

Kvalita života žen s duševním onemocněním z pohledu všeobecné sestry

Petra Šišková

Bakalářská práce
2020

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Petra Šišková**
Osobní číslo: **H17285**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **Kombinovaná**
Téma práce: **Kvalita života žen s duševním onemocněním z pohledu všeobecné sestry**

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.
Nastudování odborné literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti kvality života žen s duševním onemocněním.
Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.
Formulace kritérií pro výběr účastníků výzkumu.
Realizace výzkumu technikou rozhovoru.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

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

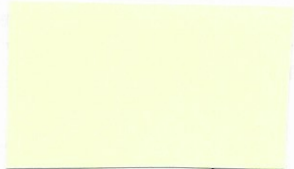
Seznam doporučené literatury:

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ – PROCHÁZKOVÁ. Diagnostika a terapie duševních poruch. 2. vydání. Praha: Grada, 2015, 648 s. ISBN 978-80-247-4826-9.
PAYNE, Jan et al. Kvalita života a zdraví. Praha: Triton, 2005, 630 s. ISBN 80-7254-657-0.
PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče. Praha: Triton, 2009, 256 s. ISBN 978-80-7387-253-3.
ŘIHÁČEK, Tomáš et al. Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy. Brno: Masarykova univerzita, 2013, 190 s. ISBN 978-80-210-6382-2.
SHARMA, Nidhi, Subho CHAKRABARTI a Sandeep GROVER, Gender differences in caregiving among family – caregivers of people with mental illnesses. World Journal of Psychiatry, 2011, vol. 6, no. 1, p. 7-17. DOI: 10.5498/wjp.v6.i1.7.
STYX, Petr. O psychiatrii: Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi. Brno: Computer press, 2003, 178 s. ISBN 80-7226-828-7.

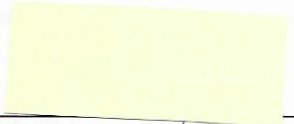
Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Bc. Barbora Plisková**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: 11. října 2019
Termín odevzdání bakalářské práce: 15. května 2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE



Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 8. ledna 2020

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Duševní onemocnění mají významné dopady v osobní, profesní i společenské rovině. Ženy postižené duševním onemocněním jsou pak specifickou skupinou, na kterou se zaměřuje tato bakalářská práce. Kvalita života žen s duševním onemocněním je popisována pohledem všeobecné sestry a doplněna perspektivou dvou pacientek trpících závažným duševním onemocněním, kdy cílem je zjistit, jaká je kvalita života žen s duševním onemocněním dle názoru všeobecných sester, a popsat ostatním všeobecným sestřám a pracovníkům poskytujícím péči duševně nemocným ženám, jaká je kvalita života žen s duševním onemocněním a které aspekty mohou ovlivnit kvalitu jejich života. Práce je rozdělena obvyklým způsobem na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zabývá vymezením pojmu kvalita života, popisem závažných duševních onemocnění a rolí všeobecných sester v péči o duševně nemocné. Praktická část je kvalitativním výzkumem, kdy výzkumný soubor tvořily čtyři všeobecné sestry a doplňují je dvě pacientky se SMI. Jako techniku v empirické části jsme použili polostrukturovaný rozhovor a data analyzovali otevřeným kódováním. Výsledkem výzkumu je vhled do problematiky kvality života žen s duševním onemocněním z perspektivy všeobecných sester, které o pacientky pečují a které se mohou stát významnými podporovateli a pomocníky při zlepšení kvality života žen s duševním onemocněním.

Klíčová slova: kvalita života, opora, rodina, role všeobecné sestry, vztahy, závažné duševní onemocnění, zotavení

ABSTRACT

Mental illnesses have major impact on personal, professional, and social life. Women affected by mental illnesses are a specific group, on which this bachelor's thesis is focused on. The quality of life of women with mental illness is described by a general nurse's point of view, and then supplemented with the perspectives of two female patients suffering from serious mental illnesses. The aim of this thesis is to determine the quality of life of women with mental illness according to the opinion of general nurses, to ascertain which aspects of life can be beneficial to them, and to describe the quality of life of mentally ill women to other general nurses and mental health professionals. This thesis is divided into a theoretical and practical part. The theoretical part is concerning with the definition of the concept of quality of life, description of serious mental illnesses, and the roles of general nurses tending to the mentally ill. The practical part consists of qualitative research, where the researched group constituted of four general nurses and two female patients with SMI. For the methodology in the empirical part, we used a semi-structured interview and we analyzed the data with open coding. The result of the research is the insight into the topic of quality of life of women with mental illness through the perspective of general nurses, who are their carers and may become significant supporters and helpers in their quality of life.

Keywords: family, quality of life, recovery, relations, role of the general nurse, severe mental illness, support

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat paní PhDr. Mgr. Bc. Barboře Pliskové za její odborné vedení a připomínky, které mi poskytla k vypracování této bakalářské práce. Děkuji také participantům za jejich ochotu a čas, který vynaložili při realizaci výzkumného šetření.

Poděkování také patří mému manželovi a celé rodině za podporu a trpělivost během mého studia.

Prohlášení

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

OBSAH

ÚVOD.....	13
I TEORETICKÁ ČÁST	15
1 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ A JEHO DOPADY	16
1.1 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ	17
1.2 ZMĚNA PARADIGMATU V PÉČI O OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM	18
1.3 SHRNUÍ PRVNÍ KAPITOLY	19
2 KVALITA ŽIVOTA – VYMEZENÍ POJMU	20
2.1 DEFINICE KVALITY ŽIVOTA	20
2.2 POJETÍ KVALITY ŽIVOTA	21
2.3 SUBJEKTIVNÍ A OBJEKTIVNÍ HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA.....	21
2.4 MODELY KVALITY ŽIVOTA	22
2.5 KONCEPT KVALITY ŽIVOTA V PSYCHIATRII DŘÍVE A DNES.....	24
2.5.1 Metody hodnocení kvality života duševně nemocných	25
2.6 SHRNUÍ DRUHÉ KAPITOLY	26
3 KVALITA ŽIVOTA S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM A GENDER POZICE.....	28
3.1 KVALITA ŽIVOTA ŽEN S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	29
3.2 SHRNUÍ TŘETÍ KAPITOLY	30
4 ROLE VŠEOBECNÝCH SESTER NA ZLEPŠENÍ KVALITY ŽIVOTA DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH ŽEN.....	31
4.1 KOMPETENCE SESTRY A FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ KVALITU PÉČE V PSYCHIATRII.....	32
4.2 ROLE SESTRY KE ZLEPŠENÍ KVALITY ŽIVOTA ŽEN S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	33
4.3 SHRNUÍ ČTVRTÉ KAPITOLY	35
II PRAKTICKÁ ČÁST	36
5 METODOLOGIE VÝZKUMU.....	37

5.1	CÍLE VÝZKUMU	37
5.2	VÝZKUMNÝ SOUBOR	37
5.2.1	Základní charakteristika participantů	38
5.3	METODY A TECHNIKY VÝZKUMU	41
5.4	ORGANIZACE SBĚRU DAT	43
5.5	ANALÝZA DAT.....	44
6	VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	46
6.1	DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ A KVALITA ŽIVOTA DLE NÁZORU SESTER	46
6.1.1	Spokojenost a smysl života	46
6.1.2	Život pod kontrolou.....	48
6.1.3	Mít naději	50
6.2	VÝZNAMNÉ ASPEKTY KVALITY ŽIVOTA ŽEN S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM DLE NÁZORU SESTER	52
6.2.1	Neschopnost celkového rodinného fungování	52
6.2.2	Duševní nemoc jako zkouška partnerství.....	54
6.2.3	Neschopnost fungování ve vztahu matka-dítě	55
6.2.4	Pracovní fungování, finance a dluhová past.....	56
6.2.5	Bolest a nepohodlí aneb „Mami, mě to bolí“	59
6.3	PODPORA A OPORA.....	62
6.3.1	Podpora rodiny	62
6.3.2	Podpora sestry při nemoci a zotavení.....	64
7	DISKUSE	66
8	LIMITY VÝZKUMU.....	70
8.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	70
	ZÁVĚR	72
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	74
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	80

SEZNAM OBRÁZKŮ	81
SEZNAM TABULEK.....	82
SEZNAM PŘÍLOH.....	83

ÚVOD

„Nemocné tělo potřebuje lékaře, nemocná duše přítele.“

Menandros (řecký dramatik 342-291 př. n. l.)

Téma kvality života vztahující se k oboru ošetrovatelství je jedno z nejvíce diskutovaných témat posledních desetiletí. Vzrůst zájmu o problematiku kvality života je dán pochopením subjektivní spokojenosti pacientů ve vztahu k určitému onemocnění. Ve 21. století čelí medicína (včetně psychiatrie) novým problémům, zcela odlišným od těch v minulých stoletích. Vnímáme nárůst počtu nemocných s hypertenzí, cukrovkou, obezitou, psychickými problémy a stárnoucí populaci.

Na akutním ženském psychiatrickém oddělení, kde v současnosti pracuji, jsou nejčastěji hospitalizovány ženy se závažným duševním onemocněním. A především ženám se SMI bychom se chtěli v naší práci věnovat. Součástí bakalářské práce je statistika struktur diagnóz v letech 2017-2019 v nejmenované psychiatrické nemocnici. Autorka chtěla tímto výzkumem poukázat na to, jaký je pohled všeobecných sester na kvalitu života žen se závažným duševním onemocněním a jak vybraný soubor všeobecných sester hodnotí kvalitu jejich života. Tento výzkum se mi stal i osobním zájmem pro zjištění, jak jako sestra mohu zlepšit svůj přístup k pochopení žen se závažným duševním onemocněním.

Bakalářská práce se zaměřuje na kvalitu života žen s duševním onemocněním, především se závažným duševním onemocněním (*severe mental illness* – „SMI“). Jde o onemocnění, které postihuje osobnost a má vliv na subjektivně vnímanou kvalitu života. Vymežit a definovat kvalitu života je velmi problematické. Každý z nás zažíval a zažívá individuální a jedinečnou zkušenost ve svém každodenním životě. Tato zkušenost je výsledkem smyslového vnímání a je v porovnání se zkušenostmi ostatních nezaměnitelná a obtížně sdělitelná. Souvisí s naším fyzickým i psychickým zdravím, dosažením životních cílů, prožíváním životního štěstí a tím dobrého a kvalitního života. Práce je rozdělena na dvě části. V první, teoretické části se zaměřujeme na definování pojmu kvalita života, popisujeme závažná duševní onemocnění, dopad duševního onemocnění na kvalitu života a roli sester na zlepšení kvality života duševně nemocných žen.

V první kapitole bude popsána problematika duševních onemocnění, jejich dopad na člověka v rovině osobní, rodinné a společenské. V druhé kapitole si vymežíme pojem kvality života, jednotlivé dimenze života a koncept kvality života v psychiatrii.

Ve třetí kapitole si popíšeme kvalitu života s duševním onemocněním a gender pozice. Ve čtvrté kapitole bude vymezena role sestry na psychiatrii a její úloha směřující k zotavení ženy z duševního onemocnění.

V druhé, empirické části je problematika kvality života žen s duševním onemocněním zkoumána kvalitativním výzkumem, jehož cílem je zjistit, jaká je kvalita života žen s duševním onemocněním dle názoru všeobecných sester. K získávání dat použijeme polostrukturovaný rozhovor. Výzkum bude obohacen i perspektivou dvou pacientek se závažným duševním onemocněním.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ A JEHO DOPADY

Přes všechny pokroky moderní diagnostiky a léčby je výskyt a dlouhodobý průběh celé řady chorob, včetně psychiatrických, a z toho plynoucí vysoká invalidita a utrpení postižených spíše pravidlem než výjimkou. Podle jedné z posledních globálních metaanalýz asi jedna třetina lidstva někdy během svého života trpí některou ze známých duševních poruch. V 13 % se jedná o úzkostné poruchy, v 10 % o poruchy nálady, více než 3 % mají problémy s nadužíváním návykových látek (Raboch et al., 2019, s. 36). V roce 2017 byly nejčtenějšími skupinami diagnóz, pro které byli pacienti hospitalizováni v psychiatrických lůžkových zařízeních v ČR, poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (dg. F10-F19), a to více než čtvrtina z celkového počtu hospitalizací (14 513 hospitalizací). V roce 2017 tvořila léčba schizofrenie, poruch schizotypálních a poruch s bludy (dg. F20-F29) necelou pětinu (10 420) z celkového počtu hospitalizací. Pro ženy byly nejčastějším důvodem hospitalizace neurotické poruchy (dg. F40-F48 a F50-F59), a to 6 137 hospitalizací (13 %) z celkového počtu 27 249 hospitalizací žen, schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy (dg. F20-F29) tvořily 4 758 hospitalizací (18 %) a 4 444 (16 %) hospitalizací tvořila léčba poruch způsobených užíváním psychoaktivních látek (ÚZIS, 2018, s. 17).

Dle dostupné zdravotnické statistiky za rok 2016 a 2017 vyplývá, že v porovnání počtu pacientů v jednotlivých skupinách psychiatrických diagnóz podle pohlaví je zřejmé, že se ženy častěji potýkají s afektivními, neurotickými a organickými duševními poruchami, na kterých se podílejí od 64 % do 69 % (v roce 2017) a od 64 % do 67 % (v roce 2016) z celkového počtu pacientů, a schizofrenií (téměř 53 %), kdy je výskyt u schizofrenie ve sledovaných letech stejný. Největší podíl žen byl u diagnózy F50 (poruchy příjmu potravy), ve které tvořily 90 % z léčených pacientů pro tuto diagnózu. Muži jsou výrazně častěji ošetřováni v souvislosti s patologickým hráčstvím (86 % v roce 2017 a 82 % v roce 2016), sexuálními dysfunkcemi (81 % v roce 2017 a 72 % v roce 2016), sexuálními poruchami/deviacemi (80 % v roce 2017 a 76 % v roce 2016), vývojovými poruchami v dětství a adolescenci (71 % v roce 2017 a 73 % v roce 2016) a poruchami vyvolanými alkoholem a ostatními psychoaktivními látkami (63 % v roce 2017 i v roce 2016) (ÚZIS, 2018, s. 14; ÚZIS 2017, s. 14). Zdravotnická statistika sleduje

počet skutečně léčených duševních onemocnění, ne však reálný výskyt duševních onemocnění v české populaci.

1.1 Duševní onemocnění

Duševní onemocnění se stává nedílnou součástí každodenního života nemocného, ovlivňuje jeho osobnost, vztahy s druhými lidmi, mění se jeho sociální role v komunitě. Jsou ovlivněny pracovní možnosti nemocného vzhledem k opakujícím se hospitalizacím a časté pracovní neschopnosti. Pro nemocné bývá obtížné udržet si pracovní pozici a zvládnout vyšší pracovní nároky.

„Pacient může prožívat neustálé omezování, napětí a úsilí, které mu jen umožní přiblížit se ke kvalitě života, kterou ostatní ‚prožívají‘ automaticky, bez nutnosti neustálé kontroly, starostí a trápení.“ Dopad onemocnění na kvalitu života pacientů s chronickým onemocněním podle Gurkové (2011) významně ovlivňují faktory jako například:

- 1) nároky selfmanagementu onemocnění - pacient musí nemoc zakomponovat do svého života změnou životních návyků a chování;
- 2) celoživotní charakter léčby - léčba častokrát není kauzální, kurativní, ale substituční, zmírňující symptomy onemocnění, častokrát s nepravidelným efektem a nežádoucími účinky;
- 3) nejasnost prognózy, nepředvídatelnost průběhu onemocnění - není možné předvídat průběh onemocnění, který může významně zasáhnout do života pacienta;
- 4) vědomí závažných chronických komplikací a akutních stavů, tzn. že jakmile dojde k nedodržení terapeutického režimu, hrozí riziko závažných následků;
- 5) lokus kontroly – v domácí léčbě se přesouvá dominantní část kontroly a zodpovědnosti za léčbu na pacienta (Gurková, 2011, s. 139).

Mentální onemocnění výrazně ovlivňuje nezaměstnanost a sociální status duševně nemocných. Mnoho duševně nemocných nemá funkční rodinné zázemí, rodinné vztahy se vlivem duševní nemoci rozpadají. Vzhledem k tomu, že duševní nemoci jsou často dědičné, v rodině jimi trpí více členů domácnosti, snižuje se tím socioekonomický status nejen jednotlivce, ale i celé rodiny. Mona Eklund (2009) poukazuje ve své práci na to, že zaměstnání a pracovní aktivita osob s duševním onemocněním má nižší význam pro subjektivní hodnocení kvality života. Do studie byli zařazeni klienti se schizofrenií

a byl použit dotazník MANSA (The Manchester Short Assessment of Quality of Life). Výsledky studie naznačují, že smysluplnější je ocenění každodenních činností klientů se schizofrenií, nejlépe v podmínkách chráněného zaměstnávání. Limitem tohoto výzkumu byl nízký počet účastníků a nízká hodnota GAF (Eklund, 2009, s. 163-170).

Důležitým aspektem v životě duševně nemocného je přijetí nebo odmítnutí diagnózy psychické poruchy. Psychické onemocnění řadíme mezi chronická onemocnění. Jedinec, u kterého se objevilo chronické psychické onemocnění, k němu často zaujímá nereálný postoj. Chce se na ně dívat jako na akutní či přechodný problém – jako na něco, co v poměrně krátké době odezní. Často nechce přijmout, že s touto poruchou bude nejspíše žít dlouho, s velkou pravděpodobností až do smrti (Křivohlavý, 2002, s. 130; Ocisková a Praško, 2015, s. 35). Odmítá psychiatrickou diagnózu kvůli tomu, že nechce sám sebe stigmatizovat, i z toho důvodu, že přijetí by znamenalo přijmout i dlouhodobý, případně celoživotní průběh. *„Přijmout psychickou poruchu pro něj také může znamenat přijmout omezení své svobody; často se obává, že jej budou kontrolovat psychiatři, příbuzní a také že bude muset užívat psychofarmaka.“* (Ocisková a Praško, 2015, s. 35)

1.2 Změna paradigmatu v péči o osoby s duševním onemocněním

Na doporučení WHO a v rámci Ministerstva zdravotnictví ČR se do popředí zájmu dostává změna paradigmatu péče o osoby s duševním onemocněním, která je vnímána pozitivně odborníky, ale ne vždy laickou veřejností. Změna spočívá ve zlepšení komunitních služeb v oblasti duševního zdraví, přesunu duševně nemocných z institucí do komunity, do prostředí, ve kterém se cítí nemocní dobře. Mění se tak přístup, kdy pacienti nechodí za péčí, ale péče chodí za nimi. Změna paradigmatu psychiatrické péče spočívá v zapojení lidí s duševním onemocněním do systému poskytované péče. Model peer konzultantů jako příklad participace lidí s duševním onemocněním odpovídá současným trendům při poskytování služeb. Komunitní péče je vnímána jako nové paradigma psychiatrického systému.

V roce 2013 Ministerstvo zdravotnictví schválilo dokument *Strategie reformy psychiatrické péče*. Cílem reformy je přesun péče o osoby s duševním onemocněním z psychiatrických nemocnic do komunit. V souvislosti s reformou přibývá studií, které se kromě hodnocení kvality života, včetně subjektivních a objektivních indikátorů, navíc zabývají klinickým posouzením stavu nemocných. Nejvíce projektů probíhá v rámci

Národního centra duševního zdraví v Praze a ve spolupráci s Psychiatrickými klinikami v Brně a v Praze. Nejčastěji jsou do zahraničních a českých studií zahrnuti klienti se schizofrenií, méně často klienti s ostatními duševními poruchami.

System přesunu péče o jedince s duševním onemocněním z nemocnic do komunit vede k větší spokojenosti lidí s duševním onemocněním, zvyšuje kvalitu jejich života, snižuje počet dní strávených v hospitalizaci, je nákladově efektivnější a nevede ke zvýšení kriminality (Kondrátová et al., 2018, s. 151-158).

