Stálý pobyt ve vězení, byl týrán v dětství, špatné vztahy s matčíným přítelem.

Otázka rozhovoru 13: Jste spokojen/á se svým fyzickým stavem? (zdraví, kondice)

Respondenti s afektivními poruchami

R1: „No, já jsem spokojený, cítím se dobře.“

R2: „No ne, jsem taková vyždímaná jak strom, nevím, divím se, jak to rodiče, prarodiče, dědečci, babičky zvládali, dobytek doma, jako my jsme pomáhali, to je jasný, ale tak stejně

máma s tátou, taky chodili do práce, taky ty potraviny už nejsou moc dobrý, a to pro člověka taky není moc dobrý.“

R3: *„To nejsem, ty oči mě asi nejvíc stresujou.“*

R4: *„Ted'ka určitě jo, ted'ka tady vyběhnu schody raz dva.“*

Respondenti s neurotickými poruchami

R5: *„Nejsem, mám špatný záda, měla bych víc cvičit, mám skoliózu, to je jedna věc a druhá věc je váha, potřebovala bych přibrat.“*

R6: *„Zdravá jsem.“*

R7: *„Zatím nejsem spokojenej, protože to dobrý není, nejsem v těch kolejích, jak jsem byl prostě, celkově jsem jakoby zeslábnul, protože jsem jakoby vypadl z tý mý činnosti a tady toho pohybu a tý fyzický námahy není moc.“*

R8: *„No, kdybych byl, tak bych tady nebyl.“*

Respondenti se schizofrenií

R9: *„Celkem jo, no, trochu se začlo haprovat tím, jak jsem ted'kon přibral, to začlo haprovat srdíčko a říkal sem si, že až odtud' odejdu, že to musím prostě zvládnout a zapojit se do nějakýho normálního procesu, abych tohleto všechno setřásl. Je to důležitý taky z hlediska toho, jaký léky mi budou podávány, abych mohl prostě fyzicky stačit a fungovat i pod vlivem léků.“*

R10: *„Ne, já se zafunim, když jdu do schodišť, hodně kouřím, vlastně se dostanu jenom jednou tejdne do posilovny no a chodit po areálu mě nebaví, jo...“*

R11: *„Fyzicky možná sem přibrala z těch prášků, chtěla sem to změnit, nešlo to. Pořád do mě cpou ty prášky.“*

R12: *„Jo, sem.“*

Z analýzy rozhovorů vyplývá: 8 respondentů z 12 odpovědělo, že nejsou spokojeni se svým fyzickým stavem. R1, R4, R6, R12 odpověděli, že jsou spokojeni. R3 udává, že ji nejvíc stresují oči. R5 udává, že má skoliózu. R7 udává, že zeslábnul. Tato otázka vyšla tedy velmi negativně, proto by se tato situace měla řešit.

2.4 Diskuze

V naší bakalářské práci řešíme problematiku kvality života jedinců s duševními poruchami, pomocí polostrukturovaného rozhovoru jsme zmapovali kvalitu života jedinců s duševními poruchami. Stanovili jsme si jeden hlavní cíl a 3 dílčí cíle, které mají napomoci k hledání odpovědi na hlavní cíl našeho výzkumu. Rozhodli jsme se zkoumat tři odlišné psychiatrické diagnózy, které jsme navzájem při analýze dat porovnávali. Můžeme se pouze domnívat, že naše zjištění by bylo stejné, pokud bychom použili větší počet respondentů, ale i přesto se budeme snažit naše výsledky porovnat s jinými výzkumy.

Hlavním cílem naší bakalářské práce bylo zjistit pomocí polostrukturovaného rozhovoru, jak pacienti s duševním onemocněním hodnotí kvalitu svého života. Našeho cíle se nám podařilo dosáhnout.

