

KAMILA VALÁŠKOVÁ, VĚRA MACHŮ

KVALITA ŽIVOTA PSYCHIATRICKÝCH PACIENTŮ

Souhrn:

Valášková, K., Machů, V.: Kvalita života psychiatrických pacientů

Cílem výzkumu bylo pomocí české verze dotazníku SQUALA zjistit úroveň kvality života pacientů Psychiatrické léčebny v Brně. Bylo provedeno srovnání výsledků zkoumaného vzorku padesáti klientů léčebny s psychiatricky neléčenou populací a srovnání výsledků vzhledem k psychiatrické diagnóze klientů. Získané výsledky dokládají sníženou úroveň kvality života psychiatrických pacientů oproti tzv. duševně zdravé populaci, s výjimkou sféry víry a odpočinku. Jako nejvíce zasažené duševní nemocí byly identifikovány oblasti týkající se celkového psychosomatického zdraví, interpersonálních vztahů, práce a svobody. Analýza dopadu jednotlivých typů psychického onemocnění na kvalitu života duševně nemocných dokládá celkově vyšší životní spokojenost schizofrenních pacientů ve srovnání s pacienty s afektivními poruchami. Ti naproti tomu pocítují větší spokojenost i celkovou úroveň kvality života v oblasti související s dětmi.

Klíčová slova: kvalita života, duševně nemocný, psychiatrická léčebna.

ÚVOD:

Jedním z ukazatelů, umožňujících reálné zhodnocení humanizace lékařské péče, je míra jejího zájmu o potřeby a názory klientů. Orientace na subjektivní stránku léčebného procesu a pozitivní charakteristiky života nemocných, stejně jako zájem o kvalitu jejich života, patří ke konkrétním projevům nového trendu, měnícího východiska léčebné péče směrem od nemoci k člověku.

V oblasti duševního zdraví nabývá kritérium kvality života specifické podoby zejména v souvislosti s pacienty trpícími chronickou duševní nemocí. Jelikož se v jejich případě o možnosti úplného uzdravení často nedá hovořit, stává se posuzování kvality života měřítkem efektivity léčby i cílem služeb jim poskytovaných.

Kvalita života se stává argumentem pro nejrůznější inovace léčby, zavádění nových léčiv a rozhodování o vzniku alternativních forem péče.

Uvažovat o tom, co je dle názoru jedince pro něj v životě důležité a podstatné, znamená brát v úvahu potřeby uživatelů péče. V tomto kontextu je kvalita života vnímána jako výslednice míry uspokojování tělesných, psychických a sociálních potřeb pacientů (13).

Vymezení pojmu kvalita života je v současné odborné literatuře různorodé. Společným znakem většiny pojetí je chápání kvality života jako subjektivní charakteristiky, kterou není možno stanovit pouze na základě výčtu objektivních podmínek a zdravotního stavu (2).

Tento pohled akcentuje i WHO (WHOQOL), definující kvalitu života jako „to, jak jedinec vnímá své postavení v životě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům“ (11). Jedná se o široce zaměřený koncept, zahrnující fyzické a duševní zdraví, míru nezávislosti i sociální vztahy individua a jeho vztah k nejdůležitějším aspektům prostředí (11).

V souladu s tímto pojetím bylo cílem naší práce stanovení úrovně kvality života u psychiatrických pacientů, její srovnání s duševně zdravou (resp. psychiatricky neléčenou) populací a sledování úrovně kvality života u jednotlivých diagnostických skupin.

SOUBOR:

Do výběrového souboru o rozsahu 50 zkoumaných osob byli zařazeni náhodně vybraní pacienti Psychiatrické léčebny v Brně. Z tohoto počtu bylo 27 mužů (54%) a 23 žen (46%). Věkové rozpětí bylo od 19 do 75 let, průměrný věk byl 44 let. 34% respondentů žilo v obcích do 10 tis. obyvatel, 4% ve městech od 10 do 50 tis. obyvatel, 2% ve městech od 50 do 100 tis. obyvatel a 60% ve velkoměstech nad 100 tis. obyvatel. 2% respondentů mělo neukončené základní vzdělání, 26% základní vzdělání, 32% bylo vyučených, 24% dosáhlo středního a 16% vysokoškolského vzdělání.