Kohútová et al. (2018) prezentuje v předběžných výsledcích průřezového šetření projektu Cosmos, že výskyt další duševní poruchy u pacientů s diagnózou schizofrenie, depresivní poruchy a generalizované úzkostné poruchy zhoršuje kvalitu života, zatímco výskyt tělesné nemoci nikoli (Kohútová et al., 2018, s. 60-67). Velmi zásadní pro kvalitu života člověka s psychickou poruchou je rodinná situace a podpora nejbližších. Většina dlouhodobě nemocných osob zůstává trvale žít ve své původní rodině. Je to důležité zejména z důvodu jejich problémů v oblasti sociální interakce, neschopnosti založit si novou, vlastní rodinu či vážný vztah (Ocisková a Praško, 2015, s. 41). Osoby s vážným duševním onemocněním čelí sociální exkluzi, zvýšenému riziku bezdomovectví či nuceného spolubydlení. Je pro ně složité finančně dosáhnout na vlastní samostatné bydlení, a tak jsou nuceni žít s rodiči, přáteli, sourozenci, což je náročné jak pro ně, tak i pro členy rodiny (Kondrátová et al., 2018, s. 151-158). V případě osob trpících psychickou poruchou jsou jednou z hlavních příčin bezdomovectví konflikty v rodině, kdy dochází k tomu, že nemocný je donucen odejít z domu či odejde ze své vůle (Ocisková a Praško, 2015, s. 42).

1.3 Shrnutí první kapitoly

Duševní onemocnění má závažné dopady v rovině osobní, rodinné, společenské. Role člověka trpícího závažným psychiatrickým onemocněním byla a je i v současné společnosti obtížná. Nejen změna v myšlení a přístupu k lidem s duševním onemocněním je vizí „*Strategie reformy psychiatrické péče*“, **kdy cílem reformy je přesun péče o osoby s duševním onemocněním z psychiatrických nemocnic do komunit.**

2 KVALITA ŽIVOTA – VYMEZENÍ POJMU

Pojem kvalita života (Quality of Life, dále jen „QoL“) je obtížné definovat. Je to složité s ohledem na proměnlivost a rozmanitost lidského života v souvislosti s životními změnami. Kdo z nás netouží po spokojeném životě? Náš život je utvářen vlivem vnějších i vnitřních faktorů, různých interakcí v sociálních skupinách a zároveň může být ovlivněn řadou nepředvídatelných událostí i náhod. Pojem kvalita života má pro každého z nás různý obsah a význam. Většina z nás si pod tímto pojmem představí především zdraví pro své blízké a spokojenost v životě.

2.1 Definice kvality života

U definování pojmu kvality života musíme vzít v úvahu jednotlivé dimenze života a vnímat je v souvislostech a vzájemných interakcích. Chceme-li definovat kvalitu života, měli bychom si nejprve uvědomit, jaký je cíl zkoumání kvality života. V medicínském přístupu je nejčastěji kvalita života definována v souvislosti se zdravím. Zdraví představuje jednu z nejdůležitějších hodnot lidského života a společnosti téměř ve všech dobách a kulturách. V současné době neexistuje jednotná definice kvality života související se zdravím (Health Related Quality of Life, používaná ve zkratce HRQoL, tj. kvalita života ovlivněná zdravím). Světová zdravotnická organizace definuje kvalitu života tak, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a obavám (WHOQOL: Measuring Quality of Life, ©2020).

Pojem kvalita života ovlivněná zdravím lze specifikovat jako subjektivní pocit životní pohody, který je asociován s nemocí či úrazem, léčbou a jejími vedlejšími účinky. To znamená, že vedle klinických ukazatelů úspěchu nebo neúspěchu nasazené terapie se sledují subjektivní a objektivní údaje o fyzickém a psychickém stavu pacienta, jako jsou přítomnost bolesti, zvládání chůze do schodů, intenzita únavy, schopnost sebeobsluhy, převažující typ emocí či prožívaná míra úzkosti a napětí (Hnilicová, 2005. In: Payne, s. 211-212).

Někteří autoři se snaží v definici propojovat subjektivní a objektivní indikátory v jednom celistvém konceptu kvality života. Cummins definoval kvalitu života „*jak objektivní, tak i subjektivní, kdy obě osy zahrnují sedm stejných domén: materiální well-being, zdraví,*

produktivita, intimita, bezpečí, komunitní a emoční well-being. Objektivní domény tvoří kulturně relevantní míry objektivního well-being. Subjektivní domény tvoří spokojenost v rámci každé domény, která je vážená podle důležitosti pro jednotlivce“ (Cummins, 1997, s. 9).

2.2 Pojetí kvality života

V pojetí kvality života je v poslední době kladen důraz na vlastní hodnocení života, tedy subjektivní pohodu, spokojenost, štěstí, pocit smysluplnosti. Tato oblast zahrnuje hodnocení spokojenosti s jednotlivými životními oblastmi, hodnocení převažující nálady a celkové spokojenosti se životem. V této oblasti se ujal pojem well-being, pocit štěstí a pohody, jako protiklad k materiálnímu blahobytu (Marková, 2012, s. 8-9).

Psychologické pojetí kvality života je spojováno se spokojeností se svým životem - tj. o zjišťování životní spokojenosti, kdy se hledají odpovědi na otázky, co činí lidi spokojenými, jaká je struktura faktorů, které ke spokojenosti přispívají, a také jak jednotlivé společenské instituce ovlivňují spokojenost lidí. Prožívanou subjektivní pohodu – *subjective well-being*, štěstí – *happiness, flow* – kdy je kladen důraz na všeobecné hodnocení kvality života jako takového (Hnilicová, 2005. In: Payne, s. 209).

„Sociologické pojetí v souvislosti s kvalitou života může sledovat atributy sociální úspěšnosti, společenský status, životní styl, vybavení domácnosti, vzdělání, majetek apod.“ Autorka dále uvádí v souvislosti s kvalitou života termín životní styl. Tento pojem lze charakterizovat všeobecnými sociálními podmínkami, které určují kvalitu života a způsob života lidí ve společnosti (Dvořáčková, 2012, s. 63-64).

2.3 Subjektivní a objektivní hodnocení kvality života

Do objektivního hodnocení kvality života můžeme zahrnout hodnoty jako vzdělání, materiální podmínky, zdravotní stav, stabilita rodiny apod. (Marková, 2012, s. 10). Objektivní kvalita života znamená také splnění požadavků týkajících se materiálních a sociálních požadavků života, fyzického zdraví jednotlivce. Zatímco subjektivní dimenze se týká jeho subjektivní pohody a spokojenosti se životem ve vztahu k jeho osobním cílům, očekáváním, zájmům, hodnotám a životnímu stylu vůbec (Gurková, 2011, s. 57). Do subjektivní kvality života můžeme zařadit ještě další dílčí životní a psychologické oblasti, jako je sebehodnocení, osobní úspěch, tělesná zdatnost (wellnes), vnímaný smysl

života či naděje. Subjektivní kvalita života souvisí také s dlouhodobějšími životními cíli, které působí jako motivační faktor a jimiž osoba v průběhu času řídí svůj život (Marková, 2012, s. 9). Subjektivní i objektivní hodnocení kvality života poskytují odlišná data, obě jsou však nepostradatelnou součástí celkového hodnocení (Dvořáčková, 2012, s. 69).

Connell et al. (2012) poukazuje na to, jak sami pacienti hodnotí vlastní onemocnění. Jde o jejich subjektivní hodnocení, kdy prožívání příznaků hodnotí jako břemeno, jako vysilující, bolestivé mučení a jako tyranskou moc nad jejich životem. Příznaky duševního onemocnění velmi zasahovaly do jejich základních denních činností, což ztěžovalo vyrovnat se s přítomností. Při výzkumu záleželo na způsobu podání otázek výzkumu. Když se výzkumníci ptali pacientů, jak jejich nemoc ovlivnila kvalitu života, výsledek výzkumu vedl k negativním konceptům, např. strach, stigma, izolace. Oproti tomu výzkum, který se ptal, co by zlepšilo život nemocných, výsledek přinesl pozitivní pojmy, jako jsou láska, podpora, porozumění (Connell et al., 2012).

Současná společnost je zatížena předsudky týkajícími se chování a léčby duševně nemocných. Stigma postihuje téměř vše, co souvisí s duševním onemocněním: pacienty, jejich rodiny a blízké, samotný obor psychiatrie, psychiatrická zdravotní zařízení. Toto stigma pak ovlivňuje léčbu nemocných a jejich spolupráci. Duševní onemocnění pro jedince s sebou přináší sociální vyloučení, narušení mezilidských vztahů, zranitelnost. Duševně nemocný člověk je lehce ovlivnitelný, a tak je často zneužíván k násilným činům a podvodům. Ve svém okolí může vzbuzovat úzkost, nejistotu a obavy.

Subjektivní a objektivní hodnocení se týká odlišných rovin kvality života jednotlivce. Člověk může být fyzicky zdravý, žít ve svobodném státě, být finančně zajištěný, ale přesto se necítí ve svém životě šťastný a nemusí svůj život vnímat jako kvalitní. Jedním z důvodů může být psychické onemocnění. Oproti tomu člověk se závažným duševním onemocněním může prožívat a hodnotit svůj život jako kvalitní. Při hodnocení kvality života nejen duševně nemocných je vždy důležité znát hodnoty, potřeby, osobní přání, životní zkušenosti a další stránky života člověka.

2.4 Modely kvality života

Komplexní pohled na kvalitu života postihují modely a výzkumy týkající se kvality života.

Využití modelů/teorií kvality života nám může pomoci vymezit koncepty, které jsou součástí nebo které mají logické propojení na definující atributy kvality života a vztahy mezi koncepty (Gurková, 2011, s. 103). Modely můžeme rozdělit do čtyř kategorií:

- 1) hierarchické;
- 2) interakční;
- 3) prediktivní;
- 4) modely založené na významu.

První kategorii představují hierarchické modely (strukturující kvalitu života). Sem můžeme zařadit například Spilkerův hierarchický model HRQoL, model WHOQOL a model kvality života „3B“ vytvořený Centrem pro podporu zdraví v Univerzitě Toronto (Gurková, 2011, s. 104). Uvádíme jej v naší práci z důvodu, že člověka vnímáme jako holistickou bytost. Pokud se podíváme na model z obecné roviny, je model rozdělen do třech základních domén. Každá základní doména má tři dílčí oblasti. Kvalita života jedince je určena významem samotné domény pro jedince a reálném naplňování ve skutečném životě a zároveň vzájemným působením mezi jednotlivými doménami a vlivem prostředí.

Tabulka 1: Model kvality života

1. BYTÍ (BEING) - KDO JE	
Fyzické bytí	fyzické zdraví, osobní hygiena, výživa, pohyb, péče a oblečení, celkový fyzický vzhled
Psychologické bytí	psychické zdraví a přizpůsobení, vnímání, pocity, sebevědomí, sebeúcta, sebekontrola
Spirituální bytí	osobní hodnoty, osobní standardy chování, víra
2. PATŘIT NĚKAM (BELONGING) - spojené s konkrétním prostředím	
Fyzické soužití	domov, pracoviště, škola, sousedství, komunita
Sociální příslušnost	rodina, přátelé, spolupracovníci, sousedé v komunitě
Komunitní příslušnost	odpovídající příjem, zdravotní a sociální služby, pracovní příležitosti, vzdělávací a rekreační možnosti, společenské aktivity
3. REALIZOVAT SE (BECOMING) - dosažení osobních cílů, nadějí a tužeb	
Praktická realizace	domácí aktivity, placená práce, školní a dobrovolné aktivity, péče o zdraví, sociální potřeby
Volnočasová realizace	aktivity podporující relaxaci a redukující stres
Růstová realizace	aktivity podporující udržení a rozvoj znalostí a dovedností, přizpůsobení se změně

Zdroj: Centrum pro podporu zdraví, Univerzita v Torontu [vlastní překlad]

Druhou skupinu modelů můžeme označit jako interakční (znázorňující vztahy mezi kvalitou života a jejími determinantami). Třetí kategorií jsou prediktivní modely (např. kontextuální model HRQoL) využitelné při srovnání kvality života pacientů

s různým sociokulturním kontextem s cílem predikce kvality jejich života. Čtvrtou kategorií představuje model založený na významu (např. model vnímání kvality života sestrou od Kingové et al.), v rámci kterého je kvalita života konceptualizována z perspektivy pacienta, nikoliv profesionála, který ji hodnotí (Gurková, 2011, s. 104).

2.5 Koncept kvality života v psychiatrii dříve a dnes

V medicíně napříč desetiletími bylo a je na prvním místě odstranění nemoci. Vyléčení se stalo jediným cílem lékařů, často bez ohledu na dopad léčby. V úvahu nebyl brán zřetel na spokojenost nemocných. Kvalita života nemocných byla uváděna v souvislosti s úspěšnou léčbou. V posledních letech se právě nemocný, jeho práva a zachování autonomie nemocného dostávají do popředí lékařova zájmu a zájmu celého zdravotnického týmu. Nemocný se stává nejen pacientem, ale především partnerem při léčbě než pouhým nemocným přijímajícím léčbu. Kvalitě života se nevěnují pouze medicínské obory. Tato hodnota se začala široce využívat i v souvislosti se sociálně zdravotní problematikou za účelem hodnocení nepříznivých sociálních a zdravotních podmínek života lidí různých věkových kategorií (Marková, 2012, s. 8). Proč nelze jasně vymezit kvalitu života je způsobeno právě tím, že o kvalitě života se hovoří v různých souvislostech a v různých vědních disciplínách. Jsou to především medicína, psychologie, sociologie, kulturní antropologie, ekologie, medicína (Hnilicová, 2005. In: Payne, s. 207).

Jedním z lékařských oborů zabývajícím se kvalitou života je psychiatrie. V oblasti péče o duševně nemocné se kvalita života stala argumentem pro změnu v přístupu k těmto lidem. Protože zde nelze většinou dosáhnout úplného uzdravení, hovoří se v souvislosti s příslušnou terapií stále více o zlepšení kvality života pacientů jako o cíli, ke kterému se v terapii směřuje (Hnilicová, 2005. In: Payne, s. 211-212). Zvláště pokud je terapie postavena na zotavení z duševní nemoci a správně zvolenou terapií lze nemocného vrátit do jeho původní role v různých oblastech života, v práci, v bydlení či ve vztazích.

Jako vhodné se jeví zjišťovat, zda všeobecné sestry a další pracovníci, kteří pečují o duševně nemocné, vnímají jejich kvalitu života obdobně.

V souladu s cílem zlepšit kvalitu života duševně nemocných pojetí konceptu kvality života v psychiatrii směřuje k dosažení dobré kvality života u osob s duševním onemocněním.

Koncept kvality života je na evropské úrovni uplatňován Evropskou nadací pro zlepšování životních a pracovních podmínek a v českém kontextu je rozvíjen Centrem pro sociální a ekonomické strategie FSV UK. Koncept je založen na širokém multidimenzionálním pojetí kvality života jako celkové úrovně blaha (well-being) jednotlivců v dané společnosti. Zahrnuje 12 výchozích domén kvality života, jako jsou například zdraví a zdravotní péče, zaměstnání a pracovní podmínky, vztahy v rodině, život v komunitě a sociální participace, bydlení, aktivity volného času, lidská práva apod. (Koncept kvality života, 2018).

„V souvislosti s chronickými nemocemi jedinec kontinuálně sladuje svoje hodnoty a cíle s objektivními podmínkami prostředí a s vlastními schopnostmi tyto požadavky uspokojit. To znamená, že pokud se jedinec cítí nespokojený, protože vnímá diskrepanci mezi individuálními hodnotami a jeho aktuálními životními podmínkami, může snížit nespokojenost tím, že změní podmínky prostředí nebo změní své hodnoty.“ Kvalita života se může zlepšit v důsledku redukce očekávání a ambicí, stanovováním si cílů realistických v kontextu daného onemocnění nebo v důsledku změny objektivní reality (Gurková, 2011, s. 62). Z psychologického pohledu není ani tak důležité, jakým onemocněním člověk trpí, ale jak své onemocnění prožívá, neboť prožívaná kvalita života je spíše subjektivní pocit (Marková, 2012, s. 35).

V případě jednotlivců se schizofrenií je koncept kvality života pojímán jako subjektivní zkušenost, kterou může vyjádřit pouze pacient. Jako důležité se jeví zahrnutí objektivních indikátorů, jako je zdravotní stav nebo frekvence sociálních interakcí. To znamená, že subjektivní ukazatelé ukazují na důležitost porozumění jednotlivcům se schizofrenií, objektivní ukazatelé poukazují na nepřítomnost příznaků souvisejících se zdravím nebo na ukazatele sociální a materiální pohody (Chaudhury et al., 2018).

2.5.1 Metody hodnocení kvality života duševně nemocných

Hodnocení kvality života duševně nemocných můžeme v zásadě rozdělit do tří skupin: hodnocení kvality života druhou osobou (objektivní), subjektivní metody hodnocení kvality života a metody kombinované. Pro hodnocení životní spokojenosti jsou využívány jako měřicí nástroje specifické dotazníky v kvantitativním výzkumu a semistrukturované rozhovory v kvalitativním výzkumu. K objektivním hodnocením životní spokojenosti v psychiatrii se používá jako základní WHOQOL (World Health Organization Quality of Life Assessment), dále Assessment of Quality of Life 8D (AQoL-8D). Dotazník AQoL

8D obsahuje 35 položek a vyplňuje ho sám pacient. Dotazník SF 36 (Short Form Healthy Survey) je využíván k hodnocení indexu HRQoL u různých duševních onemocnění. K hodnocení kvality života se využívá nástroj MANSA (the Manchester Short Assessment of Quality of Life) (Hosáková a Jarošová, 2016, e3-e8).

V rámci reformy psychiatrické péče v ČR byla vytvořena *Metodika pro Evidenci Respektující Rozvoj Psychiatrických Služeb*, dále jen MERRPS. Je využívána jako standardizovaný nástroj pro hodnocení pacientů při dlouhodobé hospitalizaci a v komunitní péči v Centrech duševního zdraví. Posuzovatel společně s pacientem vyplňuje sociodemografické údaje s krátkým hodnocením. Všeobecná sestra nebo jiný proškolený hodnotitel posuzuje funkčnost pacienta na škále od 0 do 100 metodou GAF (Global Assessment of Functioning), dále nástrojem HoNOS (Health of the Nation Outcome Scale), který hodnotí funkčnost a problémy pacienta ve 12 oblastech. Pro osoby mladší 18 let je určena modifikace této metody s názvem HoNOSCA a dále AQoL 8D, který jsme zmínili výše (Hodnocení psychiatrických služeb, 2020).

2.6 Shrnutí druhé kapitoly

Kvalita života u lidí s duševním onemocněním, její studium a výzkum napomáhá pochopení hodnot, potřeb, přání a především vnímané kvality života osob s duševním onemocněním. V druhé kapitole jsme si definovali kvalitu života, popsali její dimenze a významné koncepty. Duševní onemocnění podstatně zasahuje do života člověka, který se vlivem nemoci mění. Pokusíme-li se shrnout výše zmíněné, důležitou roli v posuzování kvality života obecně, ale i duševně nemocných hraje subjektivní prožívání života a jeho subjektivní hodnocení jedincem a dále emocionální stav, well-being. Další důležitou složkou je sociální rovina, zejména pak sociální opora a kvalita vztahů s okolím a mnoho dalších faktorů.

Kvalita života, která souvisí se změnami v životě člověka s psychickou poruchou, obsahuje téměř všechny sféry lidského bytí od interpersonálních vztahů, sociálních potřeb až k psychickému prožívání a zdraví. U pacientů jde o psychickou pohodu, smíření se s nepříjemnou diagnózou či překonání nebezpečí sebedestrukčních myšlenek. O tom, jak se to podaří, často rozhoduje to, jak sám sebe hodnotí, nakolik vnímá psychickou poruchu jako známku toho, že je méně hodnotný než ostatní, či nikoliv. Člověk trpící psychickou poruchou si často sáhne až na dno svých sil, potřebuje nejen podporu okolí,

ale také pomoc odborníků a společnosti jako systému. Pokud má „kam sáhnout“, může s poruchou bojovat (Ocisková a Praško, 2015, s. 35-36).

3 KVALITA ŽIVOTA S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM A GENDER POZICE

Výskyt duševního onemocnění a jeho projevů se netýká malé části naší populace. Psychická onemocnění se vyskytují u mužů i žen se stejnou četností. Dle statistiky ÚZIS (2018) tvoří z celkového počtu 57 877 hospitalizovaných muži 53 % a ženy 47 %. Liší se ale druhem duševní poruchy, prožíváním duševní nemoci, sociálním fungováním a socioekonomickými dopady na jednotlivce a na rodinu. Duševní onemocnění může postihnout kohokoli v jakémkoli životním období, nejen v dospělosti. Srovnáním některých faktorů, které mohou nastat u mužů a žen, se zabýváme v této kapitole.