Jako C1 bylo určeno zjistit, jaké má nemoc důsledky na fungování nemocného v běžném životě. Pacientům byli podávány otázky zaměřující na běžný chod domácnosti, práci a sebekpěči, konkrétně šlo o důsledky nemoci působící na tyto oblasti. Z rozhovorů vyplývá, že dopad nemoci na běžný chod domácnosti se vyskytoval nejčastěji u pacientů s afektivními poruchami (3R), konkrétně u R1, R2, R3 a neurotickými poruchami (3R), konkrétně u R5, R6, R8, kdežto u schizofreniků všichni odpověděli, že žádný problém neměli, to bylo pro nás celkem zarážející zjištění. Takže 50 % ze 100 % problém uvedlo. R7 uvádí, že jeho nemoc vznikla kvůli úrazu, který se mu stal. Udává: „*Já jsem měl úraz a od toho úrazu se mi tohle všechno nastolilo. Já jsem měl úraz ramene a hlavy. Spadl jsem asi z jednoho metru jsem se proslápl nohou do prázdna.*“ Tento fakt nám přišel celkem zajímavý. R8 uvedl, že se s ním žena kvůli jeho „stavu“ rozvádí, to bylo pro nás velice zarážející. R11 a R9 (schizofrenici) uvedli, že pobírají invalidní důchod kvůli své nemoci. Dle Motlové (2006) onemocnění schizofrenie vede k dočasnému, nebo až trvalému narušení schopnosti plnit obvyklé vývojové úkoly. Někdy jsou proto jedinci donuceni přerušit vzdělávání. Pokud mají zaměstnání, mohou přecházet často do dlouhodobé pracovní neschopnosti či invalidního důchodu. Můžeme zde také potvrdit, že u R11 a R12 nedošlo k dokončení středoškolského vzdělání.

Dále se vyskytovalo fungování v práci, které uvedlo 5 respondentů (40 % ze 100 %), vždy dva ze všech tří psychiatrických diagnóz a nejméně se vyskytoval problém se sebekpěčí,

který se vyskytoval pouze u tří respondentů, z nichž dva patřili pod afektivní poruchy a jeden (R12) pod schizofreniky, který uvedl jako důvod nedostatek financí.

Pokud bychom měli výsledná data srovnávat s ostatními výzkumy, mohli bychom alespoň výsledky Prašivkové (2015), která srovnává celkovou kvalitu psychiatrických pacientů se zdravou populací, ale zároveň kvalitu života u stanovených diagnostických skupin, čímž se podobá našemu výzkumu. Prašivková (2015) použila ke zkoumání metodu kvantitativního výzkumu, čímž se od naší práce lišila, ovšem ke srovnání je to velice dostačující. Prašivková (2015) našla ve svém výzkumu statistický rozdíl pro celkovou kvalitu života i pro rozdíly v profilech parciálních skóre s kontrastní skupinou. Potvrdila rozdíly v profilech parciálních a hrubých skóre diagnostických skupin, statisticky významné rozdíly se ale neprokázaly, ovšem prokázal se vliv obtíží a symptomů na celkovou kvalitu života. Autorka udává, že z výsledků vyplývá, že je nutná celková péče o psychiatrického pacienta a také spolupráce a zdokonalení služeb které jsou poskytovány pacientům mimo zdravotnické zařízení.

Dle zpracovaných výzkumných dat můžeme usoudit, že **C1** se nám podařilo splnit. Pokud máme odpovědět na otázku, jak ovlivňovala duševní nemoc pacienty v běžném životě, můžeme odpovědět, že nejvíce ovlivňovala pacienty při běžném chodu domácnosti, konkrétně respondenty s afektivními a neurotickými poruchami (6 z 12 R), ovšem schizofrenici v této oblasti žádné problémy neuvedli. Respondenti se schizofrenií udávali větší problém v práci. S fungováním v práci měli tedy problém hlavně neurotičtí pacienti a schizofrenici. Problém se sebedpěčí měli nejvíce pacienti s depresemi. Nemoc tedy nejvíce narušovala u respondentů běžný chod domácnosti, hned poté fungování v práci a nejméně se vyskytoval problém se sebedpěčí, který se vyskytoval pouze u tří respondentů.

