

Mapování současné životní situace a životní spokojenosti ve vybraných oblastech života u klientů Centra psychosociální rehabilitace, Společnost MANA, o.p.s. Olomouc

Mapping the current situation in life and life satisfaction in specific areas of life Center for psychosocial rehabilitation clients, company MANA, ops Olomouc

Soňa Lemrová^{1*}, Štefan Berec²

¹*Katedra psychologie, Filozofická fakulta, Univerzita Palackého, Olomouc*

²*Centrum psychosociální rehabilitace, Společnost MANA, o.p.s. Olomouc*

Abstrakt

Článek se zabývá mapováním životní spokojenosti u klientů Centra psychosociální rehabilitace, Společnost MANA, o.p.s. Olomouc, u kterých byla diagnostikována schizofrenie. U vzorku 16 klientů byl použit Dotazník životní spokojenosti (DŽS), dotazník zjišťující životní témata a celkové míry životní spokojenosti SEIQoL. Cílem bylo zjištění spokojenosti v oblastech: zdraví, finanční situace, vlastní osoba, sociální vztahy a bydlení, zjištění důležitosti a spokojenosti s životními tématy a hledání souvislosti s aktuální celkovou životní spokojeností a věkem klientů. Výsledky naznačují spíše menší spokojenost – zejména u zdraví 88% výsledků odpovídalo 1.–3. staninu. Nebyla nalezena statistická souvislost mezi věkem a spokojeností v jednotlivých oblastech DŽS. Nejčastějšími životními tématy byla rodina, přátelství, zdraví. Index kvality života i celková životní spokojenost dosáhly průměrných výsledků (56,2%, 56,4%). Významná statistická souvislost byla mezi celkovou životní spokojeností a oblastí zdraví a přátelé.

Klíčová slova: životní spokojenosti, metoda SEIQoL, životní témata (cíle), rodina, zdraví, přátelé

Abstract

The paper is concerned with mapping the quality of life of individuals diagnosed with schizophrenia. Surveying the quality of life of schizophrenics may be complicated due to the symptomatology – e.g. negative results during the higher levels of anxiety. Apart

*Korespondenční autor: Vodární 6, 771 80 Olomouc, ČR
e-mail: sona.lemrova@upol.cz

from health: age, gender, occupation, family, social contacts, finances, opportunities for rehabilitation and psychoeducational programmes are all among the important factors of the individual quality of life. Our research group comprised 16 clients (male $n = 12$, female $n = 4$) of the Psychosocial Rehabilitation Centre, MANA o.p.s. Olomouc. Average age of our respondents was 38.2. Except for 4 male respondents, all the rest were unemployed at the time of the survey, 3 respondents were living alone, others with parents or a partner. Average age of the male respondents at the time of their first hospitalization was 22, of the female respondents 18.5. The Czech version of the Quality of life questionnaire (Dotazník životní spokojenosti – DŽS) was the basis of our primary method. In view of the sociodemographic data of our respondents, we have surveyed the level of the individual quality of life in the areas of health, financial situation, oneself and friends, acquaintances and relatives. A supplementary method was based on the SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life), a questionnaire for monitoring the importance of happiness with individually chosen life themes (QL) and an overall level of quality of life (VAS). The goal was to ascertain the level of happiness in the aforementioned areas of life DŽS and the correlation with age, importance and quality of life themes and their correlation with current overall quality of life. The lowest level of happiness (DŽS) was measured in the overall level of the current quality of life (VAS) in connection to gender (male = 60.7%, female = 43.8%), but in view of the low number of female respondents ($n = 4$) we consider this result an approximation that will need to be statistically verified in a larger group. Overall current quality of life (VAS) statistically correlated with the level of happiness in the area of health and friends (DŽS). The respondents have given family, friends (social relationships, networks), health, frame of mind and leisure as the most common important life themes. We realize that our research is limited in some aspects, especially the composition and the low number of respondents in the group precluded a deeper statistical analysis. We do not assume to generalise our results since it is necessary to remember that the quality of life is a subjective matter that can change in course of a lifetime. Even so, the research has brought some important information that can help us in our future work with the clients and their relatives in finding help in their difficult life situation.

Keywords: life satisfaction, SEIQoL instrument, life topics, family, health, social support

Úvod

V naší práci jsme se zaměřili na mapování životní spokojenosti klientů Centra psychosociální rehabilitace, Společnost MANA, o.p.s. Olomouc. Téma životní spokojenosti jedinců bylo a je i v současné době tématem, jímž se zabývá řada výzkumníků, přesto není koncept životní spokojenosti stále dostatečně definován. Důležité bývá definování sledovaného fenoménu, který může nabývat odlišných definic i názvů (Fahrenberg, Kurtek, Schumacher, & Brähler 2001). Dodnes neexistuje jednotný koncept, který by vymezoval „kvalitu lidského života“. Dřívější pohled, který pod tento termín zahrnoval spíše materiální úroveň ve společnosti, je vystřídán posléze preferencí názorů, že kvalita života je vnímána spíše jako nemateriální záležitost (Rapley, 2003). V současné době lze výzkumy sledující

životní spokojenost označit za více individualizované, zaměřující se převážně na subjektivní vnímání a hodnocení vlastního života (Rapley, 2003; Diener & Lucas 2000). Tento fakt zdůrazňují i další autoři např. Diener, Suh a Oishi (1997; in Blatný, 2005), kteří upozorňují, že spokojenost se životem je založena na subjektivním porovnání každého člověka se standardem. To, co lidem přináší v životě spokojenost, se zakládá na individuálních představách, hodnotách, postojích, nadějích, očekávání, cílech a jejich plnění atd., přičemž vše může podléhat a měnit se v průběhu času a vlivem konkrétních životních událostí i životních zkušeností (Hamplová, 2004; Křivohlavý, 2001). Engel a Bergsma (1988; in Křivohlavý, 2002) při sledování kvality života (hodnocení i spokojenost se životem) popsali tři základní hierarchické úrovně: tzv. makro úroveň (otázka kvality např. státu atd.), mikroúroveň (menší skupiny jedinců např. pečovatelské domy, nemocnice) a osobní (personální) úroveň (subjektivní sebehodnocení). Koncept životní spokojenosti zůstává častým předmětem mnoha psychologických výzkumů, a to jedinců zdravých v různých etapách jejich života i jedinců, kteří jsou v době výzkumu léčeni či sledováni z různých zdravotních příčin. K uvedené problematice a snaze o přesnější uchopení spokojenosti člověka s jeho životem se vztahují další příbuzné termíny. Jsou to např. osobní pohoda (well-being), kvalita života, štěstí (happiness) či flow (Blatný, 2005; Kebza & Šolcová, 2005; Křivohlavý, 2001; Řehulková & Řehulka, 2008). Pojmu štěstí (happiness) byla věnována např. práce Veenhovenové (2009), v níž kvalita života odráží jednak rozdíl mezi možnostmi nabízejícími dobrý život a skutečnými životními výstupy a odlišnost mezi vnější a vnitřní kvalitou života.

