

# Vnímaná sociální opora u osob s psychotickou a afektivní poruchou

Bc. Bedřiška Horáková

---

Diplomová práce  
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

  
INSTITUT  
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO



Univerzita Tomáše Bati  
Institut mezioborových studií Brno  
akademický rok: 2013/2014

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE (PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Bedřiška HORÁKOVÁ**  
Osobní číslo: **H118428**  
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Vnímaná sociální opora u osob s psychotickou a afektivní poruchou**

### Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálu IMS "Metodika psaní odborného textu a výzkumu v sociálních vědách" (IMS 2009). Případně podle dalších materiálů, z nichž některé jsou obsaženy v literatuře připojené k tomuto studijnímu textu. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovědního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím diplomové práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena:

- na zkoumání vnímané sociální opory u osob s psychotickou a afektivní poruchou;
- na analýzu jednotlivých typů vnímané sociální opory u osob s psychotickou a afektivní poruchou se zřetelem k vybraným charakteristikám (např. věk, vzdělání, pohlaví, sociální síť, socioekonomický status);
- na doporučení, na které typy sociální opory a jakým způsobem směřovat sociálně-pedagogické působení.

Součástí práce bude kvantitativní empirický výzkum, ve kterém bude jako nástroj použitý standardizovaný dotazník vnímané sociální opory MOS.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

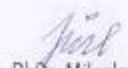
- ANTHONY, WA. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. In: Psychosocial Rehabilitation Journal, 16 (4), 11-23
- GOFFMAN, E. (2003). Stigma. Praha: SLON.
- KEBZA, V. (2005). Psychosociální determinanty zdraví. Praha: Academia.
- KEBZA, V. (2001). Sociální psychologie zdraví. In: Výrost, J., Slaměnik, I.: Aplikovaná sociální psychologie II. Praha: Grada. 15-19.
- KŘIVOHLAVÝ, J. (1999). Moderátor zvládnání zátěže typu sociální opory. In: Československá psychologie, 43(2) , 106 - 118.
- KŘIVOHLAVÝ, J. (2001). Psychologie zdraví. Praha: Portál.
- KŘIVOHLAVÝ, J. (2002). Psychologie nemoci. Praha: Grada.
- MAREŠ, J. (2001). Sociální opora u dětí a dospívajících I. Hradec Králové: Nucleus.
- MAREŠ, J. (2002). Sociální opora u dětí a dospívajících II. Hradec Králové: Nucleus.
- MAREŠ, J. (2003). Sociální opora u dětí a dospívajících III. Hradec Králové: Nucleus.
- PĚČ, O., PROBSTOVÁ V.(2009). Psychózy. Praha: Triton.
- STUČLÍK, J. (2001). Aserktivní komunitní léčba & case management. Praha: Fokus Praha a Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.
- ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V. (1999). Sociální opora jako významný protektivní faktor. In: Československá psychologie, 43 (1), 19-38.
- VÁGNEROVÁ, M. (2008). Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál.
- YANG, S.,L., ENSING, D., S. (1999). Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. In: Psychiatric Rehabilitation Journal 22, (3).
- Další literatura bude obsažena v Projektu diplomové práce a průběžně doplňována během práce na tomto textu.

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Geraldina Palovčíková, CSc.**  
Katedra pedagogiky a psychologie

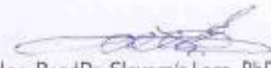
Datum zadání diplomové práce: **30. listopadu 2013**

Termín odevzdání diplomové práce: **31. března 2014**

V Brně dne 30. listopadu 2013

  
doc. PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.  
vedoucí ústavu



  
doc. PaedDr. Slavomír Laca, Ph.D.  
vedoucí katedry

## PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby<sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3<sup>2)</sup>;
- podle § 60<sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60<sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou 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 diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

BEDŘIŠKA HOZÁKOVÁ

Jméno, příjmení studenta

V Brně ..... 2.9.3.2014



Podpis

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

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlédnutí veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracovníků 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 nezahrnuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li někdo za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu, k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené fakultou 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 nikoliv dílo udělit svolení bez vědního důvodu, mohou se tyto osoby domáhat náhrady chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jenou 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 výjimek jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřený příspěví na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k její výšce dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.



## **ABSTRAKT**

Diplomová práce analyzuje vliv vybraných charakteristik (sociální síť, charakteristiky průběhu onemocnění, demografické charakteristiky) na vnímanou sociální oporu u osob s psychotickou a afektivní poruchou. Popisuje jak lidé s psychotickým a afektivním onemocněním vnímají sociální oporu. Data byla sebrána s využitím standardizovaného dotazníku sociální opory MOS. Na základě výzkumu byla navržena intervence pro cílovou skupinu.

**Klíčová slova:** vnímaná sociální opora, psychotická porucha, afektivní porucha, sociální síť, nemoc, zotavení, dotazník sociální opory MOS

## **ABSTRACT**

This thesis analyses the effect of chosen characteristic (social network, characteristic of the illness process, demographic characteristic) on perceived social support in persons with psychotic and affective disorder. The thesis describes how people with psychotic and affective disorder perceive social support. Data were collected by using Social Support Questionnaire MOS. Based on research the intervention for target group was designed.

**Keywords:** perceived social support, psychotic disorder, affective disorder, social network, illness, recovery, Social Support Questionnaire MOS

Ráda bych poděkovala vedoucí práce paní PhDr. Geraldině Palovčíkové, CSc. za její vstřícnost a za doporučení, která mi poskytla při zpracování mé diplomové práce.

Děkuji Sdružení Práh za umožnění výzkumu s uživateli služeb a také samotným uživatelům za ochotu při vyplňování dotazníků.

Velké díky patří hlavně mé rodině a mým přátelům. Děkuji jim za podporu, kterou mi poskytovali po celou dobu mého studia.

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

Bedřiška Horáková



## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>3</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>5</b>
<b>1 SOCIÁLNÍ OPORA</b> .....	<b>6</b>
1.1 VYMEZENÍ POJMU SOCIÁLNÍ OPORA .....	6
1.2 DRUHY SOCIÁLNÍ OPORY .....	9
1.3 MODEL Y ÚČINKU SOCIÁLNÍ OPORY .....	11
1.4 NEGATIVNÍ STRÁNKY SOCIÁLNÍ OPORY .....	13
1.5 PŘÍSTUPY K VÝZKUMU SOCIÁLNÍ OPORY .....	14
<b>2 PSYCHOTICKÉ A AFEKTIVNÍ PORUCHY</b> .....	<b>17</b>
2.1 PSYCHOTICKÉ PORUCHY A JEJICH SYMPTOMY .....	18
2.2 AFEKTIVNÍ PORUCHY A JEJICH SYMPTOMY .....	22
2.3 ZOTAVENÍ Z NEMOCI A KVALITA ŽIVOTA LIDÍ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM .....	24
<b>3 SOCIÁLNÍ OPORA U LIDÍ S PSYCHOTICKÝMI A AFEKTIVNÍMI PORUCHAMI</b> .....	<b>27</b>
3.1 HMOTNÁ OPORA U LIDÍ S PSYCHOTICKÝMI A AFEKTIVNÍMI PORUCHAMI.....	29
3.2 EMOCIONÁLNÍ OPORA U LIDÍ S PSYCHOTICKÝMI A AFEKTIVNÍMI PORUCHAMI .....	30
3.3 INFORMAČNÍ OPORA U LIDÍ S PSYCHOTICKÝMI A AFEKTIVNÍMI PORUCHAMI.....	31
3.4 VYBRANÉ DETERMINANTY SOCIÁLNÍ OPORY .....	31
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>35</b>
<b>4 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ HYPOTÉZY</b> .....	<b>36</b>
<b>5 METODIKA VÝZKUMU</b> .....	<b>38</b>
5.1 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU .....	39
5.2 METODA SBĚRU DAT .....	39
5.3 METODA STATISTICKÉHO ZPRACOVÁNÍ.....	40
<b>6 ANALÝZA VÝSLEDKŮ</b> .....	<b>41</b>
6.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O VÝBĚROVÉM SOUBORU .....	41
6.2 ANALÝZA VNÍMANÉ SOCIÁLNÍ OPORY .....	41
6.3 ANALÝZA DAT Z HLEDISKA OVĚŘOVÁNÍ HYPOTÉZ .....	44
6.3.1 Testování H1: Vnímání dostupnosti sociální opory a jejích složek u lidí s psychotickou a afektivní poruchou je ovlivněno jejich sociální sítí.....	44
6.3.2 Testování H2: Vnímání dostupnosti sociální opory a jejích složek u lidí s psychotickou a afektivní poruchou je ovlivněno průběhem jejich nemoci. ....	52
6.3.3 Testování H3: Vnímání dostupnosti sociální opory a jejích složek u lidí s psychotickou a afektivní poruchou je závislé na demografických charakteristikách.....	57
<b>7 VYHODNOCENÍ STANOVENÝCH HYPOTÉZ</b> .....	<b>61</b>
<b>8 DISKUSE</b> .....	<b>65</b>
<b>9 SHRUTÍ PRAKTICKÉ ČÁSTI A DOPORUČENÍ</b> .....	<b>68</b>
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>70</b>

<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>71</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>75</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>76</b>
<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>77</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>78</b>

## ÚVOD

Ve své diplomové práci se věnuji problematice sociální opory u lidí s psychotickou a afektivní poruchou. Pomoc lidem se závažným duševním onemocněním k návratu ke šťastnému a úspěšnému životu je důležitým tématem, které je bohužel na okraji zájmu společnosti. Duševní nemoc je stále spojena se stigmatem, které se týká nejenom nemocných, ale i jejich rodin a vede k jejich izolaci. V souvislosti s rozbíhající se systémovou reformou psychiatrické péče a očekávaným postupným přesunutím převážné části podpory a péče ze zdravotnických zařízení přímo k nemocným lidem do komunit, kde lidé žijí, toto téma dostává nový rozměr. Pokud chceme nemocným lidem pomoci, je důležité vědět, co potřebují a jakou podporu očekávají.

Ke zpracování tohoto tématu mě motivuje především moje práce v sociálních službách pro lidi s duševním onemocněním, kde se opakovaně setkávám s potřebou sociální opory z různých stran. Diplomovou práci беру jako možnost na chvíli se zastavit a utřídit si své zkušenosti i teoretické informace, podívat se na situaci uživatelů sociálních služeb s odstupem a zeptat se, jestli to, co děláme, je pro ně užitečné a jestli je to právě to, co lidé s duševním onemocněním, potřebují.

Lidé s duševním onemocněním patří k sociálně znevýhodněným skupinám občanů, které jsou předmětem zájmu sociální pedagogiky. Sociální pedagogika jako mezní obor se zajímá o vztahy mezi lidmi v souvislosti s rozvojem jedince. Rozvoj člověka, který je nějakým způsobem znevýhodněný, je zpravidla daleko více závislý na podpoře členů sociální sítě, jejímž je členem. Práci sociálního pedagoga vnímám jako pomoc nemocnému člověku k zotavení a k lepší kvalitě jeho života. Součástí jeho práce je analýzu problému, návrh opatření i aplikaci zjištění do praxe.

Cílem práce je zjistit, jak vnímají lidé s psychotickou a afektivní poruchou sociální oporu, která je jim dostupná. Práce se zabývá jak celkovým vnímáním sociální opory, tak jednotlivými typy vnímané sociální opory u stanovené cílové skupiny se zřetelem k vybraným charakteristikám (sociální síť, průběh nemoci, demografické charakteristiky věk, vzdělání, pohlaví).

Diplomová práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V první kapitole teoretické části se zabývám konceptem sociální opory. Vymezuji pojem sociální opora, popisují druhy sociální opory. Dále se zabývám modely účinku sociální opory

a negativními stránkami sociální opory. Závěr první kapitoly věnuji přístupům k výzkumu sociální opory.

Druhá kapitola diplomové práce je zaměřena na cílovou skupinu lidí s psychotickými a afektivními poruchami. Tyto poruchy charakterizují a popisují jejich symptomy. Současně upozorňuji na důležitost procesu zotavení se z duševní nemoci, které také souvisí s kvalitou života nemocných lidí.

Třetí kapitola je již přímo věnována sociální opoře u lidí s psychotickými a afektivními poruchami. V jednotlivých podkapitolách se zabývá hmotnou, emocionální a informační oporou ve vztahu k cílové skupině. Dále zde popisují vybrané determinanty sociální opory, jejichž vliv se chystám testovat.

V praktické části – kapitole čtvrté - si nejdříve stanovuji cíl výzkumu a výzkumné hypotézy. Cílem výzkumu je zjistit, jak vnímají lidé s psychotickou a afektivní poruchou sociální oporu (celkovou i její složky), která je jim dostupná. Dále stanovuji tři hypotézy o vztahu vnímané sociální opory k sociální síti, k průběhu onemocnění a k vybraným demografickým charakteristikám.

Pátá kapitola se zabývá metodikou výzkumu. Charakterizují v ní výzkumný soubor, popisují metodu sběru dat a metodu statistického zpracování dat.

V šesté kapitole analyzují sebraná data. Nejdříve uvádím základní údaje o výběrovém souboru. Následuje analýza vnímané sociální opory a analýza dat z hlediska ověřování hypotéz. Vyhodnocení stanovených hypotéz provádím v sedmé kapitole.

Osmá kapitola je věnována diskusi. V deváté kapitole provádím shrnutí a navrhuji doporučení. Závěr je věnován stručnému shrnutí diplomové práce.

## I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 SOCIÁLNÍ OPORA

Každý člověk má o svém životě nějaké představy, má své touhy a cíle, kterých chce dosáhnout. Spokojený život je pro mnohé neodlučitelně spojen s představou zdraví. Jinak řečeno spokojeného života se hůře dosahuje, když je člověk nemocný. Podle Křivohlavého (2009, s. 33) může být zdraví silou, která pomáhá člověku zvládat životní překážky. Také uvažuje o dalších pojetích zdraví: jako o podstatě, která umožňuje dosahovat vyšších cílů, jako o charakteristice postoje k životu, jako o schopnosti adaptace, jako schopnosti dobrého fungování, jako o zboží a jako o ideálu (Křivohlavý, 2009, s. 33-37).

K důležitým faktorům, které přispívají k udržení a posílení zdraví, patří sociální opora. Předmětem mého zájmu je popsat, jak sociální oporu subjektivně vnímají lidé s psychotickou a afektivní poruchou. Cílem první kapitoly je vymezení pojmu sociální opora, popsat její druhy a modely účinku. Dále se v této kapitole zabývám negativními stránkami tohoto jevu a také popisují přístupy k výzkumu sociální opory.

### 1.1 Vymezení pojmu sociální opora

Koncept sociální opory nám dává možnost zkoumat pozitivní lidské fungování a kladné lidské stránky. Z tohoto pohledu můžeme ocenit jeho inspirativní funkci. Sociální opora u nás má praktický základ, který se ale u nás donedávna teoreticky nezkoumal, tak jako v některých vyspělých státech. Chápání rozsahu a obsahu sociální opory není jednoznačně vymezeno. Příčinou této situace je rozdílnost teoretických přístupů ke zkoumání sociální opory a formální neúplnost vymezení pojmu sociální opora (Mareš, 2001, s. 3, 13).

Velký sociologický slovník definuje sociální oporu jako dobré interpersonální vztahy v rodině, mezi přáteli a známými, v prostředí zájmových a jiných institucí a v pracovním kolektivu. J. Cassel v roce 1974 zjistil, že u lidí žijících v nestabilním prostředí je větší výskyt nemocí, v případě onemocnění jsou i horší výsledky léčby. Za příčinu tohoto stavu považoval nedostatek sociální opory. Při dalších výzkumech

operacionalizoval sociální oporu na makroúrovni jako úroveň participace na aktivitách nejbližší komunity, na mezoúrovni jako bohatost struktury a podpůrných funkcí sociální sítě jednotlivce a na mikroúrovni jako kvalitu intimních vztahů jednotlivce (Velký sociologický slovník, 1996, s. 719).

Také Křivohlavý píše o třech úrovních sociální opory: makroúroveň, mezoúroveň a mikroúroveň. Celospolečenský systém podpory, který si můžeme představit jako systém vyplácení peněžních dávek lidem v sociální nouzi a distribuci sociální pomoci v celostátním nebo mezinárodním měřítku označuje za makroúroveň. Pomoc skupiny lidí svému členu v nouzi popisuje jako mezoúroveň. A konečně pomoc nejbližších, zpravidla v rámci dyadického vztahu, označuje jako mikroúroveň (Křivohlavý, 2009, s. 95).

Za zavedení pojmu sociální opora se zasloužili badatel Caplan, psychiatr Cobb a lékař Cassel v sedmdesátých letech dvacátého století. Pojem se začal využívat v kontextu zdraví, nemoci a individuálního zvládnání zátěže. Jeho podstatou je promyšlená pomoc a vedení lidí k autoregulaci (Mareš, 2001, s. 8). Hlavními oblastmi, kde se s konceptem sociální opory pracuje, jsou sociální práce a zdravotnictví (Mareš, 2001, s. 30).

V souvislosti s duševní nemocí je sociální opora jedním z pěti pilířů rehabilitačního procesu. Je mnoho zdrojů sociální opory, mezi které patří příbuzní, přátelé, peer – konzultanti (lidé, kteří mají vlastní zkušenost s duševním onemocněním a pomáhají ostatním nemocným), profesionálové. Důležité je, co takový člověk znamená pro nemocného. Nejdříve se hledá sociální opora v přirozeném prostředí člověka. Pokud taková pomoc není dostupná nebo je slabá, nastupují profesionálové. Jejich hlavním úkolem je podpořit přirozenou sociální síť nemocného (Wilken, Hollander, 2005, s. 101).

Definice sociální opory by měla zahrnovat to, kdo sociální oporu poskytuje, jak ji vnímá příjemce, jaký je mezi poskytovatelem a příjemcem vztah a měla by obsahovat pozitivní výsledek sociální opory. Humpceyová navrhuje definovat oporu jako *“činnost poskytovanou ochotně a s dobrými úmysly osobou, s níž je příjemce v osobních vztazích. Tato činnost vyústí v pozitivní odezvu u příjemce sociální opory, přináší zlepšení (ať už bezprostředně nebo s delším časovým odstupem.)”* (Humpceyová in Mareš, 2001, s. 14)

Mareš (2001, s. 14) přidává ještě jeden atribut, a to specifikování typu sociální opory, a polemizuje s požadavkem na pozitivní výstup intervence sociální opory. Podobně jako Mareš, poukazuje na negativní stránky sociální opory i řada dalších autorů (viz kapitola 1.4.).

Křivohlavý se soustředí na to, že k sociální opoře dochází v zátěžové situaci a předkládá následující definici sociální opory: „*Sociální oporou v širším slova smyslu se rozumí pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku, který se nachází v zátěžové situaci. Obecně jde o činnost, která člověku v tísní jeho zátěžovou situaci určitým způsobem ulehčuje*“ (Křivohlavý, 2009, s. 94).

Thoitsová se zaměřuje na zdroj a typ opory a na vztah mezi poskytovatelem a příjemcem opory „*Sociální oporou se běžně rozumí pomocné funkce vykonávané pro nějakého jedince lidmi, kteří jsou pro něj sociálně významní jako členové rodiny, přátelé, spolupracovníci, příbuzní a sousedé. Tyto funkce obvykle zahrnují socioemoční pomoc, instrumentální pomoc a informační pomoc*“ (Mareš, 2001, s. 16).

Beels (1981, s. 60) píše o sociální opoře jako o jakýchkoliv faktorech prostředí, které příznivě působí na průběh nemoci. Předpokládá, že přesně nevíme, které faktory to jsou. Při zkoumání příznivého průběhu nemoci (kratší a méně časté hospitalizace, zastávání více nezávislých sociálních funkcí, méně obtěžujících symptomů) můžeme tyto faktory najít.

V literatuře najdeme tři přístupy k sociální opoře. První pojetí se vztahuje k sociální síti, druhé pojetí se zabývá přijímáním a poskytováním pomoci v rámci sociální interakce, třetí pojetí se týká toho, jak příjemce vidí pomoc od druhých. (Křivohlavý, 1999, s. 109). Tyto přístupy můžeme chápat, jako postupné kroky k získávání informací a k poznávání sociální opory.

Na otázku, jak funguje jednotlivec uprostřed sítě sociálních vztahů mezi členy skupiny, nedává odpověď kvantita ani hustota těchto vztahů. Jako zásadní se jeví jejich kvalita, kterou lze definovat jako emocionální intenzitu a recipocitu vztahů a jejich vícerozměrnost. K lidem, kteří mohou poskytnout nejvíce sociální opory, patří ti, ke kterým má člověk nejbliž, jeho nejbližší okruh přátel (Křivohlavý, 1999, s. 109).

Do podpůrné sítě, která pomáhá lidem s duševním onemocněním, lze počítat rodinu a přátele, internet, podpůrné skupiny, zdravotnické pracovníky, sociální pracovníky, psychologa, telefonní linky důvěry, občanské a poradenské agentury, sportovní kluby, zájmové skupiny, sdružení pro příbuzné (Elgie et al., 2004, 60 – 64).

Se sociální oporou souvisí činnosti jako hledání pomoci, přijímání pomoci, poskytování pomoci. Charakter toho, co potřebný člověk dostává, není materiální povahy, je spíše symbolický – psychická nebo duševní podpora. Do sociální opory intervenují



vlivy jako sociální kontext, kultura, osobnostní charakteristiky. Praxe ukazuje, že údaje o příjemcem vnímané kvalitě pomoci jsou validnější než údaje o velikosti skupiny nebo údaje o činnostech souvisejících se sociální oporou v rámci interakce (Křivohlavý, 1999, s. 109 – 110).

## 1.2 Druhy sociální opory

Sociální oporu můžeme členit podle různých hledisek, např. podle funkce, zdroje, obsahu, směru, uspořádání, uspokojovaných sociálních potřeb apod.

Velký sociologický slovník popisuje nejrozšířenější rozlišení druhů sociální opory a to na emocionální oporu, kam patří empatie, zrcadlení apod., dále na kognitivní oporu, která zahrnuje poskytování informací a vzhledů a konečně na materiální oporu, jejímž obsahem je praktická pomoc a finanční opora (Velký sociologický slovník, 1996, s. 719).

Podle funkce, kterou sociální opora plní, rozlišuje Křivohlavý (1999, s. 111) emoční, instrumentální (předmětnou a činnostní) a věcnou (materiální) funkci, dále jde o funkce poskytování informací a udržování přátelství. Ještě konkrétněji můžeme mluvit např. o těchto druzích sociální opory: naslouchání, empatie, povzbuzování, sdílení.

V oboru psychologie zdraví je možné popsat čtyři druhy sociální opory: instrumentální – konkrétní forma služby nebo materiální pomoci, kterou se rozhodl dát poskytovatel; informační – poskytnutí rady, sdílení zkušeností, naslouchání potřebnému; emocionální – vyjádření náklonnosti, emocionální blízkosti, laskavé jednání, dávání naděje; hodnotící – vyjadřování úcty, posilování selfmanagementu, podpora sebevědomí, sdílení těžkostí (Křivohlavý, 2009, s. 97 -98).