Naším dalším cílem tedy **C2**, bylo zjistit, ve kterých oblastech nejvíce pacienti pociťují snížení úrovně kvality života. Abychom dosáhli tohoto cíle, stanovili jsme si celkem 6 otázek k rozhovoru, podle kterých jsme poté mohli stanovit výsledky. Pacientům byly kladeny otázky vztahující se především na vztahy s rodinou, psychickou podporu, činnosti, které mohou pacientovi chybět a zda se cítí pacient už být schopným fungování v běžném životě.

Vztahy s rodinou u tří schizofreniků (R9, R10 a R12) a také u R2 a R5 vyšly špatně, R5 udala horší vztah s otcem, jelikož byl přísnější z důvodu úmrtí matky, s kterým se podle

R5 nedokázal smířit, kvůli tomu nezvládal výchovu, jelikož na děti zůstal sám, ale R5 ještě udává: „*No paradoxně díky tomu, že jsem tady, tak se zlepšily, protože si všichni uvědomili že nejsem robot.*“ Psychická podpora vyšla u všech velice dobře, až na R8, který podporu od ženy nedostává. Změna vztahů po zjištění choroby nastala u 20 % ze 100 % respondentů. Nastala změna u R4, R8, R9 a R10. R9 říká: „*Děti se ke mně nehlásí, já nevím, jestli prostě se za mě stydí, nebo proč se ke mně nehlásí, nevím, neptal jsem se, nechci se ptát.*“ R10 říká, že kvůli hospitalizaci se s ním kamarádi nebaví, protože nechápou důvod hospitalizace a že sestra na něj také zanevřela. Zde můžeme konstatovat, že dle Vágnerové (2004) se často schizofrenik stává pro rodinu už nepřijatelný, tím způsobem dochází k vytváření odstupů od nemocného, tato skutečnost se prostřednictvím R9 a R10 odráží ve výsledcích našeho výzkumného šetření. R8 udává: „*Ne, kromě ženy tak ne, žena se se mnou rozvádí kvůli mému stavu, ale s ostatními to mám tak, jak jsem měl.*“ Tato skutečnost nám přišla velice zarážející. Nejčastěji respondentům chybí rodina a láska. Činnosti chybí každému jiné. R7 udává, že má málo činností v nemocnici a že by mu stačilo, kdyby dostal nějakou manuální práci, myslíme si, že by tento problém mohl být řešitelný ze strany personálu. R2 udává, že nedělá nic jako kdysi, myslíme si, že tato situace by se dala také řešit. 8 z 12 respondentů uvedlo, že se cítí schopni fungovat opět v běžném životě. R3, R6 a R10 uvedlo, že se na to ještě vůbec necítí.

Na C2 jsme dle našeho názoru zjistili odpověď. Snížení úrovně kvality života respondenti tedy pociťují hlavně z hlediska činností, aktivit, koníčků, které rádi dělají a v nemocnici je vykonávat nemohou, také u většiny respondentů (5 z 12) jsme zjistili horší vztahy s rodinou a dále z hlediska změny vztahů s blízkými po zjištění jejich choroby.

Posledním cílem C3 bylo zjistit, jak se pacienti s vybraným duševním onemocněním dokázali vypořádat s přechodem ze zdraví do nemoci. U této otázky v podstatě každý odpověděl, že se se zjištěním choroby a poté příchodem choroby vyrovnával těžce. Příběhy byly ale velice rozmanité a u každého respondenta nastávaly jiné změny ze stránky nejen psychické, ale hlavně fyzické. U afektivních a neurotických poruch vycházela najevo špatná nálada, nízká výkonnost, nemožnost vykonávat oblíbené aktivity. R7 udává, že má stálé bolesti hlavy, ale jelikož všechna vyšetření dopadla dobře, tak už jeho stav nikdo nechce dál řešit. Možná by bylo vhodné, aby respondent měl možnost tuto situaci zkonzultovat s lékařem. R9 si myslí, že mu doktor nepřeje uzdravení, přibral a přestává fyzicky stačit. Bylo by dobré ze strany doktora poukázat větší zájem. R8, který má diagnózu somatoformní poruchy a trpí světloplachostí, u něj bylo vše