Genderové rozdíly u osob s porušeným zdravím byly zjištěny porovnáním fyzických, duševních komponentů zdraví, psychologického fungování a sebepojetí žen a mužů, a to v běžné populaci i mezi osobami se SMI. Dílem v psychiatrické morbiditě a jednak ve vzorci chování u mužů a žen s duševním onemocněním. HRQoL a SF-36 byly dva základní nástroje pro zjištění kvality života. Sociokulturní faktory, které působí prostřednictvím společensky stanovených rolí a vzorců chování, ovlivňují způsob, jakým ženy a muži projevují své psychické utrpení a vypořádávají se s nimi. Dle studie mají ženy horší HRQoL než muži v běžné populaci, jakožto i mezi lidmi se SMI, zejména v oblastech duševního zdraví. Mezi nepříznivé účinky na kvalitu života žen patří celková pracovní zátěž a neplacená práce (Colillas-Malet et al., 2020). Genderový rozdíl se projevuje při dopadu duševního onemocnění u pečovateli osob s duševním onemocněním. Zatímco od žen se vyžadovalo, aby byly primárními pečovateli, pokud byli jejich manželé duševně nemocní, ale pokud by onemocněly ženy samotné, za jejich péči byly zodpovědné jejich vlastní rodiny (Chatterjee a Hashim, 2015, s. 343- 353).

V porovnání mužů a žen s běžnými duševními poruchami existují následující rizikové faktory. Rozdíl v ekonomických faktorech, kdy ženy vydělávají méně než muži a míra chudoby žen ve věku 18 až 64 let je 14,2 % ve srovnání s 10,5 % u mužů. Pro ženy ve věku 65 a starších je míra chudoby 10,3 %, zatímco míra chudoby mužů ve věku 65 let a starších je 7,0 %. Během života asi 1 z 3 žen zažila sexuální násilí, fyzické násilí anebo pronásledování důvěrným partnerem. Odhaduje se, že 65 % pečovateli jsou ženy. Ošetřovatelky stráví poskytováním péče o polovinu více času než pečovateli mužského pohlaví (Mental Health Disparities, 2017).

3.1 Kvalita života žen s duševním onemocněním

Porovnáním souvztažnosti mezi závažným duševním onemocněním a životními rolemi žen byla u žen s duševním onemocněním zjištěna vyšší míra nezaměstnanosti, jejich manželství trvala kratší dobu a postavení ve společnosti nebylo rovnocenné ve srovnání se zdravými ženami, zejména po nástupu nemoci. Mezi kritická období bylo zařazeno manželství, porod, rodičovské dovednosti aj. Z výzkumu dále vyplynulo, že ženy se schizofrenií a bipolární poruchou jsou více ohroženy psychotropními léky, které užívají během těhotenství a nástupem nebo exacerbací nemoci v období po porodu. Gender hrál hlavní roli při určování socioekonomického postavení, přístupu ke zdrojům, což zase ovlivňuje duševní zdraví (Bursalioglu et al., 2013).

Další z autorů uvádí, že ženy bez přístřeší se SMI, konkrétně se schizofrenií a bipolární poruchou, byly vystaveny fyzickému nebo sexuálnímu napadení častěji než muži v podobném postavení. Na vyšší zranitelnost žen a vyšší riziko sebevražd žen bez domova ukazuje i nižší úroveň fyzického zdraví a kvality života žen. Ženy bez obydlí s bipolární poruchou se jeví ještě zranitelnější než ženy se schizofrenií a vysokým stupněm závislosti, zhoršeným zdravotním stavem a násilnou viktimizací. Ženy s BAP mají riziko vzniku závislosti na alkoholu a návykových látkách o 200 % vyšší než populace bez přístřeší (Tinland et al., 2018).

Evropský parlament v roce 2017 přijal *Usnesení o podpoře rovnosti žena a mužů v oblasti duševního zdraví a klinického výzkumu*. Evropský parlament ve svém usnesení uvádí, že ve světovém kontextu poznamenaném probíhající hospodářskou krizí a prudkým nárůstem nezaměstnanosti zejména u mladých lidí a žen neustále narůstá počet případů psychických problémů, jako jsou deprese, bipolární porucha, schizofrenie, úzkost a demence. Vzhledem k tomu, že na duševní zdraví žen a dívek má negativní dopad řada faktorů, včetně rozšířených genderových stereotypů a diskriminace na základě pohlaví, sexuální objektivizace, násilí a obtěžování na základě pohlaví, pracovního prostředí, rovnováhy mezi pracovním a soukromým životem, sociálně-ekonomických podmínek, chybějícího nebo nekvalitního vzdělání v oblasti duševního zdraví a omezeného přístupu ke zdravotní péči v oblasti duševního zdraví. Také uvádí, že téměř 9 z 10 osob s psychickými problémy uvádí, že se jich dotkla stigmatizace a diskriminace, a více než 7 z 10 osob uvádí, že stigmatizace a diskriminace snižují kvalitu jejich života. Výrazný rozdíl je uveden u výskytu depresivních poruch, které představují u žen 41,9 % všech

zdravotních postižení v důsledku neuropsychiatrických poruch v porovnání s 29,3 % u mužů. Deprese je nejčastější neuropsychiatrickou poruchou a častěji postihuje ženy než muže; vzhledem k tomu, že se rovněž jedná o nejčastější onemocnění žen ve věku od 15 do 44 let (Podpora rovnosti pohlaví v oblasti duševního zdraví a klinického výzkumu, 2017).

3.2 Shrnutí třetí kapitoly

Mezi ženami a muži existují rozdíly s ohledem na riziko, prevalenci, průběh a léčbu duševních poruch. Ačkoliv výzkum ukazuje, že ženy a muži mají podobné duševní problémy, výskyt duševních poruch je rozdílný. Ženy jsou navíc zatíženy jiným statutem, rolí v péči o rodinu, jsou náchylnější k fyzickému, psychickému i sexuálnímu napadení a vzniku závislosti. Duševní onemocnění má výrazné dopady a dalekosáhlé důsledky v rodině při péči o děti a ve vztahu a ve vysoké míře se jich dotýká stigmatizace a diskriminace.

4 ROLE VŠEOBECNÝCH SESTER NA ZLEPŠENÍ KVALITY ŽIVOTA DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH ŽEN

Role všeobecné sestry při poskytování ošetrovatelské péče duševně nemocným ženám je specifická. Péče je zaměřena nejen na udržení a podporu zachování samostatnosti duševně nemocných žen v každodenních oblastech života, ale i na včasné rozpoznání rizikových faktorů, které mohou zhoršit duševní stav. V následující podkapitole si vysvětlíme specifika ošetrovatelské psychiatrické péče.

Cíle ošetrovatelské psychiatrické péče jsou v souladu s koncepcí oboru ošetrovatelství. Cílem a úlohou je zachovat a udržet si optimální zdravotní stav a zlepšit kvalitu života pacientů, poskytovat ošetrovatelskou péči pacientům a jejich rodinám, zaměřenou na co nejrychlejší dosažení nezávislosti, soběstačnosti a sociální integrace. Dalším z úkolů ošetrovatelské péče je zmírnit a umožnit důstojné umírání, uplatňovat etický a psychologický přístup s respektováním práv duševně nemocných, respektovat individualitu osobnosti jako jedinečné lidské bytosti, pochopit význam komunikace v ošetrovatelské péči o duševní zdraví, edukovat osobu, rodinu anebo komunitu o ošetrovatelské péči s důrazem na soběstačnost (Šimovcová, 2016, s. 25).

V rámci zlepšení léčby a kvality života duševně nemocných byl vytvořen Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030 v rámci Strategie reformy psychiatrické péče 2013-2023 (Národní akční plán pro duševní zdraví, 2020). Tento plán směřuje k myšlence, že je třeba o problémech duševního zdraví a psychiatrické péče uvažovat.

Součástí poskytování ošetrovatelské péče je obnova psychosociálních funkcí v souladu s bio-psycho-sociálním modelem chápání nemoci (Šimovcová, 2016, s. 25). Snahou nejen všeobecných sester, ale i celého terapeutického týmu je aktivně zapojit pacienta do péče. Všeobecná sestra se zaměřuje na práci s pacienty než na práci za ně, snaží se předcházet vzniku hospitalizmu, tedy závislosti na zdravotnickém zařízení. Důležité je nabízet pacientům možnosti, jak lze naplnit a zohlednit jejich potřeby, potřeby rodiny a dalších blízkých osob. V centru zájmu celého týmu jako hlavní úkol zůstává, jak učinit život klienta se závažným duševním onemocněním co nejkvalitnějším.

Práce všeobecné sestry na psychiatrickém oddělení je v mnohém odlišná od práce na jiných odděleních. Je náročná nejen po stránce psychické, ale i fyzické. Prioritou vztahu sestra – pacient je navázání vztahu založeného na důvěře. Sestra je ta, která informuje

pacienta a příbuzné o specifických léčby a hospitalizaci na psychiatrickém oddělení. Pokud pacient není schopen pochopit poskytované informace, sestra jej seznámí s důležitými informacemi po zlepšení jeho zdravotního stavu. A právě osobnost sestry je důležitá pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče a měla by být součástí dobré praxe na psychiatrickém oddělení. Lze tak do budoucna předejít problémům a nepředvídatelným komplikacím. V následující podkapitole se zmíníme o nejdůležitějších faktorech a osobnostních předpokladech, které ovlivňují ošetrovatelskou péči.

4.1 Kompetence sestry a faktory ovlivňující kvalitu péče v psychiatrii

Sestry na psychiatrii by měly mít vlastnosti a znalosti, mezi které řadíme osobnostní předpoklady, dosažení určité úrovně sebepoznání, nutnost ovládat se, zachovávat neutrální postoj (neprojevat sympatie ani antipatie), znalost symptomatologie duševních poruch, jejichž neznalost vede k závažným chybám v přístupu, zvládnutí metod získávání údajů, např. pozorování, rozhovor, zejména je nutné zvládat efektivní komunikaci, kladení otázek, umět naslouchat a dát prostor pacientům. Nelze opomenout znalost účinků psychofarmak, mezi které patří doba nástupu účinku, kumulaci léčiv v organismu. Sestra je členem terapeutického týmu, účastní se psychoterapeutických aktivit přímo nebo nepřímo svým přístupem k nemocným, způsobem kontaktu, znalostí nových metod ošetřování nemocných (Marková et al., 2006, s. 58).

Kompetence sester pracujících na psychiatrii

Mezi kompetence sester se specializovanou způsobilostí pro péči v psychiatrii patří činnosti, pro které je oprávněna (a měla by být odborně připravena):

- 1) **vyhodnocování** potřeb a úrovně soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění a rizikových faktorů;
- 2) **podpora a rehabilitace**, sestra pomáhá pacientovi při adaptaci na životní podmínky změněné duševním onemocněním a je schopna používat cílené aktivity (např. trénink kognitivních funkcí, edukace, nácvik sociálních dovedností...);
- 3) **ošetrovatelská péče o pacienta v omezení** – sestra je koordinátorem a supervizorem ošetrovatelského týmu v péči o pacienta, jehož stav vyžaduje použití omezovacího prostředku;

- 4) podílí se na **začleňování do vlastního prostředí** již během hospitalizace, kooperuje s komunitními službami;
- 5) **poradenská činnost** v oblasti prevence duševních poruch a v oblasti resocializace;
- 6) **krizová intervence a psychoterapie** je prováděna pod dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie nebo klinického psychologa (Novotná, 2014. In: Petr a Marková, s. 38).

Kromě běžné náplně práce sestry, spočívající v komplexní ošetrovatelské péči, včetně plnění ordinací, sestra sleduje nemocné ohrožující sebe a okolí (spolupacienty, zdravotníky, rodinu apod.), podává psychofarmaka, zvláště dohlíží na jejich užití u pacientů s problematickým přístupem k léčbě, sleduje nástup účinku, symptomy předávkování, asistuje při specifických druzích léčby (elektrokonvulzivní terapie, spánková deprivace); připravuje nemocného a pečuje o něj po výkonech, podílí se na psychoterapeutických aktivitách, při sběru anamnestických dat hledá psychogenní a sociogenní příčiny duševních poruch, zapojuje se do resocializace nemocných, zaměřuje se na edukaci v oblasti duševního zdraví (Marková et al., 2006, s. 58).

Sestra na psychiatrii by měla být zručná, pohotová a znalá dovedností v komunikaci s různými typy pacientů. Během své práce by měla mít přehled o svých pacientech, aby dokázala vypořádat změny v jejich chování a byla schopna na ně reagovat. Velký důraz je kladen na schopnost vcítění se do pocitů druhého člověka. Schopnost empatie není dána všem sestřám stejnou měrou. Nedá se naučit. Je dána především výchovou a povahou člověka.

4.2 Role sestry ke zlepšení kvality života žen s duševním onemocněním

Hlavním cílem ošetrovatelské péče všeobecných sester by mělo být dovést člověka s duševním onemocněním k zotavení, které však nemusí znamenat úplné vyléčení nemoci, ale umožní dané osobě žít smysluplný a významný život podle jeho volby, ať už s přítomností nebo bez přítomnosti symptomů nemoci. Účastníkem zotavení je sám pacient, u kterého nemůžeme vždy očekávat konkrétní výsledek. Efekt ošetrovatelské péče je vždy individuální, s ohledem na jedinečnost každého člověka. Zotavení (angl. recovery) je možné definovat jako hluboce osobní a jedinečný proces změny vlastních postojů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a rolí. Je to způsob, jak žít spokojený, nadějeplný a přínosný život, a to navzdory určitým omezením, která z duševního onemocnění

vyplývají. Zároveň pomáhá rozvíjet nový význam a smysl v životě člověka tím, že katastrofické důsledky způsobené duševním onemocněním překoná (Anthony, 1993).

Zvláště v komunitní psychiatrii neuvažujeme pouze o symptomech nemoci, ale také o funkčních kapacitách pacientů. Zotavení probíhá ve dvou přístupech, klinickém a rehabilitačním. V pojetí klinickém znamená symptomatickou remisi - pozorovatelné obnovení kognitivních, sociálních a pracovních funkcí. Rehabilitační pojetí zotavení je více subjektivní, je zaměřeno na uživatele, na proces jeho vlastní změny a lze ho chápat jako úspěšnou životní adaptaci a dosažení plnohodnotného života při trvajícím duševním postižení (Antony, 1993; Pěč, 2014. In: Petr a Marková, s. 127-128).

Role sestry jako prostředníka změn v procesu zotavení je velmi důležitá. Sestra by měla dodržovat zásady chování k psychiatrickým pacientům obou pohlaví:

- 1) klidný, otevřený přístup, kdy způsob jednání sestry má velký podíl na zvládnutí situace při jednání s klienty;
- 2) aktivita pacientů v terapeutickém procesu – zapojit klienty jako partnery do péče;
- 3) zachování společenských pravidel i v situacích, kdy se nemocní chovají popudlivě, je přítomna agrese, jedná se o lidi zanedbané...;
- 4) stanovení jasných pravidel, tzn. seznámit pacienta s léčebným režimem, který bývá striktně dodržován na režimových odděleních;
- 5) ohleduplné vyjadřování nepříjemných požadavků – soustavné kontrolování, narušení intimity, omezení sociálních kontaktů, rušení spánku noční službou, nedostatek informací, nejistota ohledně onemocnění, neznalost prostředí;
- 6) kolegiálnost ke členům týmu (Marková et al., 2006, s. 87).

Efekt intervence se může projevit již v rozhovoru sestry a pacienta. Komunikace v psychiatrii je velmi důležitá. Je třeba se vyhnout konfrontaci, autoritativnímu jednání. Obecně nedělat věci, které zhoršují vztah, snižují důstojnost, urážejí. I jedna taková reakce může vyvolat znejistění, stažení se, ztrátu důvěry a náprava bývá nesnadná (Raboch, 2019, s. 250). Musíme si uvědomit, že sestra je v častějším kontaktu s pacientem a s ohledem na zachování autonomie člověka je vhodné být empatická a zaměřit se i na pozitivní aspekty duševního onemocnění nebo úspěchy spojené s vyléčením.

4.3 Shrnutí čtvrté kapitoly

Ošetřovatelské intervence ke zlepšení kvality života žen s duševním onemocněním by měly zahrnovat pečlivé posouzení potřeb pacientek, kontinuální sledování depresivních a úzkostných symptomů. Duševní onemocnění je pro ženu i pro její rodinu náročnou životní situací, proto je důležité podávat informace přijatelnou formou a napomáhat budovat vztah důvěry mezi sestrou a pacientkou.

Sestra respektuje pacientku jako lidskou bytost v tělesné, duševní, sociální a spirituální oblasti. Je nápomocna spolurozhodování pacientky o sobě, nedělá rozdíly při poskytování péče mezi nemocnými. *„Proto i prevence vzniku duševních poruch, zaměřená na postupy založené na vědeckých důkazech, a léčba pomocí nových, nefarmakologických a nechirurgických metod jsou zcela jistě důležitými tématy budoucí psychiatrické péče.“* (Raboch, 2019, s. 36)

II PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODOLOGIE VÝZKUMU

V praktické části bakalářské práce se budeme zabývat zkoumáním kvality života žen se závažným duševním onemocněním z pohledu všeobecné sestry. Všeobecná sestra je jedním z hlavních poskytovatelů psychiatrické ošetrovatelské péče. Je v kontaktu s duševně nemocnou ženou často více než lékař, a právě proto je, nebo by měla být v péči o duševně nemocné ženy nositelkou pochopení, porozumění a opory v jejich těžkém životním období. Zajímala nás právě její perspektiva a názory na tuto problematiku.

5.1 Cíle výzkumu

Hlavní cíl

Hlavním cílem bakalářské práce je snaha zjistit, jaká je kvalita života žen s duševním onemocněním dle názoru všeobecných sester.

Cíl 1: Zjistit, jak sestry hodnotí kvalitu života žen s duševním onemocněním.

Cíl 2: Zjistit, jaké významné domény kvality života jsou pro ženy s duševním onemocněním nejvíce klíčové dle názoru sester.

Cíl 3: Zjistit, jaké jsou nejvýznamnější podpůrné sítě pro ženy s duševním onemocněním dle názoru sester.

5.2 Výzkumný soubor

Jako výzkumný soubor byly zvoleny všeobecné sestry pečující o ženy se SMI a pacientky trpící závažným duševním onemocněním. Kritériem našeho výběru participantů u všeobecných sester byla délka praxe všeobecné sestry na psychiatrii, kterou jsme stanovili minimálně na tři roky, a vzdělání všeobecné sestry dle platné legislativy. Jako další kritérium jsme si stanovili dobrou komunikační schopnost a ochotu zúčastnit se výzkumu. Daný vzorek participantů tvořily čtyři všeobecné sestry. Vybraní participanté z řad všeobecných sester mají různě dlouhou délku praxe. Tento údaj pro nás byl důležitý jen s ohledem na splnění kritéria týkajícího se délky praxe na psychiatrickém oddělení. Počet let praxe na psychiatrii je uveden v tabulce č. 2. Zajímala nás jejich zkušenost při práci s pacientkami se závažným duševním onemocněním, abychom mohli jejich zkušenost interpretovat. Nyní si popíšeme výběr participantů výzkumu.

Rozhovory s pacientkami byly zvoleny jako doplňující. Chtěli jsme na nich ukázat i vlastní perspektivu žen ve vztahu k duševnímu onemocnění. Kritériem v tomto případě byla diagnóza, ochota komunikovat a poskytnout rozhovor. Nezajímalo nás konkrétní duševní onemocnění, ale především jeho dopad na kvalitu života.

Při výběru participantů z řad pacientek jsme se snažili oslovit vždy alespoň jednu pacientku z kategorie závažného duševního onemocnění. Oslovené pacientky ústně souhlasily s účastí na výzkumu. Vzhledem k pandemii koronaviru a vyhlášenému stavu nouze se ale situace změnila. První pacientka byla propuštěna do ambulantní péče, druhá pacientka si poskytnutí rozhovoru během několika dnů rozmyslela z důvodu obavy. Uvedla, že vždy, když něco o sobě řekla, tak se to obrátilo proti ní. Její odmítnutí jsme akceptovali a vyslovili pochopení s tím, že děkujeme za ochotu zapojit se do výzkumu. Další pacientka se omluvila, že se nyní necítí příliš komunikativní, není jí do řeči. Pro náš výzkum zůstala z oslovených pacientek tedy jedna pacientka. Protože nás zajímala především zkušenost klientek s duševním onemocněním, oslovili jsme pro účast ve výzkumu klientku s duševním onemocněním, která zároveň pracuje jako peer konzultant v psychiatrické nemocnici. V tomto směru se tedy pro cíle výzkumu nic nezměnilo.