Tardy mluví o pěti dimenzích sociální opory, které je možno využít při jejím měření. Jedná se o směr sociální opory. Podle něho může být opora přijímaná nebo poskytovaná. Podle uspořádání sociální opory rozlišuje oporu, která je dosažitelná nebo stanovená zákonem. Třetí dimenze rozlišuje mezi popisem a hodnocením sociální opory. Čtvrtá dimenze obsahu rozlišuje čtyři složky: emocionální, hodnotící, informační,

instrumentální oporu. Podle zdrojů opory rozlišuje šest kategorií a to rodinu, blízké přátele, sousedy, spolupracovníky, komunitu a profesionály (in Šolcová, Kebza, 1999, s. 25).

Podle zdroje opory je také možné členit sociální oporu na individuální nebo institucionální (Šolcová, Kebza, 1999, s. 26). Někteří autoři toto členění nemusí uznávat. Považují totiž za sociální oporu „*pouze činnost nejbližších osob, přátel dobrovolníků, s nimiž je příjemce v osobních vztazích*“ a aktivity poskytované profesionály, organizacemi nebo komunitou za sociální oporu nepovažují (Hupceyová in Mareš, 2001, s. 21).

Sociální oporu je možné vymezit skrze druhy sociálních potřeb, které sociální opora uspokojuje. Křivohlavý (1999, s. 112) uvádí např. následující sociální potřeby: sociálního kontaktu, přátelského vztahu, sociální vzájemnosti, sociální komunikace, sociálního srovnávání, kooperace, zajištění bezpečí, sociálního zařazení, sociální identity, kladného sociálního hodnocení.

Významnými hledisky členění sociální opory jsou východiska, časová charakteristika, vliv na pohodu a zdraví a psychologická podstata, podle kterých rozlišujeme sociální oporu získanou (obdrženou) a vnímanou (anticipovanou, očekávanou). Získaná sociální opora je retrospektivním konstruktem. Představuje skutečné aktivity, skrze nichž se člověku dostalo pomoci. Odráží prožitou zkušenost s poskytnutou oporou, nedají se vyloučit ani její negativní účinky. „*Získaná sociální opora je součástí procesu zvládnání stresu, který obsahuje mobilizaci, získání a hodnocení obdržené pomoci. Získaná opora se může od anticipované opory značně lišit, jak ve směru přecenění, tak ve smyslu podhodnocení*“ (Šolcová, Kebza, 1999, s. 28).

Mareš (2002, s. 39 - 40) navrhuje třídění sociální opory podle charakteristik, které souvisí se samotnou sociální oporou (např. vnější projevy opory, její promyšlenosti, direktivnost, účinnost, doba trvání, opakování), s poskytovatelem opory (např. počet poskytovatelů, vztah k příjemci, sledovaný cíl, profesionalita nebo laická pomoc), s příjemcem opory (např. věk a pohlaví příjemce, způsob vnímání opory, akceptace opory) a se situací, ve které sociální opora probíhá (např. místo opory, posouzení situace, závažnost situace).

Vnímaná sociální opora je konstrukt založený na očekávání. Vyjadřuje připravenost důležitých blízkých osob člověku pomoci, pokud bude třeba. Je předpoklad pozitivního dopadu vnímané opory na pohodu a zdraví. Vnímaná sociální opora odráží to, jak člověk vnímá svoje sociální začlenění. „*Anticipovaná sociální opora je primární reflexí*

*sociálního prostředí*“ (Šolcová, Kebza, 1999, s. 27). Přestože sociální prostředí nabízí objektivně stejnou sociální oporu, jednotliví lidé se liší právě tím, jak ji individuálně vnímají (Šolcová, Kebza, 1999, s. 27).

Vnímanou (očekávanou) sociální oporu (perceived social support) definovali Pierce et al. jako: „*obecné pojetí o tom, že druzí lidé jsou dosažitelní (k dispozici) a jsou ochotní (touží či přejí si) poskytnout pomoc (asistenci), kdyby to daný člověk potřeboval*“ (in Křivohlavý, 1999, s. 110). Očekávaná sociální opora vyjadřuje reflexi sociálního prostředí a vztahů jedincem. Vyjadřuje osobní přesvědčení o jedincově sociálním začlenění, tedy pocit, že je jedinec ostatními přijímán, respektován a může od nich čekat pomoc v případě potřeby (Křivohlavý, 2009, s. 96).

*„Anticipovaná sociální opora zahrnuje hmotnou, informační i emocionální pomoc a empirické nálezy ukazují, že tyto aspekty pomáhají lidem překonávat stres či nemoc, ačkoli mechanismus toho procesu není zcela objasněn*“ (Kožený, Tišanská, 2003, s. 137)

Podle Procidana a Hellera (in Mareš, 2001, s. 15) „*vnímaná sociální opora může být definována jako míra jedincova přesvědčení, že jeho potřeba získat oporu, získat informace a zpětnou vazbu je uspokojena.*“

Celková vnímaná sociální opora vyjadřuje přesvědčení člověka o tom, jak kvalitní jsou všechny sociální vztahy, které má k dispozici. Lze ji považovat za určitý druh postoje, který vypovídá o vztazích lidí v sociální síti vůči danému člověku (Křivohlavý, 1999, s. 111).

### 1.3 Modely účinku sociální opory

Křivohlavý popisuje dvě psychologická pojetí sociální opory: teorie sociálního připoutání a teorie zvládání stresu. Teorii sociálního připoutání rozvinul především Bowlby. Jeho základní tvrzení je, že potřeba upřímného bezprostředního přátelství patří k podstatným faktorům duševního zdraví (Křivohlavý, 1999, s. 107 - 108).

O vytvoření teorie zvládání stresu se zasadili především Lazarus a Folkmanová. Stres definují jako vztah mezi osobou a prostředím, kde prostředí klade na osobu vysoké

nároky, a tak osobu přímo ohrožuje na zdraví. Zvládání stresu je pak snahou řídit a ovládat faktory z prostředí, které tuto zátěž působí. Člověk má k dispozici vnitřní a vnější salutory, které mu při efektivním zvládání stresu pomáhají. K vnějším salutorům patří pomoc druhých lidí, tedy sociální opora. (Křivohlavý, 1999, s. 108).

Mareš (2001, s. 6) také uvažuje o sociální opoře ve vztahu ke zvládání zátěže a vymezuje mezi nimi čtyři možné vztahy: Sociální opora ovlivňuje zvládání zátěže. Zvládání zátěže ovlivňuje sociální oporu. Zvládání zátěže a sociální opora na sebe nemají vliv. Zvládání zátěže a sociální opora se ovlivňují vzájemně.

Teorie podpůrných sociálních vztahů vychází ze specifických vzájemných vztahů mezi členy rodiny a z rodinné sociální atmosféry. Tyto vztahy jsou lze popsat za pomoci tří rysů: mírou pomoci, hloubkou vzájemných vztahů a mírou interpersonálních konfliktů. Obdobné vztahy lze očekávat i ve skupinové psychoterapii, v manželství a mezi přáteli (Křivohlavý, 2009, s. 101 – 102).

Se sociální oporou se nesetkáváme pouze ve dvojici lidí, ale také v rámci sociální sítě, kterou můžeme považovat za množinu dyadických mezilidských vztahů, které směřují k člověku, kterému je poskytována podpora (Křivohlavý, 2009, s. 102). Např. do sociální sítě člověka s duševním onemocněním, který žije v chráněném bydlení, patří jeho spolubydlíci, členové jeho rodiny, kamarádi, spolupracovníci, sousedé, členové svépomocné skupiny, sociální pracovníci, psychiatr, psycholog.

Nárazníkový model účinku sociální opory předpokládá, že sociální opora má pozitivní vliv na zdravotní stav člověka jen tehdy, pokud je člověk vystaven stresu, zejména dlouhodobému. Podle tohoto modelu snáze onemocní osoby s nízkou sociální oporou a vyšším mírou stresu. (Bakala in Šolcová, Kebza, 1999, s. 21) „*Sociální opora je účinná jako nárazník čelící stresu, či tlumící stres... Pomáhá lidem zvládat výzvy, které jim život staví v cestu*“ (Pierce et al. in Křivohlavý 1999, s. 110). Tlumící vliv můžeme spatřovat v posílení sebeúcty, v ovlivnění poznávacích schopností člověka v nouzi, v posílení volby vhodnější strategie, ve snížení negativního působení stresoru (Křivohlavý, 2009, s. 105).

Oproti tomu model přímého účinku předpokládá protektivní charakter sociální opory ve vztahu k nemoci bez ohledu na to, jestli je člověk vystaven stresu. Osoby se silnou sociální sítí tvořenou počtem členů rodiny, se kterými je člověk v pravidelném kontaktu, přátelé, členové zájmových spolků mají nižší pravděpodobnost úmrtí než lidé se

slabou sociální sítí. Sociální opora může mít pozitivní vliv na průběh nemoci, stejně tak jako na pohodu člověka, protože mu poskytuje pocit, že někam patří (Bakal in Šolcová, Kebza, 1999, s. 21; Křivohlavý, 2009, s. 104).

Sociální oporu můžeme také považovat za míru uspokojování sociálních potřeb člověka. Křivohlavý (2009, s. 103) udává následující přehled sociálních potřeb: potřeba sociálního kontaktu, připoutání, vzájemnosti, přátelského vztahu, sociální komunikace, srovnávání, spolupráce, sociálního bezpečí, úcty, kladného hodnocení, začlenění, sociální identity, lásky.

#### 1.4 Negativní stránky sociální opory

Ačkoliv se zdá, že pojem sociální opora má prvoplánově pozitivní konotaci, řada autorů upozorňuje na to, že je třeba brát v potaz i negativní stránky tohoto jevu. Aby byla sociální opora účinná, je třeba zvažovat kolik jí je potřebnému poskytnuto. Nadměrná opora člověku v tísně může být i kontraproduktivní. Přílišná pomoc může vést k pasivitě člověka a jeho závislosti na pomoci druhých, namísto k jeho zplnomocňování. Poskytovatel pomoci, ať už je to rodinný příslušník, kamarád nebo sociální pracovník se může domnívat, že jedině on nejlépe ví, co příjemce potřebuje, a začne konat bez toho, že by o tom potřebný věděl, někdy dokonce i proti jeho vůli. Taková forma pomoci vylučuje participaci člověka na řešení jeho problému. Někdy je pro pomáhající těžké provázet člověka cestou, kterou si sám volí, bez toho aniž by ze svého pohledu nehodnotili její správnost. V konečném důsledku je taková pomoc formou akceptace, provázení a sdílení pro potřebného přínosnější než pasivní přijímání péče, která mu nemusí dávat smysl.

Sociální opora se může mít účinkem a může vést k vytváření závislosti, omezovat prostor pro řešení konfliktů, vytvářet prostor pro uplatňování moci. I dobré mezilidské vztahy mohou být jistým zdrojem stresu (Velký sociologický slovník, 1996, s. 719).

Sociální oporu je potřeba nazírat jako dynamický proces. V tomto procesu se sociální opora získává, podněcuje, poskytuje, odmítá. Mezilidské vztahy nemusí být jenom pozitivní, mohou také vést ke konfliktům, ke zvýšeným očekáváním, k odmítnutí,

útokům, kritice, mohou být zdrojem nadměrné nebo naopak nízké stimulace. K situacím, kdy se sociální opora mívá účinkem, patří situace, kdy opora omezuje možnosti řešení konfliktů, nebo když vytváří závislost. Tyto situace popisují Šolcová a Kebza jako odvrácenou stranu sociální opory (Šolcová, Kebza, 1999, s. 28 - 29).

Další situace, při kterých pozorujeme odvrácenou stranu sociální opory, popisuje Křivohlavý (2009, s. 110 – 111). Poskytování sociální opory může být velmi zátěžové pro jejího poskytovatele. Na základě těchto zjištění se začala věnovat větší pozornost syndromu vyhoření a pomoci těm, kteří pomáhají. Rizikovým faktorem poskytování pomoci může být její přemíra, která snižuje schopnost příjemce starat se sám o sebe, případně mu to přímo znemožňuje. Nadměrná péče může také vést k přílišné závislosti příjemce na poskytovateli opory. Negativní účinky má i nevhodná forma pomoci, při které příjemce dostane něco jiného, než potřebuje. Další negativní účinky sociální opory mohou vyplývat z odlišností představ o sociální opoře ze strany různých aktérů.

## 1.5 Přístupy k výzkumu sociální opory

English a English uvádějí, že je jen málo psychických jevů, které nemají sociální povahu (in Křivohlavý, 1999, s. 106). Tak i sociální opora, je jevem, který se projevuje v rámci sociálního fungování člověka, v rámci interakce dvou a více jedinců. Sociální oporu nemůžeme zkoumat bez znalosti sociálního kontextu, ve kterém je poskytována.

Teoretickými východisky pro zkoumání sociální opory jsou často konstruktivistické teorie a teorie sociální směny. (Velký sociologický slovník, 1996, s. 719).

Vnímanou sociální oporu zjišťujeme pomocí dvou oblastí a to zaměřením na počet osob, které sociální oporu poskytují nebo by mohly poskytnout a mírou spokojenosti příjemce s oporou, kterou získal. Sarason, Levine et al. vytvořili často používaný výzkumný nástroj Social Support Questionnaire, který se skládá ze dvou částí, z nichž první měří počet osob, které mohou oporu poskytnout SSQ-N a druhá měří míru spokojenosti s poskytnutou oporou SSQ-S. Výsledky ukazují, že lidé, kteří vykazují vyšší skóre SSQ, více věří, že jim někdo pomůže, když budou potřebovat, jsou také efektivnější v sociálním

styku. Cítí se častěji pozitivně hodnoceni, což se projevuje na vyšší míře jejich sebedůvěry (Křivohlavý, 1999, 113 - 114).

Dalším možným nástrojem ke zkoumání vnímané sociální opory je dotazník MOS, který je dílem skupiny Rand and Medical Outcome studies. Jeho účelem je indikovat míru sociálního fungování. „*Nástroj je zaměřen na odhad anticipované sociální opory a odráží tedy jedincovu subjektivní interpretaci jeho sociálního začlenění*“ (Kožený, Tišanská, 2003, s. 137). Tento dotazník byl adaptován i na české prostředí. Původní dimenzi americké verze Tangible Support odpovídá v české verzi dimenze *praktická intervence*, dimenzi Affectionate Support odpovídá v české verzi dimenze *emocionální blízkost*. Další dvě dimenze Positive Social interaction a Emotional/Informational Support jsou v české verzi sloučeny jako dimenze *chápaní autorita* (Kožený, Tišanská, 2003, s. 141). Tento dotazník je použit také v tomto výzkumu.

Ke studiu podpůrných sociálních vztahů ve skupině slouží QRI – Quality of Relationship Inventory - autoři Pierce, Sarason a Sarason. Zaměřuje se na dimenze míry pomoci, dimenzi hloubky mezilidských vztahů a dimenzi konfliktů v dyadických vztazích. Můžeme říci, že specifická sociální opora má svůj pozitivní význam při zvládnání stresu pacientů ve stresových situacích i preventivně.

Svoji roli při zvládnání těžkých situací má i opěrná síť, kterou tvoří souhrn všech dyadických vztahů v okruhu jedince (Křivohlavý, 1999, 116). Příkladem může být širší okruh přátel, členové zájmového spolku, členové církevního společenství, kolektiv pracovníků zdravotnického zařízení, pracovníci sociálních služeb.

Beels (1984, s. 339) vyzdvihuje sociální oporu jako důležitý faktor působící na průběh a léčbu schizofrenie. Popisuje metody a nástroje, které mohou přispět k výzkumu sociální opory. Zahrnuje mezi ně sociálně psychologické dotazníky, antropologické a etnografické studie, klinické epidemiologické výzkumy. Je skeptický k využívání nástrojů, které jsou určeny pro měření celé populace, k výzkumu schizofrenie. Klade především důraz na zkoumání zkušeností lidí s duševním onemocněním a na zkušenosti jim blízkých osob.

Beels upozorňuje na souvislost výzkumů sociální opory se zkoumáním životních událostí, jako např. sňatek, změna zaměstnání, úmrtí. Tyto životní události jsou považovány za zátěž, která může vést k rozvoji duševního onemocnění, a kde může mít sociální opora nárazníkový efekt. Vystávají otázky, na jaké lidi se v těchto situacích

obracíme o pomoc. Jsou to lidé, které vidíme nejčastěji, které považujeme za své nejbližší, nebo ti, na které se obracíme jen v krizi, nebo ti, na které je lehké se obrátit nebo ti, kteří nad námi mají nějakou moc? (Beels, 1984, s. 400).



## 2 PSYCHOTICKÉ A AFEKTIVNÍ PORUCHY

V druhé kapitole se budu zabývat vysvětlením toho, co jsou psychotické a afektivní poruchy a popíši jejich symptomy. Obě skupiny poruch patří mezi závažné duševní nemoci. Dříve než se budu věnovat jejich popisu, považuji za užitečné připomenout si, co rozumíme pojmem nemoc a jak nemoc souvisí se sociální oporou.

Obecně lze nemoc považovat za zátěžovou situaci. „*Nemoc je objektivně zjistitelná porucha zdraví. Nemoc, kterou člověk vnímá, se označuje jako onemocnění*“ (Velký sociologický slovník, 1996, s. 674).

Proces, během kterého se zdravý člověk stává člověkem nemocným, se skládá z fyziologické, patofyziologické a psychologické složky. Podle Zolova modelu se člověk rozhoduje jít k lékaři na základě pěti momentů, kterými jsou kvalita příznaku, znepokojení tímto příznakem, vliv příznaku na vztahy s nejbližšími lidmi, vliv příznaku na plánovanou činnost a sociální sankce (Křivohlavý, 2002, s. 13)

„*Důležitým činitelem pro vznik a prognózu nemoci je zevní prostředí, které zahrnuje aspekty biologické, přírodní a sociální, z nichž největší význam pro vznik nemoci mají práce a její podmínky, vztahy mezi lidmi, životní prostředí a sociální, ekonomické, kulturní a psychologické podmínky, v negativní poloze zejména sociálně determinovaný stres*“ (Kapr et al., 1994, s. 35).

Nemoc můžeme také pojímat jako reakci na zátěž. „*Nemoc bývá též definována jako porucha adaptace člověka, jako selhání nebo nedostatečnost adaptivních mechanismů při reakci na podněty z prostředí. Hranice mezi zdravím a nemocí není vždy snadno stanovitelná*“ (Velký sociologický slovník, 1996, s. 674).

Co se týká intenzity zátěže, samotné propuknutí duševního onemocnění bych zařadila do tzv. nadlimitní zátěže. Jedná se o traumatizující okolnost, která je pro člověka příliš zatěžující a převyšuje jeho psychické zdroje, tak jak o tom píše Lazarus a Folkman (in Mareš, 2001, s. 5). Jde o situaci zátěžovou nejen pro nemocného, ale i pro jeho okolí. Při procesu zotavování se z nemoci se naopak člověk potýká s řadou každodenních nepříjemností. I tyto zdánlivé drobnosti můžeme vnímat jako velmi nepříjemnou zátěž, zvláště pokud k nim dochází opakovaně, dlouhodobě a kumulují se (Mareš, 2001, s. 5 - 6).

Pro vznik nemoci je rozhodující stav a působení původce nemoci, dále stav a působení člověka s jeho demografickými charakteristikami, fyziologickými stavy, imunologickou zkušeností, genetickými predispozicemi, postoji a chováním a také stav a působení zevního prostředí. K vnějším rizikovým faktorům vzniku nemoci patří např. konfliktní sociální vztahy, špatné ekonomické podmínky, tíživé společenské poměry, sociální útlak. Ve vnitřním prostředí to mohou být např. genetické poruchy, kritická období života, škodlivé životní návyky (Velký sociologický slovník, 1996, s. 675).

Přijetí obou zmíněných pojetí nemoci v souvislosti s vnímáním zátěžové situace považují za důležité pro pochopení toho, jak a kdy funguje sociální opora. Nejde pouze o jednorázové poskytnutí opory v krizové situaci, ale také o dlouhodobě poskytovanou oporu, která má preventivní charakter.

## 2.1 Psychotické poruchy a jejich symptomy

V páté kapitole Mezinárodní klasifikace nemocí jsou popsány poruchy duševní a poruchy chování. V oddíle F20 – F29 „byly seskupeny schizofrenie, jako nejdůležitější člen této skupiny, schizotypální porucha, poruchy s trvalými bludy a větší skupina akutních a přechodných psychotických poruch. Schizo-afektivní poruchy zůstávají v této kapitole i přes svou kontroverzní povahu.“ (MKN-10, 2008, str. 202).

Psychotické poruchy neboli psychózy jsou závažnou skupinou nemocí, které jsou léčitelné. „Svým průběhem zasahují hluboko do osobnosti pacienta a také do vztahů s okolím“ (Doubek et al., 2010, s. 9).

Psychóza značí nemoc duše. Pojem je spojením řeckého slova psýché, označujícího duši člověka, a koncovky –óza, znamenající nemoc. Nemocný člověk se uzavírá před světem, ztrácí do určité míry kontakt se skutečností. Dochází k poruchám vnímání, myšlení, prožívání a chování. Člověk se uzavírá do svého vlastního nereálného světa a přestává si rozumět s okolím (Doubek et al., 2010, s. 9).

Ve Velkém psychologickém slovníku (Hartl, Hartlová, 2010, s. 477) je psychóza definovaná jako pojem, který jeho autor, německý lékař E. von Feuchtersleben, popisuje

jako „akutní stav, v němž jeho pacienti trpěli zjevnými bludy a výraznými halucinacemi.“ U jedince dochází k poruše myšlení, jednání, prožívání, vůle a citění. Dále je tento stav provázen ztrátou vnímání reality a je pozorovatelná absence vědomí nemoci.

Nověji mluvíme o psychóze jako o dlouhodobé duševní nemoci (SMI – Severe Mental Illness). Charakterizuje ji přítomnost funkčního postižení (plánovaný nebo realizovaný pokus o sebevraždu v posledních dvanácti měsících, chybění legitimní produktivní role nebo její závažné poškození anebo závažné poškození v interpersonální oblasti jako důsledek předchozí sociální izolace) a délka trvání je delší než dva roky (Pěč et al., 2009, s. 97).

Psychózy dělíme na organické, toxické a funkční. Organické psychózy jsou způsobeny poškozením mozkové tkáně. Toxické psychózy jsou způsobeny intoxikací mozkové tkáně chemickou sloučeninou, jako např. LSD. Nás budou zajímat funkční psychózy, které na počátku neprovází zjistitelné poškození mozkové tkáně. Mezi funkční psychózy patří schizofrenie, akutní a přechodné polymorfní psychotické poruchy, porucha s bludy, schizoafektivní porucha, schizotypální poruchy (Doubek et al. 2010, s. 10)

## Schizofrenie

K nejčastějším psychotickým poruchám patří schizofrenie. Někdy je také přímo ztotožňovaná s psychózou (Probstová in Pěč et al. 2009, s. 34).

Podle Nawky je schizofrenie jedno z nejzávažnějších duševních onemocnění s chronickým průběhem s výrazným funkčním postižením a sníženou kvalitou života a s vysokou mírou pracovní neschopnosti. Patří mezi deset nejvýznamnějších příčin úplné invalidity. Jedná se o celoživotní onemocnění. Je diagnostikovaná u čtvrtiny pacientů hospitalizovaných v psychiatrických zařízeních (Promítnutí pokroků lékařské vědy do funkčního hodnocení zdravotního stavu..., 2008, s. 33).