dvojnásobně horší, udává: „*Těžko jsem se s tím vyrovnával, nemohl jsem se dívat na televizi a pak ty ostatní věci, manželství se mi rozpadlo, nemůžu chodit do práce, protože všichni chtějí svítit světlem a já to nemůžu vydržet. Když jdu ráno nakupovat, tak jdu v černejch brejlích a všichni na mě koukaj jak na exota.*“ Změny ve stavu nemoci udávali respondenti závratě, zhubnutí, nebo naopak ztloustnutí, bolesti hlavy, únavu, nespavost, ovšem R1 a R4 uvedli velké zlepšení, tento fakt můžeme zhodnotit jako velice pozitivní. U určení důvodu vzniku R2, R4 a R5 uvedli jako důvod deprese po porodu, mateřskou, pozdní sňatek a děti. Nepočítali jsme s takovou shodou, proto nás to velice překvapilo.

Dle Praška a Praškové (2015) zhoršená nálada po porodu, která může být různě stupňovaná a různého trvání vzniká u 10-15 % žen v období po porodu. U 8,2-14,9 % rodiček se vyskytuje depresivní epizoda. Vyšší výskyt se objevuje u adolescentních matek (u 26 %). Mezi hlavní příčiny se řadí biologické faktory, zejména porušení denního rytmu v období hormonálních změn. Velkou roli hrají také významné psychosociální stresy.

Velice zajímavým poznatkem bylo, když R1 uvedl jako možný důvod neboli jeden z možných důvodů vzniku jeho choroby užívání léku Prednison, udával, že Prednison může oslabit imunitní systém. Můžeme tedy pacientův poznatek potvrdit, jelikož dle Krombholze (2008) je o kortikoidech známo, že jsou kromě jiných nežádoucích účinků schopny vyvolat farmakologicky navozenou depresi. Udává, že v průměru se vyskytuje tato deprese u 6 % léčených pacientů, riziko vzniku je však závislé na dávce léku a době podávání. U dávek pod 60 mg Prednisonu je výskyt přibližně u 20 % léčených pacientů. U schizofreniků byl nejčastějším důvodem braní návykových látek, tato informace nás nijak nepřekvapila, jelikož v literatuře většina těchto faktů ohledně návykových látek a jejich důsledků bývá zmiňována. Poslední otázka v rozhovoru vyšla nejhůř, 8 z 12 respondentů uvedlo, že nejsou spokojeni se svým fyzickým stavem, pokud by ze strany personálu byl někdo ochoten řešit tuto situaci, bylo by to velice přínosné za prvé pro jednotlivé respondenty a za druhé pro vznik pozitivnějších výsledků léčby respondentů.

Cíl 3 byl splněn. Duševně nemocní pacienti se lehce nevyrovnávali s příchodem choroby a někteří se se zjištěním vyrovnávají ještě do teď a bádají, jaká by mohla být příčina, či co mohli učinit špatně. Počítali jsme s takovým zjištěním, proto pro nás nebylo zas až tak ohromující.

2.5 Návrh na řešení a doporučení pro praxi

Dle výsledků, které byly zjištěny, jsme zformulovali obecná doporučení, rozdělená do tří oblastí:

Doporučení pro lékaře:

- Poslouchat pacientova přání, poznatky a nezavrhnout další možnosti zjišťování možných vzniklých diagnóz.
- Pokud je pacientův stav stále zhoršený i přes kladné výsledky testů, zjišťovat možné důvody, proč tomu tak je a hledat možná řešení či testy provést znova. (Toto doporučení je vymyšleno na základě problému R7.)
- Dodržovat správné předepisování léčiv z hlediska dávky léčiva a časového rozmezí brání daného léčiva, zejména u léku Prednison (kortikoidy) u kterého byly prokázány kromě nežádoucích účinků také možnosti vzniku farmakologicky navozené deprese.