5.2.1 Základní charakteristika participantů

Výzkumný vzorek sester sestával z třech všeobecných sester ženského pohlaví a jedné všeobecné sestry mužského pohlaví. Výzkum byl naplánován na uzavřeném a polouzavřeném ženském psychiatrickém oddělení psychiatrické nemocnice, kde pracují nejen všeobecné sestry ženského pohlaví, ale i mužského pohlaví.

Obě skupiny participantů jsme seznámili s tématem bakalářské práce. Ještě před tím, než vyslovili souhlas nebo nesouhlas s výzkumem, jsme jim poskytli vytištěné otázky k rozhovorům, aby se na základě jejich přečtení mohli rozmyslet, zda budou s rozhovory souhlasit. Byl jim poskytnut určitý čas na rozmyšlenou. Poté, co byl od participantů získán souhlas s realizací rozhovoru a nahráním rozhovoru k účelům bakalářské práce, mohli jsme započít se samotným výzkumem. Vzhledem k charakteru výzkumu jsou všeobecné sestry ve výzkumu označovány zkratkou S jako sestra. Pacientky označíme písmenem P jako pacientka a k odlišení jednotlivých participantů použijeme číslo pro lepší uspořádání.

Participant S1

Všeobecná sestra S1 pracuje v psychiatrické nemocnici 36 let. Celou svou praxi všeobecné sestry se věnuje ženám s duševním onemocněním. Dlouhá léta pracovala na uzavřeném psychiatrickém oddělení, kde se léčí ženy s duševním onemocněním, ale posledních 15 let působí na polouzavřeném psychiatrickém oddělení pro ženy se SMI. Sestrou se chtěla stát od dětství po vzoru své starší sestry. Všeobecná sestra uvádí, že práce s duševně nemocnými ženami je náročná jak po stránce fyzické, tak i psychické a rodina je jí velkou oporou. Ve své práci je otevřená a velmi komunikativní. Při rozhovoru ale byla mírně nervózní, ale odpovídala otevřeně. Jako důvod nervozity uvedla nahrávání rozhovoru na diktafon. Po vzájemné domluvě jsme jí poskytli výzkumné otázky, aby se na ně mohla připravit.

Participant S2

Participantem číslo dvě je všeobecná sestra, která pracuje na akutním uzavřeném oddělení, kde se léčí ženy v akutní fázi duševního onemocnění. V minulosti pracovala na interním oddělení v jiném zdravotnickém zařízení, ale posledních deset let se věnuje péči o duševně nemocné ženy. Je absolventkou Univerzity Palackého v Olomouci, Fakulty zdravotnických věd, obor všeobecná sestra. Její práce je jí posláním a je velkým vzorem pro svou dceru, která je studentkou střední zdravotnické školy. Při rozhovoru se mi s ní komunikovalo velmi dobře, k tématu bakalářské práce měla připravené poznámky.

Participant S3

Třetím participantem je všeobecná sestra, která pracuje v psychiatrické nemocnici dvanáct let a po celou dobu na ženském psychiatrickém oddělení. Předtím pracovala v jiném zdravotnickém zařízení pět let na jednotce intenzivní péče interního oddělení. K pomáhající profesi ji přivedla osobní zkušenost v rodině. Všeobecná sestra uvádí, že práce s ženami s duševním onemocněním je těžká, ale přitom krásná. Uvádí, že při své práci zažívá smutné i veselé chvíle a práce ji baví, i když někdy pocítuje vyčerpání. Při rozhovoru byla nervózní a před samotným rozhovorem požádala, zda by se mohla vyhnout očnímu kontaktu. Jako jediná z participantů si k rozhovoru nepřipravila své poznámky, ale na výzkumné otázky se podívala a přemýšlela nad tím, co by ke které otázce sdělila.

Participant S4

Participantem číslo čtyři je všeobecná sestra pracující od ukončení studia na uzavřeném ženském oddělení akutních psychóz, kde pracuje celkem třináct let. Je jedinou všeobecnou sestrou mužského pohlaví ve vybraném vzorku participantů. Před působením v psychiatrické nemocnici studoval Ostravskou univerzitu, Lékařskou fakultu, obor fyzioterapie, ale studium nedokončil. Participant uvedl, že od základní školy chtěl být lékařem a pomáhat lidem, ale na lékařskou fakultu se nedostal. Práce s ženami s duševním onemocněním jej naplňuje, cítí se být potřebným při léčbě a pomoci. Participant je velmi komunikativní, mezi pacientkami oblíbený. Komunikovalo se mi s ním velmi dobře, i když uvedl, že by raději vyplnil dotazník, který by se týkal tématu kvality života. Jako důvod uvedl osobní stud mluvit a být nahráván.

Participant P1

Pátým participantem je pacientka s diagnózou paranoidní schizofrenie. Pacientka je absolventkou gymnázia. Je svobodná, bezdětná, bez trvalého partnerského vztahu. Od svých osmnácti let pobírá invalidní důchod z psychiatrické indikace. Celý život žila s rodiči, ale poté, co jí zemřela matka, se odstěhovala od otce a žije sama v domě s pečovatelskou službou. Pacientka je velmi komunikativní, ráda hovoří s ostatními lidmi. Ochotně odpovídala na všechny otázky, ale k některým otázkám jsme se museli doptávat.

Participant P2

Posledním participantem je pacientka s diagnózou schizoafektivní poruchy. Také ona je absolventkou gymnázia a kvůli své nemoci nedokončila studium biotechnologie na Univerzitě Karlově v Praze. Pacientka žije v trvalém a pevném partnerském vztahu, kdy její partner je také duševně nemocný. Pobírá invalidní důchod a je zaměstnána jako peer konzultant v psychiatrické nemocnici. Rozhovor s pacientkou se mi vedl velmi dobře. Při zodpovídání otázek byla otevřená. Cítila potřebu sdělit, co prožívá kvůli své nemoci, jak se cítí a co ji naplňuje v její práci.

Základní informace o všeobecných sestrách a pacientkách jsme uspořádali do dvou tabulek.

Tabulka 2: Výzkumný vzorek - všeobecné sestry

Označení všeobecné sestry	Délka praxe na psychiatrii
Všeobecná sestra S1	36 let praxe (celá praxe v jednom zařízení)
Všeobecná sestra S2	18 let praxe (10 let praxe na psychiatrii)
Všeobecná sestra S3	17 let praxe (12 let na psychiatrii)
Všeobecná sestra S4	13 let praxe (celá praxe v jednom zařízení)

Zdroj: autor

Tabulka 3: Výzkumný vzorek - pacientky

Označení pacientky	Diagnóza dle MKN-10	Délka onemocnění v letech
Pacientka P1	F20.0	30
Pacientka P2	F25.0	24

Zdroj: autor

5.3 Metody a techniky výzkumu

Pro bakalářskou práci jsme si zvolili kvalitativní výzkum. „Kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu.“ (Švaříček a Šedřová, c2014, s. 17)

Výběr metody pro sběr dat se zakládá na požadovaném typu informace i na tom, od koho ji budeme získávat a za jakých okolností se tak bude dít. Při výběru získávání dat dodržíme určitá pravidla:

- 1) při zkoumání toho, co lidé dělají na veřejných místech, použijeme pozorování;
- 2) když zjišťujeme, co lidé dělají v soukromí, použijeme interview, dotazník nebo techniku deníku;
- 3) pokud nás zajímá, co si lidé myslí, jak cítí, čemu věří atd., použijeme interview, dotazník nebo postojové škály;
- 4) abychom určili schopnosti lidí (např. změřili jejich inteligenci) nebo zjistili osobnostní rysy, použijeme standardizované testy (Hendl, 2016, s. 165).

V případě naší bakalářské práce jsme pro získání dat použili techniku polostrukturovaného rozhovoru. Ten dává účastníku výzkumu možnost volně mluvit o tématu, reflektovat svůj postoj k němu a rozvíjet o něm své myšlenky. Současně výzkumník může v reálném čase

sledovat, co se v rozhovoru vynořuje, co je významné pro respondenta, a zároveň může rozhovor usměrňovat tak, aby se neodchýlil od tématu (Koutná Kostínková a Čermák, 2013, s. 15. In: Řiháček, Čermák a Hytych).

Během rozhovorů jsou participantům pokládány otázky, které umožňují výzkumníkovi vstoupit a vcítit se do života participantů. V ošetrovatelském výzkumu je kladen důraz na empatii. *„Empatie znamená, že jsme schopni pochopit vnitřní svět toho druhého a dívat se na vnější svět z jeho pohledu... Znamená schopnost pochopit emoční rozpoložení pacienta/klienta a schopnost o něm přemýšlet.“* (Kutnohorská, 2009, s. 97-98)

Při tvorbě výzkumných otázek jsme vycházeli z kvalitativní studie (Zimmermann, Tiellet Nunes a Fleck, 2018), která vycházela z výzkumu pacientek s diagnózou deprese, kde jsme jako oporu použili otázky týkající se kvality života, dále otázky vztahující se k fyzické doméně, ke smyslu života, hodnocené samotnými pacientkami společně s pohledem všeobecné sestry. V otevřených otázkách použitých v rozhovorech jsme se opíraly i o dotazník hodnocení kvality života související se zdravím AQoL-8D („Assessment of Quality of Life“).

K jednotlivým cílům byly pro sestry vytvořeny tyto otázky:

Cíl 1: Zjistit, jak sestry hodnotí kvalitu života žen s duševním onemocněním.

- 1) Jak hodnotíte celkově kvalitu života žen s duševním onemocněním? (Považujete život žen s duševním onemocněním za celkově kvalitní? Jak jsou ženy s duševním onemocněním se svým životem spokojeny a co je tíží? Mají svůj život pod kontrolou i s duševním onemocněním?)
- 2) Co si ženy s duševním onemocněním nejvíce přejí dle Vašeho názoru, když s nimi mluvíte jako sestra? (vyjmenujte tři věci)

Cíl 2: Zjistit, jaké významné domény kvality života jsou pro ženy s duševním onemocněním nejvíce klíčové dle názoru sester?

- 1) Jaké jsou největší důsledky duševních onemocnění u žen v rovině osobní dle Vašeho názoru? (Pocítují bolest a jak je ovlivňuje? Mají ženy dostatek energie, pocítují nějaké nepohodlí?)
- 2) Jaké jsou největší důsledky v rovině pracovní dle Vašeho názoru?

- 3) Jaké jsou největší důsledky v rovině společenské dle Vašeho názoru? (komunita, společenské aktivity, stigmatizace)

Cíl 3: Zjistit, jaké jsou nejvýznamnější podpůrné sítě pro ženy s duševním onemocněním dle názoru sester?

- 1) Kdo je pro ženy s duševním onemocněním největší oporou?
- 2) Jak může být sestra pro ženy s duševním onemocněním oporou při onemocnění a zotavení?

Pro pacientky byly vytvořeny k jednotlivým cílům zrcadlově tyto otázky:

Výzkumné otázky k cíli č. 1:

- 1) Jak celkově hodnotíte kvalitu Vašeho života? (Považujete Váš život za celkově kvalitní? Jak jste spokojena se Vaším životem a co Vás tíží? Máte Váš život pod kontrolou i s duševním onemocněním?)
- 2) Co si nejvíce přejete? (vyjmenujte tři věci)

Výzkumné otázky k cíli č. 2:

- 1) Jaké jsou podle Vás největší důsledky duševního onemocnění v osobní rovině? (Pocitujete bolest a jak Vás ovlivňuje? Máte dostatek energie, pocitujete nějaké nepohodlí?)
- 2) Jaké jsou podle Vás největší důsledky v pracovní rovině?
- 3) Jaké jsou podle Vás největší důsledky v rovině společenské? (komunita, společenské aktivity, stigmatizace)

Výzkumné otázky k cíli č. 3:

- 1) Kdo je pro Vás největší oporou?
- 2) Jak může být sestra pro Vás oporou při onemocnění a zotavení?

5.4 Organizace sběru dat

Sběr dat probíhal během měsíce března do poloviny dubna 2020. Všechny rozhovory proběhly v nemocnici v kanceláři sestry, kde participant a výzkumník nebyli při rozhovoru nikým rušeni. V průběhu rozhovoru byl vždy přítomen jen výzkumník a participant, který

byl na počátku rozhovoru požádán o souhlas se zvukovým nahráváním rozhovoru a ujištěn, že poskytnuté informace budou použity pouze pro účely výzkumu. Časové rozmezí trvání rozhovorů se pohybovalo přibližně od 15-25 minut v závislosti na sdílnosti jednotlivých participantů. Při realizaci rozhovorů jsme postupovali podle připravených otázek. Samotné rozhovory probíhaly v poklidné atmosféře, jen občas zdálky doléhal mírný hluk z oddělení. K záznamu rozhovoru jsme použili diktafon a u prvního rozhovoru i mobilní telefon z důvodu obavy, že bychom mohli nahraný rozhovor omylem smazat. Jednotlivé rozhovory byly po každém rozhovoru nahrány do počítače a poté doslovně přepsány, aby byla zachována autenticita rozhovoru a abychom neztratili kontext. Přepis jednotlivých rozhovorů trval v časovém rozmezí okolo čtyř hodin. Doslovný přepis obsahuje hovorové výrazy, nedokončené věty, opakovaná slova, nesouvislé napojení vět, „hm pauzy“, citoslovce i emotivní projevy jako povzdech, smích. Následně jsme se dotázali participantů, zda by si chtěli nahraný rozhovor poslechnout a popřípadě doplnit informaci, která v rozhovoru nezazněla. Všech šest participantů shodně odmítlo. Všichni účastníci shodně uvedli, že nechtějí slyšet svůj hlas, a pacientka P2 dále uvedla, že spěchá za jiným úkolem. Po každém stažení rozhovoru a přepsání ve wordu jsme si jej vytiskli, abychom jej mohli dále použít k analýze dat.

5.5 Analýza dat

Přepsané rozhovory jsme si několikrát přečetli, abychom si uvědomili všechny spojitosti dané v textu a text byl analyzován pomocí otevřeného kódování. Při pročítání jednotlivých rozhovorů jsme zjistili, že k některým výzkumným otázkám se participanté vyjádřili nedostatečně, proto jsme se jich ještě doptali k výzkumným otázkám, aby mohli své odpovědi doplnit.

Cílem fáze otevřeného kódování je konceptualizovat naše data, tj. postupně vytvořit pojmy, které zachycují „esenci“ konkrétních analyzovaných událostí či jevů. Vytváříme pojmy, které jsou induktivně zakotveny v datech, ale samy o sobě mají abstraktní povahu, protože vyjadřují myšlenku, princip či zkušenost, platné napříč různými událostmi či situacemi (Řiháček, Čermák a Hytych, 2013, s. 48). K rozlišení jednotlivých participantů byly vybrány barevné papíry, na které jsme si vytiskli jednotlivé rozhovory. Text byl následně rozdělen, kdy jsme si vytvořili jednotky stejného nebo podobného významu. Každou takovou jednotku jsme nazvali určitým kódem. Jelikož vzniklo více

kategorií, které byly navzájem propojeny, byly spojeny dohromady do tří základních kategorií, které tvoří základní osu výzkumu. Vytvoření jednotlivých kódů je v příloze P I.

6 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Na základě analýzy všech rozhovorů nám vznikly tři významné kategorie, které byly pojmenovány následovně: duševní onemocnění a kvalita života dle názoru sester, významné aspekty kvality života s duševním onemocněním dle názoru sester, podpora a opora.

V jednotlivých kategoriích budou v postupném pořadí uvedeny odpovědi participantů, nejdříve sester. V případě, že se v dané kategorii vyslovily i pacientky, budou jejich výpovědi uvedeny po odpovědích sester a označeny P1 a P2.

6.1 Duševní onemocnění a kvalita života dle názoru sester

Tato kategorie byla vytvořena na základě reakcí na otázky, které vedly ke zjištění odpovědi na cíl č. 1.

6.1.1 Spokojenost a smysl života

Spokojenost je osobní pocit člověka. Můžeme ji chápat jako soulad vlastních hodnot s životními podmínkami. V případě, že jedinec vnímá životní nespokojenost, může ji ovlivnit změnou prostředí anebo přehodnocením potřeb a hodnot. Na základě teoretických poznatků a v souladu s reformou psychiatrie je spokojenost osob s duševním onemocněním, nejenom žen, uváděna ve spojitosti s přesunem jedinců s duševním onemocněním z nemocnic do komunit a nejenom ve snížení počtu dnů hospitalizace na psychiatrickém oddělení, ale především ve zvýšení kvality jejich života. Kvalitní a smysluplný život byl často dáván do souvislosti se spokojeným životem i přes zakoušení vlastního onemocnění.

Podle participanta S4 ženy nevnímají svůj život jako špatný. Vnímání jejich života souvisí s projevy nemoci, náhledem na onemocnění, kdy okolí negativně vnímá chování žen, které je projevem duševní nemoci. Říká k tomu: *„Jsou se svým životem ve většině oblastí spokojeny. Ženy s psychotickým onemocněním nemají mnohdy náhled na své onemocnění, zastírají příznaky a jejich onemocnění se mnohdy projevuje pouze jejich chováním, ale nevnímají svůj život jako špatný. Spíše vnímají to, že jejich okolí se pořád něco nelíbí na jejím chování.“* Sestra S2 k tomu uvedla: *„Duševní onemocnění může bránit cílům jedince i rodiny a tím ovlivnit nespokojenost se životem.“* V tomto směru propojila spokojenost a kvalitu života s nemožností plnit si cíle, což považuje za faktor, který brání

prožívání kvalitního života. Uvedla, že jde o chronické onemocnění a kvalita života souvisí s osobními hodnotami, životními zkušenostmi a pracovním zapojením. S2 vnímá kvalitu života takto: *„Kvalita života nemusí souviset jen s léčbou, ale celkovou spokojeností se životem. Když ženy mohou chodit do práce, je to dobře, ale mohou přijít i dny, kdy se objeví nebo zhorší příznaky nemoci, pak ženy nejsou schopny pracovat. Takže v té chvíli by mohly život vnímat jako méně kvalitní. Podle mne to souvisí s osobními hodnotami, životními zkušenostmi, ale i celkovou délkou onemocnění. A protože jde většinou o celoživotní onemocnění, tak po letech se kvalita života snižuje.“*

Velmi zajímavé je poukázání vztahu kvality života a sebevraždnosti. Sestra S3 jako jediná z dotázaných sester ve svých odpovědích uvedla možnost suicida u žen: *„No, myslím si, že jsou spokojeny i nespokojeny. Když mají tu fungující rodinu a to okolí, které při nich stojí, když jsou v atace nebo v hospitalizaci a dochází za nima a jsou spolu v pravidelném kontaktu, tak je to pro ně lepší. Se svým životem některé nejsou spokojeny, tak pak podstupují různé sebevražedné pokusy.“* V tomto smyslu je možné potvrdit, že ženy páchají sebevraždy, ale méně často než muži, kdy na jednu sebevraždu ženy připadá 4,2 sebevraždy muže v letech 2014-2018 (Sebevraždy, 2020).

Duševní nemoc je podle všeobecných sester „nálepkou“ pro vnímání žen se SMI laickou veřejností, kdy diagnóza duševního onemocnění výrazně ovlivňuje kvalitu života žen. Všeobecné sestry hovořily o stigmatu duševní nemoci z různého pohledu. Všeobecná sestra S1 ke stigmatu sdělila: *„Stigma společnosti je určitě vážná věc, můžou se setkat s nepochopením i v té práci.“* Také všeobecná sestra S2 hovoří o stigmatu duševní nemoci a dopadu duševní nemoci na zaměstnání ženy a jejím vyčlenění z pracovního kolektivu, kdy uvedla: *„Spolupracovníci v práci nechtějí jako kolegyni ženu s duševním onemocněním. Jednak mohou mít strach a jednak se bojí, že bude často chybět v práci a oni budou dělat za ni“.* Obě všeobecné sestry shodně uvedly vliv duševního onemocnění na pracovní uplatnění žen se SMI. Za důležité považujeme vyjádření všeobecné sestry S3 ke stigmatizaci duševní nemoci žen, která nahlíží na stigma duševního onemocnění v kontextu laické veřejnosti a prostředí. Podle ní *„je stigma duševní nemoci ještě stále u nás nebo v nás zakotveno, hlavně ve městě. A na vesnici tam je důležité, jaká je zkušenost obyvatel s tou pacientkou..., duševně nemocné vnímají jako nebezpečné a že je máme zavřít“.* Všeobecná sestra S3 z pohledu své zkušenosti uvedla, jak laická veřejnost vnímá stigma duševně nemocné ženy v kontextu prostředí venkova a města. Veřejnost duševně

nemocnou ženu vnímá jako potenciálně nebezpečnou a je nutné ji izolovat a hospitalizovat na psychiatrii.