Životní spokojenost u lidí s duševním onemocněním – schizofrenií

Jak jsme výše uvedli, zájem o zkoumání životní spokojenosti či kvality života stoupá, a ne jinak je tomu u jedinců s duševním onemocněním, konkrétně u lidí se schizofrenií. Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, které se výrazně dotýká života nejen samotného pacienta, ale také jeho blízkého okolí (primárně rodiny). Onemocnění je řazeno do oblastí psychotických poruch a její výskyt je poměrně častý. Diagnostikovaný výskyt schizofrenie v populaci je asi 1% a bývá uváděna jako nejčastější důvod pro udělování invalidity až 3. stupně. Zájem se orientuje nejen na otázku zdraví (léčby) jedinců se schizofrenií, ale také na spokojenost s poskytovanými službami, které jsou těmto lidem nabízeny, spokojenost s materiální a sociální podporou, s pracovní oblastí, schopnost fungování v každodenním životě. Souhrnně jde tedy o sledování subjektivně prožívané dimenze tělesné, sociální, kognitivní i funkční a zaměření intervenčních a rehabilitačních programů tak, aby podporovaly vlastní účinnost jedince, sebeúctu, schopnost využívání vhodných copingových strategií, což se odráží v prožívání sebe sama i reakci na okolní prostředí (Ritsner, Gibel, & Ratner, 2006). Problematika zjišťování míry životní spokojenosti u lidí se schizofrenií bývá ztížena vzhledem k symptomatologii spojené s onemocněním např. narušení vnímané reality, depresivní symptomy, zvýšená úzkost (Narvaez, Twamley, McKibbin, Heaton, & Patterson, 2008; Aksaray, Oflu, Kaptanoglu, & Bal, 2002; Huppert, Weiss, Lim, Pratt, & Smith, 2001).

Cílem naší studie bylo zjištění životní spokojenosti lidí s vážnou duševní poruchou poodhalení potřeb těchto jedinců a tím i následného podpoření rozvoje specializovaných

služeb. Potřeba služeb v oblasti duševního zdraví je všeobecně uznávaná, neboť tyto služby mohou být jednou z cest pro zlepšování kvality života pacientů (Barbator, 2004). Tuto skutečnost dokládá například výzkum zabývající se účinností komunitní péče u osob se závažnými duševními poruchami. Autorky výzkumu Prot-Klinger a Pawlowska (2009) zde reagují na celosvětový trend přesouvání psychiatrické péče do komunitních center. Jejich očekávání u pacientů se schizofrenií se potvrdilo – komunitní péče napomáhá zlepšování fungování v běžném životě, možnosti sociálního začlenění, které se promítlo do zlepšení sociálního fungování jedinců, zlepšení psychického stavu, kontaktu s rodinou a uspokojení ze života a pocitu svobody. Bylo taktéž zaznamenáno snížení destruktivních tendencí. Pozitivní je v této souvislosti vzrůstající význam a rozvoj komunitní péče i rehabilitačních a psychoedukačních programů. Po této stránce povzbudivé výsledky zaznamenala ve své studii např. Motlová a kol. (2001), která zjistila, že po absolvování programu došlo u pacientů ke zvýšení spokojenosti v oblasti soběstačnosti a psychické pohody. Souvislost mezi kvalitou života, poskytovanou péčí a následnou rehabilitací se prokázala i v dalších studiích (Wiersma & Busschbach, 2001.) Na životní spokojenosti se podílí mnoho proměnných. Za nejdůležitější faktor (globální) bývá někdy považován zdravotní stav. Osoby se zdravotním omezením jsou v porovnání se zdravými jedinci méně spokojené (Fahrenberg et al., 2001). Např. depresivní či úzkostné stavy u pacientů se schizofrenií, bývají předmětem výzkumů sledujících souvislost mezi těmito symptomy a životní spokojeností. Mnohé výzkumy pozitivní souvislost potvrzují (Atkinson, Zibin, & Chuang, 1997; Pukrop et al., 2003) a depresivní stav se ukazuje jako silný prediktor snižující kvalitu života u schizofrenních pacientů (Heider, 2007). V současné době nabývá na významu vliv sociálních aspektů. Vedle subjective well-being rozlišuje např. Keyesová (1998) tzv. social well-being – sociální pohodu, zahrnující specifické sociální dimenze: míru zapojení do společnosti a komunity, obraz jedince o společnosti a lidech, vlastní vnímanou sociální hodnotu pro druhé lidi atd.