Doporučení pro sestry:

- Zajistit dostatek aktivity pacientům, pomocí různých aktivizačních programů, aby docházelo tak ke zpříjemnění léčby.
- Dávat pacientům najevo podporu v léčbě a jejich uzdravení, pomocí dostatečné, vstřícné komunikace, vyslechnutím a povzbuzováním.
- Formou pravidelných návštěv zajistit pacientům dostatečný styk s blízkými a dát pacientům možnost před propuštěním z nemocnice si na určitou dobu vyzkoušet návrat domů, než opravdu opustí nemocnici.
- Dopřát pacientům z určitého hlediska „svobodu“, jak jen to je možné.

Doporučení pro veřejnost:

- Uvědomovat si prostřednictvím různých výzkumných studií, literatury a naší bakalářské práce závažnost důsledků návykových látek na psychický stav člověka, obzvlášť možnosti vzniku psychóz a následně schizofrenie.
- Zajistit dostatečnou informovanost mládeže i dospělých o psychických nemocech a možnosti jejich prevence pomocí různých přednášek, informací na internetu, či letácích.

- Zajistit mládeži a zaměstnancům doplňkové služby zaměřující se na prevenci vzniku duševních onemocnění z hlediska redukce vzniku stresu a burn-out syndromu, aby nedocházelo ke vzniku depresí a jiných duševních nemocí.
- Prvorodičkám bychom doporučili, pokud u nich déle než 14 dnů po porodu v rozmezí do jednoho roku po porodu budou přesahovat pocity selhávání, úzkosti, bezmoci, beznaděje, nerozhodnosti, ztráty zájmu a potěšení až nemožnosti se starat o dítě, rychle vyhledat lékařskou pomoc.
- Uvědomovat si, že onemocnět v dnešní době může opravdu každý, proto by si každý z nás měl uvědomovat, že člověk potřebuje podporu obzvláště, když je nemocný.

Závěr

V této bakalářské práci jsme se zabývali problematikou kvality života pacientů s duševními poruchami. Zaměřili jsme se konkrétně na jedince s třemi odlišnými diagnózami, jejichž výpovědi jsme navzájem srovnávali. Cílem práce bylo zjistit, jak duševní nemoc ovlivňuje duševně nemocné pacienty v běžném životě, v jakých dimenzích dochází ke snížení úrovně kvality života a jak se nemocní vypořádali s danou nemocí.

V současném stavu problematiky jsme se v první řadě snažili objasnit pojem kvalita života. Dále jsme se zaměřili na duševní poruchy, konkrétně na schizofrenii, afektivní a neurotické poruchy a poruchy osobnosti. V každé z těchto kapitol probíráme všechny nemoci spadající pod dané psychické poruchy. Poté jsme se zaměřili na ošetřování pacientů v psychiatrii s různými typy duševních poruch, konkrétně s těmi, kterým se v práci věnujeme a navázali jsme kapitolou o sestře a její roli v psychiatrii. Popisovali jsme rozdíly práce sestry na klasickém oddělení a na psychiatrii. Touto kapitolou jsme ukončili problematiku kvality života duševně nemocných a navázali jsme samostatným výzkumem na danou problematiku.