Samotné sestry dávají smysl života do souvislosti s projevy nemoci a jejích fází, dále s vhodným zaměstnáním a stabilním partnerským vztahem. Jako významnou informaci vztahující se k osobní spokojenosti sestra S1 považuje zajištěné bydlení a stabilní příjem. K otázce, zda jsou ženy se svým životem spokojeny, sestra S1 uvedla: *„Člověk, který neřeší bydlení, neřeší existenční problémy, má samozřejmě spokojenější život, nebo měl by mít spokojenější život. Pokud se někdo stěhuje neustále nebo většinu času pobývá bez rodiny někde, bez přátel, tak určitě je to pro něho složitější.“* Sestra S2 přikládá velký význam rodině, ta je smyslem života duševně nemocných žen. Jako důležité považuje ve své každodenní práci projevit osobní zájem o pacientku prostřednictvím komunikace a rozhovoru. V rozhovoru S2 uvedla: *„Důležité je zeptat se jich, co chtějí, jaké mají přání nebo co je trápí. Pokud je okolí vstřícné a rodina chápe situaci, bývá právě rodina smyslem života.“* Stabilní partnerský vztah a vhodné zaměstnání má dle všeobecné sestry S2 pozitivní dopad na vnímanou kvalitu života žen. Při rozhovoru reagovala takto: *„Některé ženy mohou hodnotit svůj život jako kvalitní vždy, když mají práci, milujícího partnera...“*

Komentář: Pro sestry bylo velmi těžké definovat kvalitu žen s duševním onemocněním a v některých případech jsme se na konkrétní zakoušení smysluplného života žen s duševním onemocněním museli zeptat. Byla to pro participanty asi nejtěžší otázka. Spojují ji konkrétně s projevy onemocnění a fázemi onemocnění, vhodným zaměstnáním a stabilním partnerským vztahem, výrazně se zde také projevuje náhled společnosti na duševní onemocnění.

6.1.2 Život pod kontrolou

Druhou podotázkou týkající se prožívání kvality života pacientů s duševním onemocněním byla otázka na to, zda ženy s duševním onemocněním mají život pod kontrolou. Mít nezávislý život a být schopni o sobě rozhodovat je atributem kvality života.

V odpovědích všeobecných sester S1 a S2 jsme si všimli, že si ženy se SMI dle jejich názoru přejí nezávislý život a život bez kontroly lékařů a zdravotníků. Ženy a jejich okolí nevnímají kontrolu nad svým životem stejně. Sestra S1 odpověděla: *„Myslím si, že ze svého pohledu mají život pod kontrolou, ale nechtějí být kontrolovány. To okolí“*

na to ale samozřejmě může mít jiný názor, proto mohou vznikat různé konflikty, často určitě i nepříjemné. Můžou to být různé situace z nepochopení. Podle mě záleží vždycky, v jakém prostředí žijí, jak se s nimi jedná, jak se s nimi mluví.“ Sestra S2 na stejný dotaz odpověděla podobně: „Podle mne si přejí nezávislý život, život právě bez kontroly. Ať už lékaře, rodinných příslušníků, zdravotní sestry. Naši kontrolu vnímají jako zásah do nezávislosti a soukromí.“ Právo žen svobodně se rozhodnout o svém životě a léčbě je zde dáváno do souvislosti s rozhodováním žen se SMI o svém duševním zdraví. O výrazném aspektu nemoci a důvodech kontroly a hospitalizace hovořila i sestra S3: „Myslím si, že v atace nemoci ho pod kontrolou teda nemají, protože jinak by se neocitly třeba hospitalizované. A pak nastupuje zase ta kontrola nás, zdravotníků.“ Právo a touhu ženy mít dítě jako jediná zmínila sestra S3. Lékaři podle ní někdy nedoporučí ženě mít děti, a když, tak pod stálou kontrolou medikace a lékařů. Vliv dědičnosti, úroveň vzdělání a psychiatrická medikace ovlivňují rozhodnutí ženy stát se matkou. Svými slovy sestra S3 sdělila: „Lékaři jim někdy doporučují nemít děti. Nejenom kvůli dědičnosti. Ale taky některé léky, které ženy užívají, se jako nesmí brát v těhotenství. A tady záleží také na vzdělání ženy. Vzdělané ženy chápou důsledky a nežádoucí vliv léků na plod. Ženy s nižším vzděláním to tak neřeší. Ale většinou pak řeší otázku těhotenství právě jako rodina.“ Participant S4 v rozhovoru uvádí, že kontrola okolí a nahlížení veřejnosti na jejich chování a „stažení se“ je projevem nemoci a příčinou sociální izolace duševně nemocné ženy a její návrat do společnosti je zdlouhavý. Podle něj mají ženy s duševním onemocněním život pod kontrolou a uvádí k tomu: „Myslím si, že naopak cítí, že mají svůj život pod kontrolou a jsou se svým životem ve většině oblastí spokojeny. Spíše vnímají to, že jejich okolí se pořád něco nelíbí na jejím chování. Tak se pak zavřou do své ulity v uvozovkách „jako šnek“. A my je chceme z té ulity dostat.“ Dostat z ulity ven? „Ne vždy se to podaří. Pokud se žena izoluje od svého okolí, cesta zpět do společnosti je složitá a nebývá jednoduchá.“

Pacientky se k otázce kontroly v životě vyjadřují v souladu s odpověďmi sester, pacientka P1 sdělila: „No tak já uznávám, že potřebuji léky. Což je vlastně určitý druh kontroly, s kterým souhlasím a který je pro mě nutný.“ Pacientka souhlasí s kontrolou zdravotníků nad užíváním léků. Jako důvod souhlasu uvádí, že když se v minulosti pokusila vysadit léky, došlo k relapsu duševní nemoci a ona musela být opět hospitalizována. Pacientka P2 vnímá, že většinou má svůj život pod kontrolou, kontrolu vztahuje k duševní nemoci

a kontrole nad duševním stavem a důvěře mezi partnery. K otázce, zda má život pod kontrolou, sdělila: „*Mám, mám, i když samozřejmě to souvisí s tou nemocí. Někdy člověk nějak nemá pod kontrolou ten stav, který je. Může se samozřejmě dostat do nějaké hypománie. Jo, třeba vlivem léků, kterých je, antidepressiv třeba, přespříliš. Ale zase je ta pojistka, že je ten partner, který to rozezná.*“

Komentář: Kontrola pacientů vyplývá ze samotného kontaktu s pacientkou, ale nejde o partnerský vztah, ale o jednostranný akt kontroly například nad užitím léků. Samotné pacientky hodnotí kvalitu života, především prožívání příznaků duševního onemocnění, jako vysilující, kdy příznaky duševního onemocnění zasahují do jejich základních denních činností a ovlivňují jejich sociální fungování, kdy se dostávají pod kontrolu zdravotnických pracovníků. Vnímají také diskriminaci a stigma společnosti, které dopadá nejenom na samotné pacientky, ale i na rodinné příslušníky a psychiatrii jako obor. Pacientka P1 hodnotí kvalitu života slovy Johna Lennona: „*Jsem krutý, jsem krásný, jsem život.*“

6.1.3 Mít naději

Mít naději je to, co ženy s duševním onemocněním očekávají. Naději na lepší budoucnost, na kvalitní život bez příznaků nemoci. Naděje má spojitost se zotavením a souvisí s přítomností příznaků nemoci nebo stavu bez symptomů. Dotázáním sester a pacientek v samostatné otázce jsme ke zjištění tohoto aspektu mířily otázkou, jaká jsou tři možná přání žen s duševním onemocněním podle sester a jaká jsou skutečná přání dotázaných pacientek. Týkají se tří významných kódů – stabilizace onemocnění, přijetí a dostatkem finančních prostředků dle názoru sester, u pacientek jde o plnohodnotný rodinný život, přijetí a naplňující pracovní uplatnění.

Na dotaz, jaké tři přání by mohly mít ženy s duševním onemocněním, sestra S1 odpověděla: „*Já si myslím, že určitě větší pochopení od společnosti a od rodiny. Podle mě by také mohly očekávat snadnější začlenění do společnosti, to by mohlo být jejich další přání, a některé ženy by si možná i přály nebyť nemocné někdy, anebo aby se také našel lék na vyléčení jejich duševního onemocnění.*“ Sestra S2 jako možná přání pacientek uvedla co nejdelší období remise a s tím souvisí stabilizace duševní nemoci, minimum hospitalizací a podporu v rodině, kdy rodina přispívá k motivaci k léčbě a zotavení z duševní nemoci. Konkrétně k jednotlivým přáním sestra sdělila: „*Tak první přání – období remise. To značí, aby u žen bylo co nejdelší období stabilizace duševní nemoci, tedy*

období bez závažných příznaků.“ „Žádná hospitalizace, tak to by mohlo být jejich další přání. Ony často nesouhlasí s hospitalizací, která je nutná, protože můžou ohrožovat sebe, ale i své okolí. A důvody hospitalizace nechápou a odmítají je. A třetí přání by mohlo být podpora v rodině. V rodině záleží na dobrém vztahu rodinných příslušníků a bez podpůrných vztahů v rodině nefunguje motivace k léčbě a ani zotavení z duševní nemoci.“

Sestra S3 svým pacientkám přeje zdraví, fungující rodinu a dostatek peněz. S3 k jednotlivým přáním uvedla: *„A zdraví, to první přání, aby nemusely být hospitalizované a vůbec, jako aby neměly to duševní onemocnění i tu diagnózu takovou. Myslím si, že je pro ně asi největší přání.“* Na základě zkušeností z praxe sestra S3 ohodnotila roli rodiny v péči o duševně nemocnou ženu a informovanost rodiny o možnostech podpory: *„To je velmi složité. Rodina musí fungovat od pondělí do pátku. Dvacet čtyři hodin denně. Musí se vyrovnat s problémy, které jako každodenní život přináší. A zvládat to. A k tomu potřebuje pomoci. Málolokterá to zvládá bez pomoci.“* Jako třetí přání S3 uvedla dostatek peněz a uvedla to do souvislosti s invalidními důchody a samostatným bydlením a sebestigmatizací rodiny: *„Jako nejde říct, dostatek peněz rovná se štěstí a zdraví. Ale dostatek peněz znamená třeba bydlet samostatně. Třeba blízko rodiny. S tou si nastavit pravidla i třeba v denním kontaktu. Je to taky o stigmatu té ženy a rodiny. Ne vždy chce rodina s někým sdílet, že jejich dcera nebo manželka je duševně nemocná.“* K izolaci duševně nemocné ženy rodinou, studu rodiny a předcházení negativním reakcím okolí S3 uvedla: *„Raději se snaží to finančně zvládat. Žena není registrovaná na úřadě práce, nechodí do práce a nebere důchod. A rodina to zvládá, ale většinou ne asi dlouho. A pokud ještě žena nechodí k psychiatrovi, tak se jako zhoršují příznaky nemoci a s tím bezradnost rodiny.“* Sestra S4 jako tři možná přání žen s duševním onemocněním uvádí a vlastně jimi hodnotí celou kategorii svými slovy: *„Za první remise podle mě, za druhé plnohodnotný život a za třetí návrat do práce.“* *„Remise onemocnění je důležitá vzhledem ke kvalitě života ženy, aby si připadaly potřebné a ne zbytečné. Aby léčba duševního onemocnění byla bezpečná. Aby nevedla k tomu, že by žena kvůli nežádoucím účinkům medikace vysadila prášky nebo léky. Mám na mysli dlouhodobou remisi nemoci, protože zvláště pro psychotické onemocnění je typické střídání remise s psychotickými atakami. Druhé přání by mohlo být plnohodnotný rodinný život, tedy život*

s partnerem, s dětmi, pravidelný kontakt s rodiči, ne jen jednou za rok. Návrat do práce by mohlo být jejich třetí přání, pokud by práci vzhledem k onemocnění hledaly.“

Pacientky hledají naději ve splnění osobních přání, stabilizaci zdravotního stavu, víru v lepší budoucnost, přijetí v duchovním slova smyslu a zvyšování kvalifikace v pracovním životě. Pacientka P1 na dotaz, jaká jsou její tři přání do budoucna, řekla: *„Tak mi už se takové osobní přání splnily, ale to, které chci, zůstalo. Aby byla víra, naděje a láska...., ...no, to beru z hlediska náboženského, ale nejsem jako žádný fanatik a nikomu to nevnucuju, když se mě někdo zeptá, odpovím anebo něco řeknu, ale abych někoho přemlouvala nebo se nechala od nikoho nachytat na nějakou jinou víru nebo tak. Já to respektuju, každý má tu svou...“* A naděje? *„Naděje, že to snad bude lepší.“* A láska? *„Láska k bližnímu a boží láska, když to tak řeknu.“*

Shrnutím první kategorie jsou slova pacientky P2, která krásně vystihuje všechny, dle našeho názoru, podstatné atributy kvality života žen s duševním onemocněním. Pacientka P2 odpověděla: *„Mám přání. Jednak je to přání, abych si udržovala dosavadní zdravotní stav, kdyby to šlo, aby mě ty úzkosti, neklid opustily. Abych měla práci, abych se ve svojí práci více profesionalizovala, více vzdělávala. Pokud to bude možné, aby se třeba práce víc, jak bych to řekla, aby byla rozmanitější...“*

Komentář: Tři možná přání pacientek jsou podle sester vztažena k duševnímu zdraví a nemoci a jsou to stabilizace onemocnění, dlouhé období bez hospitalizace, přijetí a dostatek finančních prostředků. Pacientky si přejí plnohodnotný rodinný život, přijetí, naděje na lepší a důstojný život a naplňující pracovní uplatnění.

6.2 Významné aspekty kvality života žen s duševním onemocněním dle názoru sester

V této kategorii jsme se otázkami v rozhovoru snažili zjistit, které oblasti života jsou duševním onemocněním u žen nejvíce zasaženy. Jako významné kódy se nám ukázaly role a vztahy, pracovní život a finance, kód zátěž a bolest.

6.2.1 Neschopnost celkového rodinného fungování

Dle informací získaných v rozhovoru je možno říci, že duševní onemocnění ovlivňuje roli ženy jako matky, dcery a partnerky v rodině. Rodina má významnou pozici, ne-li nejdůležitější, při léčbě žen s psychiatrickým onemocněním. Vzájemné vztahy v rodině

mohou výrazně ovlivnit vývoj a průběh duševní poruchy. Nemocí ženy se mění role v rodině. Vzhledem k tomu, že žena je ve většině rodin pečující osoba o další členy rodiny, mění se nejen její role pečovatele, ale především partnerský vztah, dále vztah matka-dítě a dcera-rodíč.

Participant S2 hovořil o tom, že žena není schopna tyto role vykonávat, nebo jí to není umožněno, a to úplně, nebo částečně. Jako důležité faktory uvedla vliv zkušenosti, toleranci rodiny a okolí na duševní nemoc vůbec. K plnění rolí ženy uvedla: *„No, řekla bych asi tak, žena vykonává v rodině několik rolí, nebo nevykonává žádné role. Bud' není schopna tyto role vykonávat, nebo jí to není umožněno, ať už částečně, nebo úplně.“* S2 v první řadě vnímá vliv duševní nemoci na partnerský vztah a na jednotlivce, kdy uvedla: *„V roli manželky tyto ženy obstojí pouze s chápajícím a trpělivým partnerem, nebo to nevydrží partner, ať už je to manžel nebo druh.“* Sestra S3 a sestra S4 shodně uvedly, že role ženy v komunitě je ovlivněna prostředím, ve kterém ženy žijí, a větší město pro ně znamená větší anonymitu. Sestra S3 společné bydlení duševně nemocných žen s rodiči vyjádřila jako zátěž: *„No asi je to náročné s nima bydlet pod jednou střechou. V rámci jako nějakého sdílení a komunity.“* Sestra S4 krásně popisuje problematiku celé oblasti. Duševní nemoc ovlivňuje vztahy v rodině a plnění rolí různou mírou. Duševní nemoc se vyvíjí a ne vždy rodina chápe nebo je ochotna přijmout skutečnost, že je jejich příbuzná duševně nemocná, a vyhledat včas pomoc: *„Rodinní příslušníci ve společné domácnosti s duševně nemocnou pacientkou mnohdy trpí každý den. Nejdříve se snaží chování dcery, sestry, manželky pochopit, snaží se její chování omlouvat. Vysvětlit krizi z přetížení, dospíváním a jinými životními situacemi. Záleží na tom, zda si uvědomují, že se něco s jejich příbuznou děje, pokud nevyhledají včas odbornou pomoc, může se tento stav vléct nejenom měsíce, ale i roky.“*

První pacientka uvedla, že se rodina rozpadla, maminka zemřela a není s nikým v kontaktu. Pacientka P2 hovořila o tom, že vztahy v rodině se v průběhu života měnily. Nejvíce mluvila o svém problematickém vztahu s dominantní matkou a společném soužití. Svůj vztah s matkou a svou roli dcery popsala takto: *„Takže všechno muselo být podle ní a vlastně já jsem se dostávala do takové té upozaděné role. A deptalo mě to, snižovalo mi to sebevědomí a ten vztah nebyl. Necítila jsem se v té roli dobře. Ale vlastně poté, co jsem se seznámila se svým partnerem, odstěhovala jsem se, tak se ty vztahy vyrovnaly*

a momentálně jsou ty naše role nebo ta moje role dcery je v pohodě. Takže své role v životě mám (pauza v řeči) pořešené.“

Komentář: Duševní nemoc narušuje vztahy v rodině. Všechny všeobecné sestry jednotně odpověděly, že duševní onemocnění výrazně ovlivňuje role žen v rodině. Pacientky zažívají své role v rodině odlišně. Role pacientky P1 v rodině není žádná a role pacientky P2 v rodině vztahuje k obtížnému vztahu matky a dcery a společnému bydlení.

6.2.2 Duševní nemoc jako zkouška partnerství

Partnerský vztah je pro duševně nemocného člověka velmi důležitý. Vztah dvou lidí s sebou přináší smysl života, lásku, radosti, ale také starosti. Přibývá také duševně nemocných, kteří žijí o samotě, bez kontaktu s rodinou, přáteli. Otázkami v našem výzkumu se snažíme zjistit, jaký je vliv duševního zdraví na partnerské vztahy dle názoru sester.

Sestra S1 svou odpovědí potvrzuje, že duševní nemoc prověří pevnost jakéhokoli vztahu. Hovoří o přijetí člověka takového, jaký je, a pokoře v každodenním životě, ať už ve vztahu, přírodě. Co se týče problematiky vztahu a duševního onemocnění uvedla: *„Ale já ze svého pohledu jako velké pozitivum vidím, že tady duševní onemocnění je zkouškou opravdu vztahu. Pokud je žena nemocná, ukáže se, nakolik je jí oporou nejbližší rodina, tzn. partner, rodiče, známí. Podle mě zůstanou jen ti opravdoví přátelé. Podle mě se to všeobecně týká lidí, kteří nemají problém s úctou a pokorou všeobecně, ať je to nejenom k nemocným duševně, k rodině, ke zvířatům, prostě jak říkám - všeobecná úcta.“* Podobně odpověděla i S2, podle níž partneri a rodina pod vlivem pohledu veřejnosti na jedince s duševním onemocněním brání ženě hovořit o své duševní nemoci. Důvodem může být odsouzení, izolace rodiny, strach okolí: *„Nemoc může posílit partnerský vztah, nebo se vztah rozpadne, nebo se nějakým způsobem naruší. Pozitivně bych viděla to, že žena dokáže o své nemoci mluvit, ale většina rodinných příslušníků se snaží své dcery, manželky, matky chránit. Aby s nikým o své nemoci nemluvily. Že to s nimi nikdo nemyslí dobře. Řekla bych to tak, že je někdy stigmatizuje vlastní rodina.“* Sestra S3 jako svou silnou emotivní zkušenost z praxe vidí „hledání“ partnera pro partnerský vztah s duševně nemocnou ženou a sděluje: *„Najít člověka, který zvládne žít s duševně nemocným člověkem. (pauza) To asi znělo tvrdě.“*

Pacientka P2 vidí ve svém partnerovi oporu, váží si ho a pozitivně ohodnotila svůj současný vztah: *„Žiju v harmonickém vztahu se svým partnerem, který je sice také nemocný, má podobnou diagnózu jako já, což je psychotické onemocnění, ale řekla bych, že i to je jakousi výhodou i nevýhodou, že vlastně se dokážeme navzájem podporovat. Jeden u druhého dokáže rozeznat nějaké varovné příznaky, takže tato role mi vyhovuje, jsem v ní spokojená.“*

Komentář: Psychické onemocnění je zkouškou nejen přátelství, ale především partnerství, kdy pevný partnerský vztah je pro ženu s duševním onemocněním kotvou v její nemoci a životě.