Sociální podpora, sociální sítě, vzájemné vztahy ze strany druhých lidí jsou považovány za jeden z nejsilnějších podpůrných faktorů životní spokojenosti (Caron, Mercier, Diaz, & Martin, 2005; Cechnicki, Wojciechowska, & Valdez, 2008; Ruggeri et al., 2003). Některé studie poukazují na nižší spokojenost vztahující se k osobním vztahům oproti běžné populaci, což v případě schizofreniků bylo vysvětlováno jejich psychickým onemocněním. Tyto závěry podporují i výsledky šetření Wiersma a Busschbacha (2001) provedeného u duševně nemocných pacientů (včetně schizofreniků), které odhalily nespokojenost s péčí z pohledu podávaných informací, možnostmi sociálních kontaktů a denních aktivit. Stejní autoři tvrdí, že pocit nedostatečné péče může být do jisté míry kompenzován sociálními vztahy zejména ze strany rodiny. Nejvýznamnější formou sociální opory je právě rodina a partnerský vztah. Zjevné projevy lepší subjektivní spokojenosti a kvality života jsou pozorovány a přisuzovány pacientům, kteří mají možnost větší frekvence kontaktu s rodinou či života s rodinnými příslušníky, neboť v rodině mohou tyto lidi lépe uspokojovat své potřeby (Warner et al., 1998). Hamplová (2006) vysvětluje pozitivní vztah manželství a partnerství nejen lepším zdravotním stavem a lepší finanční situací sezdaných či zadaných osob, vzájemnou podporou, pomocí a povzbuzením. Na naléhavost studia sociální opory jako významného protektivního faktoru u nás upozorňují např. Šolcová a Kebza (1999). Mnohé z výzkumů zaměřených na duševně nemocné jedince prokázaly genderové rozdíly, kdy pohlaví bylo testováno

jako prediktor životní spokojenosti či alespoň některých dimenzí spokojenosti se životem. Podle studie Lehmana a kol. (1995) vykazovali muži vyšší obecnou životní spokojenost, větší spokojenost s volnočasovými aktivitami i v oblasti zdraví než ženy. Opačné výsledky, menší spokojenost u mužů se schizofrenií a depresivních pacientů, prokázaly studie provedené u jedinců v různých zemích (Atkinson et al., 1997; Caron, Mercier et al., 2005). Věk bývá taktéž často zkoumanou proměnnou i u pacientů se schizofrenií. Také u této proměnné bývají výsledky výzkumů nejednoznačné. Např. Caron, Mercier a kol. (2005), ale i jiných autoři (Mercier Pe'ladeau, & Tempier, 1998) tvrdí, že starší jedinci bývají spokojenější zejména s ohledem na finanční zajištění.

Předpoklad, zda na životní spokojenost může mít vliv věk pacienta v době první hospitalizace, ale i opakovaní hospitalizace byl předmětem zájmu některých výzkumů, přičemž se ukázalo, že s nižším věkem stoupá pravděpodobnost menší životní spokojenosti (Fenton & McGlashan, 1991). Důvodem může být přerušování kontaktů s blízkými či širší sociální sítí a jejího následného opětovného budování. Dalšími faktory je oblast práce a zaměstnání – dostatek pracovních příležitostí a finanční zajištění. Nalezení větší životní spokojenosti mezi schizofrenními pacienty, kteří pracují oproti nepracujícím je výsledkem mnohých studií. Jde zde nejen o celkovou kvalitu života, ale tento pozitivní vztah se váže i k oblasti fyzického zdraví, sociální podpory a vztahům obecně. Tato a podobná zjištění, se týkají především mužské části pacientů (Atkinson et al. 1997; Caron, Mercier et al., 2005). S prací do jisté míry souvisí i výše vzdělání a s tím dosahovaný příjem. Ačkoliv bývají výsledky výzkumů nejednoznačné, přesto je souvislost mezi výší vzdělání a příjmem považována za silný prediktor kvality života (Caron, Latimer et al., 2002). Výzkum, který porovnával spokojenost lidí se schizofrenií ve třech evropských zemích (Francie, Německo a Velká Británie) přiřadil finanční situaci jedinců k nejvýznamnějším faktorům, neboť s finančním zajištěním bývá spojeno i uspokojování dalších potřeb (Heider et al., 2007). Na životní spokojenosti se podílí i faktory jako životními návyky, aktivní způsob trávení volného času (Fahrenberg et al., (2001). Opomenout nelze vliv celospolečenského klima, kdy Bonini (2008) uvádí, že pocit životní pohody je tímto faktorem sycen až z 19 procent. Dále politická svoboda, prosociální orientace společnosti, rovnoměrné rozložení příjmů, dostupná zdravotní péče. Význam mapování životní spokojenosti u lidí se schizofrenií je odůvodňován především pro možnost následné řízené léčby pacientů, kde je pozornost věnována nejen faktorům lékařským, psychiatrickým, ale i psychosociálním (Barnes, Murphy, Fowler, & Rempfer, 2012; Bobes, García–Portill, Bascarán, & Bousoño, 2005).

Metodologie a cíle výzkumu

Hlavní cíl našeho výzkumu bylo zmapování spokojenosti klientů Centra psychosociální rehabilitace, Společnost MANA, o.p.s. Olomouc. Zaměřili jsme se na vybrané oblasti z Dotazníku životní spokojenosti (DŽS): zdravotní stav, finanční situaci, volný čas, vlastní osoba, přátelé a bydlení. Zároveň nás zajímalo, jaké jsou základní životní témata (hodnoty) či aspekty života pro klienty v dané situaci podstatné a do jaké míry vnímají svůj život

uspokojivým. Vzhledem k nejednoznačným výsledkům předchozích výzkumů jsme si stanovili dvě výzkumnou otázky:

Existuje statistická souvislost mezi věkem probandů a mírou životní spokojenosti v některé z vybraných oblastí života?

Existuje statistická souvislost mezi celkovou mírou spokojenosti se životem (dotazník SEIQoL – VAS) a některé ze sledovaných oblastí DŽS?