62% respondentů bylo v invalidním nebo starobním důchodu, 10% bylo nezaměstnaných, ostatní byli v pracovním poměru. 16% respondentů hodnotilo své hmotné poměry jako výrazně podprůměrné, 28% jako mírně podprůměrné, 44% jako průměrné a 12% jako mírně či výrazně nadprůměrné. 32% pacientů bylo svobodných, 44% žilo v manželství či se stálým partnerem, 18% bylo rozvedených a 6% ovdovělých. 68% respondentů mělo děti.

24% respondentů bylo na psychiatrii hospitalizováno poprvé a 76% opakovaně. 90% z nich se v době realizace výzkumu nacházelo na otevřených odděleních. 42% respondentů spadalo do diagnostické kategorie schizofrenie, schizotypní poruchy a poruchy s bludy (F20 — F29), 44% do kategorie afektivní poruchy (F30 — F39) a zbylých 14% tvořili pacienti s diagnózou: organické duševní poruchy včetně symptomatických (F00 — F09) — 2%, duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek (F10 — F19) — 6% a poruchy osobnosti a chování u dospělých (F60 — F69) — 6%.

Zkoumané osoby byly s přihlédnutím k psychiatrické diagnóze rozděleny do dvou skupin:

1. sk.: schizofrenie, schizotypní poruchy a poruchy s bludy (F20 — F29) — N=21 (42%),

2. sk.: afektivní poruchy (F30 — F39) — N=22 (44%).

Jako srovnávací soubor byla použita skupina 173 duševně zdravých osob (data laskavě poskytnuta Laboratoří psychiatrické demografie Psychiatrického

centra Praha). Z tohoto počtu bylo 68 mužů (43%) a 105 žen (57%). 27% z nich bydlelo v obcích do 10 tis. obyvatel, 35% ve městech od 10 do 50 tis. obyvatel, 5% ve městech od 50 do 100 tis. obyvatel a 33% ve velkoměstech nad 100 tis. obyvatel. 9% respondentů mělo základní vzdělání, 18% bylo vyučených, 58% mělo středoškolské a 15% vysokoškolské vzdělání. 5% dotázaných hodnotilo své hmotné poměry jako výrazně podprůměrné, 19% jako mírně podprůměrné, 61% jako průměrné a 12% jako mírně či výrazně nadprůměrné. 5% respondentů bylo svobodných, 80% žilo v manželství nebo s trvalým partnerem, 12% bylo rozvedených a 3% ovdovělých.

METODA:

Použitá metoda je českou verzí dotazníku kvality života SQUALA (Subjective QUality of Life Analysis), vytvořeného v roce 1992 v Nice. Jeho autor — Mathieu Zannotti — se ve svém vymezení kvality života vedle hedonistického pohledu, ztotožňujícího ji s určitou úrovní štěstí, opírá rovněž o přístup Beckmana a Detleva, kteří považují za podstatnou podmínku kvality života jedince jeho individuální svobodu. V této souvislosti hovoří Zannotti o autonomii a odvolává se na WHO pojímající nemoc jako ztrátu autonomie (3).

Filozofické východisko Zannottiho modelu tvoří Maslowova třístupňová teorie potřeb.

Teoreticky nejbližší Zannottiho koncepci je jeví Calmanova definice pojímající měření kvality života jako stanovení rozdílu mezi přáním a očekáváním jedince na straně jedné a jeho reálnou situací na straně druhé (3).

Dotazník SQUALA sestává z 23 oblastí, mapujících vnější i vnitřní faktory, ovlivňující každodenní život člověka. Zkoumaná osoba určuje na pětibodové verbálně zakotvené stupnici subjektivní důležitost každé z těchto oblastí a míru spokojenosti s ní. Závěrem je připojena otevřená otázka, umožňující doplnit další oblasti života pro respondenta subjektivně významné, avšak v předloženém výčtu neuvedené.