6.2.3 Neschopnost fungování ve vztahu matka-dítě

Duševní nemoc narušuje vazbu matka-dítě. V případě žen s duševním onemocněním trpí nejen ženy, ale i dítě, u kterého výrazně záleží na jeho věku. Obecně lze říci, že matka jako rodič se snaží své dítě chránit a pečovat o něj. Poté, co onemocní duševní nemocí matka, role ve vztahu se obrací a dítě se snaží svou matku chránit.

Sestry S2 a S4 svými odpověďmi dokládají vliv věku dítěte na vztah matky a dítěte a v případě duševního onemocnění matky může ohrozit malé dítě. Sestra S2 k tomu uvedla: *„Role ženy jako matky, tady se situace a role matky odvíjí od věku dětí. Starší, dospělé děti bývají pro svou matku oporou, naopak pro malé děti může být psychické onemocnění matky v krajním případě i nebezpečné.“* Sestra S4 odpovídá k roli matky podobně, péče matky se odvíjí od věku dítěte a situaci ve vztahu rodiče a dítěte hodnotí takto: *„Malé dítě nechápe, co udělalo, že se maminka zlobí, proč nemají co jíst, proč maminka jenom leží a spí. Starší dítě se uzavře do sebe, nereaguje na hněv a chování matky.“* Z odpovědí sester vyplývá, jak duševní nemoc narušuje vztah matka-dítě a vztahy v rodině. Duševní nemoc ovlivňuje péči o dítě, zdravý vývoj dítěte a intenzitu vazby matka a dítě, zvláště v dospělosti, což ve své odpovědi sděluje také sestra S3: *„Nemyslím si, že ty matky jsou schopné, když jsou v té atace nemoci, nějak jako pečovat důkladně a řádně o to dítě. Vždyť to dítě pak jako trpí a může si to přenést do dospělosti s tím, že když celý život je s tou matkou, tak nějak jako vyrůstá, tak se to ve výsledku třeba proti té matce, proti té pacientce otočí, že to dítě už toho má natolik dost, že pak jí třeba nechce pomáhat nebo starat se. Asi bych to řekla tak, že vždy, když onemocní rodič, má to vliv na dítě a jeho harmonický vývoj...“*

Pacientka P2 se vyjadřuje o svém vztahu s matkou jako dospělá dcera a říká k němu: „Protože jsem asi dvacet let žila ve společné domácnosti se svojí matkou, protože jsem měla invalidní důchod malý, tak jsem si nemohla dovolit bydlet sama a soužití dvou lidí, potažmo dcery a matky, což je takový zásadní vztah matka, dcera, pro většinu problematický.“ V odpovědi pacientky jsme si všimli, že společné bydlení narušilo jejich vzájemný vztah a kontakt, který se osamostatněním pacientky zlepšil: „Jo, ale neříkám, že se nevidíme vůbec. Občas sem zajede za mnou a to mně stačí. My jsme spolu v telefonickém kontaktu a všechno ok.“

Komentář: Duševní nemoc výrazně narušuje intenzitu vztahu matka-dítě. Narušení citové vazby se může projevit disharmonickým vývojem dítěte. Všeobecné sestry popisovaly duševní nemoc jako zátěž ve fungování ženy jako matky a P2 hovořila o porušeném vztahu se svou matkou.

6.2.4 Pracovní fungování, finance a dluhová past

Pracovní fungování žen je do velké míry ovlivněno duševním zdravím. Práce je jedna z činností, která dává životu smysl, a pokud je smysluplná, přináší ženám spokojenost (well-being). Duševní nemoc často představuje jeden z důvodů absence v práci a pracovní neschopnost ženy. V případě, že ženy nejsou schopny vykonávat zaměstnání, práce je nepřiměřená jejich možnostem, mohou ženy požádat o invalidní důchod.

Podle sestry S1 je schopnost žen pracovat ovlivněna pracovními závazky a pracovním prostředím, kdy sděluje: „V zaměstnání můžou být diskriminované kvůli častým pracovním neschopenkám. Setkávají se vlastně s nepochopením i v té práci.“ Věk a úsek života, ve kterém ženy onemocní, jsou faktory, jež podle sestry S2 působí na schopnost žen se SMI pracovat a sdělila: „Jestli onemocněly v době studia, po nějaké zátěži, nebo byly zaměstnané. Na tom všem záleží výška jejich příjmů a v případě invalidního důchodu, pokud nejsou schopny pracovat, tak na jejich odvodech do sociálního systému a počtu odpracovaných let. Může se tedy stát, že sice mají přiznán invalidní důchod, ale bez nároku na jeho výplatu.“ Z odpovědi sestry S4 vyplývá, že způsobilost pracovat souvisí se vzděláním ženy a věkem, v němž došlo ke vzplanutí nemoci, druhu diagnózy a k tomu uvádí: „Záleží na vzdělání ženy s duševním onemocněním, na její schopnosti chodit do práce. Určitě je velmi důležité, v jakém věku žena onemocněla. Dále na diagnostice, pardon diagnóze, nebo jestli jen pobírá invalidní důchod, nebo

je závislá na sociálním systému a pobírá dávky sociálního zabezpečení nebo doplatky na bydlení z úřadu práce.“

Velmi zajímavá je odpověď pacientky P2 ohledně pracovního naplnění. Řadu let pobírá invalidní důchod, který byl natolik nízký, že byla dříve závislá na společném bydlení se svou matkou. Práce z domova ji nenaplňovala, chyběl jí kontakt s lidmi. Proto souhlasila s prací peera, člověka se zkušeností, a pracovala nejdříve jako dobrovolnice na centrálním příjmu. Po absolvování kurzu sanitáře získala pracovní místo peera na plný úvazek. Její práce ji naplňuje a je pro ni smysluplná a hodnotí ji takto: *„A můžu říct, že mi to ohromně zvedlo sebevědomí a že jsem si říkala, že asi fakt k něčemu jsem. Občas o sobě pochybuju, ale to asi každý člověk.“*

Peníze jsou jedním ze základních socioekonomických faktorů pro ženy s duševním onemocněním. Nedostatek peněžních prostředků souvisí s úrovní vzdělání, mírou schopnosti pracovat, s možností samostatného bydlení. Pokud ženy se SMI pobírají pouze invalidní důchod, mění se jejich denní režim, snižuje se fyzická aktivita. Nedostatek financí souvisí s upřednostňováním nezdravých, často kalorických jídel a nemožností koupit si věci osobní potřeby. Pokud se neobráť z důvodu neznalosti o radu k sociálnímu pracovníkovi, zadluží často sebe i své blízké. Jak sestry hodnotí dostatek peněz u žen k uspokojení svých potřeb a společenských aktivit, jsme se dotazovali v další části našeho výzkumu.

Podle sestry S1 je úloha peněz v životě ženy se SMI důležitá. Finance jsou potřebné na doplatky na léky a souvisí s prioritami žen v životě. Ženy s duševním onemocněním jsou submisivní a mohou být zneužity k podvodům, třeba i vlastní rodinou. Tuto zkušenost z praxe uvedla S1: *„Myslím si, že úhrada za léky a přidružená onemocnění nemusí být levná záležitost. Ale také často vzhledem k svému onemocnění jsem se setkala i v praxi, že můžou být zneužity, můžou se ocitnout v dluhové pasti a často je bohužel nevyužívají cizí lidé, ale často to může být i rodina. Takže může to být často dost složité po finanční stránce. Ale zase oni mají možná jiné priority, jiné představy, jsou možná spokojenější s maličkostmi než my...“* Sestra S3 k problému financí dává do souvislosti peníze na zajištění základních potřeb, kdy ženy zadluží sebe i celou rodinu, často bez jejich vědomí a jsou svým okolím vnímány jako nezpůsobilé a S3 k mu sdělila: *„Ony nemusí mít peníze ani na svoje základní životní potřeby, mezi které patří jídlo, ošacení a bydlení.“*

Půjčují si peníze od důvěryhodných společností, poté od lichvářů, kdy jednu půjčku řeší další půjčkou a spadnou do dluhové pasti. Nemají informace a často zkušenost nebo se nemají nebo nechtějí svěřit, zeptat se. Často se zadluží bez vědomí partnera nebo rodičů, se kterými bydlí. Pak jsou ženy vnímány jako nesvéprávné, nepříčetné, nedokážou se o sebe postarat.“

Podle sestry S4 je pro ženu se SMI důležité, aby věděla o možnostech, kam se obrátit o radu. S4 uvádí: „*Peníze jsou v životě důležité. Ženy v poměru s muži jsou na trhu práce znevýhodněny, co se týká výše platu nebo mzdy. A je jen málo zaměstnavatelů, kteří zaměstnají osobu s duševním onemocněním, navíc pokud je to třeba žena s duševním onemocněním a ještě navíc s malým dítětem. Stigma nemoci je v tomto směru vysoké. Takže pokud je žena samoživitelka a ještě k tomu trpí duševním onemocněním, nezbyvá jí, než se obrátit na rodinu. A pokud také rodina nepomůže, tak na sociální pracovníky, kteří mohou být ženě nápomocní při podání informací o možných dávkách, materiální pomoci a jiné.“* Z uvedené odpovědi S4 vyplývá, že ženy jsou znevýhodněny na trhu práce. Znevýhodnění souvisí podle něj s pohlavím a zároveň s diagnózou duševního onemocnění. Ze své zkušenosti z praxe v rozhovoru uvedl, že ženy mají možnost obrátit se v první řadě na rodinu, a v případě nezájmu rodiny je důležité poskytnout informace o sociální podpoře.

Pacientka P2 hledala ve svém životě pocit naplnění a našla jej v práci peer konzultanta na centrálním příjmu: „*No protože jsem ve svém životě hledala nějaké naplnění, já jsem teda v té době měla práci na doma, takže nějaké peníze jsem měla, ale to mi nepřišlo vůbec smysluplné, protože nebyl kontakt s lidma. Byla to práce taková nimravá, nebavilo mě to, nepřinášelo mi to žádné uspokojení kromě peněz, které jsem za to měla, ale ještě jich bylo málo. Takže jsem se tady tohoto chytla s tím, že jsem si říkala, že když vytrvám třeba, nakonec to vyjde (důraz).“*

Komentář: Pracovní fungování žen je do velké míry ovlivněno duševním zdravím. Práce je jedna z činností, která dává životu smysl, a pokud je smysluplná, přináší ženám spokojenost (well-being). Duševní nemoc často představuje jeden z důvodů absence v práci a pracovní neschopnost ženy. V případě, že ženy nejsou schopny vykonávat zaměstnání, práce je nepřiměřená jejich možnostem, mohou ženy požádat o invalidní důchod.

6.2.5 Bolest a nepohodlí aneb „Mami, mě to bolí“

Otázka bolesti u pacientů s duševním onemocněním je často opomíjena, proto jsme se na ni zaměřili v tomto výzkumu. Kučerová (2019) uvádí, že často hledáme organický podklad nemoci. Pacientům se bolest nevěří a bývají označováni za „hypochondra“. A přitom o hypochondrický syndrom skutečně jde, nikoli ovšem v pojetí laickém, ale jako porucha funkcí psychických, která může dosahovat až psychotické hloubky. Yamamotová a Papežová (2011) sděluje, že přítomnost chronické bolesti u depresivních pacientů prodlužuje depresivní epizody a že naopak ústup chronické bolesti by mohl být pozitivním prognostickým markerem pro ústup deprese a blížící se remise. Zajímavé je zjištění a propojení psychických obtíží se somatickými.

Všeobecné sestry pečující o ženy s duševním onemocněním nám ve svých odpovědích sdělily, jak nahlíží na vnímanou bolest a možné nepohodlí pacientek. Podotázkou jsme se doptávali na dostatek energie pro každodenní život s duševním onemocněním.

Sestra S1 uvedla souvislost mezi bolestí a duševní nemocí, kdy bolest ovlivňuje ženy při běžných denních činnostech a narušuje jejich sociální fungování. S1 uvedla k vnímání bolesti a nepohodlí pacientek: *„Bolest vlastně je může ovlivňovat při normální činnosti, mohou být považovány za líné nebo neschopné, díky právě tomu, že bolest snižuje jejich schopnost vykonávat běžné práce.“* Nepohodlí v životě sestra S1 vztahuje k diagnóze duševní nemoci, pravidelným psychiatrickým kontrolám a hospitalizaci na psychiatrii. *„A nepohodlí? Snad je omezují pravidelné návštěvy u lékaře a opakované hospitalizace. Samotné duševní onemocnění může ovlivnit jejich pohodlí a spokojenost v životě a změnit se na nepohodlí.“* Psychiatrická medikace může ženám způsobovat únavu, snižovat množství energie, proto svévolně vysadí medikaci. Sestra S1 k tématu energie uvedla: *„Každodenní život nemusí moc dobře zvládat nebo nezvládají ho, může je vyčerpávat, zvláště pokud právě berou léky na své duševní onemocnění. Může je samozřejmě ovlivňovat počasí, určité období, často třeba vynechání léků, byť třeba účelně nebo náhodně.“* Sestra S2 sdělila, že ženy vnímají fyzickou bolest stejně jako zdraví lidé a intenzivněji vnímají bolest psychickou. Pokud se bolest neřeší, projeví se bolestí fyzickou (bolestí zad, kloubů, žaludku). Podle ní ženy vnímají psychickou bolest jako fyzické vyčerpání a únavu. Sestra S2 k bolesti sděluje: *„Psychická bolest je pro ně horší, vnímají ji intenzivněji než bolest fyzickou. Pacientky s depresivní poruchou to často popisují, jakoby je něco požíralo zevnitř...“* Nepohodlí žen vztahuje sestra S2 k diagnóze

duševní nemoci a pravidelnému užívání léků, kdy k tématu uvedla: „*Určitě je nepohodlí to, že musí pravidelně brát léky. A i zdravý člověk, co bere na něco léky jako zdravý duševně, tak zapomíná a pociťuje bolest a nepohodlí a u těch s duševním onemocněním je o to větší, bych řekla. Jako nepohodlí si myslím, že vnímají jako právě tu duševní nemoc. Proč zrovna ony onemocněly.*“ Dostatek energie podle S2 závisí na druhu onemocnění, vyváženosti terapie a dalších faktorech - stylu života, denním režimu a dostatku pohybu. Sestra S2 k tomu uvedla: „*Dostatek energie závisí na vyváženosti medikace, při výrazné únavě je třeba zkusit medikaci upravit, změnit. (pauza) A záleží na druhu onemocnění. Jestli jde o ženu s depresivní nebo úzkostnou poruchou, anebo ženu s psychózou, třeba schizofrenií, mánií. Důležité jsou i další faktory. Styl života ženy, denní režim, zaměstnání. Jako důležitý vidím i pohyb, a to u každého onemocnění, nejen u duševního.*“ Sestra S3 jako nepohodlí uvedla pravidelné užívání léků a psychické napětí jako bolest. S3 uvedla vzájemný vztah fyzického stavu a psychiky, kdy odpověděla: „*O té psychické bolesti nedokážou třeba mluvit. No, a pak se jim to může i někde jinde pro ně objevit a vlastně se zjistí, že je to primárně ta hlava. Ve fyzikálním vyšetření nebo na rentgenu se nic nezjistí, ale ony tu svoji psychickou bolest v uvozovkách vnímají jako bolest fyzickou. Asi ta psychosomatika u nich funguje v uvozovkách výrazněji.*“ Souvislost s diagnózou duševní nemoci, fázi nemoci a mírou energie pro každodenní život uvedla sestra S3: „*Myslím, že mají, ale je to o tom, jak si naplánují ten denní režim. Jak si to udělají a zorganizují. Řekla bych to tak, že u různých diagnóz to bude asi jinak. Třeba u žen s depresivní poruchou nebo třeba pacientky se schizofrenií. Pacientky s depresí dlouho spí nebo pacientky se schizofrenií naopak v noci mohou být rušivé pro třeba své sousedy.*“ Z uvedené odpovědi vyplývá zjištění, že ženy se schizofrenií mají dostatek energie, ale obrácený denní režim a mohou během nočního klidu narušovat společné soužití. Důležitou zkušenost z praxe, co se týče bolesti, uvádí sestra S4. Záleží na způsobu dotazování a pokládání otázek pacientkám s duševním onemocněním a na fázi nemoci, ve které je otázka položena. Bolest se může projevit jako reakce na stresovou situaci. Sestra S4 k tématu bolesti uvádí: „*Když se jich ptám při odebírání ošetřovatelské anamnézy na intenzitu bolesti, odpovídají, že necítí bolest. Ale při dotazu, jak je silná bolest omezuje v činnosti, často odpoví, že velmi. Mnohdy podle mne záleží tedy na tom, jak je otázka položena a v které etapě života i duševního onemocnění je položena.*“ „*Bolest je často projevem krizové situace v rodině.*“ K otázce dostatku energie sestra S4 propojil

projevy nemoci a diagnózy, kdy s projevem nemoci souvisí míra energie a aktivity: „*Ženy s depresivními poruchami mohou být pasivní a apatické, a to jako projev depresivní poruchy. Nemocné s manickou náladou jsou naopak přehnaně aktivní a mohou mít převrácený denní režim. Zvýšeně utrácí, mají dostatek energie navazovat vztahy s muži.*“

Pacientky nám k prožívání vlastní bolesti sdělily různé informace. Pacientka P1 více prožívá fyzickou bolest a projevila lítost, že se nemůže již věnovat svým koníčkům. P1 k bolesti sdělila: „*No. Ano, protože mým koníčkem bylo, je chůze. Já jsem každý den ušla deset kilometrů pěšky, někdy i šestnáct. Taky jsem jezdila na kole, jenomže už jsem přestala jezdit i na tom kole, kvůli (už se opakuju) fyzickým problémům, konkrétně artróza kolen, protože já jsem na tom kole jela jenom do takové dálky, do které bych došla pěšky...*“ P1 pociťuje nedostatek energie a přála by si, aby měla dostatek energie. P1 k dostatku energie sdělila: „*To právě nemám, tu energii, to mi chybí a nevím kudy kam, abych pravdu řekla. Chtěla bych, aby se to spravilo, ale potřebovala bych odbornou pomoc.*“

Pacientka P2 neuvádí vnímanou fyzickou bolest, ale jako výrazně horší vnímá psychickou bolest. A jako nepohodu vnímá své psychické obtíže, se kterými se snaží naučit žít, a její nepohodlí nemá na kvalitu života výrazný vliv. Pacientka P2 na dotaz, zda pociťuje bolest (fyzickou) nebo nepohodlí ve svém životě, uvedla: „*Ano, pociťuji. Já to potom možná rozvedu dál. To, že se cítím v nepohodě, tzn. já mám vlastně chronický neklid a mírnou úzkost, která někdy bývá i těžší, ale dřív jsem to považovala za velký diskomfort. Momentálně jsem nebo před nějakou dobou jsem si řekla, no tak když se k tomu budeš stavět takto jako nějak zády a prostě to prožívat, tak to k ničemu nebude, musíš se s tím naučit žít. U mě to jinak nešlo, takže jsem se s tím naučila žít. A na kvalitu mého života to nemá až takový vliv.*“ A žádnou bolest fyzickou nemáte? „*Fyzickou ne, ale jako ta psychika dokáže bolet. No fakt jako, kdo nezažil, co je psychická bolest, tak to nepochopí. Jako vykládejte někomu, mně je tak zle. A jak je ti zle? (participantka položila důraz na celou otázku) Mami, mě to bolí. A co tě bolí? No mě to bolí, mě bolí celý člověk takhle vevnitř (důraz na slovo vevnitř, povzdech a pauza). Je, psychická bolest (a slábne hlasem)...*“ Pacientka P2 uvedla, že má dostatek energie pro každodenní život, ale podmínila to svým duševním stavem: „*Energie mám dost, samozřejmě to záleží na tom, v jakém jsem stavu. Někdy té energie vyžaduje víc k překonání těch mých potíží, takže mě to někdy vyčerpává, ale řekla bych, že celkově energii mám dost.*“

Komentář: Nepohodlí má preventivní a varovnou roli. Upozorňuje ženy na možnou duševní bolest. Často ženy s duševním onemocněním vnímají jako nepohodlí především diagnózu duševní nemoci a pravidelné užívání léků. Psychogenní bolest je intenzivní a je často přítomna právě u psychických poruch. Vykonávání běžných denních činností jim přináší bolest fyzickou a ovlivňuje sociální fungování. Podle odpovědí všeobecných sester a pacientek je míra energie vztažena k druhu duševní nemoci, prožíváním psychického stavu.