Metody

Výzkum měl převážně kvantitativní charakter, který jsme zvolili s ohledem na možnost srovnání životní spokojenosti (vybraných faktorů) s obecnou populací respektive porovnání zjištěných výsledků s normou. Zároveň jsme zjištěné údaje vyhodnocovali i z části kvalitativně. Jako hlavní metodu sběru dat jsme použili Dotazník životní spokojenosti (Rodná & Rodný, 2001). Přes naše úsilí (oproti původnímu očekávání i vzhledem ke zdravotnímu stavu klientů a jejich aktuální psychické kondici) se podařilo ke spolupráci získat 17 klientů, u nichž ne všechny oblasti, které uvedený dotazník nabízí, bylo možno sledovat. Z tohoto důvodu v tomto článku vyhodnocujeme faktory Zdraví, Finance, Vlastní osoba, Přátelé, známí, příbuzní a Bydlení. Navíc jedna sada dat musela být vyřazena pro neadekvátnost výpovědi klienta, takže konečný počet zpracovaných dotazníků je pouze 16, a proto jsme přistoupili k analýze položek, které sytí jednotlivé oblasti životní spokojenosti. Dotazník obsahuje deset oblastí, které jsou syceny vždy sedmi položkami. Proband se vyjadřuje na sedmibodové škále od 1 (velmi nespokojen) po 7 (velmi spokojen). Celkový hrubý skóre každé oblasti je převeden dle věku probanda na standardní skóre (staninové normy). V našem případě jsme nemohli využít zjištění tzv. celkové životní spokojenosti, neboť naši klienti ne vždy splňovali podmínky pro vyplnění všech požadovaných oblastí (např. při absenci intimního partnera či zaměstnání). Tuto skutečnost jsme se pokusili do jisté míry nahradit další dotazníkovou metodou SEIQoL. Zároveň jsme podrobili hlubší analýze jednotlivé položky sytící sledované oblasti, abychom zjistili, co spokojenost či nespokojenost nejvíce ovlivnilo. Oproti v manuálu uváděné průměrné délce vyplnění dotazníku (5–10 min.) byl průměrný čas na vyplnění u našich klientů prodloužen cca na 10–20 min.

Pro zjištění aktuálně důležitých životních témat a vnímané celkové míry spokojenosti se životem jsme využili metodu SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life, v úpravě Křivohlavého (2001). Klienti byli požádáni, aby určili pět životních témat, které jsou pro ně v životě důležité. Uvedená témata jsme považovali za témata mající (v dané době) pro respondenty mimořádný význam pro kvalitu jejich života. Poté byli požádáni, aby u zvolených témat určili míru spokojenosti (v procentech od 0–100%) a důležitosti (rozdělení 100% mezi všechna uvedená témata). Nakonec na vizuální analogové škále (VAS – úsečka s póly od úplné nespokojenosti – po úplnou spokojenost) probandi vyznačili celkovou aktuální míru spokojenosti se životem. Příslušným výpočtem jsme posléze na základě vyznačených % hodnot u zvolených životních témat zjistili tzv. index kvality života (QL). Obě dotazníkové metody byly doplněny dotazníkem zjišťujícím důležité sociodemografické údaje (pohlaví, věk, vzdělání, děti, způsob bydlení, počet hospitalizací a věk první hospitalizace, výskyt vážného psychického onemocnění v rodině atd.).

Každému klientovi byl předem osobně vysvětlen důvod naší žádosti o spolupráci při vyplnění dotazníků. Klienti měli možnost zvolit si, zda chtějí při vyplňování pomoc examinátora, což velice často využívali, přičemž examinátor mohl (byl– li o to požádán) jednotlivé položky (dotazníku DŽS) předčítat. K tomuto opatření bylo přistoupeno na základě žádosti klientů, jejich počáteční nedůvěře v pochopení požadovaného úkolu.

Výběrový soubor

Soubor respondentů tvořilo 16 pravidelných uživatelů sociálních služeb, poskytovaných v Centru psychosociální rehabilitace Společnosti MANA, o.p.s., která se přihlásila jako partner do projektu „Vznik a rozvoj partnerské sítě pro realizaci stáží a aplikovaného výzkumu Katedry psychologie FF UP v Olomouci“ a jednalo se o zakázku organizace zabývat se životní spokojeností jejich klientů.

Jedná se o uživatele v ambulantní psychiatrické péči, u nichž byla diagnostikována schizofrenní porucha. V době sběru dat se respondenti nacházeli v remisi. V současné době využívá služeb uvedeného centra 53 uživatelů, z toho 28 uživatelů s diagnostikovanou schizofrenní poruchou.

Sběr dat byl realizován v období 10/2013–04/2014. Z počátku se zdálo, že se získáním respondentů nebude větší problém. Oslovení uživatele služeb prostředí dobře znají, k pracovníkům centra mají důvěru a byli seznámeni s podrobnostmi o výzkumu. S postupem času bylo stále obtížnější získávat ochotné respondenty. Fluktuace uživatelů centra je poměrně vysoká a jen těžko šlo předpovídat konečný počet respondentů. Podrobnější popis respondentů je uveden v tab. č. 1.

Tab. č. 1: Popis souboru – sociodemografické údaje

Počet klientů	Celý soubor (n=16)	Muži (n=12)	Ženy (n=4)
Půměrný věk	38,2	37,3	41
Počet klientů ve věku 20– 35 let	8	7	1
Počet klientů ve věku 36– 60 let	8	5	3
Vzdělání			
Základní + vyučen bez mat.	5	2	3
Středoškolské s maturitou	8	7	1
Vyšší odborné + VŠ	3	3	0
	Nepracující	Pracující	
Počet klientů	12	4 (pouze muži)	
Nepracuje: 1 – 5,5 let	7		
Nepracuje: 6 – 15 let	3		
Nepracuje: 20 – 25 let	2		
Způsob bydlení	Sám/sama	S partnerem	S rodiči
	3	4	9
Prům. věk 1. hospitalizace	Celý soubor	Muži	ženy
	20,3	22	18,5
Počet hospitalizací	Pro celý soubor	Pro celý soubor	Pro celý soubor
	6 osob: 1– 5	8 osob: 6– 10	2 osoby: 15– 23
Psychické onemocnění v rodině	Pro celý soubor	Pro celý soubor	
	ANO: 9 osob	NE 7 osob	

Statistické zpracování

Zjištěné údaje jsme zpracovali popisnou statistikou, ke zjištění případné souvislosti mezi věkem a oblastmi DŽS a QL a VAS, vzhledem k rozsahu souboru (n=16) a rozložení dat byla využita Spearmanova neparametrická korelace. Data byla zpracována s použitím Statistica 12 CZ.

Výsledky*Výsledky Dotazníku životní spokojenosti*

Na základě dosažených hrubých skóre v jednotlivých oblastech DŽS, jsme zjistili dle norem, kolik probandů (respektive jejich výsledky) spadají do jednotlivého rozpětí staninů. Výsledky, které odpovídají rozpětí 1.–3. staninu považujeme za výsledky ukazující na nespokojenost v dané oblasti, výsledky spadající do „širšího“ průměru odpovídají 4.–6. staninu a výsledky naznačující spokojenost náleží do rozmezí 7.–9. staninu viz tab. č. 2.