Ve výzkumné části jsme se zabývali kvalitativním výzkumem, pomocí polostrukturovaného rozhovoru jsme zkoumali kvalitu života duševně nemocných pacientů (n=12) v Psychiatrické nemocnici Jihlava. Stanovili jsme si jeden hlavní cíl a z něho odvodili částečné cíle, z kterých vycházely 3 výzkumné otázky. Výzkumný vzorek tvořili pacienti s afektivními a neurotickými poruchami a s onemocněním schizofrenie. Jednotlivé rozhovory byly nahrány na záznamník v mobilním telefonu. Všichni respondenti byli seznámeni se skutečností, že jejich výpovědi použijeme do naší bakalářské práce s dodržáním přísné anonymity. Ve vyhodnocení výzkumu jsme analyzovali jednotlivé výpovědi respondentů v daném znění, pro zachování autentičnosti. Ve výsledcích jsme vyhodnotili jednotlivé odpovědi respondentů na otázky rozhovoru. V závěru práce je uvedena diskuze s vyhodnocením jednotlivých cílů, které jsme si na začátku stanovili a porovnáním naší práce s jinými pracemi a jinou literaturou. Všechny naše cíle byly splněny. V úplném závěru se nachází doporučení pro praxi.

Z výsledků naší práce vyplynulo, že v běžném životě nemoc nejvíce pacienty ovlivňovala v běžném chodu domácnosti, přesněji konkrétně respondenty s afektivními a neurotickými poruchami. Respondenti se schizofrenií udávali větší problém v práci.

Snížení úrovně kvality života respondenti pocítují hlavně z hlediska činností, aktivit, koníčků, které rádi dělají a v nemocnici je vykonávat nemohou, také u většiny respondentů (5 z 12) jsme zjistili horší vztahy s rodinou a dále z hlediska změny vztahů s blízkými po zjištění jejich choroby. Duševně nemocní pacienti se těžce vyrovnávali s příchodem choroby a někteří se se zjištěním vyrovnávají ještě dodnes a bádají, jaká by mohla být příčina, či co mohli učinit v životě špatně. Každý z respondentů nesl jiný příběh s jinými překvapeními, proto je každá výpověď něčím jedinečná, ovšem nemůžeme vědět, zda odpovídali pokaždé pravdivě, či je něco nevedlo ke změně odpovědi na základě skrývání skutečnosti.

Můžeme usoudit, že kvalita života pacientů je úměrná jejich zdravotnímu stavu, ale u některých respondentů by se dala i zlepšovat. Ovšem pro zlepšení určitých úrovní kvality života respondentů jsme našli řešení, která popisujeme v diskuzi. Náš výzkum měl pomoci sestrám, aby věděli, na jaké dimenze kvality života jedinců se mají více zaměřit, myslíme si, že tento úkol jsme částečně splnili. Ovšem pro dodání lepších faktů, či výsledků by se musel vybrat vzorek s vyšším počtem respondentů. Doufáme, že náš výzkum alespoň částečně pomůže sestrám při péči o psychicky nemocné pacienty a osloví třeba širokou veřejnost, kterou tato problematika zajímá.

Pro další výzkumy bychom doporučili zkoumat nadále kvalitu života duševně nemocných pacientů a sledovat různá zlepšení, pokroky. Také bychom doporučili hledat různá řešení, jak kvalitu duševně nemocných stále zlepšovat. Dále bychom doporučili zkoumat pokroky v léčbě duševně nemocných pacientů.

Seznam použité literatury

A Vision for Psychiatric/Mental Health Nursing: A shared journey for mental health care in Ireland. Health Service Executive, 2012. ISBN 978-1-906218-47-8.

Dostupné z:

<http://www.hse.ie/eng/services/Publications/corporate/NursingMidwifery%20Services/A%20Vision%20for%20Psychiatric%20Mental%20Health%20Nursing.pdf>

Co je duševní zdraví? *PSYCHOANALÝZA DNES* [online]. Brno: Michaela Viktorinová, 2016 [cit. 2017-11-19]. Dostupné z: <http://psychoanalyzadnes.cz/2016/06/06/co-je-dusevni-zdravi/>

Farmakologicky navozené deprese. *Přehledové články*. Praha, 2008, 9(5), 4

GURKOVÁ, Elena, 2011. *Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1.vydání. Praha 7: Grada. ISBN 978-80-247-3625-9.