Při onemocněním schizofrenií dochází již v prodromálním stadiu první epizody ke kognitivnímu deficitu. Kognitivní deficit je tedy jedním z prvním nespécifických příznaků oznamující příchod nemoci. Nemocný se hůře koncentruje, hůře zaměřuje pozornost, hůře zpracovává verbální a prostorové informace. Je narušena jeho paměť a schopnost učení. Je pro něho složité dopředu plánovat a předvídat výsledek. Nemocný pak selhává při běžných činnostech a potřebuje s nimi pomoci. Potřebuje zadávat činnosti

po jednotlivých krocích. Nemoc zasahuje také emoční složku osobnosti. Nemocný přestává rozumět emocím ostatních, neodhadne pocity a záměry druhých, nerozumí humoru, metaforám, nemá cit pro dodržování společenských pravidel (Tůma, 2008, s. 101 - 104).

Kromě kognitivního deficitu provází schizofrenii pozitivní symptomy nemoci, které představují nadměrné vyjádření normálních funkcí (Doubek et al. 2010, s 16).

K pozitivním symptomům patří především poruchy vnímání – halucinace. Jsou to falešné smyslové vjemy, které nemají základ v realitě. Halucinace mohou postihnout všechny smysly. Často má člověk sluchové halucinace – slyší zvuky nebo hlasy. Hlasy mohou mluvit k němu, mohou mu dávat příkazy, mluvit o něm. Intrapsychické halucinace vnímá nemocný jako by mu někdo dával nebo bral myšlenky z hlavy. Zrakové halucinace mohou představovat barvy, obrazy, výjevy. Čichové halucinace jsou často spojeny s chuťovými. Projevují se jako vjemy pachů, chutí, dojmem, že chce nemocného někdo otrávit. Tělesné halucinace jsou spojeny s nepříjemnými pocity vnitřních orgánů, genitálií (Bankovská Motlová et al. 2011, s. 16, Doubek et al. 2010, s 16).

Dalším pozitivním symptomem schizofrenie jsou poruchy myšlení - bludy. Vyskytují se u 90% nemocných. Pod vlivem bludu dochází k mylné interpretaci vjemů nebo prožitků. Bludné přesvědčení začíná často vztahovačností, nemocný si myslí, že jsou na něho ostatní zaměřeni. Postupně se stává natolik pevným, že je nemocný považuje za pravdu a nedá se mu vymluvit. (Bankovská Motlová et al., 2011, s. 15).

V rámci rozvoje bludu se nemocný postupně začíná uzavírat před svým okolím. Může nabýt dojmu, že ho někdo pronásleduje, že o něm ostatní mluví, vysmívají se mu. Jiným bludným obsahem může být přesvědčení o nadpřirozených schopnostech, nebo může mít blud náboženský obsah (Doubek et al. 2010, s 16 - 17).

Z dlouhodobého hlediska mají nejzásadnější vliv na fungování člověka symptomy negativní. Znamenají totiž pro člověka oslabení nebo ztrátu normálních funkcí. Dochází k ochuzení citového prožívání, mluvíme o tzv. emoční plochosti, kdy člověk neprožívá radost, působí apaticky. Málo komunikuje s okolím. Ztrácí schopnost udržovat stávající sociální vztahy a navazovat nové. Dochází k poruše koncentrace a obtížích při rozhodování, při plánování. Je oslabeno volní jednání. Nemocného přestávají bavit zájmy, které měl dřív rád. Uzavírá se do sebe. K negativním symptomům patří i poruchy nálad, které jsou spojeny s negativním sebehodnocením nemocného a se sníženým

sebevědomím. Dostavují se pocity beznaděje, myšlenky na sebevraždu, suicidální pokusy (Doubek et al. 2010, s. 16).

MKN-10 (2008, s. 202 - 204) popisuje následující formy schizofrenie: paranoidní schizofrenie, hebefrenní schizofrenie, katatonní schizofrenie, nediferencovaná schizofrenie, postschizofrenní deprese, reziduální schizofrenie, schizophrenia simplex, jiná schizofrenie, schizofrenie nespecifikovaná.

### **Další psychotická onemocnění**

K dalším psychotickým onemocněním řadíme schizotypální poruchy, trvalé poruchy s bludy, akutní polymorfni přechodné psychotické poruchy, schizoafektivní poruchy. Jejich společnou charakteristikou je přítomnost psychotických symptomů a fakt, že primárně nepostihují náladu. Nevyskytují se tak často jako schizofrenie (Promítnutí pokroků lékařské vědy do funkčního hodnocení zdravotního stavu..., 2008, s. 33).

Schizotypální poruchy jsou charakterizovány především výstředním chováním a poruchami myšlení a afektu. Symptomy mohou zahrnovat chladné a nepřiměřené afekty, anhedonii, podivínské, nápadné chování; tendenci k izolaci od společnosti; paranoidní nebo bizarní nápady (MKN-10, 2008, s. 204).

Trvalá porucha s bludy je typickou poruchou myšlení v podobě bludu, který vznikl nejspíše v souvislosti s traumatizující událostí. Ostatní psychika nebývá výrazněji narušena. Akutní a přechodné polymorfni psychotické poruchy jsou podobné schizofrenii, nepřesahují délkou trvání jeden měsíc. Často vznikají do dvou týdnů po stresující události. Schizoafektivní poruchy jsou častým onemocněním, které v sobě spojuje symptomy afektivní a symptomy schizofrenie. U manického typu je zvýšené sebevědomí, expanzivní nálada, současně se vyskytují perzekuční nebo megalomanické bludy a halucinace. U depresivního typu se vyskytuje depresivní nálada, ztráta elánu, sebeobviňování a současně bludy kontrolovatelnosti, nebo perzekuční či hypochondrické. Jsou přítomné odsuzující nebo vyhrožující hlasy. Je riziko sebevraždy (Raboch, Pavlovský, 1998, s. 83-84).

Z výše popsaných symptomů nemoci je patrné, že poskytovat oporu člověku, který onemocněl psychotickou poruchou, je velmi náročné. Je složité získat si důvěru nemocného člověka, který si není vždy vědom své nemoci. Také lidé v jeho okolí se ocitají v situaci, které sami nemusí rozumět. Často se tak stává, že při první atace

dochází k nedobrovolné hospitalizaci. Teprve poté, co začne účinkovat farmakoterapie a sníží se pozitivní projevy nemoci, je možné začlenit psychoterapii, socioterapii, začít vzdělávat nemocného o nemoci.

Je žádoucí spolupráce s rodinou. Onemocněním dochází ke změně postavení člověka v rodině. Ostatní členové rodiny si od něho vytváří odstup, a tak se zvyšuje jeho izolace. I celá rodina se může více izolovat od okolí, nedokáže pojmenovat svoje problémy, může dojít k narušení vztahů a ke konfliktům mezi členy rodiny. Takové rodinné klima může být rizikovým faktorem, který má svůj podíl na relapsu nemoci (Vágnerová, 2008, s. 359).

## 2.2 Afektivní poruchy a jejich symptomy

Afektivní poruchy (poruchy nálady) F30 – F39 jsou rovněž zařazeny do systému MKN-10. Patří k nim manická fáze, bipolární afektivní porucha, depresivní fáze, periodická (rekurentní) depresivní porucha (MKN- 10, 2008, s. 208 – 214).

Hlavní příznakem afektivních poruch je změna nálady. Ta může být nadnesená nebo chorobně smutná. Tyto změny nálad jsou provázené změnami chování. Psychotické příznaky jsou přítomny jen po dobu poruchy nálady (Praško et al., 2003a, s. 72-73).

Afektivní poruchy mohou vzniknout u jakéhokoliv typu osobnosti, častěji však vznikají u introvertních osob se sklonem k obsedantnímu chování s adaptačními potížemi. Tito lidé mají sklon k negativním emocím, pesimismu, rezignaci, cítí se nejistí, bezmocní. Poruchy většinou vznikají na základě nějakého spouštěče (Vágnerová, 2008, s. 386).

Afektivní poruchy mohou mít různý průběh, nejčastěji se jedná o depresi nebo se střídá deprese a mánie. Podle hloubky závažnosti rozlišujeme lehkou, střední a těžkou afektivní, dále nemoc charakterizuje přítomnost pozitivních psychotických příznaků a somatické obtíže (Smolík in Vágnerová, 2008, s. 387).

Depresivní poruchy patří k závažným onemocněním, které zásadně ovlivňují kvalitu i délku života, zejména kvůli sebevražedným tendencím pacientů. Depresivní poruchy mohou zásadně ovlivnit všechny dimenze kvality života, jak v prožívání, tak

v chování. Často doprovází jiná duševní nebo somatická onemocnění, kde mohou komplikovat stanovení základní diagnózy. Depresivní poruchy mají též ekonomické důsledky. K těm přímým patří vysoké náklady na léčbu. K nepřímým důsledkům v případě nevhodné léčby patří absence v práci, snížená produktivita, flukuační tendence (Kebza, 2002, s. 64 - 65).

Depresivní epizoda trvá minimálně dva týdny a má aspoň dva z následujících příznaků: abnormální depresivní nálada, která trvá skoro každý den a po větší jeho část, ztráta zájmu o aktivity, které jsou jinak příjemné, zvýšená únava. Dále může být přítomna ztráta sebedůvěry, sebeobviňování, opakované myšlenky na smrt, snížená schopnost soustředit se, váhavost, agitovanost nebo zpomalení, poruchy spaní, změna chuti k jídlu (Herrman et al., 2005, s. 16).

Příznaky depresivních onemocnění jsou podobné negativním příznakům schizofrenních onemocnění. Je patrná patologická depresivní nálada, která není shodná se stávající životní situací člověka. Formální projev nemocného je zpomalený, je přítomno automatické negativní myšlení. Dochází k odlišnému zpracování informací než před onemocněním. Negativní postoj se promítá do minulosti, přítomnosti i budoucnosti. 8- 15% lidí, kteří onemocněli depresí, má bludy odrážející jejich pocity méněcennosti, ubohosti, viny, zaslouženého trestu. V oblasti chování sledujeme významnou změnu psychomotorického tempa, nemocný je unavitelný a omezuje aktivity. U depresivních pacientů se objevuje agrese směřující proti sobě samým, dochází k sebevražednému jednání (Vágnerová, 2008, 376 – 382).

Depresivní poruchy jsou správně diagnostikovány a léčeny pouze v každém třetím až pátém případě. Jedním z důvodů této nízké efektivity je obava ze stigmatizace. Uvádí se, že pomoc vyhledá asi třetina nemocných (Kebza, 2002, s. 67).

**Depresivní fáze** se projevuje tělesnými příznaky, jako jsou únava a ztráta energie, poruchy spánku, snížením aktivity, depresivní náladou a depresivními myšlenkami (Praško, 2003, s. 30).

**Manická fáze** je vzácnější než depresivní. Nejčastěji dochází k projevům poruchy ve věku 25-30 let. Izolovaně se vyskytuje vzácně, většinou je součástí bipolární poruchy. Projevuje se jako povznesená až křečovitě rozjařená nálada spojená s hyperaktivitou. Současně bývá nemocný podrážděný. Je nekritický a přehnaně optimistický. Chrlí nápady, nic pro něho není nemožné. Bludy se objevují vzácně, jde především o megalomanský,

paranoidní

a reformační blud. Psychomotorické tempo nemocného je zrychlené, je přehnaně aktivní. Nemocný může vytvářet konfliktní situace, protože ztrácí běžné sociální zábrany (Vágnerová, 2008, s. 383 – 386). Mánie se nejčastěji objeví, když se člověk začíná učit přístupu k autoritám. Mánie je výsledkem úzkosti, která pramení z potřeby provokace, protestu proti moci, z potřeby dát najevo vztek z vlastní nesamostatnosti, vymezit se vůči kontrole ostatních (Dorner, Plog, 1999, s. 106).

**Bipolární afektivní porucha**, dříve nazývaná maniodepresivní psychóza je charakterizována střídáním dvou pólů nálad – depresivní a manické. Fáze depresivní často převažuje. Obraz depresivní psychózy je vyjádřen hlubokým smutkem, melancholií, sebeobviňováním, agresí obrácenou do nitra. Mohou být přítomné bludné fantazie o velké vině. Mánie je naopak typická zvýšenou aktivitou, vyhledáváním kontaktů s lidmi, utrácením peněz, monstrózními plány, velikášskými fantaziemi. Logika myšlení je roztržštěná, v pozadí může být patrná zloba a ukřivďenost. Objevuje se asi u 10% lidí, kteří onemocněli depresí (Kalina, 2001, s. 18, Praško et al., 2003, s. 33).

**Periodická (rekurentní) depresivní porucha** probíhá jako opakované epizody deprese bez samostatných epizod mánie. První epizoda v průměru přichází kolem padesáti let. Jednotlivé fáze trvají průměrně půl roku. Objevuje se dvakrát častěji u žen než u mužů (Praško et al., 2003, s. 32).

### 2.3 Zotavení z nemoci a kvalita života lidí s duševním onemocněním

Vznikem nemoci se člověk dostává do role pacienta. Z toho mu vyplývá povinnost obracet se na lékaře a řídit se jeho pokyny. Jeho stav je legálně uznaný a osvobozuje ho od dosavadních povinností (Velký sociologický slovník, 1996, s. 675). Není žádoucí, aby člověk setrval pouze v roli pacienta. Existují snahy samotného člověka i jeho okolí o znovunabytí dalších sociálních rolí.

Kraepelin (in Pěč, Probstová, 2009, s. 220) upozorňuje na rozdíl mezi vyléčením a zotavením. Zatímco za vyléčení se považuje odstranění symptomů nemoci, zotavení je



zaměřeno na posílení sociálního fungování, i přestože nemocný není vyléčen a symptomy nemoci přetrvávají.

V rámci psychosociální rehabilitace uvažujeme o možnostech zotavení z nemoci. Zjednodušeně lze říci, že jde o to, aby člověk, který onemocněl psychózou nebo afektivním onemocněním znovu nabyl zpět své sociální role, chopil se zodpovědnosti za svoje rozhodování a dokázal žít kvalitním způsobem života.

*„Zotavení je popisováno jako hluboce osobní, jedinečný proces změny postojů, hodnot, pocitů, cílů, schopností a/nebo rolí“ (Anthony, 1993, s. 527).*

Nemocný se zotavuje ze stigmatu, z nedostatku nových příležitostí, z nežádoucích účinků léčby, ze zbořených snů. Zotavení je dlouhodobý komplexní proces, který umožňuje nemocnému prožívat spokojený život s nadějí do budoucna i s těmi omezeními, která zapříčinila nemoc. Přitom symptomy nemoci nemusí zcela ustoupit (Anthony, 1993, s. 527).

Young a Ensing (in Pěč et al., 2009, s. 105) popisují tři fáze zotavení. V první fázi (zahájení zotavení) jde o uvědomění a pochopení nemoci a o motivaci ke změně. Ve střední fázi jde o znovunabytí pozbytého a udělení kroku vpřed, tedy k převzetí zodpovědnosti za svůj život. Ve třetí fázi jde o zlepšení kvality života, ve které dochází k ustálení, nalezení smyslu, zvyšování sebeúcty.

Wilken a Hollander (1999, s. 12) popisují tyto fáze jako stabilizaci, reorientaci a reintegraci. Stabilizace je zaměřena na snížení utrpení a zvládnutí symptomů. Ve fázi reorientace dochází ke zkoumání důsledků nemoci s ohledem na budoucnost. Reintegrace se týká obnovy sociálních rolí a smysluplných vztahů.

Zvládnout zotavení je na nemocném. Může k němu dojít bez zásahu odborníka. Podporu nemocnému mohou dát jeho přirozené systémy podpory, např. rodina, přátelé, svépomocné skupiny. Pomoci může i odborník, a to nejenom poskytnutím poznatků z oblasti léčby a rehabilitace. Přestože pomáhající nemusí mít vlastní zkušenost s duševním onemocněním, mají často svoji osobní zkušenost se zotavováním, které prožili v jiných oblastech (Anthony, 1993, s. 530).

Důležité je dát nemocnému najevo, že má naději na změnu a že mu jeho důležité osoby věří, že změnu zvládne uskutečnit. V souvislosti se zotavením vyvstávají otázky, kdo a jak by měl sociální oporu při zotavování z nemoci poskytovat. Jakou roli mají hrát

system sociální péče o duševně nemocné, case manager, svépomocné skupiny? (Anthony, 1993, s. 533).

V rámci rehabilitačního procesu rozlišujeme pět pilířů, které pomáhají obnovit nemocnému jeho sociální fungování. Patří k nim motivace, status, dovednosti, materiální zdroje a sociální zdroje. (Wilken, Hollander, 1999, s. 15).

Sociální opora je považována za velmi důležitý pozitivní faktor, který modifikuje a moderuje nepříznivý vliv těžkých životních situací na psychiku a fyzický zdravotní stav člověka na jeho pohodu i na kvalitu jeho života (Křivohlavý, 2009, s. 104).

### 3 SOCIÁLNÍ OPORA U LIDÍ S PSYCHOTICKÝMI A AFEKTIVNÍMI PORUCHAMI

V předchozích kapitolách jsem se v obecné rovině věnovala vysvětlení pojmů sociální opora a popsání cílové skupiny – lidí, kteří onemocněli psychotickými nebo afektivními poruchami.

V následujících kapitolách bude mojí snahou zaměřit se přímo na sociální oporu lidí s psychotickými a afektivními poruchami. Jedním z hlavních důvodů, proč tito lidé potřebují oporu, je to, že u nich dochází ke ztrátě nebo omezení schopností, které jim umožňují starat se sami o sebe.

Bells et al. (1984, s. 399) považují za důležité proniknout do zkušeností pacientů, jejich rodin a poskytovatelů péče. Upozorňuje na to, že každé duševní onemocnění je jinak citlivé na faktory podpory prostředí. Lidé se schizofrenií mají nezvykle malý okruh lidí, kteří jim pomáhají. Většinou se jedná o příbuzné a pracovníky organizací, které pomáhají lidem s duševním onemocněním. Právě postoje a očekávání těchto pomáhajících lidí hrají důležitou roli v rámci sociální opory. U lidí se schizofrenií má pravděpodobně větší význam blízkost a frekvence kontaktů, organizování úkolů a podpora aktivity. U lidí s depresemi zase zřejmě potřeba blízkého důvěrníka. V hodnocení sociální opory má prvořadý význam místní kultura, kterou musíme brát v úvahu, protože je to právě ona, kdo dává obsah pojmům nemoc, invalidita, pracovní role.

Nepříznivé vlivy nemoci pomáhají překonávat moderní psychiatrické terapie, komplexní medikace léky, psychoterapie a psychiatrie (Kalina, 20001, s. 18).

Sociální oporu dostává nemocný člověk od rodiny. Zpravidla je to rodina, kdo poskytuje nepřetržitou péči. Nicméně i rodina je zdrojem ambivalentních vztahů, které mohou působit podpůrně nebo situaci komplikovat. Nefunkční nebo chybějící vztahy se mají pomáhající pracovníci snažit přenášet na další lidi ze sociální sítě (Wilken, Hollander, 1999, s. 13).

K sociálním službám, které jsou součástí komunitní péče o lidi s duševním onemocněním, patří centra duševního zdraví, sociální pracovníci, terénní psychiatrické sestry, chráněné bydlení, denní centra kluby, poradenství (Young, 1995, s. 254).

Jedním z modelů komunitní péče je model vytváření podpůrného prostředí. Podle Carlinga vede tento model ke skutečné integraci člověka s hendikepem. Středem modelu je člověk a jeho vlastní síly a přirozené vazby. Další podporu poskytují rodina, přátelé, sousedi, běžné služby a organizace v obci a specifické služby duševního zdraví, které slouží jako podpora výše jmenovaným (Pěč, Probstová, 2009, s. 229 - 230).

Dne 8. října roku 2013 byla Ministerstvem zdravotnictví České republiky představena Strategie reformy psychiatrické péče. Je postavena na čtyřech pilířích: ambulantní péči, centrech duševního zdraví, psychiatrických odděleních nemocnic a psychiatrických nemocnicích (Strategie reformy psychiatrické péče, 2013, s. 34). Předpokládá se snížení počtu lůžek v psychiatrických nemocnicích. Tak může dojít k situaci, kdy se dlouhodobě hospitalizovaní pacienti ocitnou v nové situaci, kterou pro ně a jejich rodiny bude těžké zvládnout.

V Brně se pomocí a podporou pro lidi se duševním onemocněním začalo zabývat Sdružení Práh, které je dosud největším poskytovatelem sociálních služeb pro lidi s psychotickým a afektivním onemocněním v moravské metropoli. Sdružení Práh poskytuje následující sociální služby: sociální rehabilitace, centrum denních služeb, odborné sociální poradenství, chráněné bydlení, podpora samostatného bydlení, tři sociálně terapeutické dílny. Dále provozuje řadu chráněných míst, volnočasové aktivity, psychoterapii, podpůrnou skupinu pro příbuzné a blízké osoby lidí, kteří onemocněli duševním onemocněním.

Dalšími organizacemi, které rozšiřují nabídku sociálních služeb pro lidi s vážným duševním onemocněním, jakým jsou psychotické a afektivní onemocnění jsou v městě Brně: Diakonie Českobratrské církve evangelické, Agapo, Dotyk, Vida.

Není vždy zcela možné rozlišit, kterou složku sociální opory nemocnému poskytuje určitý poskytovatel. Zpravidla se vždy jedná o specificky namíchanou kombinaci. Jak lidé, kteří poskytují pomoc v rámci přirozeného systému, tak profesionálové, mohou být pro nemocného zdrojem všech složek sociální opory (hmotné, informační i emocionální opory).

### 3.1 Hmotná opora u lidí s psychotickými a afektivními poruchami

Hmotná neboli instrumentální opora se týká velmi konkrétní hmotné pomoci, kterou iniciuje člověk, který chce pomoci. Může jít o poskytnutí finančních prostředků, hmotných věcí, zařízení neodkladných záležitostí. V podstatě může jít o jistou formu asistence (Křivohlavý, 2009, s. 97)

Lidé s vážným dlouhodobým duševním onemocněním se někdy ocitají v nepříznivé sociální situaci, kterou definuje zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., část první, §3 jako *„oslabení nebo ztrátu schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo jiných závažných důvodů, řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením.“*

Do hmotné opory můžeme zahrnout bydlení; finanční prostředky; poskytování stravy; poskytnutí náradí nebo materiálu - potřeby pro domácnost, pracovní nástroje; dále osobní pomůcky - telefon, diář; dopravní prostředky - jízdenky, kolo (Wilken, Hollander, 1999, s. 14).

Vzhledem k tomu, že vážná duševní nemoc lidi invalidizuje, mají nízký příjem a někteří žijí na hranici chudoby. Někteří, zvláště mladí lidé, mohou ze záchranné sítě vypadnout i kvůli tomu, že vzhledem k neodpracovaným rokům, mají sice priznaný nárok na invalidní důchod, ale nemají nárok na jeho vyplácení. V praxi se setkáváme s rodinami, kdy je nemocných několik členů rodiny, jejichž celkový příjem je velmi nízký. Také se stává, že z důchodu nemocného žije několik členů rodiny. Zvýšit si příjem je vzhledem k omezením, které duševní onemocnění způsobuje, často obtížné. Možností, jak lidi s duševním onemocněním zaměstnávat, jsou chráněná místa, která mohou být vytvořena v rámci sociálních zařízení, ale především na volném trhu práce. S hledáním pracovního místa, které by zohledňovalo potřeby nemocných, pomáhají služby podpory zaměstnávání. V Brně to jsou např. Sdružení Práh nebo Agapo.