Tab. č. 2: Hrubé skóre, absolutní a relativní četnosti zjištěného počtu probandů, jejichž výsledky ve sledovaných oblastech DŽS spadaly do příslušného staninového rozpětí (n=16)

Oblasti DŽS	1.–3. stanin		%	4.–6. stanin		%	7.–9. stanin		%
	HS	Počet klientů		HS	Počet klientů		HS	Počet klientů	
Zdraví	26,5	14	88	41,5	2	12	0	0	0
Finanční situace	20,7	8	60	32,2	5	31	44	3	19
Vlastní osoba	24	11	69	37,8	4	25	45	1	6
Přátelé, známí a příbuzní	27,2	9	56	38,7	7	44	0	0	0
Bydlení	26,5	6	38	36,7	6	38	45,8	4	24

Z tabulky č. 2 je patrné, že průměrný HS u většiny klientů spadl mezi 1.–3. stanin, což ukazuje na skórování v oblasti velmi nespokojen až nespokojen. Kromě oblasti bydlení, kde je počet klientů, jejichž výsledky odpovídaly 1– 3. staninu a 4.– 6. staninu shodný. Nejvíce se příklon k nespokojenosti ukázal u oblasti mapující spokojen se zdravím. Na dokreslení výsledků připojujeme tabulku č. 3, kde jsou uvedeny průměrné skóre dosažené v jednotlivých oblastech DŽS dle pohlaví a věku. Vzhledem k malému zastoupení probandů v jednotlivých skupinách v našem vzorku, jsme neprováděli statistické porovnání, přesto je patrné, že největší rozdíl je u dimenze bydlení, kdy muži vykazují menší spokojenost a u dimenze přátelé, kde naopak vykazují menší spokojenost ženy. Z pohledu věku se jako nejvyrovnanější jeví oblasti zdraví a finance. Pro přesnější analýzu bude potřeba nashromáždit data od více klientů.

Tab. č. 3: Průměrné skóry oblastí DŽS dle pohlaví a věku a jejich zařazení do příslušné staninové normy

	Zdraví (x')		Finance (x')		Vl. osoba (x')		Přátelé (x')		Bydlení (x')	
	stanin.norma	stanin.norma	stanin.norma	stanin.norma	stanin.norma	stanin.norma	stanin.norma	stanin.norma	stanin.norma	stanin.norma
Muži (n=12)	28,9	3.	28	4.	28,5	2.	33,7	4.	33,3	3.
Ženy (n=4)	26,8	2.	31	4.	29,5	2.	26,8	2.	40,8	5.
Mladší (n=8)	28,3	3	28,8	4.	30,4	2.	33	4.	33,5	4.
Starší (n=8)	28,3	3	28,8	4.	27,1	2.	30,9	3.	36,8	5.
Celý soubor	28,4	3.	28,8	4.	28,8	2.	31,9	3.	35,1	4.

Dalším krokem byla analýza jednotlivých oblastí, sledovali jsme, která tvrzení se nejvíce podílí na spokojenosti či nespokojenosti viz. tab. č. 4.

Tab. č. 4: Průměrná nejnižší a nejvyšší hodnota na položkách jednotlivých oblastí a četnost probandů skórujících na 7bodové škále vyjadřující spokojenost s tvrzeními pro soubor (n=16)

Oblast DŽS (n=16)	*Bodová škála – četnost bodujících		
	1–3	4	5–7
Zdraví (průměrná HS: x'=28,4)			
<i>Se svou duševní výkonností (x'=3,2)</i>	9	3	4
<i>Se svou obranyschopností proti nemoci (x'=4,5)</i>	6	1	9
Finanční situace (x'=28,7)			
<i>Se svým příjmem (x'=3,6)</i>	8	3	5
<i>S hmotným zajištěním své existence (x'=4,8)</i>	4	3	9
Vlastní osoba (x'=28,8)			
<i>Se svým sebevědomím a sebejistotou (x'=3,7)</i>	10	2	4
<i>Když myslím na to, jak vycházím s ostatními lidmi (x'=4,7)</i>	3	3	10
Přátelé, známí, příbuzní (x'=31,9)			
<i>Se svou společenskou angažovaností (x'=3,9)</i>	4	8	4
<i>S pomocí a podporou poskytov. od přátel a známých (x'=5)</i>	3	1	12
Bydlení (x'=35,1)			
<i>Se stavem svého bytu (x'=3,9)</i>	8	4	5
<i>S dosažitelností dopravních prostředků (x'=6)</i>	1	1	14

Pozn: * Bodová škála: 1=velmi nespokojen, 2=nespokojen, 3=spíše nespokojen, 4=ani spokojen ani nespokojen, 5=spíše spokojen, 6=spokojen, 7=velmi spokojen

Podíváme-li se na výsledky v tab. č. 4, pak vidíme, že v oblasti zdraví (nejhůře hodnocená oblast) byla nejméně bodována (nejmenší spokojenost) položka týkající se duševní výkonnosti, kdy 9 jedinců ze 16 bodovalo na škále od 1 do 3 bodů. U oblasti mapující spokojenost s finanční situací byla nejhůře hodnocenou položkou spokojenost s příjmem, naopak nejlépe nejvyšší spokojenost v rámci této oblasti vykazovali probandi s hmotným zajištěním. Oblast týkající se spokojenosti s vlastní osobou je snižována nejvíce hodnocením vlastního sebevědomí a sebejistoty, nejmenší problém je ve vnímání vzájemného vztahu k druhým lidem – se schopností vyjít s druhými. U oblasti nazvané Přátelé, známí, příbuzní byla většina probandů spokojena s podporou, kterou se jim dostává od přátel. Nejvyšší spokojenost byla zaznamenána u oblasti bydlení, zejména při posuzování dostupnosti dopravních prostředků.

Souvislost s věkem a oblastmi DŽS

V další části výzkumu jsme testovali, zda se u našeho vzorku prokáže souvislost mezi věkem a dosaženými hodnotami v jednotlivých oblastech DŽS, viz.tab. č. 5.