HOSÁKOVÁ, Jiřina a kolektiv, 2007. *Ošetrovatelská péče v psychiatrii*. 1.vydání. Opava: Slezská univerzita. ISBN 978-80-7248-442-3.

HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER a kol., 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie* [online]. Praha: Karolinum [cit. 2017-11-19]. ISBN 978-80-246-3011-3.

Dostupné

z:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/ebookviewer/ebook/ZTAwMHh3d19fMTEwMjUxNF9fQU41?sid=f5b048f7-c880-4fdc-8a56-7e91a42019ec@sessionmgr102&vid=4&format=EB&rid=2>

KUČEROVÁ, Helena, 2013. *Psychiatrické minimum*. 1.vydání. Praha 7: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4733-0.

KUČEROVÁ, Helena, 2010. *Schizofrenie v kazuistikách*. 1.vydání. Praha 7: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2045-6.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. 1.vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0179-0.

MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ, 2002. *Psychiatrie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-700-0.

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ, 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 168 s. ISBN 978-802-4721-385.

MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ, 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 352 s. ISBN 80-247-1151-6.

Nejčastější duševní poruchy. Celostni medicina.cz: Informační server o zdraví [online]. Praha: Mgr.Michal Hanzlovský, 2013 [cit. 2017-11-19]. Dostupné z: <https://www.celostnimedicina.cz/nejcastejsi-dusevni-poruchy.htm>

PAYNE, Jan, 2005. *Kvalita života a zdraví*. 1.vydání. Praha: Triton. ISBN 80-7254-6570.

PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ a kol., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. 1.vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4236-6.

PETR, Tomáš. Reforma péče o duševní zdraví. *Sestra* [online]. 2013 [cit. 2017-12-10]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/reforma-pece-o-dusevni-zdravi-v-cr-471128>

PRAŠIVKOVÁ, Pavla. *Kvalita života u psychiatrických pacientů* [online]. Brno, 2015 [cit. 2018-03-27]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/fdq14/Diplomova_prace_-_text.pdf. Diplomová práce. Masarykova univerzita.

PRAŠKO, Ján, Hana PRAŠKOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ. *Deprese a jak ji zvládat*. 3.vydání. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0859-4.

Reforma péče o duševní zdraví. 2013): Strategie reformy psychiatrické péče: ministerstvo zdravotnictví ČR verze 1.0. Získáno 19.11.2017, z http://www.reformapsychiatrie.cz/wpcontent/uploads/2013/10/srpp_publikace_web_9-10-2013.pdf

RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ a kol. *Psychiatrie* [online]. Praha: Karolinum, 2012 [cit. 2017-11-19]. ISBN 978-80-246-2712-0. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/ebookviewer/ebook/ZTAwMHh3d19fODgwOTg5X19BTg2?sid=f5b048f7-c880-4fdc-8a56-7e91a42019ec@sessionmgr102&vid=3&format=EB&rid=1>

ŘEHULKOVÁ, Oliva, ŘEHULKA, Evžen, et al., 2008. *Quality of Life in the Contexts of Health and Illness. Kvalita života v souvislostech zdraví a nemoci*. Brno: MSD, s.r.o. ISBN 978-80-7392-073-9.

SVOBODA, Mojmir, Eva ČEŠKOVÁ a Hana KUČEROVÁ, 2015. *Psychopatologie a psychiatrie*. 3.vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0976-8.

VAĎUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR, 2005. *Kvalita života*. 1.vydání. Brno: MU v Brně. ISBN 80-210-3754-7.

VÁGNEROVÁ, M., 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3.vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7178-802-3.

WADE, Derick. Holistic Health Care: What is it, and how can we achieve it?.

[online]. 25. 11. 2009 [cit. 2017-12-07]

Seznam příloh

Příloha 1 Vzor položek rozhovoru s respondenty

Příloha 2 Souhlas organizace s provedením výzkumu