Lidé s duševním onemocněním potřebují hmotnou sociální oporu také v dalších níže popsaných situacích. Při zhoršeném zdravotním stavu existuje reálná možnost zneužívání lidí s duševním onemocněním ze strany okolí. Někteří lidé s duševním

onemocněním mají ustanoveného opatrovníka. V důsledku omezení nebo ztráty praktických a sociálních dovedností a sníženému kognitivnímu deficitu, potřebují pomoc s vyřizováním na úřadech, ale také s péčí o sebe a o domácnost.

### **3.2 Emocionální opora u lidí s psychotickými a afektivními poruchami**

Lidé s psychiatrickou diagnózou se dostávají do sociální izolace a jsou nemocí stigmatizováni. Sociální oporu lze chápat jako druhý pól sociální izolace (Křivohlavý, 2009, 96). Preventivně i podpůrně zde působí především emocionální opora, která jim pomáhá znovu nabýt sebevědomí. Taková opora může podpořit odhodlání znovu převzít zodpovědnost za svůj život a vykročit cestou zotavení. Podle Křivohlavého (2009, s. 96) je emocionální opora vyjádřena naznačováním náklonnosti, laskavým jednáním, soucítěním, láskou, poskytnutím naděje, když se člověk cítí odcizený, uklidněním, když je rozrušený.

Člověk s duševním onemocněním má velkou potřebu emocionální opory. U lidí s psychotickým onemocněním je možné předpokládat souvislost s pozitivními symptomy nemoci, tedy těmi, které má nemocný člověk navíc. Obsah bludů a halucinací působí někdy na člověka depresivně, hlasy ho ponižují, znejišťují. U člověka strádajícího depresivním onemocněním je podstatou nemoci dlouhodobě pokleslá nálada, pocity úzkosti a osamocení. Potřeba emocionální opory je zřejmá.

Očekáváme, že emocionální oporu bude nemocnému poskytovat především jeho nejbližší okolí – členové rodiny a nejbližší přátelé. Někdy je toto očekávání těžké naplnit, a to z toho důvodu, že duševní nemoc v rodině se negativním způsobem projeví nejenom u nemocného, ale také u všech členů rodiny. Sociální vztahy nemocného jsou omezené, a ty, které nemocnému člověku zůstaly, jsou ovlivňovány pozitivními příznaky nemoci, například podezíravostí nebo emoční oploštělostí nemocného.

Emocionální opora ve formě osobního kontaktu není vždy všem nemocným dostupná v takové míře, jak by si představovali, proto ji mohou nahrazovat jiné formy nepřímého kontaktu. Nedostatek sociálních kontaktů v přirozeném prostředí se snaží nemocným lidem zprostředkovat také sociální služby, kam mohou nemocní docházet a kde se mohou potkávat, případně vytvořit nová přátelství.

### 3.3 Informační opora u lidí s psychotickými a afektivními poruchami

Podstatou informační opory je poskytování informací, které pomohou zorientovat člověka v situaci. Pomoc spočívá v poskytnutí rady nebo ve zprostředkování zkušenosti s řešením určité situace. Důležité je také naslouchání a zjišťování přání a potřeb, tak aby se potřebnému dostalo odpovídající pomoci (Křivohlavý, 2009, s. 98).

Užitečným zdrojem informací mohou být svépomocné skupiny, individuální a skupinová psychoterapie nebo pastorální poradenství (Křivohlavý, 2009, s. 95).

Informace může nemocnému zprostředkovat rodinný příslušník, přítel, nebo profesionál. Nemocný potřebuje informaci o nemoci, o léčbě, praktické rady ohledně vedení domácnosti, finančního hospodaření, získání práce, vyhledání volnočasových aktivit, cestování a podobně.

### 3.4 Vybrané determinanty sociální opory

#### Sociální síť

Sociální síť člověka je tvořena systémem podpůrných sociálních vztahů. Ty jsou tvořeny mezilidskými pouty mezi dvojicemi lidí, které jsou člověku zdrojem pro získání pomoci v těžkých životních situacích (Pierce et al. in Křivohlavý, 1999, 110).

Podle Tardyho je sociální síť hlavním zdrojem sociální opory. Sociální síť může mít na člověka pozitivní, negativní nebo indiferentní vliv. Největší vliv na úroveň sociální opory má zřejmě kvalita struktury a sociálních vazeb, jejich bohatost, intenzita a reciprocita (Šolcová, Kebza, 1999, s. 26).

Zkoumání sociální sítě zahrnuje velikost sítě, frekvenci a intenzitu a délku trvání kontaktu s kontaktní osobou v rámci sítě, demografické charakteristiky členů sítě, kontext situace, ve které dochází ke kontaktu, rozmanitost sociální sítě, druhy aktivit, do kterých jsou členové sítě zapojeni, označení funkce kontaktní osoby (Beels et al., 1984, s. 401).

Pro lidi se schizofrenií je charakteristické, že jejich sociální síť je menší než ve srovnatelném vzorku zdravých lidí (Pattison et al. in Beels et al., 1984, s. 401). Některé výsledky dále naznačují, že u pacientů se schizofrenií je, oproti normám pro sociální skupiny, užší už i sociální síť před vypuknutím nemoci, a ta se po onemocnění nadále zužuje (Westermayer et al. in Beels et al., 1984, s. 401). U lidí se schizofrenií je hustě propojena síť rodinných kontaktů (Pattison et al. in Beels et al., 1984, s. 401). Běžné je, že pacient má jen jednoho přítele, nebo jednoho člověka, ke kterému tíhne nebo je mezi ním a blízkým člověkem vztah typu rodič – dítě, případně vztah institucionální závislosti (Garrison, et al. in Beels et al., 1984, s. 402). Heterogenita sociální sítě je celkově limitovaná tím, že se pacienti stýkají hlavně s příbuznými nebo s osobami s podobnými problémy (Pattison et al. in Beels et al., 1984, s. 402).

V rámci sociální sítě zastává člověk vícero rolí, které jsou provázané ve vztahu k životní doméně a ke skutečnému prostředí. Patří sem role v rodině, partnerská role, rodičovská role, role občana, role přítele, profesionální role, role zaměstnance, role kolegy, role studenta. Nemocný člověk má navíc roli pacienta, klienta sociálních služeb, spolubydlicího v chráněném bydlení, účastníka volnočasových aktivit (Wilken, Hollander, 1999, s. 14).

### **Průběh onemocnění**

Údaje o prevalenci a věku mužů i žen při onemocnění schizofrenií se u autorů liší. Kalina (2001, s. 18) uvádí, že psychózou schizofrenního okruhu onemocní 2-3% populace. U mužů i žen se objevuje stejně často. Nemoc nejčastěji vypukne mezi 16 a 30 lety. Ženy nejčastěji onemocní mezi 25. a 35. rokem, muži nejčastěji mezi 15. a 25. rokem.

Podle Nawky se prevalence schizofrenie celosvětově pohybuje kolem jednoho procenta populace. U žen je pozorován mírnější průběh onemocnění, jsou méně často hospitalizovány a lépe sociálně fungují. (in Promítnutí pokroků lékařské vědy do funkčního hodnocení zdravotního stavu..., 2008, s. 33 -38)

Pavlovský (in Raboch, Pavlovský, 1999, s. 71) uvádí celosvětovou prevalenci schizofrenie mezi 0,5 až 1 procentem.



Psychóza probíhá v několika fázích. Rozeznáváme přípravné (prodromální) období, ataku (období rozvinuté psychózy), reziduální období (přetrvávají některé příznaky nemoci) a remisi (období úpravy zdravotního stavu). U každého člověka se průběh nemoci a doba trvání jednotlivých období liší (Kalina, 2001, s. 29).

K prodromálním příznakům schizofrenie patří introvertní změření, potíže v mezilidských vztazích, omezená schopnost osamostatnění, zvýšená zranitelnost ega, potíže se zpracováním informací a v důsledku toho nižší výkon, unavitelnost, nespavost (Vágnerová, 2008, s. 350).

Přibližně u třetiny nemocných nemoc ustoupí po jedné nebo dvou atakách a dokáží se vrátit k normálnímu životu. U třetiny nemocných dochází ke střídání remisí a atakami, snižuje se jejich sociální fungování a zpravidla nejsou schopni se vrátit do původního zaměstnání. U třetiny nemocných zůstávají navzdory léčbě příznaky psychózy a jsou odkázáni na pomoc rodiny nebo zdravotnických zařízení (Nawka in Promítnutí pokroků lékařské vědy do funkčního hodnocení zdravotního stavu..., 2008, s. 33 -38). Více než třetina pacientů měla i dříve naději buď na úplné vyléčení, nebo vyléčení se zůstatkem určitého handicapu, se kterým bylo možné se vyrovnat. (Kalina, 2001, s. 18)

Prognóza psychotických onemocnění závisí na úrovni sociálního fungování a na míře přetrvávajících symptomů. I člověk s přetrvávající poruchou může relativně dobře fungovat. K příznivým prognostickým faktorům patří ženské pohlaví, akutní začátek onemocnění, začátek v pozdějším věku než v dětství, kratší délka eventuální hospitalizace, premorbidní stabilní partnerský vztah, premorbidní dobré sociální fungování. Za nepříznivé prognostické faktory naopak považujeme mužské pohlaví, nenápadný začátek onemocnění, nízký věk při onemocnění, premorbidní život bez partnera, špatné sociální fungování, schizofrenie v rodinné anamnéze Nawka (Promítnutí pokroků lékařské vědy do funkčního hodnocení zdravotního stavu..., 2008, s. 38).

Co se týká afektivních onemocnění, prevalence depresivních symptomů v populaci se v celosvětovém měřítku udává kolem 10 - 20%. Vázquez a Barquero uvádí prevalenci depresivní poruchy v zemích Evropské unie mezi 2,6 - 4,5% u mužů a mezi 7,1 - 10,4% u žen (in Kebza, 2002, s. 67). Katon a Schluberg v roce 1985 (in Herman et al., 2005, s. 9) uvádí prevalenci depresivní poruchy v běžné populaci 3,7 - 6,7%. Raboch a Pavlovský (1999, s. 84) uvádějí jednoměsíční prevalenci afektivních poruch mezi 5 - 7%.

Maniodepresivní psychózou onemocní 0,5 - 1% populace, třikrát častěji onemocní ženy než muži. Maniodepresivní psychózou obvykle člověk onemocní mezi 25 a 40 lety (Kalina, 2001, s. 18).

### **Demografické charakteristiky**

Předpokládáme, že na vnímání sociální opory budou mít vliv i následující demografické charakteristiky: pohlaví, věk, vzdělání.

Studie týkající se sociální opory často zjišťovaly rozdíly v chování mužů a žen. Dle Argyleho (Křivohlavý, 2009, s. 110) vyhledávají ženy užší mezilidské vztahy, ve kterých jsou důvěrnější a citově vřelejší než muži. Více využívají neverbální komunikace, kterou vyjadřují pro příjemce i více odměňujících sdělení. Ženy také více spolupracují než muži.

Křivohlavý (2009, s. 110) uvádí také výsledky dalších výzkumů sociální opory: Pro starší muže a ženy nabývá na významu potřeba mít důvěrného člověka. Ukázalo se, že k sociální opoře jsou vnímavější ženy, které se často navštěvují s dalšími ženami, vedou dlouhé rozhovory se ženami. Lidé bez důvěrného přítele měli horší zdravotní stav. „Staří přátelé“ jsou větším zdrojem opory než přátelé, které člověk nezná dlouho.

Vedle pohlaví je základní charakteristikou populace také věk. Kategorie věku jsou vztahovány k sociálnímu postavení, týkají se kariérové dráhy, stupně prestiže i speciálních rolí. S věkem souvisí kategorie dětství, mládí, dospělost, stáří. Pro ekonomické účely se rozlišují kategorie věku předproduktivního, produktivního a postproduktivního (Velký sociologický slovník, 1996, s. 1378).

Vzdělání může odrážet hodnoty jedince, prostředí, jeho osobní charakteristiky, potřeby a zájmy. Může souviset s kvalitou i kvantitou sociální sítě a mezilidských vztahů. U lidí s duševním onemocněním se nemoc mohla stát faktorem, který ovlivnil průběh vzdělávání. Vzdělání také souvisí s rolemi, které nemocný zastává. Z tohoto důvodu očekávám, že vzdělání může ovlivňovat, jak lidé vnímají sociální oporu.

## II. PRAKTICKÁ ČÁST

## 4 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ HYPOTÉZY

Předmětem zájmu mého výzkumu jsou lidé, kteří onemocněli duševní nebo afektivní poruchou. Jsou to lidé, které jejich onemocnění vylučuje ze společenského života.

Jejich přání a potřeby se přitom neliší od přání a potřeb ostatních lidí. Tak, jako ostatní, potřebují své místo ve společnosti, potřebují cítit, že je ostatní přijímají. Stejně tak, jako ostatní lidé, potřebují vyhovující bydlení, příjem a také pomoc, když jsou nemocní. Aby jejich potřeby byly naplněny, potřebují více pomoci (Young, 1995, s. 247).

Cílem výzkumu je zjistit, jak lidé s psychotickou a afektivní poruchou vnímají připravenost jejich okolí jim pomoci, jinými slovy jak vnímají dostupnost sociální opory a jejich jednotlivých složek. Nebude nás tedy zajímat jaká sociální opora je lidem skutečně poskytována, ale očekávání příjemců sociální opory vůči ní.

Za vlivný faktor, který ovlivňuje vnímání sociální opory, považuji sociální síť. Z dalších faktorů, o kterých očekávám, že budou s vnímáním sociální opory souviset, jsem vybrala průběh nemoci a demografické charakteristiky, jejichž vliv se také pokusím otestovat.

### **Základní výzkumná otázka:**

Jak vnímají lidé s psychotickou a afektivní poruchou sociální oporu (celkovou i její složky), která je jim dostupná?

### **Odvozené výzkumné otázky:**

1. Jak souvisí vnímaná sociální opora lidí s psychotickou a afektivní poruchou s jejich sociální sítí?
2. Jak souvisí vnímaná sociální opora lidí s psychotickou a afektivní poruchou s průběhem nemoci?
3. Jaký je vliv demografických charakteristik na vnímanou sociální oporu lidí s psychotickou a afektivní poruchou?

### Výzkumné hypotézy

**H1: Vnímání dostupnosti sociální opory a jejích složek u lidí s psychotickou a afektivní poruchou je ovlivněno jejich sociální sítí.**

Předpokládám, že lidé s kvalitnější sociální sítí, budou vykazovat vyšší míru vnímané sociální opory (a jejích složek), než lidé, jejichž kvalita sociální sítě je nízká.

**H2: Vnímání dostupnosti sociální opory a jejích složek u lidí s psychotickou a afektivní poruchou je ovlivněno průběhem jejich nemoci.**

Předpokládám, že lidé, u kterých byl mírnější průběh nemoci, budou vykazovat vyšší míru vnímané sociální opory (a jejích složek), než lidé s těžším průběhem nemoci.

**H3: Vnímání dostupnosti sociální opory a jejích složek u lidí s psychotickou a afektivní poruchou je závislé na demografických charakteristikách.**

Předpokládám, že na vnímání sociální opory (a jejích složek) bude mít vliv pohlaví, věk a dosažené vzdělání. Očekávám, že ženy, mladší lidé a lidé s nižším vzděláním budou vykazovat vyšší míru vnímané sociální opory (a jejích složek), než muži, starší lidé a lidé s vyšším vzděláním.

## 5 METODIKA VÝZKUMU

Ve výzkumu byla použita kvantitativní výzkumná strategie, která je vhodná k testování vztahu mezi proměnnými. Kvantitativní výzkum umožňuje získání a zpracování velkého množství dat od respondentů, vyžaduje však vysokou standardizaci, při které dochází k silné redukci dat. Výhodou kvantitativního výzkumu je vysoká reliabilita, která umožňuje opakování výzkumu (Disman, 2008, s. 286 - 287).

Jako výzkumný nástroj byl použit standardizovaný dotazník vnímané sociální opory MOS. Dotazník sociální opory je vyvinutý skupinou Rand and Medical Outcomes Study. Jejich soubor je složen z devatenácti otázek, které měly pokrývat pět dimenzí sociální opory: hmotnou, emocionální, informační, sociální interakci a afektivní dimenzi. Respondent posuzuje oporu na Likertově pětibodové stupnici nikdy (1) – málokdy (2) – někdy (3) – většinou (4) – vždy (5). Na české poměry adaptovali dotazník Kožený a Tišanská. Zkrácená česká verze obsahuje tři dimenze sociální opory a to: praktickou intervenci, emocionální blízkost a třetí dimenzí je chápající autorita. (Kožený, Tišanská, 2003, s. 137, 141). Celkovou vnímanou sociální oporu jsem zjišťovala sadou otázek MOS (otázky č. 1 - 19). Praktickou intervenci jsem indikovala jako součet otázek č. 1, 4, 11 a 14. Emocionální blízkost jako součet otázek č. 5, 6, 9 a 19. Chápající autoritu jako součet otázek č. 2, 3, 7, 8, 10, 12, 13, 15, 16, 17, 18 a 19.

Další část dotazníku se skládala z otázek zjišťující sociální síť, průběh nemoci a demografické charakteristiky respondenta. Sociální síť jsem zjišťovala sadou následujících otázek: počet lidí v domácnosti (otázka č. 21), s kým respondent žije (otázka č. 20), počet lidí označených za přátele a blízké známé (otázka č. 28), nejčastější způsob kontaktu s kamarády a blízkými známými (otázka č. 29), počet poskytovaných sociálních a doplňkových služeb Sdružení Práh (otázka č. 27), druh služeb poskytovaných Sdružením Práh (otázka č. 27), od kdy chodí do Sdružení Práh (otázka č. 26). Průběh nemoci jsem zjišťovala sadou následujících otázek: diagnóza (otázka č. 22), délka nemoci (otázka č. 23 a 31), počet hospitalizací (otázka č. 24), věk při propuknutí nemoci (otázka č. 23), poslední hospitalizace (otázka č. 25). Zjišťovala jsem následující demografické charakteristiky: nejvyšší dosažené vzdělání (otázka č. 30), věk (otázka č. 31), pohlaví (otázka č. 32).

V rámci předvýzkumu jsem v lednu 2014 předložila dotazník pěti uživatelům služeb Sdružení Práh, abych ověřila jeho srozumitelnost. Pro respondenty bylo náročnější

zorientovat se v otázkách týkajících se vnímané sociální opory (otázky 1-19). Po pochopení logiky těchto otázek, již dále vyplňovali dotazník samostatně. Upřesnila jsem proto pokyny k vyplnění těchto otázek. Pro přehlednost dostali respondenti ještě pomocnou kartu, na které bylo zapsáno všech pět možných odpovědí na první otázku, jako vzor. Ostatní otázky byly pro respondenty srozumitelné.

## 5.1 Charakteristika výzkumného souboru

Základní soubor tvoří lidé, kteří onemocněli psychickým a afektivním onemocněním a žijí v Brně městě a Brně - venkově. S odvoláním na Pavlovského (in Raboch, Pavlovský, 1999, s. 71), který uvádí celosvětovou prevalenci schizofrenie mezi 0,5 až 1 procentem, v téměř čtyřistatisícovém Brně se odhadem může jednat asi o 4000 lidí, kteří onemocněli psychickým onemocněním, v Brně - venkově při počtu asi dvě stě tisíc obyvatel, o další 2000 lidí s psychickým onemocněním. V rámci Jihomoravského kraje pak z celkového počtu asi 1.200 000 lidí odhaduji počet lidí s psychickým onemocněním na dvanáct tisíc lidí. Pokud se pokusíme odhadnout počet lidí s afektivním onemocněním, může jít v Brně asi o 20 - 28 000 osob, v okrese Brno – venkov o 10 – 14 000 osob, v Jihomoravském kraji o 60 - 84 000 osob. Při odhadu jsem vycházela z údaje Rabocha a Pavlovského (1999, s. 84), kteří uvádějí jednoměsíční prevalenci afektivních poruch mezi 5-7%.

Výběrový soubor se skládal ze sedmdesáti uživatelů sociálních a doplňkových služeb Sdružení Práh v Brně. Analytickou jednotkou zkoumání byla dospělá osoba, která onemocněla psychickou nebo afektivní poruchou, žijící v Brně městě a Brně – venkově, využívající sociální a doplňkové služby Sdružení Práh. Jednotkou zjišťování byla vnímaná sociální opora této osoby.

## 5.2 Metoda sběru dat

Vzhledem k tomu, že nebyla možnost uskutečnit výběr výzkumného vzorku náhodným výběrem, byl výběrový soubor sestaven metodou dostupného výběru. Sběr

dotazníků byl proveden v únoru 2014 ve Sdružení Práh v Brně. Dotazník jsem distribuovala respondentům osobně nebo prostřednictvím jejich osobního pracovníka. Celkem bylo rozdáno jedno sto dotazníků. Vrátilo se zpět 70 dotazníků, návratnost tedy byla 70%.

Náhodný výběr by zajistil, že každý člen populace má stejnou šanci být vybrán do výzkumu. Problematika duševního onemocnění je atraktivní pro veřejnost, a také pro studenty pomáhajících oborů. Proto se ve Sdružení Práh setkáváme s častými žádostmi o provedení výzkumu s uživateli služeb. Zvyšuje se tak šance uživatelů stát se respondenty řady dotazníků, ale také se snižuje jejich motivace k vyplnění dalších dotazníků. Z tohoto pohledu považují počet navrácených dotazníků za úspěch.

### **5.3 Metoda statistického zpracování**

Sebraná data byla zpracována pomocí programu Microsoft Excel 2013 s využitím funkcí pro popisnou statistiku. Výpočty byly zpracovány do pomocných tabulek a grafů, z nichž některé jsou prezentovány v diplomové práci.

Zpracované výsledky výzkumu jsou platné pouze pro výběrový soubor. Vzhledem k použité metodě dostupného výběru, není možné výsledky zobecnit na základní soubor. Do výběrového souboru nebyli například zahrnuti lidé s psychotickým a afektivním onemocněním, kteří navštěvují pouze zdravotnická zařízení nebo kteří nevyužívají ani zdravotnických ani sociálních služeb. Zobecnění neumožňuje ani velikost výběrového souboru, který je pro účely zobecnění příliš malý.



## 6 ANALÝZA VÝSLEDKŮ

### 6.1 Základní údaje o výběrovém souboru

Výběrový soubor zahrnoval celkem 70 respondentů. Z toho bylo 55,7% (39) mužů a 44,3% (31) žen.

Věkové rozložení souboru je široké. Nejmladšímu respondentovi bylo 20 let, nejstaršímu 63 let. Průměrný věk je 39,5 roku. Nejpočetněji zastoupená je skupina lidí ve věku 37 let. Medián, který rozděluje věkové hodnoty na dvě poloviny je také 37 let. Pro účely dalšího testování byl soubor rozdělen do čtyř věkových kategorií: Kategorie respondentů ve věku 20 až 29 let tvoří 22,9 % (16), kategorie respondentů ve věku 30 až 36 let tvoří také 22,9% (16), kategorie respondentů ve věku 37 až 48 let tvoří 28,5% (20) a kategorie ve věku 49 – 63 let tvoří 25,7% (18).