Tab. č. 5: Spearmanovy korelace mezi věkem probandů a HS v oblastech DŽS (n=16) na hl. p<,05

	Zdraví	Finance	Vl. osoba	Přátelé	Bydlení
věk	-0,094	0,182	-0,286	0,235	0,050

V případě našeho vzorku jsme neprokázali statistickou souvislost mezi věkem probandů a sledovanými oblastmi života.

Výsledky SEIQoL

U dotazníku SEIQoL jsme nejprve zjišťovali u všech probandů pět životních témat (oblastí), které jsou v současné době pro klienty důležité a po ohodnocení důležitosti a spokojenosti s uvedenými tématy jsme vypočítali index kvality života a celkovou spokojenost. Zjištěné výsledky jsou uvedeny v tabulce č. 6.

Tab. č. 6: Průměrné hodnota % indexu kvality života a celkové % spokojenosti dle pohlaví

Průměrná hodnota %	Muži (n=12)	Ženy (n=4)	Mladší (n=8) 20– 35 let	Starší (n=8) 36– 60 let	Celý soubor (n=16)
QL	54,7	60,7	52	49,6	56,2
VAS	60,7	43,8	53,7	48,8	56,4

Z hodnot v tab. č. 6 lze konstatovat, že index kvality života (QL) u našich respondentů odpovídá průměrné výši (56,2%), u žen je průměrná hodnota o něco vyšší (60,7%) oproti mužům (54,7%). Podobně je tomu z pohledu věkových skupin, i zde se zjištěné hodnoty pohybují kolem průměru. U celkové spokojenosti (VAS) nejnižší hodnoty dosáhla skupina žen (43,8%), která oproti mužům (60,7%) vykazuje nižší míru spokojenosti.

Předposledním krokem bylo vyhodnocení jednotlivých témat podle četností, jak je respondenti uváděli. Zde jsme čerpali z adaptovaných dotazníků a obsahovou analýzou jsme uvedená témata zařadili do devíti oblastí a seřadili podle dosažené % hodnoty důležitosti a spokojenosti (viz. tab. č. 7).

Tab. č. 7: Významná životní témata, jejich četnost, průměrná % důležitost a spokojenost (n=16)

Uvedené téma	četnost	Důležitost v %	Spokojenost v %
rodina	13	25,4	82,7
přátelství (sociální vztahy, sítě)	13	23,4	68,1
zdraví	11	28,9	49,5
psychické „rozpoložení“	9	11,7	41,8
volný čas	8	11,6	61,3
láska	7	31,6	49,3
práce	6	16	40
peníze, finance	6	11,2	47,2
bydlení	2		

DŽS a SEIQoL

Na závěr jsme zjišťovali, zda celková míra aktuální spokojenosti se životem (VAS) souvisí jednak s % hodnotou indexu kvality života (QL = témata) a jednotlivými oblastmi Dotazníku životní spokojenosti – viz. tab. č. 8.

Tab. č. 8: Spearmanovy korelace mezi celkovou spokojeností (VAS) a % hodnotami významným témat a HS oblastí DŽ

(n=16)	%QL	HS Zdrav	HS Fin	HS vl.osoba	HS přátelé	HS bydlení
%VAS	0,479	*0,760	0,464	0,363	*0,553	0,304

Pozn: Korelace jsou významné na hl. $p < ,05^*$

Jediné statisticky významné souvislosti se podařilo u našeho souboru prokázat mezi celkovou mírou spokojenosti se životem (VAS) a oblastmi zdraví a oblastí sledující spokojenost se sociální oblastí (přátelé, známí a příbuzní) viz. tab. č. 8.

Diskuse a hodnocení výsledků

Vyhodnocení vybraných oblastí DŽS ukázalo, že respondenti v našem souboru byli nejméně spokojeni v oblasti zdraví. Tomu odpovídá i % zastoupení výsledků, které z 88% náleželo do 1.–3. staninu, což ukazuje na malou míru spokojenosti. Tento výsledek nemusí být příliš překvapením, neboť u jedinců, kteří jsou chronicky nemocní je oblast zdraví zvládnutým faktorem, který následně ovlivňuje další možnosti těchto lidí – pracovní zařazení, trávení volného času a s tím související i finanční náklady na léčbu či opakované hospitalizace.

Souvislost se sníženou životní spokojeností v souvislosti se zdravotním stavem schizofrenních pacientů je doložena i výsledky jiných autorů (Atkinson et al., 1997; Pukrop et al., 2003; Heider, 2007). Druhou nejméně hodnocenou oblastí bylo hodnocení s vlastní osobou, kde respondenti vyjádřili nejmenší spokojenost především s vlastním sebevědomím a sebejistotou. I toto hodnocení může odrážet jejich potíže při uplatnění ve společnosti, především nemožnost zapojit se do pracovního procesu a mít tak možnost něco dokázat. Pozitivnější výsledky přineslo hodnocení spokojenosti s oblastí přátel, známých a příbuzných a zejména

oblast bydlení. Zde se domníváme, že roli hraje větší zastoupení respondentů, kteří žijí s rodiči či partnerem, což jim poskytuje přiměřený komfort, na který by bez pomoci rodiny pravděpodobně nedosáhli. Navíc jejich bydliště, jak uvedli, jsou v dobré dosažitelnosti dopravních prostředků, což umožňuje bez větších potíží dojíždět nejen k lékařům, ale také do různých sociálních center (v našem případě do Olomouce do CPR MANA), kde se mohou setkávat se známými, přáteli či podobně postiženými jedinci, předávat si zkušenosti a získávat potřebné informace, účastnit se rozmanitých aktivit a psychoedukačních programů důležitých nejen pro samotné klienty, ale i jejich rodinné příslušníky, což dokládají i jiné výzkumy (Motlová et al., 2001; Wiersma & van Busschbach, 2001). Nad očekávání nedopadla nejhůře oblast finanční situace. Je možné, že respondenti si uvědomují, že prognóza jejich onemocnění jim pravděpodobně neumožní trvalé zaměstnání a s tím spojený trvalejší vyšší příjem. Podíváme-li se na výsledky, HS pro všechny sledované podsoubory i celý soubor odpovídal 4. staninu. Z dialogu, který jsme měli možnost vést při získávání dat od respondentů zaznívalo jisté smíření se s finanční situací. Každopádně finance se nejevily jako nejvíce tíživá oblast. Snad i proto, že naši respondenti nemusí řešit otázky s bydlením, které jsou pro mnohé lidi zdrojem zásadních nákladů. Zde se mohla promítnout pozitivita života s rodinou, kde se o náklady na bydlení respondenti podělí (Heider et al., 2007). Přesto mohly omezené finanční prostředky zasáhnout do hodnocení bydlení v podobě snížené spokojenosti se stavem bytu, jako nejhůře hodnocené položky. U našeho souboru respondentů jsme neprokázali souvislost mezi věkem a jednotlivými oblastmi životní spokojenosti. Uvědomujeme si, že soubor byl velice malý a k prokázání případných souvislostí bude zapotřebí navýšit počet jedinců.