6.3 Podpora a opora

Jako důležité se nám jeví poukázat, že žena s duševním onemocněním potřebuje podporu okolí, tedy odborníků v oboru psychiatrie, ale především musí mít pocit, že někam patří a že někomu na ní záleží. Do této kategorie jsme zahrnuli i pomoc a podporu sestry, kdy jsme se snažili zjistit, jak mohou být sestry podporou pro pacientky v nemoci a při procesu uzdravení.

6.3.1 Podpora rodiny

Podpora nejbližších a rodinná situace je velmi důležitá pro kvalitu života ženy se závažným duševním onemocněním. Pokud se u jednoho z členů rodiny projeví duševní nemoc, ostatní příbuzní značně pocítí její důsledky. Jak se tyto důsledky projeví, však závisí na mnoha faktorech. Záleží na rodinném vztahu, koho se nemoc týká, na druhu duševní nemoci, dále na rodině samotné a členech rodiny. Rodina je důležitým zdrojem podpory nemocných, ne-li jediným, tak alespoň nejdůležitějším. Přístup rodiny může velmi ovlivnit průběh duševní nemoci ženy.

Sestry S1 a S2 shodně sdělily, že záleží na rodinném stavu ženy a očekávanou podporu vidí u rodiny, sestra S2 ve fungování center pro duševně nemocné. Sestra S1 k otázce pomoci sdělila: „*Určitě hodně záleží, v jakém prostředí dotyčná žije, jestli je vdaná, jestli je svobodná, bezdětná. Logické je, že vdaná bude čekat asi velkou oporu od manžela, dětí. Svobodná žena asi od sourozenců a rodičů. A podle mě je to zase o té úctě a pokoře, kterou jsem vzpomínala. Myslím si, že obrovská výhoda je opravdu v dnešní době i fungování různých center, která mohou ženy využít určitě v těch velkých městech.*“ Sestra S2 vnímá i negativní reakce při žádosti o pomoc a pozitivní vliv rodiny k motivaci a léčbě: „*Tak hlavně partner, děti, přátelé. Ti pro ně mohou být oporou. Nikdo jiný, že; lidé jinak jsou zlí. Záleží na projevech nemoci. Agresivní a nemocné ženy své okolí odradí nebo*

se jich ostatní bojí. V rodině záleží na dobrém vztahu rodinných příslušníků a bez podpůrných vztahů v rodině nefunguje motivace k léčbě a ani zotavení z duševní nemoci.“

Sestra S3 vnímá v případě duševně nemocných žen jako primární pomoc podporu rodiny, což očekává společnost a zdravotníci. Sestra S3 sděluje: *„Myslím si, že prvotní opora by měla být rodina, nejbližší rodina. Asi buď manžel, nebo přítel, nebo rodiče, protože přece jenom ty rodiče je znají od dětství a ví. Ale to je to, co od rodiny a rodičů očekáváme. Jako my všichni. Zdravotníci a společnost.“* Zajímavě se vyjadřuje k otázce podpory v rodině sestra S4. Podporu rodiny uvádí jako povinnost vůči nemocné ženě a největší oporou je nejbližší rodina. Na otázku podpory ženy v rodině sděluje: *„Psychicky nemocný v rodině ovlivní výrazně chod rodiny. Rodiče by měli být oporou pro své děti. V případě nemocného rodiče se role obrací. A pokud onemocní v rodině matka dětí, zůstane péče a podpora na partnerovi nebo samotných dětech. Rodič se nestará o dítě, ale dítě o něj.“*

Podstatný vhled do zkoumání problematiky podpory v rodině přináší samotné pacientky. Pacientka P1 se nemá na koho z rodiny obrátit, z rodiny žije jen její otec a vztah otce a dcery je její nemocí narušený. P1 sděluje: *„On musí dojíždět a má zdravotní potíže a taky má i svůj život, má právo na své soukromí a nám by to spolu dlouho nevydrželo taky. My jsme takové povahy, já jsem tam předtím bydlela, ale odstěhovala jsem se právě. Já jsem měla ty potíže, tak už bylo to, je to pryč, teď je tatínek jiný, ale já chápu, že už mi nemůže pomoci, takže nikoho. Se nemám na koho obrátit.“* Důležitost opory v partnerovi, matce a rodině partnera potvrdila svou odpovědí pacientka P2: *„Je to určitě ten Petr, ten můj partner, který je mi velkou oporou, i on ví, že já jsem jemu oporou, takže si jeden druhého vážíme. A máme pěkný vztah. Jinak v rodině s tou maminkou se to taky zlepšilo. Mám i vlastně rodinu z Petrové strany, s švagrovýma a zvláště teda s jednou si velmi dobře rozumím, takže když je něco k řešení, tak si zavoláme.“*

Komentář: Všeobecné sestry a pacientka P2 se souhlasně vyjádřili, že rodina má důležitou roli při poskytování podpory ženám s duševním onemocněním. Všeobecné sestry shodně uvedly, že ženy, dále my zdravotníci a celá společnost očekáváme oporu od partnera, dětí a rodičů. Sestra S4 uvedla podporu rodičů nemocné ženě jako povinnost rodiče ke svému dítěti. Pacientky se k této výzkumné otázce vyjadřovaly z vlastní zkušenosti. Pouze

pacientka P1 uvedla, že se nemá na koho v rodině obrátit, a P2 odpověděla, že je jí oporou partner, matka a blízká rodina.

6.3.2 Podpora sestry při nemoci a zotavení

Vyrovnat se s duševním onemocněním je celoživotní proces. Zotavení z duševního onemocnění umožňuje ženě žít smysluplný život a život takový, jaký si ona sama zvolí při myšlence, že se nemoc může vrátit a že má toto onemocnění v sobě. V tomto smyslu je pro ni důležitá pomoc a podpora rodiny, blízkého okolí i samotných sester. Duševní nemoc ženy klade na sestry mnoho požadavků. Sestra by měla zvládat efektivně komunikovat s duševně nemocnou ženou, umět naslouchat, převzít roli prostředníka a adaptovat ženu na změněné životní podmínky vlivem duševního onemocnění. Role všeobecné sestry při zotavení z duševní nemoci je prezentována především podle přijetí nemoci ženou s duševním onemocněním, získáním náhledu na duševní onemocnění, aby se duševní nemoc stala součástí života.

Všeobecná sestra S1 vidí svou roli v nemoci ženy ve vzájemné komunikaci s pacientkou, rodinou a na vytvoření partnerského vztahu založeném na vzájemné důvěře. Jako podstatné vidí poskytnutí rady, pochválit a povzbudit. Ke své vlastní roli řekla: *„Je to zase o té úctě a vytvoření vzájemné důvěry mezi sestrou a vlastně pacientkou. Ženy se často svěřují, pokud je tady ta vzájemná důvěra. Sestra zase může pomoci radou a nějakou jinou pomocí. Dobrá je vlastně i ta následná péče, že je tam ta návaznost, že vzájemně fungují, funguje to předávání při propouštění, takže to je tam dost pohlídáno. Sestra by se taky měla opravdu naučit pracovat i s těmi nejbližšími příbuznými, vyjít jim vstříc, poučit je, povzbudit je.“* Úloha sestry při zvládnutí nemoci podle S2 je taková, že *„je důležité zjistit, co ženy dobře zvládají, prohloubit jejich dovednosti. A najít oblasti, ve kterých jsou méně schopné a potřebují jen pomoci, neboť si nevěří, a tak potřebují oporu. Najít jejich silné a slabé stránky“*. Sestra S2 na cestě k zotavení žen chce podpořit jejich dovednosti, být jim oporou a zapojit je do terapeutických skupin v komunitě. Zotavení vidí v souvislosti s komunitním prostředím, ve kterém je láska, podpora a naděje. Vidí návaznost v cyklu smysl života - zotavení - kvalita života. Sestra S2 sděluje: *„Zotavení z duševní nemoci je dlouhodobý proces, hlavně časově. Zotavení souvisí se smyslem života. Aby ženy mohly říct, že je jejich život kvalitní, tak by měly najít cestu k zotavení. Ta může být u každé ženy jiná, protože i každá žena je jiná“*.

Sestra S4 k zotavení z duševní nemoci vnímavě ve své odpovědi poznamenala, že je potřeba edukovat rodinu ohledně duševního onemocnění, aby se předešlo stigmatizaci duševně nemocné ženy a celé rodiny. Význačnou souvislost vidí v respektování potřeb nemocné ženy a S4 sděluje: *„Aby se naučili porozumět nemoci a chování klientky. Aby pochopili, že to, jak se klientka chová, nedělá schválně ani že je líná.“* *„Kde mohou vyhledat podporu, aby se rodina neizolovala, protože je vcelku obvyklé, že se rodina bojí navštěvovat své příbuzné a známé právě kvůli jejímu nepředvídatelnému chování a její reakci. Dále se může podílet citlivým přístupem, kdy bude respektovat aktuální potřeby nemocné a její pohled na duševní onemocnění. Důležitá je snaha sestry motivovat k léčbě.“*

Oslovené pacientky výstižně a od srdce popisují podíl sestry při léčbě nemoci a zotavení z duševní nemoci. Pacientka P1 chce od sester *„vlídné slovo a slušné zacházení“*. Pacientka P2 sdělila, že o zotavení z duševního onemocnění přemýšlela a sama si jím prošla a k zotavení sdělila: *„V podstatě léčba duševních nemocí začíná v psychiatrické nemocnici a pacient odchází z psychiatrické nemocnice klinicky zotavený, tzn. že bez příznaků. Ale nevrací se úplně stejný, jak když šel tam. Takže musí se vydat na cestu osobního zotavení, ale (důraz na slovo ale) neříkám, že klinické a na to navazuje to zotavení osobní, může být souběžně s tím klinickým..., protože ten peer je nadějí, příkladem, motivací té pacientce, pacientovi, jakože když to dokázal, proč bych to nedokázala já.“*

Pacientka P2 vidí budoucnost v péči o duševně nemocné a zároveň svoji práci peera v příkladu, naději. Aby se sama stala motivací té pacientce, pacientovi. Již samotná přítomnost sestry nebo peera může být terapií: *„Už jenom to, že tam s ním ten peer je. A můžete se bavit o počasí, o blbostech.“* *„Momentálně, nebo už delší dobu považuju svůj život za velmi kvalitní a vlastně mám všechno, co jsem si přála, jsem spokojená.“*

Komentář: Role všeobecné sestry je v přijetí pacientky s duševním onemocněním. Sestra je pomocníkem v adaptaci na duševní nemoci, oporou při zvládnání nemoci a v procesu zotavení, prostředníkem ve spolupráci s podpůrnými komunitními službami. Z rozhovorů s pacientkami vyplývá touha po vlídném slovu všeobecných sester a častější komunikaci.

7 DISKUSE

Hlavním cílem bakalářské práce je snaha zjistit, jaká je kvalita života žen s duševním onemocněním dle názoru všeobecných sester pracujících na psychiatrickém oddělení. V odpovědích všeobecných sester na otevřené otázky zaznamenáváme, jaké zkušenosti zažívají při své práci s duševně nemocnými ženami, jak rozumí stavům, které ženy prožívají ve svém životě, a jak stanovené faktory či aspekty v životě ovlivňují kvalitu života se SMI.

Dílčí cíl č. 1

Smysl a spokojenost žen s duševním onemocněním je explicitně spojena s kvalitním životem. S kvalitou života nesouvisí podle všeobecných sester samota. „Naděje“ je jedno z přání pacientky s duševním onemocněním. Cílem práce všeobecné sestry by mělo být nebrat ženám se SMI naději na vyléčení. Jejich naději snižuje malá nebo žádná možnost starat se o rodinu, o děti. Posláním všeobecné sestry by měla být podpora pacientek se SMI směřující k remisi duševní nemoci.

Ve výzkumu nás nezajímala souvislost mezi počtem hospitalizací a vlivem na vnímanou kvalitu života, protože si nemyslíme, že počet hospitalizací má vliv na hodnocení kvality života. Přesto se pojem hospitalizace objevuje ve všech odpovědích participantů, všeobecných sester i pacientek. Z pohledu všeobecných sester se objevuje hospitalizace jako vnímané nepohodlí a nutnost, především z důvodu situací, kdy ohrožují sebe a své okolí. V souvislosti s léčbou duševně nemocné ženy předpokládáme my zdravotníci compliance (spolupráci) s navrhovaným způsobem léčby, která souvisí s kvalitou života žen se SMI. Zároveň sestry uvádí jako možné přání žen s duševním onemocněním co nejméně hospitalizací.

Odpovědi všeobecných sester na kvalitu života žen s duševním onemocněním jsou podobné. Výzkumné šetření také ukázalo, že všeobecné sestry hodnotí jako jeden z faktorů vnímané snížené kvality života vysazení psychiatrických léků, ať už z důvodu zapomenutí, účelného vysazení, nebo z důvodu nežádoucích účinků léků. Kadounová (2015) ve své diplomové práci zabývající se vlivy jednotlivých přístupů na kvalitu života osob s duševním onemocněním toto tvrzení potvrzuje: *„Experimenty s léky či jejich vysazování se nemocným nevyplácí jak z hlediska relapsu onemocnění, tak i následně v interakcích*

s lékaři, dalším nemocničním personálem a kupodivu také ve vztahu k poskytovatelům následných služeb.“

Kvalita života žen s duševním onemocněním souvisí s uspokojením a naplněním potřeb, je závislá na jejich pořadí a důležitosti a v mnohém se neliší od běžné zdravé populace. Lidé se SMI si přejí a potřebují kvalitní vztahy, odpovídající bydlení, nezávislost a sociální oporu, která sounáleží s možností zůstat ve známém prostředí, v komunitě, která jim je blízká. Co se týká hlediska zdravotních sester a pacientek se SMI na kvalitu života, tak sestry svými odpověďmi potvrzují souvislost kvality života a duševního onemocnění. Zatímco všeobecné sestry dávají do souvislosti kvalitu života a fázi nemoci, ve které se pacientka nachází, pacientky vnímají svůj život v kontextu smyslu života a splněných přání, kdy P2 považuje svůj život za kvalitní již delší dobu.

Dílčí cíl č. 2

V tomto směru jsou významnými aspekty tohoto výzkumu tři aspekty – narušení vztahů a funkčnosti v rodině, bolest, která je spjata s faktem, že duševní onemocnění může způsobovat další zdravotní problémy a psychosomatizovat. Třetí významným prvkem je invalidizace v oblasti pracovní a finanční stránka problému.

Vyhodnocením odpovědí se potvrzuje, že vztahy v rodině se diagnózou duševní nemoci mění a mění se role ženy v rodině a komunitě. Změna role přímo souvisí s diagnózou duševního onemocnění. Všeobecné sestry vnímají nedostatečnou pomoc pečujícím členům rodiny, kdy se rodiny musejí často vyrovnat se změnou režimu rodiny. Duševní nemoc jim doslova převrátí život naruby.

Rodiny očekávají informace od zdravotníků, co mají udělat, jak dál žít, a na nás je, aby psychiatrie nebyla „konečnou stanicí“ duševně nemocného. Pro rodinu diagnóza duševní nemoci znamená stres, pro jejich duševně nemocné nepříjemný zážitek spojený s hospitalizací. Aby mohly ženy s duševním onemocněním zastávat své role v životě, ve kterých byly spokojeny, je potřeba pomoci v místě bydliště. Bílková (2017) ve své diplomové práci zjistila, že duševně nemocní potřebují pomoc rodiny při řešení životních problémů, ale na druhou stranu uvádí, že ne vždy je pomoc rodiny nezbytná. Snižujeme tak získanou nezávislost a samostatnost duševně nemocných.

Dalším významným faktem je ztráta pracovního uplatnění a finančního ohodnocení.

V analýze rozhovorů jsme uvedli, že všeobecné sestry vnímají přiznání invalidních důchodů jako předznamenání sociální izolace, kdy duševně nemocná žena ztrácí možnost pracovat a realizovat se. Všeobecné sestry dále uvádí u pacientek nízkou schopnost pracovat i v souvislosti se sebestigmatizací duševním onemocněním. V bakalářské práci jsme nezkoumali pracovní zkušenost pacientek. Zda souvisela s neschopností pracovat, stigmatem společnosti zaměstnat ženu s duševním onemocněním nebo jinými důvody.

Velmi významně hovořily o nedostatku financí a nárocích duševního onemocnění. Holoubková (2017) ve své disertační práci hodnotí přiznání invalidních důchodů u žen s duševním onemocněním pozitivně: *„U všech osob z výzkumného souboru se jako důležité téma jevílo přiznání invalidního důchodu, který byl vnímán jako existenční jistota a mírnil stres vyplývající z obtížně předvídatelného vývoje nemoci, spojený s obavami, zda budou schopny pracovat a zajistit si tak příjem.“* Všeobecné sestry ze svých zkušeností z praxe vnímají především sociální aspekty duševní nemoci, které mohou člověka s duševní nemocí přibližovat ostatním, jako např. představa nezaplacených účtů, pocit izolace, nedostatek sebevědomí, smutek z nenaplněných nadějí (Šupa, 2011).

Další doména a významný aspekt kvality života žen s duševním onemocněním je doména, která se dotýká fyzické domény, konkrétně bolesti. Bolest je fenoménem, se kterým se setkáváme v každodenním životě, je také ošetrovatelskou diagnózou a v případě duševní nemoci u našich nemocných se s ní setkáváme stejně často jako s halucinacemi a bludy. Všeobecných sester a žen s duševním onemocněním jsme se v rozhovorech ptali, jak ovlivňuje bolest míru energie ve vykonávání každodenních činností. Všeobecné sestry dávají shodně do souvislosti psychické prožívání bolesti a bolest fyzickou. Intenzita fyzické bolesti je vnímána samotnými pacientkami různě. Fyzická bolest u jedné pacientky ovlivňuje její sportovní aktivity. Naproti tomu druhá pacientka neuvádí fyzickou bolest, ale výrazně horší uvádí psychickou bolest a jako nepohodlí psychické potíže, se kterými se snaží naučit žít a nepohodlí nemá vliv na kvalitu jejího života. Zimmermann, Tiellet Nunes a Fleck (2018) ve své kvalitativní studii hodnotili bolest u depresivních pacientek, které fyzickou bolest dávaly do vztahu s depresivním prožíváním. Jakmile došlo ke zmírnění depresivních příznaků, neměly participantky problém rozlišit fyzickou bolest a úzkost.

Dílčí cíl č. 3

Hledání pomoci a opory při diagnóze a boji s duševním onemocněním je velmi důležité. Potvrzují to i výpovědi našich participantek. Shodně s Henzlovou (2010), která ve své diplomové práci jako jeden z faktorů, které mohou pozitivně ovlivnit vyrovnání se s duševním onemocněním, uvádí jako druh podpory: „... *pomoc zvenčí, a to podpora neziskových organizací zaměřujících se na sociální rehabilitaci osob s duševním onemocněním. Tito lidé pak v různé míře dosahují určitých pokroků (například co se týče vedení domácnosti, sebeobsluhy, pracovních dovedností, udržení pozornosti, komunikace, navazování společenských kontaktů atd.). To pak pro rodiče představuje podporu v oblastech, ve kterých by si nevěděli rady nebo jsou pro ně zatěžující. Tyto nově nabyté schopnosti a dovednosti mají pak pozitivní dopad na vzájemné vztahy i rodinné klima.*“

Významným prvkem při zotavení duševně nemocných jsou zdravotničtí pracovníci, především sestry, které tráví u lůžek nemocných žen dlouhý čas, znají jejich potřeby. Šupa (2011) ve své disertační práci interpretuje rozhovory se zdravotními sestrami pečujícími o pacienty s duševním onemocněním a práci sestry na psychiatrii hodnotí takto: „*V obecné rovině se práce sestry zaměřuje na úlevu pacienta v nemoci. V případě somatického onemocnění lze vykonávat fyzickou instrumentální práci, která může sestru naplňovat uspokojením, neboť je zde konkrétní činnost s konkrétním výsledkem. Na psychiatrii je třeba pozorovat symptomy, udržovat klid, navazovat kontakt, když pacient potřebuje, a distribuovat léky.*“

8 LIMITY VÝZKUMU

Tato bakalářská práce má několik limitů. Rozhovory probíhaly v čase nouzového stavu z důvodu probíhající pandemie. V nemocnici byl krizový režim, vládlo stresové napětí, proto rozhovory trvaly kratší čas, než bylo předpokládáno. Druhým limitem je, že sestry byly všechny z jedné menší psychiatrické nemocnice a z jednoho oddělení. Vzhledem k pandemii koronaviru byla omezena možnost výzkumníka kontaktovat pacientky a všeobecné sestry z dalších oddělení. Téma bakalářské práce bylo zaměřeno na subjektivní pohled všeobecných sester a výzkum byl uskutečněn z důvodu osobního zájmu autorky, která je sama sestrou pracující s duševně nemocnými. Velmi zajímavým faktem je vnímání diktafonu při realizaci rozhovorů. Zajímavé bylo, že větší nervozitu při poskytování rozhovoru udávaly některé sestry, ne pacientky, ačkoli se všichni participanti výzkumu mohli na rozhovor připravit.