42,9% (30) respondentů dosáhlo středoškolského vzdělání s maturitou. 35,7% (25) respondentů je vyučeno. 11,4% (8) respondentů dosáhlo základního vzdělání. 8,6% (6) respondentů dosáhlo vysokoškolského vzdělání. 1,4% (1) respondentů dosáhlo vyššího odborného vzdělání.

Rozložení výběrového souboru dle diagnostikovaného onemocnění je následující: 69% (48) tvoří osoby, které onemocněly schizofrenií, 21% (15) osob onemocnělo ostatními psychotickými poruchami, 10% (7) osob onemocnělo afektivními poruchami.

### 6.2 Analýza vnímané sociální opory

Vnímanou sociální oporu (VSO) hodnotili respondenti na posuzovací stupnici 1 -5, kde 1 znamená *nikdy*, 2 – *málokdy*, 3 – *někdy*, 4 – *většinou*, 5 – *vždy*.

Maximální hodnota průměrné odpovědi je 3,73 je u otázky č. 5 (*Někdo, kdo vám projevuje lásku a sympatie*), která patří do složky emocionální blízkosti. Minimální hodnota průměrné odpovědi je 3,07 je u otázky č. 15 (*Někdo, kdo sdílí vaše obavy a strachy*), která je zařazena do složky chápající autorita. Průměrná hodnota odpovědi se

nachází na posuzovací stupnici mezi hodnotami *někdy* (hodnota 3) a *většinou* (hodnota 4). (viz. Tabulka 1.)

*Tabulka 1. Hodnoty jednotlivých otázek dotazníku vnímané sociální opory*

otázka	průměr	modus	medián
1	3,56	5	4
2	3,66	4	4
3	3,66	4	4
4	3,53	5	4
5	3,73	4	4
6	3,71	5	4
7	3,59	3	3,5
8	3,67	4	4
9	3,26	4	3
10	3,54	3	3
11	3,61	5	4
12	3,56	3	3,5
13	3,34	3	3
14	3,59	5	4
15	3,07	3	3
16	3,63	4	4
17	3,51	3	3
18	3,40	3	3
19	3,67	5	4

Složku praktická intervence, kterou sytí otázky č. 1, 4, 11 a 14 charakterizuje průměrná hodnota odpovědí 3,57 a medián 4. Nejčastější odpovědí na otázky ze složky praktické intervence bylo, že opora je dostupná *vždy* (modus 5). Složku emocionální blízkost, kterou sytí otázky č. 5, 6, 9 a 19 charakterizuje průměrná hodnota odpovědí 3,59 a medián 4. Nejčastější odpovědí na otázky ze složky emocionální blízkost bylo, že opora je dostupná *většinou* (modus 4). Dimenzi chápající autorita, kterou sytí otázky č. 2, 3, 7, 8, 10, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19 charakterizuje průměrná hodnota odpovědí 3,51, a medián 3,5. Nejčastější odpovědí na otázky z dimenze chápající autorita bylo, že opora je dostupná *někdy* (modus 3). Pokud seřadíme vnímanou sociální oporu podle nejčastějších odpovědí, zjistíme, že nejčastěji je respondentům dostupná sociální opora ve formě praktické intervence (*vždy*), dále ve formě chápající autority (*většinou*) a nejméně často ve formě emocionální blízkosti (*někdy*). (viz. Tabulka 2.)

Tabulka 2. Hodnoty otázek ve složkách vnímané sociální opory.

	průměr	modus	medián
Praktická intervence	3,57	5	4
Emocionální blízkost	3,59	4	4
Chápající autorita	3,51	3	3,5

Při analýze dat jsem pracovala s průměrnými hodnotami složek vnímané sociální opory, jako s novými proměnnými, které jsem vypočítala jako součet hodnot otázek sytících danou složku u každého respondenta a vydělila jsem jej počtem respondentů.

Složka praktické intervence může nabývat hodnot 4 - 20. Průměrná hodnota složky praktická intervence v našem souboru je 14,3. Složka emocionální blízkosti může nabývat hodnot 4 - 20. Průměrná hodnota složky emocionální blízkost v našem souboru je 14,4. Složka chápající autority může nabývat hodnot 11 - 55. Průměrná hodnota složky chápající autorita v našem souboru je 38,6. Celková sociální opora může nabývat hodnot 19 – 95. Průměrná hodnota celkové sociální opory v našem souboru je 67,3. (viz. Tabulka 3.)

Tabulka 3. Hodnoty vnímané sociální opory (VSO)

	počet otázek	průměr	minimum	maximum
Praktická intervence	4	14,3	4	20
Emocionální blízkost	4	14,4	4	20
Chápající autorita	11	38,6	11	55
Celková VSO	19	67,3	19	95

### 6.3 Analýza dat z hlediska ověřování hypotéz

#### 6.3.1 Testování H1: Vnímání dostupnosti sociální opory a jejích složek u lidí s psychotickou a afektivní poruchou je ovlivněno jejich sociální sítí.

Předpokládám, že lidé s kvalitnější sociální sítí, budou vykazovat vyšší míru vnímané sociální opory (a jejích složek), než lidé, jejichž kvalita sociální sítě je nízká.

Za kvalitnější sociální síť v rámci tohoto výzkumu považuji širší škálu rolí, které respondent zastává v rámci skupiny osob, se kterou je v každodenním kontaktu v domácnosti, větší počet lidí žijících v jedné domácnosti, větší počet lidí označených za kamarády a nejbližší známé, se kterými je respondent v pravidelném kontaktu, pravidelný osobní kontakt s kamarády a nejbližšími známými, větší počet poskytovaných sociálních a doplňkových služeb Sdružení Práh, větší délku poskytování těchto služeb. Hypotézu považuji za potvrzenou, pokud se potvrdí ve více než polovině sledovaných indikátorů.

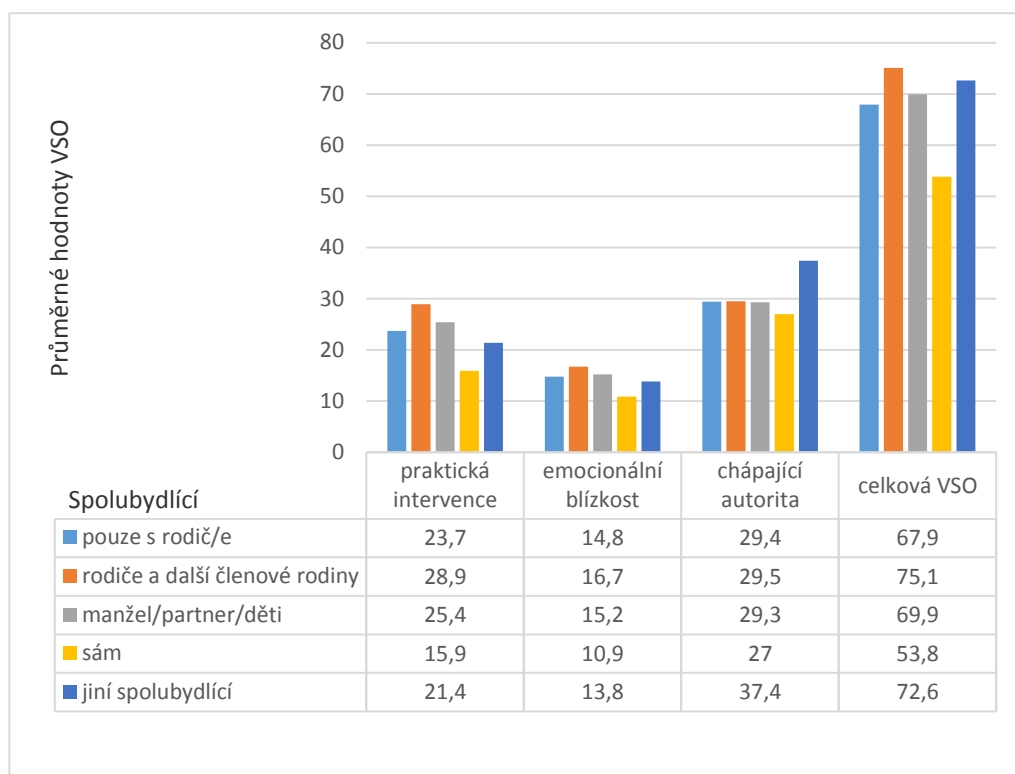
#### Vnímání dostupnosti sociální opory v závislosti na rozsahu sociálních rolí v rámci společného bydlení

Sociální síť respondentů jsem nejdříve zkoumala prostřednictvím otázky: *S kým žijete ve svém bydlišti*, která zjišťuje sociální role v rámci skupiny osob, se kterou je respondent v každodenním v kontaktu. Otázku zodpovědělo 70 respondentů. Původní kategorie vykazovaly nízké četnosti, proto jsem je sloučila do širších celků a vytvořila kategorie nové. 32% (22) respondentů žije se jedním nebo oběma rodiči, 20% (14) respondentů žije s manželem/manželkou, nebo s partnerem/partnerkou, a/nebo s dětmi (nezletilými i zletilými), 21% (15) respondentů žije s rodiči a dalšími členy rodiny, kromě již výše jmenovaných skupin, 20% (14) respondentů žije samo, 7% (5) respondentů žije s jinými spolubydlicími, např. v chráněném bydlení, se známými nebo kamarády.

Nejnižší hodnotu celkové vnímané sociální opory (dále jen VSO) i všech jednotlivých složek VSO vykazují respondenti, kteří bydlí sami. Nemají v rámci bytu

žádnou blízkou osobu, vůči které by zastávali nějakou roli. Respondenti, kteří žijí s rodiči, bez ohledu na jejich věk, zastávají jednu roli dítěte. Pokud pečují o starší rodiče, je možné, že celková VSO se u nich může ještě snížit.

Nejvyšší hodnotu celkové vnímané sociální opory (75,1) vykazují respondenti, kteří žijí v jednom bytě s rodiči a dalšími členy rodiny. Tato skupina vykazuje nejvyšší hodnotu ve složce praktické intervence (dále jen PI), která má hodnotu 28,9. Také ve složce emocionální blízkosti (dále jen EB) vykazují respondenti žijící v jednom bytě s rodiči a dalšími členy rodiny nejvyšší hodnotu (16,7). Lze se domnívat, že k dalším členům rodiny patří sourozenci, prarodiče, partneři rodičů. Určitě má vliv i větší počet lidí, žijících společně, ale také počet sociálních rolí, které musí v rámci nejbližšího okolí zastávat. O něco nižší hodnotu celkové vnímané sociální opory (72,6) mají respondenti žijící s jinými spolubydlíci. Lze se domnívat, že zde hrají pozitivní roli přátelské vztahy a s tím související role respondenta na úrovni rovný s rovným, než v rodině, kde můžeme očekávat větší hierarchii. Tuto domněnku může potvrzovat i vysoká hodnota položky chápající autorita (dále jen CHA), která má hodnotu 37,4. V rámci podporovaného bydlení může mít vliv i rozšíření o oporu ze strany pomáhajících profesí (viz. Graf 1.).

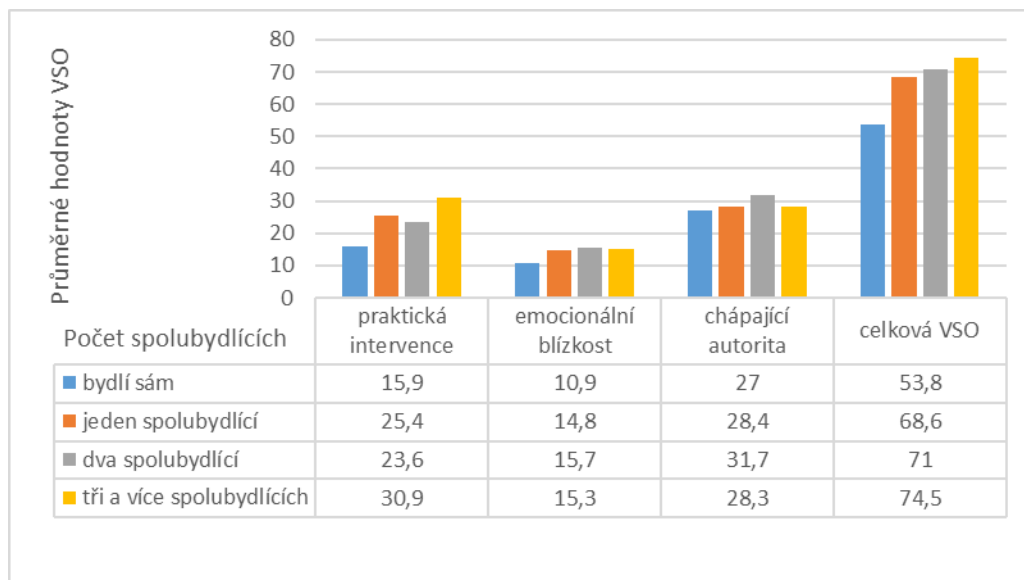


Graf 1. Průměrné hodnoty vnímané sociální opory (VSO) dle rozsahu sociálních rolí v rámci společného bydlení.

### Vnímání dostupnosti sociální opory dle počtu lidí žijících v jednom bytě

Údaj o počtu lidí žijících v jednom bytě vyplnilo 69 respondentů. 39% (27) respondentů má dva spolubydlící, u 26% (18) respondentů má jednoho spolubydlícího, 20% (14) respondentů žije samo, 15% (10) respondentů žije se třemi a více lidmi. Nejvyšší počet spolubydlících je sedm. Nejčastěji bydlí respondenti společně se dvěma lidmi, střední hodnota jsou 3 lidé, průměrný počet spolubydlících je 1,6.

Nejvyšší hodnotu celkové VSO (74,5) vykazují respondenti, kteří žijí v bytě se třemi a více spolubydlícími. Čím menší je počet spolubydlících, tím menší je hodnota celkové VSO. Také složka PI je nejvyšší u osob bydlících se třemi a více lidmi (30,9), nejnižší je u osob, které žijí samy. Nejvyšší hodnotu CHA (31,7) mají respondenti, kteří žijí se dvěma spolubydlícími, nejmenší hodnotu CHA (27) mají opět respondenti, kteří žijí sami. Nejvyšší hodnotu EB (15,7) mají respondenti, kteří žijí se dvěma spolubydlícími, nejmenší hodnotu EB (10,9) mají opět respondenti, kteří žijí sami (viz. Graf 2.).

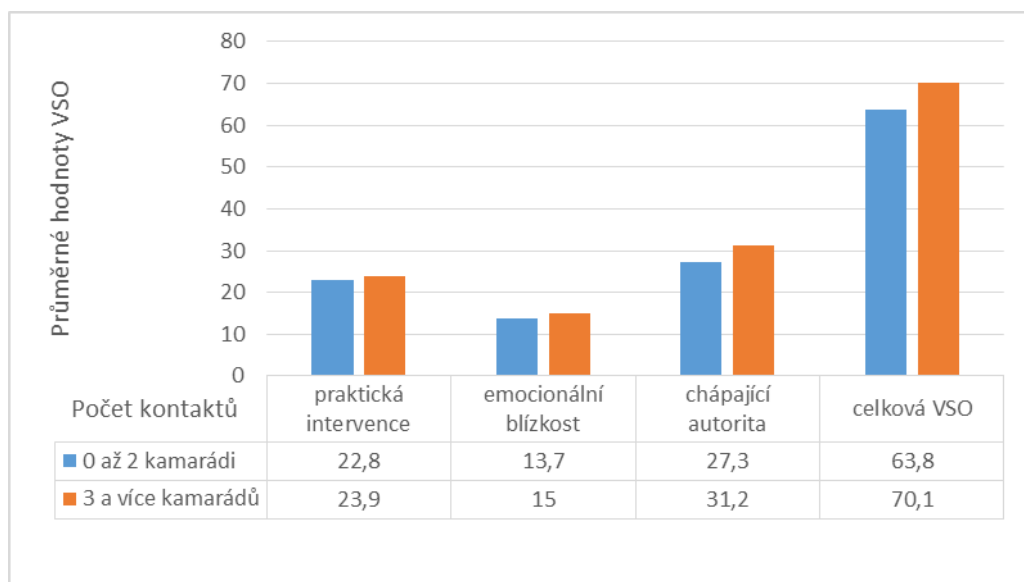


Graf 2. Průměrné hodnoty vnímané sociální opory (VSO) dle počtu lidí žijících v jednom bytě.

### Vnímání dostupnosti sociální opory dle počtu lidí označených za kamarády nebo nejbližší známé

Jako další charakteristiku sociální sítě jsem zjišťovala počet lidí, které respondenti označili za kamarády nebo nejbližší známé. 31% (22) respondentů uvádí pět a více těchto blízkých osob. 24% (17) respondentů uvádí, že má 3 až 4 kamarády nebo nejbližší osoby. 23% (16) respondentů uvádí, že má dva kamarády nebo nejbližší známé, 22% (15) respondentů udává, že má jednoho nebo žádného kamaráda nebo nejbližšího známého. Maximální uvedený počet kamarádů nebo nejbližších známých byl 18, nejčastěji uvedli respondenti počet dvou kamarádů nebo nejbližších známých, průměrný počet kamarádů nebo nejbližších známých byl čtyři, střední hodnota byla tři.

Vnímaná dostupnost sociální opory u respondentů, kteří uvedli, že jsou v pravidelném kontaktu se třemi a více kamarády a nejbližšími známými, má celkově i v jednotlivých složkách vyšší hodnoty než u respondentů, kteří jsou v pravidelném kontaktu se dvěma nebo méně kamarády a nejbližšími známými (viz Graf 3.).

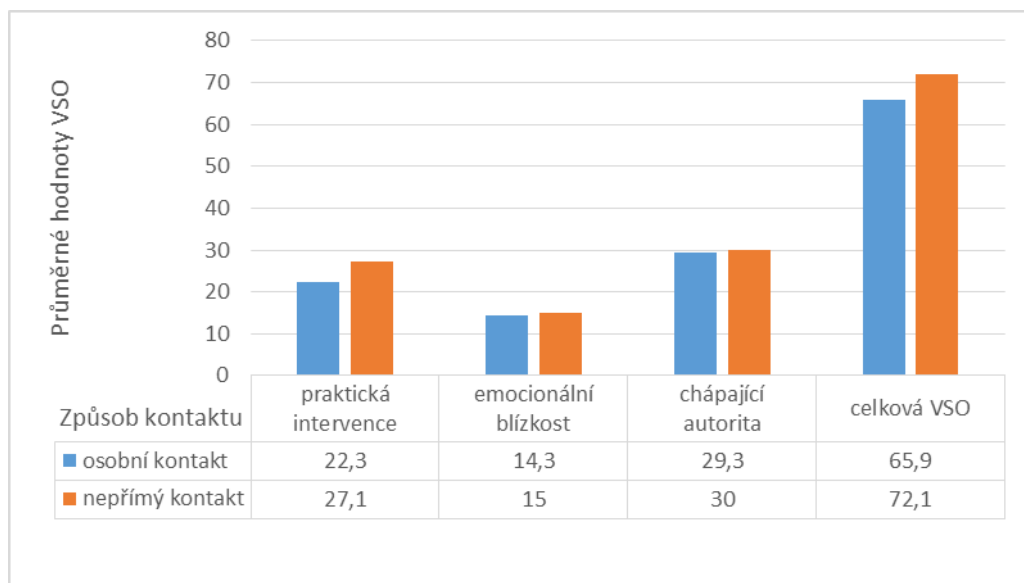


Graf 3. Průměrné hodnoty vnímané sociální opory (VSO) dle počtu lidí označených za kamarády nebo nejbližší známé.

## Vnímání dostupnosti sociální opory dle způsobu kontaktu s kamarády nebo nejbližšími známými

Jako nejčastější způsob kontaktu s kamarády nebo nejbližšími známými uvedlo 77% (54) respondentů osobní kontakt, 15% (10) respondentů telefonický kontakt, 4% (3) respondentů kontakt přes email a 4% (3) respondentů kontakt přes sociální síť.

Hodnoty VSO i všech jejích složek jsou oproti očekávání vyšší u respondentů, kteří mají nepřímý kontakt s kamarády nebo nejbližšími známými než u respondentů, kteří mají s kamarády a nejbližšími známými osobní kontakt. Rozdíly v hodnotách EB a CHA však nejsou příliš výrazné. O něco výraznější je rozdíl v hodnotách PI. Vzhledem k nepoměrným četnostem respondentů v porovnávaných skupinách, zvláště k nízké četnosti skupiny s nepřímým kontaktem (23%) je však otázkou, zda je možné považovat výsledky této analýzy za průkazné (viz Graf 4.).



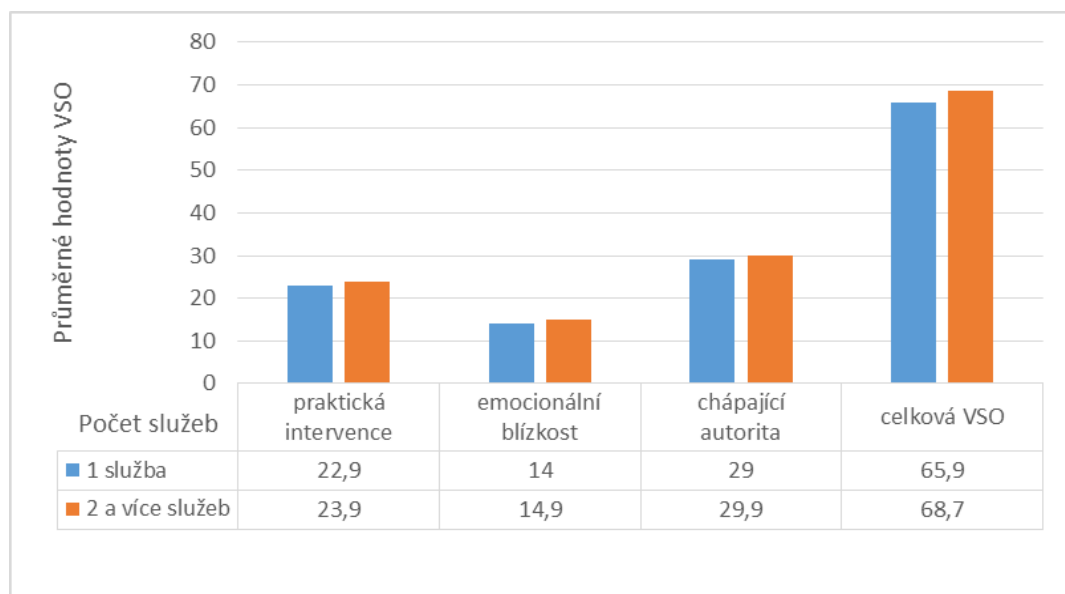
Graf 4. Průměrné hodnoty vnímané sociální opory (VSO) dle způsobu kontaktu s kamarády nebo nejbližšími známými.



### Vnímání dostupnosti sociální opory dle počtu poskytovaných služeb Sdružení Práh

Jako součást sociální sítě respondentů jsem zkoumala i sociální a doplňkové služby Sdružení Práh. 50% (35) respondentů využívá jednu službu, 33% (23) respondentů využívá dvě služby, 11% (8) respondentů využívá tři služby a 6% (4) respondenti využívají čtyři služby.