Sledováním indexu kvality života se ukázalo, že výsledky se pohybují kolem průměrné hodnoty. Dotazník SEIQoL, kterým jsme klíčová témata zjišťovali není standardizovaný a nelze tedy výsledky porovnat, přesto považujeme výsledky za dobré vzhledem k tomu, že našimi respondenty jsou jedinci s chronickým vážným duševním onemocněním, které jim významně zasahuje do života. Podobné hodnoty kolem průměru se prokázaly i na grafické (vizuální) škále měřící celkovou spokojenost se životem. Problém s hlubším analyzováním získaných dat spočívá i ve složení souboru. Zejména malý počet žen (čtyři) nás vede k opatrnému posuzování rozdílného výsledku na VAS, kde ženy vykázaly menší míru spokojenosti. Důležitým výsledkem jsou zvolená individuální témata, která respondenti uvedli. Mezi tři nejčastější náleželo téma týkající se rodiny, přátelství, zdraví. Důležitost rodiny a přátel (společenských vztahů) mělo u respondentů nejvyšší míru důležitosti i spokojenosti. Tento výsledek koresponduje s výzkumy, které potvrzují, že vztahy v rodině a možnost společenských kontaktů (sociální sítě) jsou významné faktory podporující spokojenost (Caron, Mercier et al., 2005), a to nejen psychicky handicapovaných, ale i zdravých jedinců. Např. podobný výsledek jako v naší studii, umístění témat rodina, zdraví a přátelství na předních místech, potvrdil i výzkum zaměřený na ženy v období mateřství (Vachková, Čermáková, & Mareš, 2013). Důraz, který je kladen i vnímán u některých oblastí života na spokojenost dokládá i námi zjištěná statistická souvislost mezi celkovou spokojeností se životem (VAS) a oblastí DŽS zahrnující přátele, známé, příbuzné a zdravotní stav.

Při vyhodnocování výsledků naší studie jsme si byli vědomi některých limitů. Jednak velikost souboru a jeho složení nám neumožnila další statistické zpracování (např. porovnání pohlaví). Také si plně uvědomujeme, že zjišťování spokojenosti se životem či kvality života je obtížné vzhledem k subjektivnímu pohledu na tuto problematiku, možnosti změny v průběhu života vlivem životních událostí. Do hry vstupuje v našem případě i samo onemocnění respondentů. Ačkoliv jsme se snažili pokaždé pracovat jen s klienty, kteří se cítili schopni podílet se na výzkumu, únava, případně duševní rozpoložení mohly do jisté míry výsledky ovlivnit. Přesto považujeme výsledky za důležité zejména pro další práci s klienty v centrech, která mohou poskytnout lidem s vážnou duševní nemocí podporu při udržování duševní kondice, ale také podporu jejich blízkých formou psychoedukačních programů, které pomáhají pochopit a do jisté míry řešit problémy vztahující se k nemoci.

Závěr

Odkrývání potřeb a hodnot lidí s vážnou duševní nemocí je zapotřebí, neboť jde o jednu z cest, jak pomoci těmto lidem žít a lépe zvládat každodenní problémy spojené s omezením, jež jim nemoc způsobila. Podpora organizací, které poskytují pomoc a zajišťují tak budování širší sociální sítě vede k větší subjektivní spokojenosti a lepší adaptaci na život s nemocí. Znat potřeb, silná a slabá místa v životní spokojenosti klientů může sloužit pracovníkům k promyšlené koncepci poskytování spektra služeb, které napomáhají v posilování nejen sebedůvěry, ale i samostatnosti klientů orientovat se a uplatnit lépe v naší společnosti.

Zdroj financování

Příspěvek byl podpořen projektem „Vznik a rozvoj partnerské sítě pro realizaci stáží a aplikovaného výzkumu Katedry psychologie FF UP v Olomouci“, číslo CZ.1.07/2.4.00/31.0153.

Literatura

- Aksaray, G., Oflu, S., Kaptanoglu, C., & Bal, C. (2002). Neurocognitive deficit and quality of life in outpatients with schizophrenia. *Progr in Neuro. Psychopharmacol Biol Psychiatry*, 26, 1217–1219.
- Atkinson, M., Zibin, S., & Chuang, H. (1997). Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: a critical examination of self-report methodology. *American Journal of Psychiatry*, 154, 99–105.
- Barbato, A., Monzani, E., & Schiavi, T. (2004). Life satisfaction in a sample of outpatients with severe mental disorders: A survey in northern Italy. *Quality of Life Research*, 13, 969–973.
- Barnes, A. L., Murphy, M. E., Fowler, C. A., & Rempfer, M. V. (2012). Health-Related Quality of Life and Overall Life Satisfaction in People with Serious Mental Illness. *Schizophrenia Research & Treatment*, 245103, 1–6.