Jako další limit v bakalářské práci vnímáme skutečnost, že kvalita života je složitý konstrukt. V bakalářské práci jsme se zaměřili jen na některé aspekty života, které jsme zdůraznili ve výzkumných otázkách, a mohlo to ovlivnit odpovědi participantů. V případě, že participanti nebyli schopni odpovědět na výzkumné otázky, podotázkami jsme se snažili upřesnit informace vztahující se k cíli bakalářské práce a v případě, že participanti neodpovídali na otázky k tématu bakalářské práce, museli jsme se dodatečně doptávat po nahrání rozhovorů.

8.1 Doporučení pro praxi

Téma kvality života s duševním onemocněním je v souvislosti s reformou psychiatrické péče a přesunem duševně nemocných z psychiatrických nemocnic do komunity aktuálním a velmi diskutovaným tématem. Dle našeho názoru je role sestry při adaptaci ženy na nemoc a v procesu zotavení nezastupitelná. Myslíme si, že sestry by se měly aktivně podílet na motivaci a spolupráci ženy s rodinou a s podpůrnými centry pro duševně nemocné, jako jsou nově vznikající centra duševního zdraví.

Z výsledků výzkumu bychom doporučili zkoumání problematiky kvality života v českém prostředí. Jako značně zajímavý impuls vidíme v oslovení peer konzultantů, jejichž perspektivu by bylo velmi zajímavé zkoumat. Jejich přínos pro osoby s duševním onemocněním spočívá v podpoře a motivaci vyrovnat se s duševním onemocněním,

poskytnout mnoho zajímavých impulsů pro zlepšení života samotných pacientů, ale i zlepšení péče samotných sester, které o pacienty pečují.

ZÁVĚR

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaká je kvalita života žen s duševním onemocněním dle názoru všeobecných sester pracujících na psychiatrickém oddělení. Cílem bakalářské práce bylo ukázat ostatním všeobecným sestřám a dalším pracovníkům poskytujícím péči duševně nemocným ženám, jaká je kvalita života žen se závažným duševním onemocněním a které aspekty mohou ovlivnit kvalitu jejich života.

Teoretická část bakalářské práce definovala duševní onemocnění a jeho dopady, vymezili jsme si pojem kvalita života, jeho dimenze, významné modely a hledali významné prvky kvality života a závažného duševního onemocnění. V poslední kapitole teoretické části jsme se věnovali popisu role všeobecných sester při práci s duševně nemocnými a jejich úloze na zlepšení kvality života žen s duševní nemocí.

V praktické části jsme se zabývali kvalitativním výzkumem a prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru jsme zkoumali pohled a názory všeobecných sester na kvalitu života žen se závažným duševním onemocněním ve vybraných oblastech života. Výzkum kvality života jsme doplnili o rozhovory se dvěma pacientkami se SMI. V souvislosti s výše uvedenými výsledky, ke kterým jsme v našem výzkumu dospěli, můžeme uvést, že se výsledky vztahují jen k našemu výzkumnému vzorku. Nelze je zobecnit na celou populaci všeobecných sester, které poskytují ošetrovatelskou péči ženám s duševním onemocněním. Rozhovory, které jsme vedli s pacientkami se závažným duševním onemocněním, vhodně doplňují výzkumný vzorek sester a byly osloveny na základě záměrného výběru. Pokud bychom oslovili pacientky s duševním onemocněním náhodně, mohlo by se stát, že by nemusely s výzkumem souhlasit z důvodu závažných příznaků, probíhající akutní léčby nebo absence náhledu na onemocnění, jak bylo opakovaně zmíněno v teoretické části, ale i v samotných rozhovorech.

Při realizaci rozhovorů a analyzování dat jsme dospěli ke zjištění, že zkoumat a hodnotit kvalitu života je velmi náročné a že nelze tento rozsáhlý koncept zúžit do několika oblastí a otázek. Každý člověk je jedinečný, každá pacientka vychází z jiné životní zkušenosti se svou nemocí, z adaptačních mechanismů na nemoc, opory rodiny a komunity, nalezeným smyslem života a dalšími faktory. Výsledkem práce je tedy vhled do života duševně nemocné ženy a subjektivní pohled na kvalitu života žen se závažným duševním onemocněním z pohledu a názorů na výzkumu zúčastněných všeobecných sester, které

o tyto nemocné ženy pečují. Proto nás zajímala právě jejich perspektiva, neboť se stávají významným prvkem a podporou v nemoci a životě těchto duševně nemocných žen a především ženy se SMI ovlivňují jejich náhled na duševní onemocnění žen.

Praktická část výzkumu se zabývala kvalitou života žen se závažným duševním onemocněním. Byly nalezeny tři významné kategorie: duševní onemocnění a kvalita života dle názoru sester, významné aspekty kvality života s duševním onemocněním dle názoru sester, podpora a opora.

Zjistili jsme, že všeobecné sestry vztahují kvalitu života žen s duševním onemocněním k duševnímu zdraví a fázi nemoci, ve které se pacientka nachází. Pacientky naopak vnímají kvalitu svého života v kontextu jeho smysluplnosti a splněných přání a nevnímají svůj život jako špatný.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ANTHONY, William A., 1993. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* [online]. **16**(4), 11-23 [cit. 2020-02-18]. DOI: 10.1037/h0095655. Dostupné z: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/h0095655>
- BÍLKOVÁ, Dagmar, 2014. *Vliv rodinných příslušníků na osamostatnění osob s duševním onemocněním*. Praha. Dostupné také z: http://www.pvsps.cz/data/2017/04/10/10/bilkova_dagmar.pdf. Diplomová práce. Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Studijní obor: Sociální práce. Vedoucí práce Jan Paleček.
- BURSALIOGLU, Fusun Sevimli et al., 2013. The Correlation Between Psychiatric Disorders and Women's Lives. *JOURNAL of CLINICAL AND DIAGNOSTIC RESEARCH* [online]. **7**(4), 695-699 [cit. 2020-02-12]. DOI: 10.7860/JCDR/2013/5635.2884. ISSN 2249782X. Dostupné z: http://www.jcdr.net/article_fulltext.asp?issn=0973-709x&year=2013&month=April&volume=7&issue=4&page=695-699&id=2884
- COLILLAS-MALET, Ester et al., *Gender differences in health-related quality of life in people with severe mental illness* [online]. [cit. 2020-02-23]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229236>
- CONNELL, Janice et al., 2012. Quality of life of people with mental health problems: a synthesis of qualitative research. *Health and Quality of Life Outcomes* [online]. **10**(1) [cit. 2020-02-06]. DOI: 10.1186/1477-7525-10-138. ISSN 1477-7525. Dostupné z: <http://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-10-138>
- CUMMINS, Robert A., 1997. Comprehensive Quality of Life Scale - Intellectual/Cognitive Disability. In: DEAKIN UNIVERSITY. *School of Psychology* [online]. 5. Melbourne [cit. 2019-11-10]. ISBN 07300-27252. Dostupné z: https://sid.usal.es/idocs/F5/EVA66/ComQol_I5.pdf
- DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.

- EKLUND, Mona, 2009. Work status, daily activities and quality of life among people with severe mental illness. *Quality of Life Research* [online]. **18**(2), 163-170 [cit. 2019-12-10]. DOI: 10.1007/s11136-008-9431-5. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s11136-008-9431-5>
- GURKOVÁ, Eva, 2011. *Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9.
- HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
- HENZLOVÁ, Lucie. *Duševní nemoc jako činitel ovlivňující rodinné soužití a životní cyklus rodiny (biografie střetu s duševní nemocí)* [online]. Brno, 2010 [cit. 2020-05-01]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Filozofická fakulta, Ústav pedagogických věd. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/n1ave/Diplomova_prace-lucie_henzlova.pdf.
- Hodnocení psychiatrických služeb: Metodika pro evidenci respektující rozvoj psychiatrických služeb, [2019]. *Merrps.cz* [online]. Praha [cit. 2020-02-02]. Dostupné z: http://merrps.cz/domains/merrps.cz/wp-content/uploads/2020/04/Metodika_MERRPS-2.pdf
- HNILICOVÁ, Helena. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In: PAYNE, Jan et al., eds. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005, s. 205-216. ISBN 80-7254-657-0.
- HOLOUBKOVÁ, Eva. *Proces zotavení u osob s poruchami schizofrenního spektra* [online]. Brno, 2017 [cit. 2020-05-01]. Disertační práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, Katedra psychologie. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/jk0py/Holoubkova_final.pdf.
- HOSÁKOVÁ, Jiřina a Darja JAROŠOVÁ, 2016. Možnosti hodnocení kvality života pacientů se schizofrenií. *Psychiatrie pro praxi* [online]. **17**(1e), e3-e8 [cit. 2020-03-01]. DOI: 10.36290/psy.2016.032. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/doi/10.36290/psy.2016.032.htm>
- CHAUDHURY, Suprakash et al., 2018. Quality of life in psychiatric disorders. *Trends in Biomedical Research* [online]. **1**(1) [cit. 2020-02-06]. DOI: 10.15761/JTBR.1000103. Dostupné z: <https://www.oatext.com/quality-of-life-in-psychiatric-disorders.php>

- CHATTERJEE, Rajni a Uzma HASHIM, 2015. Rehabilitation of mentally ill women. *Indian Journal of Psychiatry* [online]. **57**(6), 343-353 [cit. 2019-11-06]. DOI: 10.4103/0019-5545.161503. Dostupné z: <http://www.indianjpsychiatry.org/text.asp?2015/57/6/345/161503>
- KADOUNOVÁ, Lucie. *Vliv jednotlivých přístupů psychiatrické péče na kvalitu života osob s duševním onemocněním* [online]. Praha, 2015 [cit. 2020-04-29]. Diplomová práce. Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii. Dostupné z: http://www.pvpsps.cz/data/2017/03/21/09/kadounova_lucie.pdf.
- KOHÚTOVÁ, Barbora et al., 2018. Komorbidita a kvalita života pacientů v ambulantní péči s diagnózou schizofrenie, depresivní poruchy a generalizované úzkostné poruchy: Projekt Cosmos. *Psychiatrie: Časopis pro moderní psychiatrii*. Praha: Tigris, **22**(2), 60-67. ISSN 1211-7579.
- Koncept kvality života: Koncept kvality života (Quality of Life) jako základní referenční rámec Strategie reformy psychiatrické péče, 2018. *Reforma péče o duševní zdraví: Strategie reformy psychiatrické péče* [online]. 15. 10. 2018 [cit. 2019-11-02]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/proc_reformujeme/koncept-kvality-zivota-quality-of-life/
- KONDRÁTOVÁ, Lucie et al., 2018. Socioekonomická situace osob s psychotickým onemocněním v České republice. *Česká a slovenská psychiatrie*. Praha: Galén, **114**(4), 151-158. ISSN 1212-0383.
- KOUTNÁ KOSTÍNKOVÁ, Jana a Ivo ČERMÁK, 2013. Interpretativní fenomenologická analýza. In: ČERMÁK, Ivo, ŘIHÁČEK, Tomáš a Roman HYTYCH, eds. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita, s. 9-43. ISBN 978-80-210-6382-2.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.
- KUČEROVÁ, Helena, 2019. Příznak bolesti u psychotických pacientů: The symptom of pain in psychotic patients. *Via practica*. Bratislava: SOLEN, **16**(1), 1-2. ISSN 1336-4790.

- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.
- MARKOVÁ, Eva et al., c2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1151-6.
- MARKOVÁ, Marcela, 2012. *Determinanty zdraví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-545-7.
- Mental Health Disparities: Women's Mental Health, 2017. In: *American Psychiatric Association* [online]. Washington: American Psychiatric Association [cit. 2020-01-16]. Dostupné z: [Mental-Health-Facts-for-Women%20\(8\).pdf](#)
- Národní akční plán pro duševní zdraví, 2020. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha [cit. 2020-02-23]. Dostupné z: [Národní_akční_plán_pro_duševní_zdraví_2020_-_2030%20\(1\).pdf](#)
- NOVOTNÁ, Blanka, 2014. Kompetence sester pracujících na psychiatrii. In: PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ, eds. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. Sestra (Grada), s. 37-41. ISBN 978-80-247-4236-6.
- OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO, 2015. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5199-3.
- PĚČ, Ondřej, 2014. Komunitní péče v psychiatrii. In: PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ, eds. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. Sestra (Grada), s. 124-142. ISBN 978-80-247-4236-6.
- Podpora rovnosti pohlaví v oblasti duševního zdraví a klinického výzkumu: Usnesení Evropského parlamentu ze dne 14. února 2017 o podpoře rovnosti žen a mužů v oblasti duševního zdraví a klinického výzkumu, 2017. In: *Evropský parlament* [online]. Štrasburk [cit. 2020-05-30]. Dostupné z: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-8-2017-0028_CS.html
- Quality of Life: Research Unit. In: *University of Toronto* [online]. Toronto, c1827-2019 [cit. 2019-11-26]. Dostupné z: http://sites.utoronto.ca/qol/qol_model.htm
- RABOCH, Jiří et al., 2019. *Duševní zdraví a životní styl: psychiatrie životním stylem*. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-5501-7.

- ŘIHÁČEK, Tomáš a Roman HYTYCH. *Metoda zakotvené teorie*. In: ŘIHÁČEK, Tomáš, Ivo ČERMÁK a Roman HYTYCH, eds. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita, 2013, s. 44-74. ISBN 978-80-210-6382-2.
- Sebevraždy, 2020. *Český statistický úřad* [online]. 30. 4. 2020 [cit. 2020-05-10]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/sebevrazdy_zaj
- ŠIMOVCOVÁ, Darina, 2015. *Ošetrovatel'ská starostlivosť o pacientov s poruchami duševného zdravia*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. ISBN 978-80-7454-515-3.
- ŠUPA, Jiří. *Od člověka k diagnóze a od diagnózy k člověku: (Analýza diskurzu zdravotnických profesionálek)* [online]. Brno, 2011 [cit. 2020-04-28]. Dizertační práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, Katedra psychologie. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/h903r/Disertacni_prace__J_nobgytei_Supa.pdf.
- ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, c2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
- The European Mental Health Action Plan 2013–2020: Regional office for Europe* [online], 2015. Copenhagen: WHO [cit. 2020-02-18]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf
- TINLAND, Aurelie et al., 2018. Victimization and posttraumatic stress disorder in homeless women with mental illness are associated with depression, suicide, and quality of life. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* [online]. **14**, 2269-2279 [cit. 2020-02-12]. DOI: 10.2147/NDT.S161377. Dostupné z: <https://www.dovepress.com/victimization-and-posttraumatic-stress-disorder-in-homeless-women-with-peer-reviewed-article-NDT>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická statistika. Psychiatrická péče 2016* [online]. ©2017. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2020-02-13]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/psych2016.pdf>
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická statistika. Psychiatrická péče 2017* [online], ©2018. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2020-02-13]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/psych2017.pdf>

WHOQOL: Measuring Quality of Life: Introducing the WHOQOL instruments, ©2020.

In: *World Health Organization* [online]. Geneva [cit. 2020-01-16]. Dostupné z:

<https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>

YAMAMOTOVÁ, Anna a Hana PAPEŽOVÁ, 2011. Patofyziologie vztahu bolesti a deprese: Pathophysiology of pain and depression. *Paliativna medicína a liečba bolesti*. Bratislava: SOLEN, 4(2), 64-68. ISSN 1337-6896.

ZIMMERMANN, Jacques J., Maria Lucia TIELLET NUNES a Marcelo P. FLECK,

2018. How do depressed patients evaluate their quality of life? A qualitative

study. *Journal of Patient-Reported Outcomes* [online]. 2(1) [cit. 2020-04-25]. DOI:

10.1186/s41687-018-0076-z. Dostupné

z: <https://jpro.springeropen.com/articles/10.1186/s41687-018-0076-z>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AQoL	Assessment of Quality of Life
Cosmos	COmorbidities in MOst Severe Neurology and Psychiatric Indications in the Czech Republic
FSV UK	Fakulta sociálních věd Univerzity Karlovy
GAF	Global Assessment Functioning
HoNOS	Health of the Nation Outcome Scale
HRQoL	Health Related Quality of Life, tj. kvalita život ovlivněná zdravím
MANSA	The Manchester Short Assessment of Quality of Life
MERRPS	Metodika pro evidenci respektující rozvoj psychiatrických služeb
P1	pacientka č. 1
P2	pacientka č. 2
S1	všeobecná sestra č. 1
S2	všeobecná sestra č. 2
S3	všeobecná sestra č. 3
S4	všeobecná sestra č. 4
SF-36	Short Form Healthy Survey
SMI	Severe Mental Illness; závažné duševní onemocnění
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Fotografie analýzy dat.....	84
--	----

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Model kvality života.....	23
Tabulka 2: Výzkumný vzorek - všeobecné sestry	41
Tabulka 3: Výzkumný vzorek - pacientky.....	41
Tabulka 4: Počet přijatých žen na psychiatrické oddělení.....	85
Tabulka 5: Struktura diagnóz v letech 2012-2019.....	85

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha I: Fotografie analýzy dat	84
Příloha II: Počet přijatých žen a struktura diagnóz v letech 2017-2019.....	85
Příloha III: Žádost o umožnění výzkumného šetření metodou rozhovoru	85

PŘÍLOHA I: FOTOGRAFIE ANALÝZY DAT



Obrazek 1: Fotografie analýzy dat

Zdroj: autor

PŘÍLOHA II: POČET PŘIJATÝCH ŽEN A STRUKTURA DIAGNÓZ V LETECH 2017-2019

Tabulka 4: Počet přijatých žen na psychiatrické oddělení

ROKY	2017	2018	2019
Celkem	708	665	679


Zdroj: autor

Tabulka 5: Struktura diagnóz v letech 2012-2019

DIAGNÓZA	2017	2018	2019
F0 a G3	2,4	3,3	1,5
F10	9,9	7,7	9,4
F11-F19	4,6	3,2	5,0
F2	41,4	42,7	40,0
F30-F39 (bez F32-F33)	6,5	4,8	5,2
F32-F33	11,0	9,9	8,7
F4 (bez F42)	20,2	21,0	23,3
F42	0,6	0,2	0,0
F50	0,6	0,2	0,3
F51-59	0,1	0,0	0,6
F60-F61	1,4	2,5	2,9
F62-F69	0,1	0,0	0,0
F7	2,1	2,8	3,0
F8-F9	0,0	0,2	0,0
ostatní	0,2	0,3	0,0

Zdroj: autor

PŘÍLOHA III: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ METODOU ROZHOVORU

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ METODOU ROZHOVORU

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření metodou rozhovoru na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (kombinovaná forma studia).


Jméno a příjmení studenta	Petra Šišková
Téma bakalářské práce	Kvalita života žen s duševním onemocněním z pohledu všeobecné sestry
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Bc. Barbora Plisková
 popis
Skupina účastníků výzkumu	Všeobecné sestry a klientky psychiatrie
Pracoviště	Vyjádření vřehní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)
Psychiatrická nemocnice v Kroměříži – ženské psychiatrické oddělení	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav v zdravotnických věd -2-

Ve Zlíně dne 2.1.-02- 2020

.....
ředitelka Ústavu zdravotnických věd


.....
razítko a podpis zástupce zařízení