Vnímaná dostupnost sociální opory u respondentů, kteří využívají dvě a více služeb Sdružení Práh, má celkově i v jednotlivých složkách vyšší hodnoty než u respondentů, kteří využívají pouze jednu službu Sdružení Práh (viz. Graf 5.).



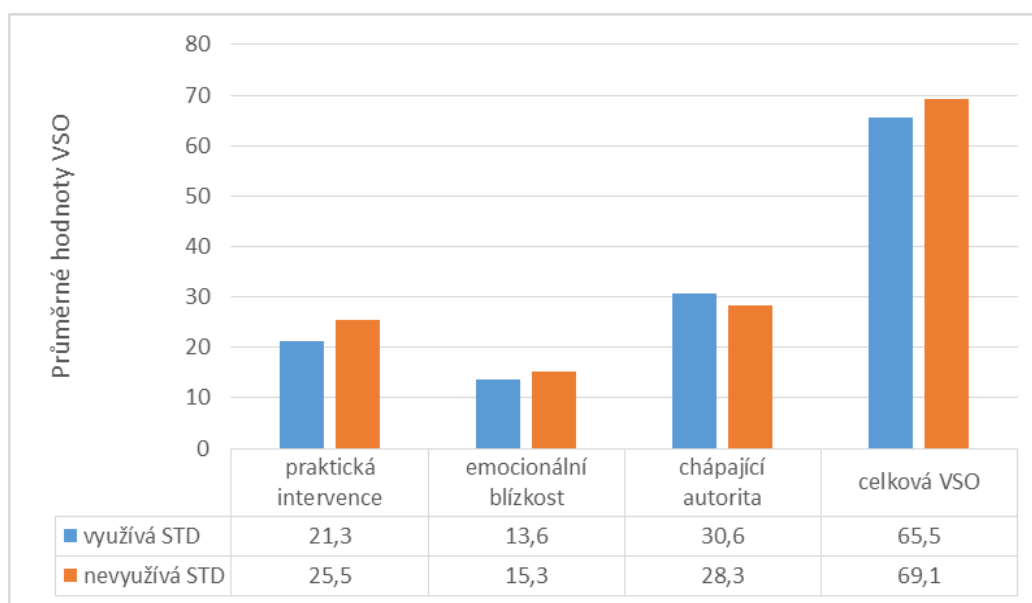
Graf 5. Průměrné hodnoty vnímané sociální opory (VSO) dle počtu poskytovaných služeb Sdružení Práh.

### Vnímání dostupnosti sociální opory dle druhu služeb poskytovaných Sdružením Práh

Protože byl údaj o druhu poskytovaných služeb zjišťován výčtem služeb, kde měli respondenti možnost zakroužkovat více služeb současně, nedává v tomto případě součet jednotlivých četností počet respondentů ve výběrovém souboru. Sociálně terapeutické dílny navštěvuje 50% (35) respondentů. 30% (21) respondentů využívá volnočasových

aktivit. 26% (18) respondentů chodí do centra denních služeb. 21% (15) respondentů využívá službu sociální rehabilitace. 20% (14) respondentů využilo službu odborného sociálního poradenství. 14% (10) respondentů pracuje v rámci služby podpora zaměstnávání. 6% (4) respondenti bydlí v chráněném bydlení. 4% (3) respondenti využívají službu podpora samostatného bydlení.

Pro srovnání vlivu jednotlivých sociálních služeb Sdružení Práh na vnímání dostupnosti sociální opory se nepodařilo sebrat dostatečné množství dat. Proto jsem provedla analýzu pouze u služby sociálně terapeutických dílen. Polovina respondentů využívá sociálně terapeutické dílny, druhá polovina respondentů tuto službu nevyužívá. Celková VSO (66,5), složky PI (21,3) a EB (13,6) jsou u respondentů, kteří využívají STD nižší než u respondentů, kteří STD nevyužívají. Hodnota složky CHA (30,6) je naopak vyšší ve skupině respondentů, která STD využívá. (viz. Graf 6.).

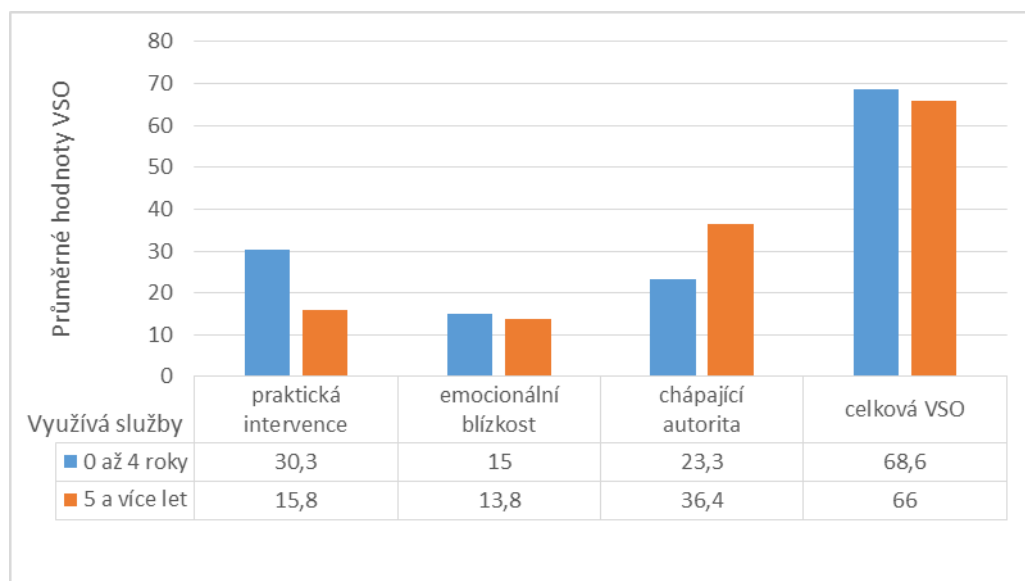


Graf 6. Průměrné hodnoty vnímané sociální opory (VSO) dle využívání sociálně terapeutické dílny (STD).

### Vnímání dostupnosti sociální opory dle délky využívání služeb Sdružení Práh

Zjišťovala jsem také délku poskytování sociálních a doplňkových služeb Sdružení Práh respondentům. 53% (37) respondentů využívá tyto služby čtyři nebo méně let. 47% (33) respondentů využívá tyto služby pět a více let. Nejkratší délka poskytování služeb respondentovi je méně než jeden rok, nejdéle využívá respondent služeb Sdružení Práh patnáctým rokem. Medián se vyskytuje na hodnotě 3 let. V průměru respondenti využívají služby už šest let. Nejčastěji využívají službu už jeden rok.

Vnímaná dostupnost sociální opory u respondentů, kteří využívají služby Sdružení Práh méně než čtyři roky je vyšší v celkové hodnotě, dále ve složkách PI a EB než u respondentů, kteří využívají služby déle jak pět let. U respondentů, kteří využívají sociální služby Sdružení Práh déle než pět let, je vyšší hodnota složky chápající autority (viz. Graf 7.).



Graf 7. Průměrné hodnoty vnímané sociální opory (VSO) dle délky využívání služeb Sdružení Práh.

### **6.3.2 Testování H2: Vnímání dostupnosti sociální opory a jejích složek u lidí s psychotickou a afektivní poruchou je ovlivněno průběhem jejich nemoci.**

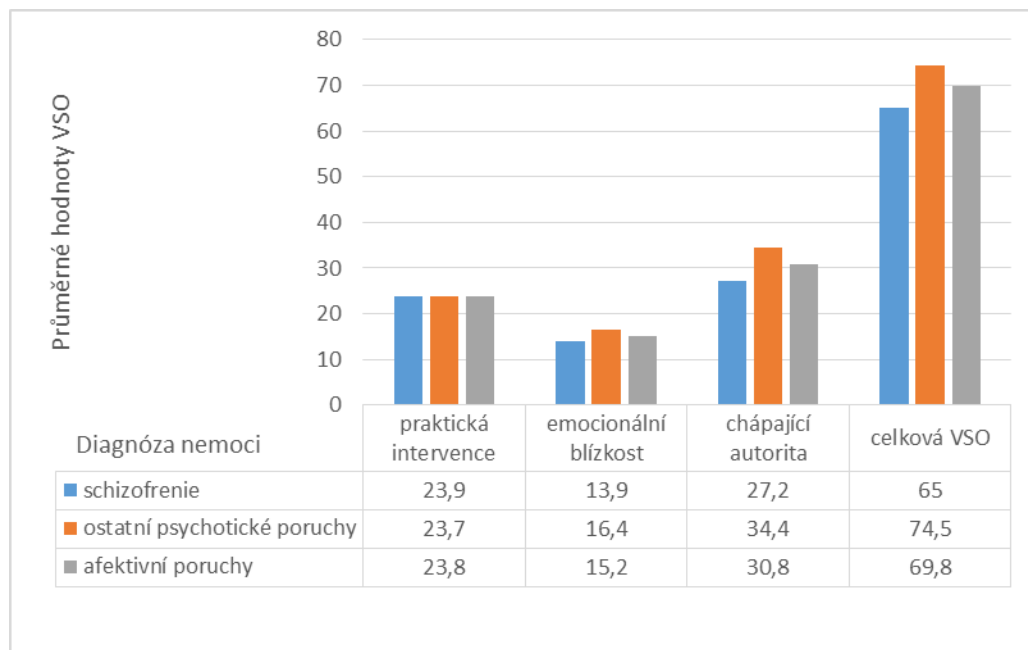
Předpokládám, že lidé, u kterých byl mírnější průběh nemoci, budou vykazovat vyšší míru vnímané sociální opory (a jejích složek), než lidé, s těžším průběhem nemoci.

Mírnějším průběhem nemoci rozumím kratší délku nemoci, menší počet hospitalizací, starší věk při propuknutí nemoci, delší počet let od poslední hospitalizace. Hypotézu považuji za potvrzenou, pokud se potvrdí ve více než polovině sledovaných indikátorů.

#### **Vnímání dostupnosti sociální opory dle diagnózy nemoci**

Rozložení výběrového souboru dle diagnostikovaného onemocnění je následující: 69% (48) tvoří osoby, které onemocněly schizofrenií, 21% (15) osob onemocnělo ostatními psychotickými poruchami, 10% (7) osob onemocnělo afektivními poruchami.

Nejvyšší míru celkové VSO (74,5) vykazovali lidé, kteří onemocněli psychotickými poruchami, kromě schizofrenie, nižší míru VSO (69,8) vykazovali lidé, kteří onemocněli afektivními poruchami, nejnižší míru VSO (65) vykazovali lidé, kteří onemocněli schizofrenií. Tento trend kopíruje i míra vnímání sociální opory i ve složkách emocionální blízkosti a chápající autority. Hodnoty vnímané sociální opory, co se týká praktické intervence, jsou u všech třech skupin onemocnění téměř shodné. Vzhledem k nepoměrnému zastoupení jednotlivých skupin onemocnění nebylo prováděno další třídění podle diagnózy (viz. Graf 8.).



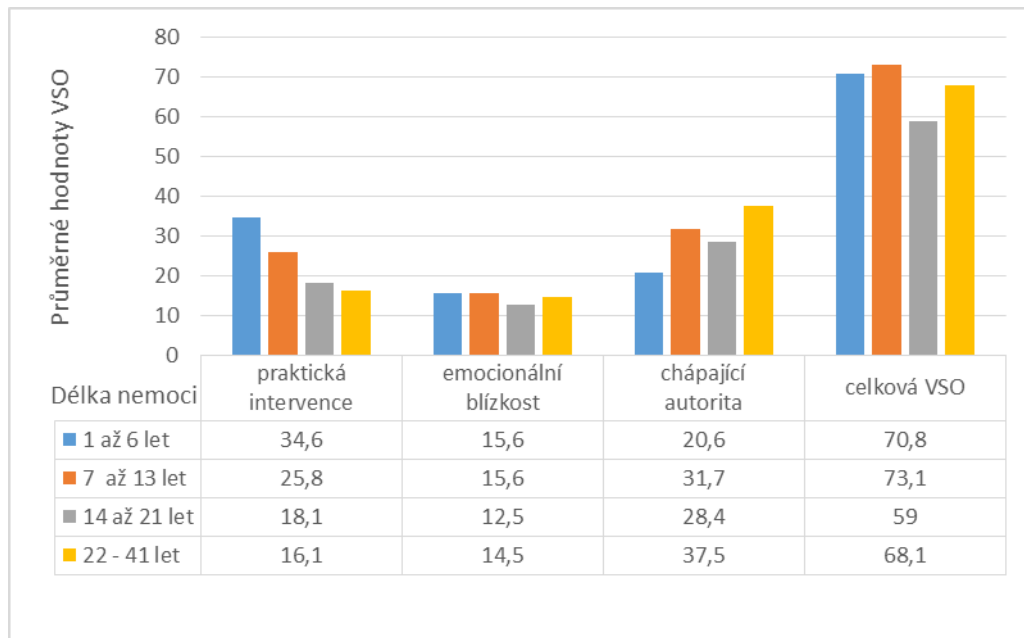
Graf 8. Průměrné hodnoty vnímané sociální opory (VSO) dle diagnózy.

### Vnímání dostupnosti sociální opory dle délky nemoci

Počet osob, jejichž data jsem analyzovala při zjišťování délky nemoci je 66, čtyři osoby tyto údaje nevyplnily. 24% (16) respondentů je nemocných 1 - 6 let, 29% (19) respondentů je nemocných 7 – 13 let, 24% (19) respondentů je nemocných 14 – 21 let a 23% (15) respondentů je nemocných 22 – 41 let. Minimální délka nemoci je jeden rok, maximální délka nemoci je 41 let. Průměrná délka nemoci respondentů je 15 let. Nejčastější hodnotou délky nemoci je 5 let. Medián je 13 let.

Vyšší hodnoty celkové VSO vykazují respondenti, kteří jsou nemocní maximálně 13 let. U respondentů, kteří jsou nemocní 14 -21 let je patrné výrazné snížení celkové VSO, kterého si lze povšimnout převážně ve složce chápající autority. Lidé nemocní 22 – 41 let vykazují opět vyšší míru celkové VSO, i když ne tak vysokou, jako lidé nemocní méně než 13 let. Míra vnímání sociální opory ve složce chápající autority je nejnižší u lidí nemocných kratší dobu. U lidí, kteří jsou nemocní 14 – 21 let, klesá, jak již bylo řečeno a u lidí nemocných déle než 22 let se opět zvyšuje. Ve složce emocionální blízkosti je nejvyšší míra VSO opět u lidí nemocných méně než 13 let, mezi 14. a 21. rokem nemoci je opět nižší a zvyšuje se u lidí nemocných déle než 22 let. Rozdíly nicméně nejsou tak veliké jako u složky CHA. Vnímání dostupnosti praktické

intervence je nevyšší u lidí nemocných do šesti let, v rostoucí délkou nemoci míra VSO v této složce klesá (viz Graf 9.).

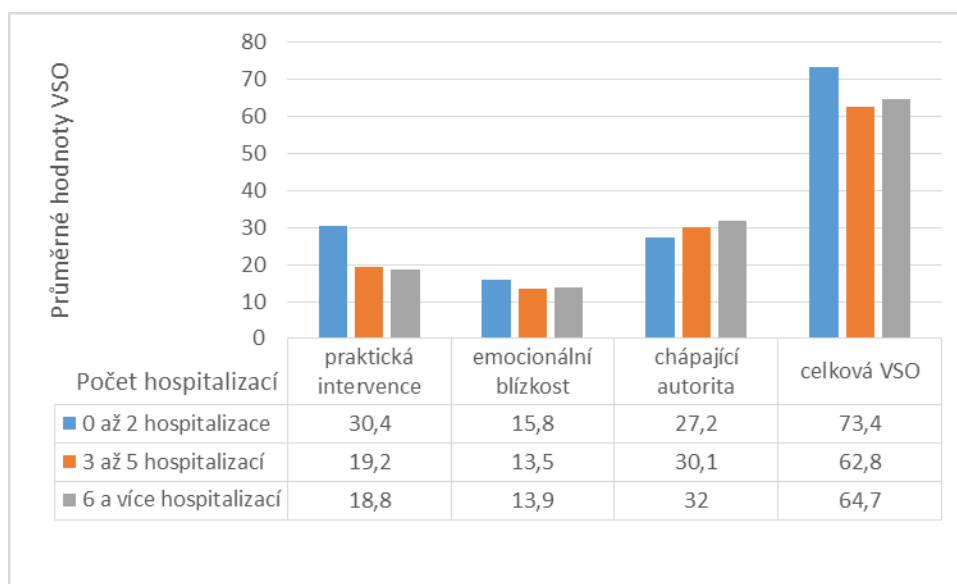


Graf 9. Průměrné hodnoty vnímané sociální opory (VSO) dle délky nemoci.

### Vnímání dostupnosti sociální opory dle počtu hospitalizací

Počet analyzovaných dat od respondentů při zjišťování počtu hospitalizací je 67, tři respondenti údaj nevyplnili. Nejnižší hodnotou je nula (respondenti se léčí ambulantně), maximální počet hospitalizací je čtyřicet. V průměru byli respondenti hospitalizováni 6x. Nejčastěji byli respondenti hospitalizováni 2x. Střední hodnotu tvoří 3 hospitalizace. 3% (2) respondentů nebyla hospitalizována vůbec, 16% (11) respondentů bylo hospitalizováno 1x, 21% (14) bylo hospitalizováno 2x, 11% (7) respondentů bylo hospitalizováno 3x, 9% (6) respondentů bylo hospitalizováno 4x, po 12% (8) respondentů bylo hospitalizováno 5x a 6x, 16% (11) respondentů bylo hospitalizováno 7x a více. Délky jednotlivých hospitalizací, ani časový údaj o rozmezí mezi jednotlivými hospitalizacemi jsem nesledovala.

Celková VSO je nejvyšší u lidí, kteří byli hospitalizováni maximálně dvakrát. U lidí hospitalizovaných častěji se celková VSO nižší. Stejně tak je tomu i ve vnímání dostupnosti sociální opory ve složkách praktické intervence a emocionální blízkost. Opačně je tomu v složce chápaní autorita, kde respondenti s vyšším počtem hospitalizací vnímají vyšší míru sociální opory než ti, co byli hospitalizováni méně často (viz Graf 10.).

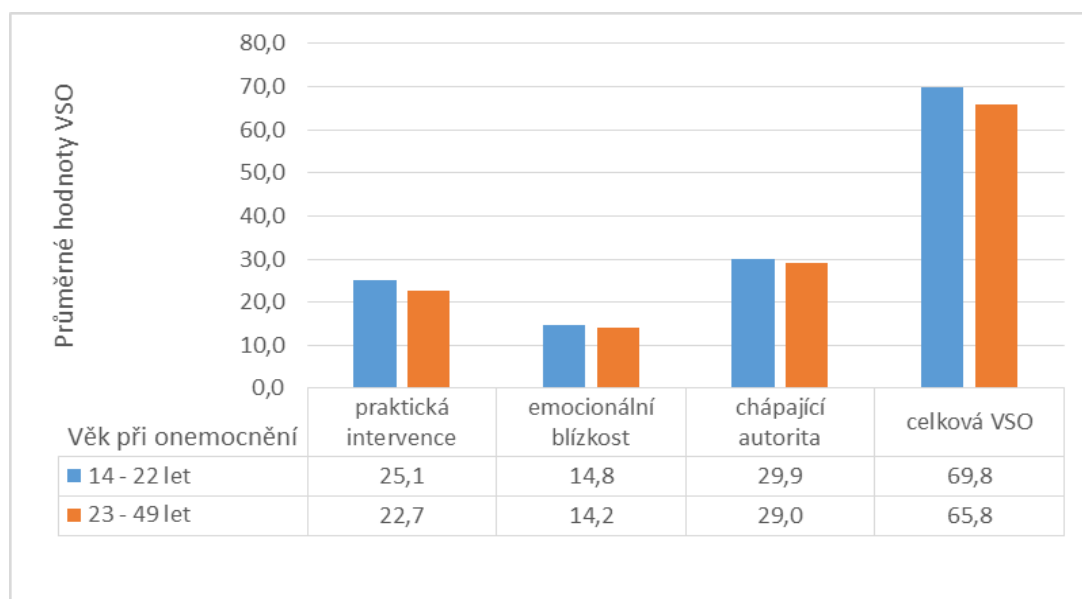


Graf 10. Průměrné hodnoty vnímané sociální opory (VSO) dle počtu hospitalizací.

### Vnímání dostupnosti sociální opory dle věku při propuknutí nemoci

Analýza věku při propuknutí onemocnění proběhla u 64 respondentů, čtyři respondenti údaj nevyplnili. Při dalších výpočtech byly odstraněny dvě krajní hodnoty (propuknutí nemoci ve 4 letech a v 54 letech). V takto upraveném souboru pak nejnižší věk onemocnění činil 14 let, nejvyšší 49 let. Střední hodnota je 22 let, nejčastěji respondenti onemocněli v 18 letech, průměrný věk při onemocnění byl 24 let. Byly vytvořeny čtyři věkové kategorie, jejichž rozložení je následující: 30% (19) respondentů onemocnělo mezi 14. a 18. rokem, 25% (16) respondentů onemocnělo mezi 19. a 22. rokem, 23% (15) respondentů onemocnělo mezi 23. a 26 rokem, 22% (14) respondentů onemocnělo mezi 27. a 49. rokem života.

Míra celkové vnímané sociální opory (včetně všech jejích složek) je vyšší u lidí, kteří onemocněli mezi 14. a 22. rokem než u lidí, kteří onemocněli ve věku 23 – 49 let. Rozdíly nicméně nejsou příliš markantní. Nejzřetelnější rozdíl je patrný u složky praktická intervence, která má u lidí do 22 let hodnotu 25,1. U lidí nad 22 let má složka praktické intervence hodnotu 22,65 (viz. Graf 11.).



Graf 11. Průměrné hodnoty vnímané sociální opory (VSO) dle věku při propuknutí nemoci.

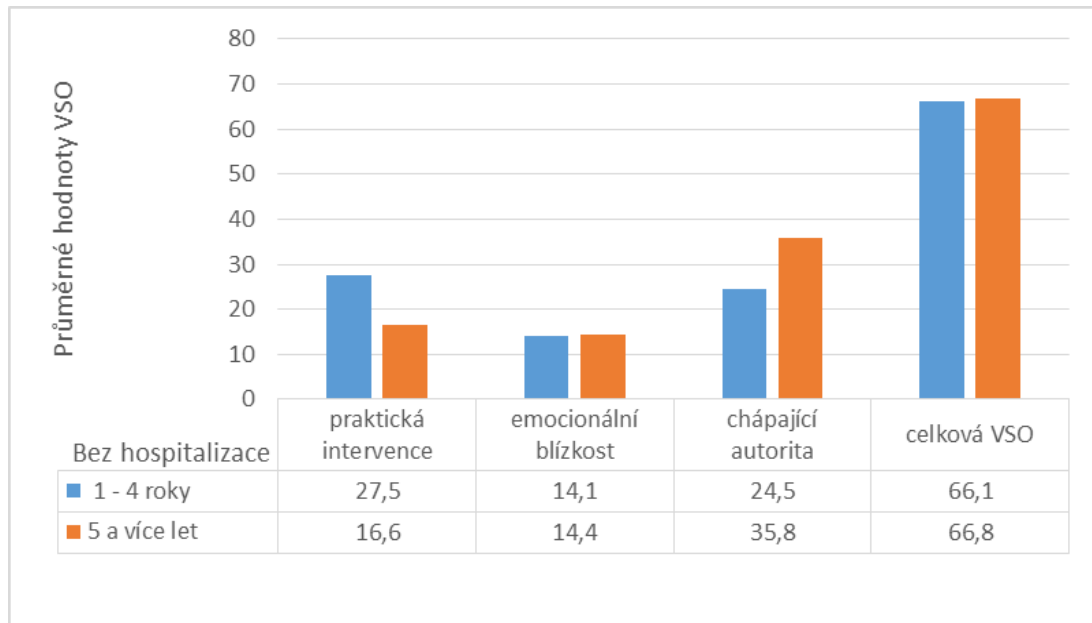
### Vnímání dostupnosti sociální opory dle počtu let od poslední hospitalizace

Údaj o poslední hospitalizaci jsem sledovala u 65 respondentů, pět respondentů údaj nevyplnilo. Nejkratší doba od poslední hospitalizace je jeden rok, nejdelší doba od poslední hospitalizace je 15 let. Nejčastěji byli respondenti hospitalizovaní před rokem, medián je 4 roky, průměrný počet let od poslední hospitalizace je téměř 5 let. Soubor jsem rozdělila do dvou skupin: skupina 1 – 4 roky bez hospitalizace tvoří 62% (40) respondentů, skupina 5 a více let bez hospitalizace tvoří 38% (25) respondentů.