- Blatný, M. (2005). Osobnostní předpoklady sebehodnocení a životní spokojenosti: shody a rozdíly. In M. Blatný (Ed.), *Psychosociální souvislosti osobní pohody* (s. 83–107). Brno: Masarykova univerzita.
- Bobes, J., García-Portill, P., Bascarán, T., & Bousoño, M. (2005). Quality of life measures in schizophrenia. *European Psychiatry*, 20, S313–S317.
- Bonini, A. (2008). Cross-National Variation in Individual Life Satisfaction: Effects of National Wealth, Human Development, and Environmental Conditions. *Social Indicators Research*, 87(2), 223–236.
- Caron, J., Latimer, E., & Tousignant, M. (2002). Predictors of psychological distress and quality of life in disadvantaged socio-economic populations of Montreal. *Journal of Urban Health*, 79, S60–S61.
- Caron, J., Mercier, C., Diaz, P., & Martin, A. (2005). Socio-demographic and clinical predictors of quality of life in patients with schizophrenia or schizo-affective disorder. *Psychiatry Research*, 137, 203–213.
- Cechnicki, A., Wojciechowska, A., & Valdez, M. (2008). The social network and the quality of life of people suffering from schizophrenia seven years after the first hospitalisation *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2, 31–38.
- Diener, E., & Lucas, R. E. (2000). Explaining Differences in Societal Levels of Happiness: Relative Standards, Need Fulfillment, Culture, and Evaluation Theory. *Journal of Happiness Studies*, 1, 41–78.
- Diener, E., & Suh, E. M. (1997). Measuring quality of life: conomic, social and subjective indicators. *Social Indicators Research*, 40, 189–216.
- Fahrenberg, J., Kurtek, M., Schumacher, J., & Brähler, E. (2001). *Dotazník životní spokojenosti* (1. české vyd., překlad a úprava Rodná & Rodný). Praha: Testcentrum
- Fenton, W., & McGlashan, T. H. (1991). Natural history of schizophrenia subtypes. *Archives of General Psychiatry*, 48, 969–977.
- Hamplová, D. (2004). *Životní spokojenost: rodina, práce a další faktory*. Praha: Sociologický ústav AV České republiky.
- Hamplová, D. (2006). Životní spokojenost, štěstí a rodinný stav v 21 evropských zemích. *Sociologický časopis*, 42(1), 35–55.
- Heider, D., Angermeyer, M. C., Winkler, I., Schomerus, G., Bebbington, P. E., Brugha T., ... Toumi, M. (2007). Mondher Toumi A prospective study of Quality of life in schizophrenia in three European countries. *Schizophrenia Research*, 93, 194–202.
- Huppert, J., Weiss, K., Lim, R., Pratt, S., & Smith, T. E. (2001). Quality of life in schizophrenia: contributions of anxiety and depression. *Schizophr Research*, 5, 171–180.
- Kebza, V., & Šolcová, V. (2005). Koncept osobní pohody (well – being) a jeho psychologické a interdisciplinární souvislosti. In M. Blatný (Ed.), *Psychosociální souvislosti osobní pohody* (s. 11–35). Brno: Masarykova univerzita.
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121–140. Získáno z <http://www.jstor.org/stable/2787065>
- Křivohlavy, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing.
- Křivohlavý, J. (2010). *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál.
- Lehman, A., Rachuba, L. T., & Postrado, L. (1995). Demographic influences on quality of life among persons with chronic mental illnesses. *Evaluation and Program Planning*, 18(2), 155–164.
- Mercier, C., Pe'ladeau, N., & Tempier, R. (1998). Age, gender and quality of life in shizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 34(5), 487–500.

- Motlová, L., Španiel, F., Vaňurová, I., & Klaschka, J. (2001). Rodinná psychoedukace u pacientů s první atakou schizofrenie. *Psychiatrie, 4asopis pro moderní psychiatrii, supplement, 3*, 37–39.
- Narvaez, J. M., Twamley, E. W., McKibbin, C. L., Heaton, R. K., & Patterson, T. L. (2008). Subjective and objective quality of life in schizophrenia. *Schizophrenia Research, 98*(1–3), 201–208.
- Prot-Klinger, K., & Pawłowska, M. (2009). The effectiveness of community care for people with severe mental disorders. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy, 4*, 43–50.
- Pukrop, R., Schlaak, V., Möller-Leimkühler, A. M., Albus, M., Czernik, A., Klosterkötter, J., & Möller, H. J. (2003). Reliability, and validity of quality of life assessed by Short-Form 36 and the Modular System for Quality of Life in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research, 119*, 63–79.
- Rapley, M. (2003). *Quality of Life Research. A Critical Introduction*. London: Sage.
- Rogers, R. G. (1995). Marriage, sex, and mortality. *Journal of Marriage and the Family, 57*, 515–526.
- Ritsner, M., Gibel, A., & Ratner, Y. (2006). Determinants of changes in perceived quality of life in the course of schizophrenia. *Quality Of Life Research: An International Journal Of Quality Of Life Aspects Of Treatment, Care And Rehabilitation, 15*(3), 515–526.
- Ruggeri, M., Lasalvia, A., Bisoffi, Q., Thornicroft, Q., Barquero, J. L. V., Becker, T., ... EPSILON Study Group (2003). Satisfaction With Mental Health Services Among People With Schizophrenia in Five European Sites: Results From the EPSILON Study. *Schizophrenia Bulletin, 29*(2).
- Řehulková, O., & Řehulka, E. (2008). Otázky kvality života na základě předchozích výzkumů. In . Řehulka, O. Řehulková, & M. Blatný (Eds), *Kvalita života v souvislostech zdraví a nemoci* (s. 16–30). Brno: MSD.
- Šolcová, I., & Kebza, V. (1999). Sociální opora jako významný protektivní faktor. *Československá psychologie, 45*(1), 19–38.
- Vachková, E., Čermáková, E., & Mareš, J. (2013). Kvalita života žen v období mateřství pomocí metody SEIQoL. *Ošetrovatelství a porodní asistence, 4*(2).
- Veenhoven, R. (2009). Optimal life-style mix: an inductive approach. In K. Matuska, C. H. Christiansen, H. Polatajko, & J. Davis (Eds.), *Life Balance: multidisciplinary theories and research*(pp. 33–42). Bethesda, MD: AOTA Press.
- Warner, R., Qirolamo, Q., Belevi, Q., Bologna, C., Fioritti, A., & Rosini, Q. (1998). The Quality of Life of People With Schizophrenia in Boulder, Colorado, and Bologna, Italy. *Schizophrenia Bulletin, 24*(4).
- Wiersma, D., & van Busschbach, J. (2001). Are needs and satisfaction of care associated with quality of life? An epidemiological survey among the severely mentally ill in the Netherlands. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 251*, 239–246.