Celková VSO u lidí kteří byli naposled hospitalizovaní před více jak pěti lety je téměř stejná, jako u lidí, kteří jsou bez hospitalizace kratší dobu. Při bližším pohledu na jednotlivé složky si můžeme všimnout toho, že zatímco vnímání dostupnosti praktické



intervence je vyšší u lidí, kteří byli hospitalizováni nedávno, vnímání dostupnosti chápající autority je vyšší u lidí, kteří byli naposledy hospitalizováni před delší dobou. Vnímání emocionální blízkosti je u obou skupin zhruba stejné (viz Graf 12.).

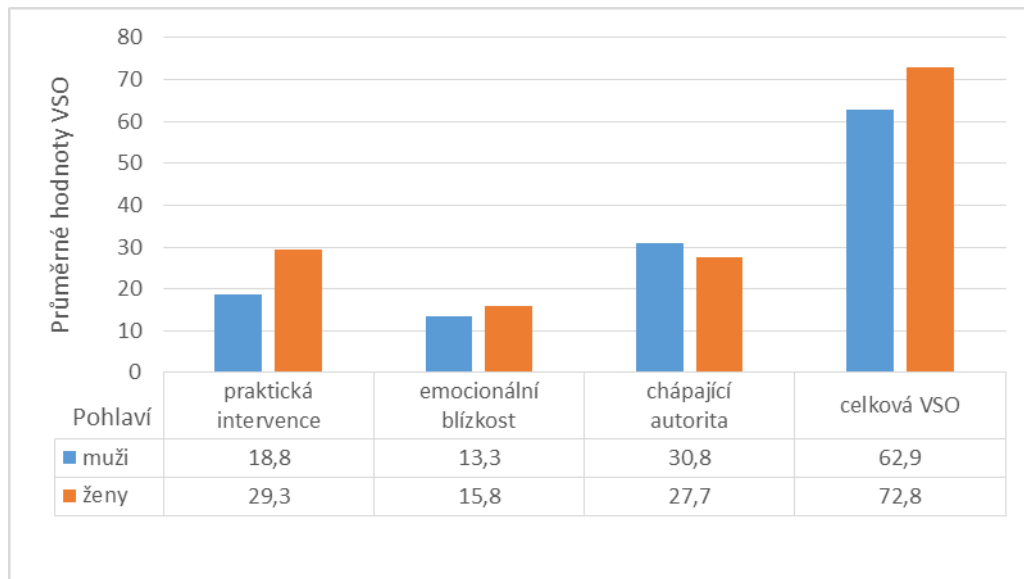


Graf 12. Průměrné hodnoty vnímané sociální opory (VSO) dle počtu let od poslední hospitalizace.

### 6.3.3 Testování H3: Vnímání dostupnosti sociální opory a jejich složek u lidí s psychotickou a afektivní poruchou je závislé na demografických charakteristikách.

#### Vnímání dostupnosti sociální opory v závislosti na pohlaví respondentů

Vyšší hodnoty celkové vnímané sociální opory vykazují ženy (72,8) než muži (62,9). Stejně tak je tomu i v dimenzích praktická intervence a emocionální blízkost. Naopak v dimenzi chápající autorita vykazují vyšší míru vnímané sociální opory muži (viz Graf 13.).

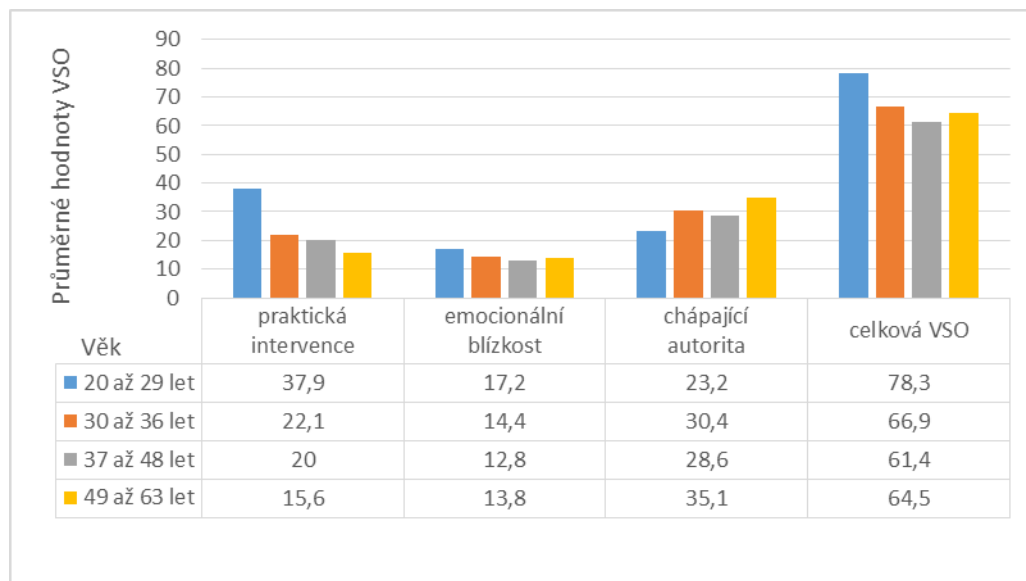


Graf 13. Průměrné hodnoty vnímané sociální opory (VSO) dle pohlaví.

### Vnímání dostupnosti sociální opory v závislosti na věku respondentů

Nejvyšší míru ve vnímání celkové sociální opory vykazuje nejmladší věková skupina 20 – 29 let (78,3). O něco nižší míru ve vnímání celkové sociální opory vykazuje věková skupina 30 – 36 let (66,9), kterou následuje skupina ve věku 49 – 63 let (64,5) a dále věková skupina 37 – 48 let. Nejvyšší míru ve vnímání dostupnosti praktické intervence má také nejnižší věková skupina 20 – 29 let (37,9). Tato míra s rostoucím věkem klesá a to až na hodnotu 15,6 u věkové skupiny 49 – 63 let.

Vnímání míry dostupnosti emocionální intervence kopíruje celkovou vnímanou sociální oporu. Nejvyšší míru ve vnímání dostupnosti emocionální blízkosti má opět věková skupina 20 – 29 let (17,2). Menší míra vnímání dostupnosti je ve skupině 30 – 36 let (14,4), dále ve skupině 49 – 63 let (13,8) a nejmenší ve skupině 37 – 48 let (12,8). Vnímání dostupnosti chápaní autority je nejvyšší ve skupině 49 – 63 let (35,1), dále ve skupině 30 – 36 let (30,4), ve skupině 37 – 48 let (28,6) a nejméně v nejmladší skupině 20 – 29 let (23,2). (viz Graf 14.).

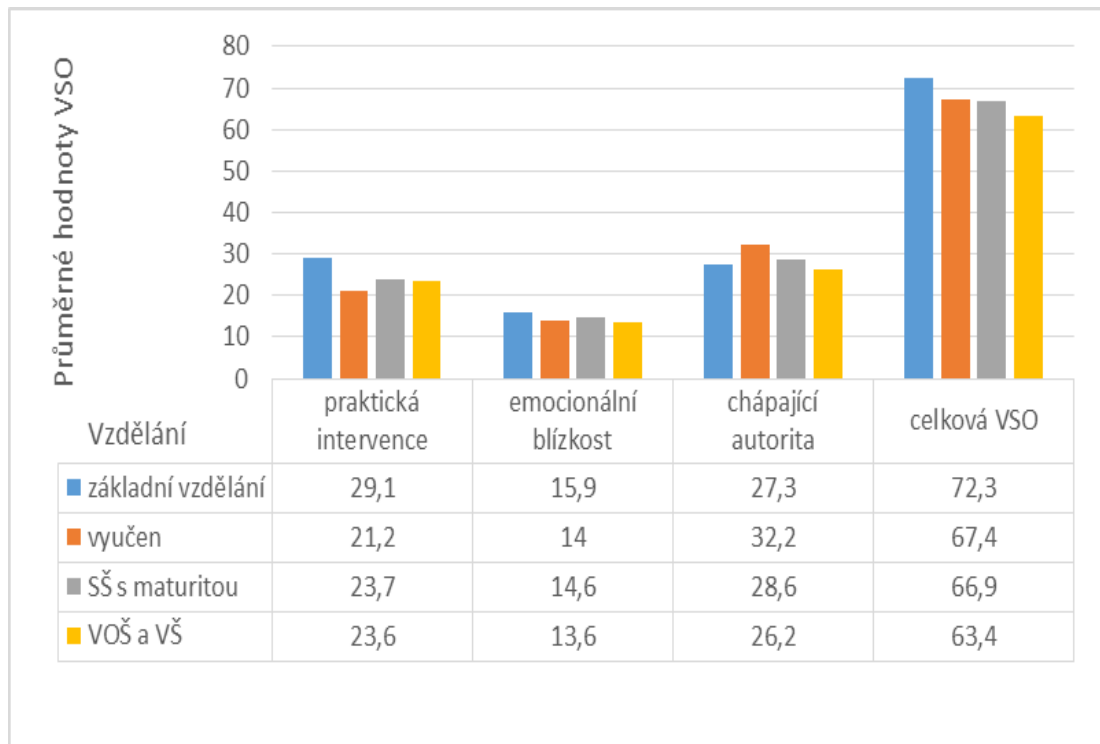


Graf 14. Průměrné hodnoty vnímané sociální opory (VSO) dle věku.

### Vnímání dostupnosti sociální opory v závislosti na nejvyšším dosaženém vzdělání

Nejvyšší míru celkové vnímané sociální opory vykazují lidé se základním vzděláním (72,3), dále v přibližně stejné míře lidé vyučení (67,4) a lidé s maturitou (66,9). Nejnižší míru celkové vnímané sociální opory vykazují absolventi VŠ a VOŠ (63,4).

Nejvyšší míru vnímání dostupnosti praktické intervence vykazují lidé se základním vzděláním (29,1), dále téměř shodně lidé s maturitou (23,7) a absolventi VŠ a VOŠ (23,6). Nejnižší míru dosahují lidé vyučení (21,2). Hodnoty ve vnímání dostupnosti emocionální blízkosti jsou si velmi blízké. Nejvyšší míru vykazují lidé se základním vzděláním (15,9), dále lidé s maturitou (14,6), vyučení (14) a nejméně absolventi VŠ a VOŠ (13,6). Nejvyšší míru ve vnímání dostupnosti chápaní autority vykazují lidé vyučení (32,2), dále lidé s maturitou (28,6), lidé se základním vzděláním (27,3) a nejnižší absolventi VŠ a VOŠ (26,2). (viz. Graf 15.).



Graf 15. Průměrné hodnoty vnímané sociální opory (VSO) dle nejvyššího dosaženého vzdělání.

## 7 VYHODNOCENÍ STANOVENÝCH HYPOTÉZ

**H1: Vnímání dostupnosti sociální opory a jejích složek u lidí s psychotickou a afektivní poruchou je ovlivněno jejich sociální sítí.**

Větší míru vnímané sociální opory vykazovali respondenti s větším rozsahem sociálních rolí než respondenti s menším rozsahem rolí. Ve složkách praktické intervence a emocionální blízkosti to byli respondenti žijící s rodiči a dalšími členy rodiny, ve složce chápající autority respondenti žijící s jinými lidmi než s rodinou.

Větší míru celkové vnímané sociální opory mají respondenti žijící s větším počtem lidí v jedné domácnosti než lidé, kteří žijí sami. Hodnota praktické intervence je nejvyšší tam, kde žijí tři a více spolubydlících. U složek emocionální blízkost a chápající autorita vykazují nejvyšší očekávání míry sociální opory lidé se dvěma spolubydlícími.

Větší míru vnímané sociální opory ve všech složkách vykázali respondenti, kteří uvedli větší počet kamarádů a nejbližších známých, než lidé s menším množstvím kontaktů.

Větší míru vnímané sociální opory ve všech složkách také vykázali respondenti využívající více sociálních služeb Sdružení Práh, než ti, co využívají menší počet služeb.

Oproti předpokladu uvedli větší míru vnímané sociální opory respondenti, kteří nejsou v přímém kontaktu se svými kamarády a nejbližšími kamarády. Je otázkou, zda je při nerovnoměrném rozložení souboru tento výsledek považovat za průkazný.

Oproti předpokladu vykázali větší míru celkové sociální opory a složek praktické intervence a emocionální blízkost lidé, kteří nevyužívali službu sociálně terapeutických dílen a také lidé, kteří využívají služby Sdružení Práh méně než 4 roky. Obráceně je tomu ve složce chápající autorita, kde je větší míra vnímané sociální opory u lidí, kteří sociální službu sociálně terapeutické dílny využívají a u lidí využívajících služby déle než pět let.

## Závěr k testování H1

Sledovala jsem sedm znaků sociální sítě. Ve čtyřech z nich se předpoklady potvrdily, ve dvou byly výsledky odlišné oproti očekávání, v jednom nejsou výsledky průkazné. Výsledky se potvrdily ve více jak polovině indikátorů, považuji tedy za potvrzenou hypotézu, že vnímání dostupnosti sociální opory a jejích složek u lidí s psychotickou a afektivní poruchou je ovlivněno jejich sociální sítí a to tak, že lidé s kvalitnější sociální sítí vykazují vyšší míru vnímané sociální opory, než lidé, jejichž kvalita sociální sítě je nízká.

## **H2: Vnímání dostupnosti sociální opory a jejích složek u lidí s psychotickou a afektivní poruchou je ovlivněno průběhem jejich nemoci.**

Nejnižší hodnoty vnímané sociální opory vykazovali respondenti, kteří onemocněli schizofrenií, vyšší hodnoty vykazovali respondenti, kteří onemocněli afektivními poruchami a nejvyšší hodnoty vykazovali respondenti s jinými psychotickými poruchami.

Respondenti, kteří jsou nemocní kratší dobu, vykazovali vyšší míru v celkovém vnímání sociální opory, a také ve složkách praktické intervence a emocionální blízkosti. Ve složce chápající autority vykazovali vyšší míru vnímané sociální opory respondenti, kteří jsou nemocní déle.

Respondenti s menším počtem hospitalizací vykazovali vyšší míru v celkovém vnímání sociální opory, a také ve složkách praktické intervence a emocionální blízkosti. Ve složce chápající autority vykazovali vyšší míru vnímané sociální opory respondenti, kteří byli hospitalizováni častěji.

Respondenti, kteří onemocněli ve starší věku, vykazují oproti respondentům, kteří onemocněli v mladším věku, nižší míru vnímané sociální opory celkově i ve všech jejích složkách.

Míra celkové VSO u respondentů, kteří byli naposledy hospitalizováni nedávno a těmi, kteří byli naposled hospitalizováni před delší dobou, je téměř shodná. Totéž platí i ve složce emocionální blízkosti. Ve složce praktické intervence vnímají vyšší sociální

oporu respondenti, kteří byli hospitalizovaní nedávno. Ve složce chápající autority je tomu naopak.

### **Závěr k testování H2**

Kromě diagnostikovaného onemocnění, kde je malé zastoupení jednotlivých skupin onemocnění, a nelze tedy spolehlivě konstatovat platnost výsledků, jsem sledovala čtyři znaky průběhu onemocnění. Ve dvou z nich se předpoklady potvrdily, kromě složky chápající autority, v dalších dvou se výsledky nepotvrdili. Protože nedošlo k potvrzení výsledků ve více jak v polovině indikátorů, můžeme hypotézu o závislosti vnímání dostupnosti sociální opory na průběhu onemocnění, ve smyslu, že lidé s mírnějším průběhem onemocnění vykazují vyšší míru vnímané sociální opory, zamítnout.

### **H3: Vnímání dostupnosti sociální opory a jejich složek u lidí s psychotickou a afektivní poruchou je závislé na demografických charakteristikách.**

Potvrdila se závislost celkové vnímané sociální opory na pohlaví, věku a dosaženém vzdělání. Ženy, mladší lidé a lidé s nižším vzděláním vykazovali vyšší míru vnímané sociální opory oproti mužům, starším lidem a lidem s vyšším vzděláním. K podobným výsledkům jsme dospěli i v rámci dimenze praktická intervence a emocionální blízkost. V dimenzi chápající opory tento závěr platí ve vztahu ke vzdělání, neplatí však ve vztahu k pohlaví a věku. Vyšší míru vnímané sociální opory v této dimenzi vykazují muži a starší lidé.

### **Závěr k testování H3**

Sledovala jsem tři demografické charakteristiky. Ve všech třech se předpoklady potvrdili, kromě složky chápající autority. Hypotézu o závislosti vnímání dostupnosti sociální opory na pohlaví, věku a nejvyšším dosaženém vzdělání, ve smyslu, že ženy,

mladší lidé a lidé s nižším vzděláním vykazují vyšší míru vnímané sociální opory, považují za potvrzenou.



## 8 DISKUSE

Cílem výzkumu bylo zjistit, jaká je sociální opora u lidí, kteří onemocněli psychotickou a afektivní poruchou. Pro nás bylo důležité zjistit, jak nemocní lidé vnímají dostupnost této opory ve vztahu k jejich sociální síti, k dosavadnímu průběhu onemocnění a zda jsou rozdíly ve vnímání dostupnosti sociální opory mezi pohlavími, v různých věkových kategoriích a vzhledem k dosaženému vzdělání. Tato zjištění jsou pro nás důležitá proto, že sociální opora je součástí procesu zotavování se z nemoci, a jejich poznáním můžeme lépe napomoci dobrému sociálnímu fungování lidí s psychotickým onemocněním a afektivním onemocněním a přispět tak k tomu, aby se ve svém životě cítili dobře.

Výsledky výzkumu přinesly následující zjištění: Respondenti hodnotili dostupnost celkové sociální opory hodnotou 67,3 (možné maximum je 95). Dostupnost praktické pomoci hodnotili hodnotou 14,3 (možné maximum je 20), dostupnost emocionální opory hodnotou 14,4 (možné maximum je 20) a oporu ve formě chápající autority hodnotou 38,6 (možné maximum je 55). Nejčastější odpovědí na vnímání dostupnosti praktické opory bylo, že je k dispozici *vždy*. Opora ve formě emocionální blízkosti je nejčastěji dostupná *většinou*. Chápající autorita je dostupná *někdy*.

Podle Bellse et al. (1984, s. 399) mají lidé se schizofrenií nezvykle malý okruh lidí, kteří jim pomáhají. Jestli se to odráží i na jejich vnímání dostupnosti sociální opory můžeme zjistit porovnáním s jinou cílovou skupinou. Žáková (2013, s. 65) prováděla s využitím dotazníku vnímané sociální opory MOS výzkum na souboru seniorů a došla k těmto závěrům. Celková vnímaná sociální opora měla u seniorů hodnotu 74,88, praktická intervence hodnotu 17,08, emocionální blízkost 15,58 a chápající autorita 42,21. Ve srovnání s tímto souborem seniorů opravdu vykazují lidé s psychotickou a afektivní poruchou v našem souboru nižší míry vnímané sociální opory.

Potvrdila se hypotéza o vztahu vnímané sociální opory se sociální sítí ve smyslu, že lidé s kvalitnější sociální sítí vykazují vyšší míru vnímané sociální opory, než lidé, jejichž kvalita sociální sítě je nízká.

Lidé žijící s více lidmi v jednom bytě, s větším rozsahem sociálních rolí v prostředí domácnosti, kteří uvedli větší počet kamarádů a nejbližších známých a s větším počtem

poskytovaných sociálních služeb vykazali větší míru vnímané sociální opory. Platí to i pro dimenzi praktické intervence a emocionální blízkosti.

Neočekávané bylo zjištění, že větší míru celkové sociální opory (i praktické intervence, emocionální blízkosti a chápající autority) vykazují lidé, kteří jsou se svými kamarády v nepřímém kontaktu (telefonicky, emailem, přes sociální sítě). Tuto skutečnost můžeme snad vysvětlit tím, že lidé, se kterými jsou v kontaktu osobně, mohou být častěji, jak zdrojem opory, tak zdrojem stresu a mezilidských konfliktů. Osoby, se kterými nejsou v přímém kontaktu, mohou mít idealizované a mít od nich větší očekávání.

Dále se nepotvrdilo, že delší doba poskytování sociální služby, vede většímu vnímání dostupnosti sociální opory (i v dimenzích praktické intervence a emocionální blízkosti). Troufám si nabídnout vysvětlení, že stejně tak, jako osoby, se kterými je člověk v přímém kontaktu, mohou být také sociální služby, jak zdrojem podpory, tak zdrojem konfliktů. Delší doba poskytování sociální služby také může utvrzovat uživatele služby v jeho neschopnosti posunout se dál a snižovat jeho sebevědomí, může také prohlubovat jeho stigmatizaci. Přestože se mu může dostávat náklonnosti, laskavého jednání a soucítění, může malá míra očekávané sociální opory svědčit o jeho rezignaci na situaci. Dimenze chápající autority byla u lidí využívajících sociální služby delší dobu, naopak vyšší. Můžeme se domnívat, že to je způsobeno známostí prostředí a profesionálů a zkušeností s tím, že opora ve formě naslouchání, vyslechnutí, sdílení, poskytnutí rady, pomoci při orientaci v situaci je zde k dispozici.

Hypotéza o vztahu vnímané sociální opory a průběhu nemoci se nepotvrdila. Předpoklad, že lidé s mírnějším průběhem onemocnění budou vykazovat vyšší míru vnímané sociální opory, byl mylný. Zřejmě zde hrají větší roli jiné intervenující proměnné. V rámci průběhu nemoci by mohly mít vliv sociální situace člověka před onemocněním a okolnosti onemocnění, přístup člověka k nemoci, jeho osobnostní vlastnosti. Důležitou roli také mohou sehrávat postoje a očekávání pomáhajících příbuzných a pracovníků v pomáhajících organizacích (Bells et al., 1984, s. 399).

Potvrzen byl pouze vliv kratší délky nemoci a menšího počtu hospitalizací na vnímání větší míry dostupnosti celkové sociální opory a dimenzí praktické intervence a emocionální blízkosti. V dimenzi chápající autority se tento vztah nepotvrdil. Větší míru dostupnosti pozitivní sociální interakce a emocionální a informační opory vykazovali lidé

nemocní delší dobu a lidé častěji hospitalizovaní. Větší míru této opory také vnímají lidé, kteří byli naposled hospitalizovaní před delší dobou, než lidé hospitalizovaní nedávno.

Větší míru vnímané sociální opory ve všech dimenzích vykazují oproti očekávání lidé, kteří onemocněli v mladším věku. Při stanovování hypotézy jsme vycházeli z poznatku, že onemocnění v mladším věku má horší prognózu. Tato informace nemusí být nemocným předem známa. Protože mohou mít méně negativních životních zkušeností a dostatek psychických sil na to, aby si udržely naději na uzdravení, je možné, že mají i větší víru, že jim ostatní pomůžou. Délka doby od poslední hospitalizace je proměnnou, která má na vnímání sociální opory malý vliv v oblasti emocionální blízkosti. V oblasti praktické intervence se ukázalo, že větší míru dostupnosti sociální opory vykazují lidé, kteří byli hospitalizovaní před jedním až čtyřmi roky.

Potvrdil se předpoklad, že na vnímání dostupnosti sociální opory v oblasti praktické intervence a emocionální blízkosti mají vliv pohlaví, věk a dosažené vzdělání, ve smyslu, že ženy, mladší lidé a lidé s nižším vzděláním vykazují vyšší míru vnímané sociální opory. V oblasti chápající autority vykazují vyšší míru vnímání dostupnosti sociální opory muži, starší lidé a lidé s vyšším vzděláním. Může to souviset mimo jiné s tím, že pro starší muže a ženy nabývá na významu potřeba mít důvěrného člověka (Křivohlavý, 2009, s. 110).

## 9 SHRNUÍ PRAKTICKÉ ČÁSTI A DOPORUČENÍ

V úvodu praktické části byl stanoven cíl výzkumu a výzkumné hypotézy. Výzkum byl proveden s pomocí dotazníku vnímané sociální opory MOS na souboru sedmdesáti respondentů ve Sdružení Práh v Brně v únoru 2014. Respondenti byli do výzkumu vybráni účelovým výběrem. Sebraná data byla statisticky zpracována s využitím programu Microsoft Excel 2013 a následně analyzována.

Duševní onemocnění je velkým zásahem do života člověka. Nemoc změní jeho dosavadní životní styl, ovlivní vztahy v rodině, s přáteli, studium nebo práci, způsob trávení volného času. Člověk musí přehodnotit své priority a naučit se žít s hendikepou, který nemoc přináší. Tuto náročnou životní situaci pomáhá zvládnout i přesvědčení, že jsou nablízku lidé, kteří jsou ochotni a připraveni pomoci.

V našem výběrovém vzorku jsme dospěli k závěru, že lidé s psychotickou a afektivní poruchou hodnotili dostupnost celkové sociální opory nižší hodnotou než senioři ve výzkumu Žákové (2013, s. 65). Dá se usuzovat, že s ohledem na menší sociální síť budou vnímat i nižší dostupnost sociální opory, než jiné skupiny obyvatel.

Za nejdostupnější považují lidé s psychotickou a afektivní poruchou praktickou oporu, dále oporu ve formě emocionální blízkosti. Oporu ve formě pozitivní sociální interakce spojenou s emocionální a informační oporou považují za dostupnou někdy.

Ženy, mladší lidé a lidé s nižším vzděláním vykazují vyšší míru vnímané sociální opory. V oblasti chápající autority vykazují vyšší míru vnímání dostupnosti sociální opory muži, starší lidé a lidé s vyšším vzděláním. S vědomím těchto poznatků je vhodné podpořit sociální síť skupin, které vykazují nižší míru vnímané sociální opory.

Vliv mírnějšího průběhu nemoci na vnímání sociální opory se neprokázal. Je žádoucí podpořit nemocného hned na začátku onemocnění. Je to období, kdy si uvědomuje ztrátu praktických a sociálních dovedností a kdy nejvíce očekává praktickou a emocionální podporu. Tu mu lze poskytnout při zvládnutí chodu domácnosti, při vyřizování na úřadech, při řešení neodkladných záležitostí, k návratu ke studiu, do práce. Emocionální oporu může poskytnout rodina a přátelé zájmem o nemocného. Profesionálové mohou být rodině nápomocni v tom, že jí poskytnou informace o nemoci a vysvětlí jim možné změny v chování nemocného a poradí, jak se k nemocnému chovat.

Protože se prokázalo, že lidé s kvalitnější sociální sítí (žijící s více lidmi v jednom bytě, s větším rozsahem sociálních rolí v prostředí domácnosti, kteří uvedli větší počet kamarádů a nejbližších známých a s větším počtem poskytovaných sociálních služeb) vykazali větší míru vnímané sociální opory v praktické a emocionální oblasti, považujeme za důležité podporovat u lidí s psychotickým a afektivním onemocněním jejich sociální síť. V kontaktu s nejbližšími lidmi je vhodné jim poskytnout pomoc při pochopení nemoci. Příbuzní se například někdy domnívají, že nemocný je líný a vymlouvá se. Tato nedůvěra může vést k prohlubování nedorozumění mezi nemocným a příbuznými a vést k oboustranné frustraci. Je vhodné naučit členy rodiny spolu komunikovat tak, aby uměli předcházet konfliktním situacím a eliminovat je. Sociální síť nemocného můžeme rozšířit o dobrovolníky, peer-konzultanty. Výraznou podpůrnou roli můžou mít svépomocné skupiny.

Ukázalo se, že pro nemocné hrají důležitou roli sociální služby jako chápající autorita, u které mohou hledat pomoc při orientaci v situaci, sdílení problémů a hledání řešení. Je vhodné podpořit nemocné k využití praktické a emocionální opory v jejich přirozeném prostředí, podpořit jejich sebedůvěru a delegovat na ně více zodpovědnosti za jejich vlastní život. Profesionální pracovníci zde mohou fungovat jako zprostředkovatelé a koordinátoři kontaktu mezi nemocným a členy jeho přirozené sociální sítě.

## ZÁVĚR

Tématem diplomové práce byla sociální opora lidí s psychotickou a afektivní poruchou. Cílem práce bylo zjistit, jak lidé s těmito duševními poruchami vnímají dostupnost sociální opory.

V teoretické části diplomové práce bylo na základě nastudované literatury zpracováno téma sociální opory, byla charakterizovaná cílová skupina lidí s psychotickým a afektivním onemocněním a deduktivně byly vyvozeny determinanty, které mohou ovlivňovat, jaká očekávání ohledně pomoci mají lidé s psychotickou a afektivní poruchou od svého okolí.

V praktické části byly upřesněny výzkumné otázky a z nich vyvozeny dílčí hypotézy, které byly dále ověřeny. Cílem výzkumu bylo potvrdit nebo zamítnout stanovené hypotézy o vztahu mezi vnímanou sociální oporou a sociální sítí, průběhem nemoci a demografickými charakteristikami lidí s psychotickou a afektivní poruchou. Data sebraná s pomocí dotazníkového šetření od sedmdesáti uživatelů služeb Sdružení Práh v Brně byla následně analyzována a interpretována. V závěru praktické části byly výsledky shrnuty a diskutovány a byly stanoveny návrhy na možné intervence v této oblasti.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

ANTHONY, WA., Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. In: *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1993, vol. 16, issue 4, p. 11 – 23.

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ L., ŠPANIEL, F. Schizofrenie. Jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století. Praha. Mladá fronta a.s. 2011. ISBN 978-80-204-2494-5

DISMAN, M., Jak se vyrábí sociologická znalost. 3.vyd., Praha: Nakladatelství Karolinum. 2008. ISBN 987-80-246-0139-7

DOUBEK, P., PRAŠKO, J. et al. Psychóza v životě - život v psychóze: informace, rady a doporučení. 2. vyd., Praha: Maxdorf. 2010. ISBN 978-80-7343-231-5

DORNER, K., PLOG, U. Bláznit je lidské. Praha: Grada Publishing. 1999. ISBN 80-7169-628-5

ELGIE, R., AMERONGEN A. P. V. BYRNE, P. et al. (Eds.). Objevte cestu, jak jít dál. Praha: Tigis. 2004. ISBN 80-903750-2-2

GIDDENS, A. Sociologie. 1. vyd. – dotisk, Praha: Argo. 2001. ISBN 80-7203-124-4

GOFFMAN, E. Stigma. Praha: SLON. 2003. ISBN 80-86429-21-0

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. Velký psychologický slovník. Praha: Portál. 2010. ISBN 978-80-7367-686-5

HERMAN, E., HOVORKA, J., ŠVESTKA, J. Depresivní porucha a somaticky nemocní v ordinaci praktického lékaře. Praha: Maxdorf. 2005. ISBN 80-7345-060-7

KALINA, K. Jak žít s psychózou? Praha: Portál. 2001. ISBN 80-7178-563-6

KAPR, J., LINHART, J., FISCHEROVÁ, V., VODÁKOVÁ, A. Sociální deviace, sociologie nemoci a medicíny. Praha: Sociologické nakladatelství. 1994. ISBN 80-85850-03-6

KEBZA, V. Depresivní poruchy v primární lékařské péči. In: *Československá psychologie*. 2002, roč. 46, č. 1, s. 64 – 74.

KEBZA, V. Psychosociální determinanty zdraví. Praha: Academia. 2005. ISBN 80-200-1307-5

KEBZA, V. Sociální psychologie zdraví. In: Výrost, J., Slaměník, I. (Eds.). Aplikovaná sociální psychologie II. Praha: Grada. 2001, s. 15 – 19. ISBN 80-247-0042-5

- KOŽENÝ, J., TIŠANSKÁ, L. Dotazník sociální opory - MOS: Vnitřní struktura nástroje. *In: Československá psychologie. 2003, roč. 47, č. 2, s. 135 -143.*
- KŘIVOHLAVÝ, J. Moderátor zvládnání zátěže typu sociální opory. *In: Československá psychologie. 1999, roč. 43, č. 2, s. 106 – 118.*
- KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci. Praha: Grada. 2002. ISBN 80-247-0179-0
- KŘIVOHLAVÝ, J. Sociální opora v intervenčních programech. *In: Československá psychologie. 2002, roč. 46, č. 4, s. 340 – 346.*
- KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví. 3. vyd. Praha: Portál. 2009. ISBN 80-7178-809-0
- MAREŠ, J. Sociální opora u dětí a dospívajících I. Hradec Králové: Nucleus. 2001. ISBN 80-86225-19-4
- MAREŠ, J. Sociální opora u dětí a dospívajících II. Hradec Králové: Nucleus. 2001. ISBN 80-86225-36-4
- MAREŠ, J. Sociální opora u dětí a dospívajících III. Hradec Králové: Nucleus. 2003. ISBN 80-86225-46-1
- PĚČ, O., PROBSTOVÁ V. Psychózy. Praha: Triton. 2009. ISBN 978-80-7387-253-3
- PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H., PRAŠKOVÁ, J. Deprese a jak ji zvládat: příručka pro postižené, jejich blízké a pomáhající profese. Praha: Portál. 2003. ISBN 80-7178-809-0
- PRAŠKO, J., HORÁČEK, J., KOSOVÁ, J. et al. Psychiatrie pro střední zdravotnické školy. Praha: Informatorium. 2003a. ISBN 80-7333-002-4
- RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P., Psychiatrie – minimum pro praxi. Praha: Triton. 1999. ISBN 80-85875-98-5
- ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V. Prediktory sociální opory u české populace. *In: Československá psychologie. 2003, roč. 47, číslo 3, s. 220 – 229.*
- ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V. Sociální opora jako významný protektivní faktor. *In: Československá psychologie. 1999, roč. 43, č. 1, s. 19-38.*
- TŮMA, I. Kognitivní deficit a psychopatologie schizofrenie. *In: Psychiatrie. 2008, roč. 12, č. 2, s. 101-104.*
- VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. 4.vyd., Praha: Portál. 2008. ISBN 978-80-7367-414-4
- VELKÝ SOCIOLOGICKÝ SLOVNÍK. Praha: Karolinum. 1996. ISBN 80-7184-311-3



WILKEN, J., HOLLANDER den D. Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci. Bilthoven: STORM Rehabilitatie. 1999.

WILKEN, J., HOLLANDER den D. Rehabilitation and Recovery. A comprehensive approach. Amsterdam. SWP Publisher. 2005. ISBN 90 6665 674

YOUNG, S., SHARON, L., ENSING, D., S. et al. Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. In: *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 1999, vol. 22, issue 3, pp. 219 - 231

YOUNG, P. Mastering social welfare. 3rd. ed., Houndmills, Basingstoke, Hampshire RG 21 2 XS and London. Macmillan Press Ltd. 1995. ISBN 0-333-69343-4

## ELEKTRONICKÉ ZDROJE

BEELS, C. Ch.: Social Support and Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* [online]. 1981, vol. 7, issue 1, pp. 58 - 72 [cit. 2014-01-22]. Dostupné z:

<http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/7/1/58.full.pdf+html>

BEELS, C. CH., GUTHWIRTH, L. et al.: Measurements of Social Support in Schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin* [online]. 1984, vol. 10, iss. 3, pp. 399 – 41.

[cit. 2014-01-22]. Dostupné z:

<http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/10/3/399.full.pdf+html>

BROWNE, G., COURTNEY, M. Housing, social support and people with schizophrenia: A grounded theory study comparing boarding houses and privates homes [online].

[cit. 2014-01-22]. Dostupné z: <http://eprints.qut.edu.au/1306/1/1306.pdf>

MEZINÁRODNÍ STATISTICKÁ KLASIFIKACE NEMOCÍ A PŘIDRUŽENÝCH ZDRAVOTNÍCH PROBLÉMŮ: MKN-10 [online]. 2008. Desátá revize: aktualizovaná k 1. 1. 2013. [cit. 2014-01-22]. Geneva: World Health Organization. Dostupné z:

<http://www.uzis.cz/zpravy/aktualizace-mkn-10-platnosti-od-1-ledna-2013>

PROMÍTNUTÍ POKROKŮ LÉKAŘSKÉ VĚDY DO FUNKČNÍHO HODNOCENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU A PRACOVNÍ SCHOPNOSTI VE VZTAHU K ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM PODLE MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ A S PŘIHLÉDNUTÍM K MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACI FUNČNÍCH SCHOPNOSTÍ, PUBLIKACE PRO POSUDKOVOU SLUŽBU [online]. 2008. Praha: MPSV. [cit. 2014-01-22]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/6131/MPSV\\_A3.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/6131/MPSV_A3.pdf)

STRATEGIE REFORMY PSYCHIATRICKÉ PÉČE [online]. [cit. 2014-02-22].

Dostupné z:

[http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2013/10/SRPP\\_publicace\\_web\\_9-10-2013.pdf](http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2013/10/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf)

ZÁKON O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH č. 108/2006 Sb. [online]. [cit. 2014-02-22].

Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf)

ŽÁKOVÁ, I. Sociální opora u seniorů [online]. 2013. Brno. Diplomová práce (Mgr.).

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. [cit. 2014-03-28]. Dostupné

z: <http://theses.cz/id/czn52s/>

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

EB	emocionální blízkost
et al.	latinská zkratka „et alii“ odpovídá českému „a kolektiv“
F20 – F29	označení diagnózy z okruhu schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy
F30 – F39	označení diagnózy z okruhu afektivních poruch (poruch nálady)
CHA	chápatící autorita
in	anglicky „v“
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí
MOS	Medical Outcome studies
např.	například
PI	praktická intervence
QRI	Quality of Relationship Inventory
s.	strana
SMI	Severe Mental Illness
SSQ – N	Social Support Questionnaire - number
SSQ – S	Social Support Questionnaire - satisfaction
SŠ	středí škola
STD	sociálně terapeutická dílna
VOŠ	vyšší odborná škola
VSO	vnímaná sociální opora
VŠ	vysoká škola

**SEZNAM GRAFŮ**

Graf 1. Průměrné hodnoty vnímané sociální opory (VSO) dle rozsahu sociálních rolí v rámci společného bydlení.....	45
Graf 2. Průměrné hodnoty vnímané sociální opory (VSO) dle počtu lidí žijících v jednom bytě.....	46
Graf 3. Průměrné hodnoty vnímané sociální opory (VSO) dle počtu lidí označených za kamarády nebo nejbližší známé.....	47
Graf 4. Průměrné hodnoty vnímané sociální opory (VSO) dle způsobu kontaktu s kamarády nebo nejbližšími známými.....	48
Graf 5. Průměrné hodnoty vnímané sociální opory (VSO) dle počtu poskytovaných služeb Sdružení Práh.....	49
Graf 6. Průměrné hodnoty vnímané sociální opory (VSO) dle využívání sociálně terapeutické dílny (STD).....	50
Graf 7. Průměrné hodnoty vnímané sociální opory (VSO) dle délky využívání služeb Sdružení Práh.....	51
Graf 8. Průměrné hodnoty vnímané sociální opory (VSO) dle diagnózy.....	53
Graf 9. Průměrné hodnoty vnímané sociální opory (VSO) dle délky nemoci.....	54
Graf 10. Průměrné hodnoty vnímané sociální opory (VSO) dle počtu hospitalizací.....	55
Graf 11. Průměrné hodnoty vnímané sociální opory (VSO) dle věku při propuknutí nemoci.....	56
Graf 12. Průměrné hodnoty vnímané sociální opory (VSO) dle počtu let od poslední hospitalizace.....	57
Graf 13. Průměrné hodnoty vnímané sociální opory (VSO) dle pohlaví.....	58
Graf 14. Průměrné hodnoty vnímané sociální opory (VSO) dle věku.....	59
Graf 15. Průměrné hodnoty vnímané sociální opory (VSO) dle nejvyššího dosaženého vzdělání.....	60

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1. Hodnoty jednotlivých otázek dotazníku vnímané sociální opory.....	42
Tabulka 2. Hodnoty otázek ve složkách vnímané sociální opory.....	43
Tabulka 3. Hodnoty vnímané sociální opory (VSO).....	43

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha PI: Dotazník

## PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Vážená paní, vážený pane,

ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který je součástí mé diplomové práce. Zajímá mě Vaše vyjádření k uvedeným otázkám. Neexistují žádné špatné nebo dobré odpovědi. Vyplňte dotazník tak, jak to vnímáte. Dotazník je anonymní, takže nikdo nebude vědět, že jste ho vyplnil/a právě vy.

Velmi si vážím Vaší spolupráce a děkuji Vám za ni.

Bedřička Horáková, studentka sociální pedagogiky IMS Brno

*Většina z nás má občas potřebu vyhledat společnost, pomoc nebo jinou podporu u ostatních. Přečtěte si prosím následující možnosti a odhadněte, jak často by byl někdo k dispozici, kdyby taková situace nastala. Zakroužkujte prosím v každém řádku příslušnou číslci.*

KDYŽ JE NĚKDO .....K DISPOZICI	NIKDY kroužkujte 1	MÁLOKDY kroužkujte 2	NĚKDY kroužkujte 3	VĚTŠINOU kroužkujte 4	VŽDY kroužkujte 5
1. Někdo, kdo vám pomůže, když jste upoután na lůžko. ....	1	2	3	4	5
2. Někdo, kdo vám bude naslouchat, když si potřebujete popovídat. ....	1	2	3	4	5
3. Někdo, kdo vám poradí v kritické situaci. ....	1	2	3	4	5
4. Někdo, kdo vás vezme k lékaři, když to potřebujete. ....	1	2	3	4	5
5. Někdo, kdo vám projevuje lásku a sympatie. ....	1	2	3	4	5
6. Někdo, s kým je vám dobře. ....	1	2	3	4	5
7. Někdo, kdo vám poskytne informace, které vám pomohou pochopit situaci. ....	1	2	3	4	5
8. Někdo, komu se můžete svěřit nebo si popovídat o svých problémech. ....	1	2	3	4	5
9. Někdo, kdo vás rád obejmě, když to potřebujete. ....	1	2	3	4	5
10. Někdo, s kým se dokážete uvolnit, uklidnit. ....	1	2	3	4	5
11. Někdo, kdo vám uvaří, když to nemůžete udělat sám. ....	1	2	3	4	5
12. Někdo, jehož radu opravdu potřebujete. ....	1	2	3	4	5
13. Někdo, kdo vám pomůže zbavit se nepříjemných myšlenek. ....	1	2	3	4	5
14. Někdo, kdo se vám postará o domácnost, když jste nemocný. ....	1	2	3	4	5
15. Někdo, kdo sdílí vaše obavy a strachy. ....	1	2	3	4	5
16. Někdo, na koho se můžete obrátit, jak řešit vaše osobní problémy. ....	1	2	3	4	5
17. Někdo, s kým můžete dělat něco, co vám dělá radost. ....	1	2	3	4	5
18. Někdo, kdo chápe vaše problémy. ....	1	2	3	4	5
19. Někdo, koho máte rád a kdo vás potřebuje. ....	1	2	3	4	5

20. S kým žijete ve svém bydlíšti?

(Odpověď prosím zakroužkujte. Vyberte všechny odpovídající varianty.)

- a) s oběma rodiči
- b) s jedním rodičem
- c) s manželem/manženkou
- d) s partnerem/partnerkou
- e) s nezletilými dětmi
- f) s dospělými dětmi
- g) sám
- h) s jinými příbuznými
- i) se spolubydlicími v chráněném bydlení
- j) jiné (prosím vypište).....

21. S kolika lidmi bydlíte v jednom bytě? (prosím vypište).....

22. Jaké je vaše onemocnění? (odpověď prosím zakroužkujte)

- a) schizofrenie
- b) schizotypní porucha
- c) akutní a přechodná psychotická porucha
- d) schizoafektivní porucha
- e) manická fáze
- f) bipolární afektivní porucha
- g) depresivní fáze
- h) periodická depresivní porucha
- ch) jiné.....

23. V kolika letech jste onemocněl/a touto nemocí? (prosím vypište).....

24. Kolikrát jste byl/a hospitalizovaný/á? (prosím vypište).....

25. Ve kterém roce jste byl/a naposledy hospitalizovaný/á? (prosím vypište).....

26. Od kterého roku chodíte do Prahy? (prosím vypište).....



**27. Jaké služby Sdružení Práh využíváte?**

*(Odpověď prosím zakroužkujte. Vyberte všechny odpovídající varianty.)*

- a) odborné sociální poradenství
- b) sociální rehabilitaci
- c) centrum denních služeb
- d) chráněné bydlení
- e) podporu samostatného bydlení
- f) sociálně terapeutické dílny
- g) podpora zaměstnávání
- h) volnočasovky

**28. S kolika vašimi kamarády nebo nejbližšími známými jste pravidelně v kontaktu?**

*(prosím vypište).....*

*V následující otázce prosím zakroužkujte jednu odpověď.*

**29. V jakém kontaktu se svými kamarády nebo nejbližšími známými jste nejčastěji?**

- a) setkáváme se osobně
- b) telefonicky
- c) přes email
- d) přes sociální sítě např. facebook
- e) jiné.....

**30. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání? (odpověď prosím zakroužkujte)**

- a) základní
- b) vyučen
- c) středoškolské s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

**31. Kolik je vám let? (prosím vypište).....**

**32. Jste:**

- a) muž
- b) žena

Ještě jednou mockrát děkuji za vyplnění 😊 😊 😊