Tato metoda je v souladu s pojetím WHO, která za primární faktor při posuzování kvality života považuje to, jak jedinec sám vnímá a hodnotí svoji situaci, metodou subjektivní. Poskytuje výsledek ve formě profilu a umožňuje tak vzájemné srovnání skupin různě postižených osob s ohledem na to, které oblasti jejich života jsou chorobou nejvíce zasaženy, resp. v jaké míře, a dále jejich porovnání s kontrolním souborem osob zdravých.

Česká verze dotazníku SQUALA (QOL-CZ) byla vytvořena pracovníky Laboratoře psychiatrické demografie Psychiatrického centra Praha (projekt „Kvalita života (QOL-CZ). Validizace české verze instrumentu“) (3).

REALIZACE VÝZKUMU A ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ:

Výzkum byl proveden v srpnu a září roku 1997 v Psychiatrické léčebně v Brně, v rámci diplomové práce první autorky tohoto sdělení (12). Administrace

dotazníku probíhala individuálně či skupinově, v závislosti na míře postižení kognitivních funkcí klientů a trvala zhruba 15 minut. Po úvodním navázání kontaktu byli respondenti informováni o účelu šetření a seznámeni s jeho průběhem i předpokládanou dobou trvání. Byli ujištěni o důvěrném charakteru sdělených informací a vyzváni k otevřenosti.

Zpracování hrubých skóre, získaných aplikací dotazníku, se opíralo o původní systém Zannottiho a spolupracovníků. Získané výsledky ve formě profilu podaly názorný přehled o tom, které oblasti života jsou u určitých skupin osob narušeny a v jaké míře. Další zpracování dat bylo provedeno pomocí statistické metody analýzy rozptylu (ANOVA).

VÝSLEDKY:

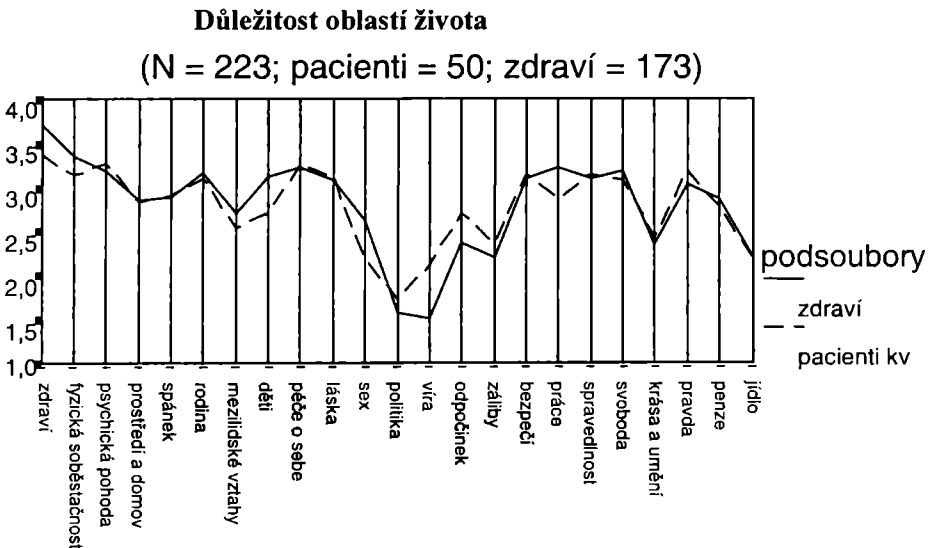
1. Úroveň kvality života u psychiatrických pacientů ve srovnání s osobami duševně zdravými

Ze získaných výsledků vyplývá, že hodnotová hierarchie (důležitost oblastí života), podobně jako spokojenost s jednotlivými oblastmi i celkové skóre kvality života (QOL-CZ), se u psychiatrických pacientů a duševně zdravých osob liší.

Psychiatrickí pacienti přisuzují, ve srovnání s duševně zdravými lidmi, vyšší hodnotu víře a odpočinku.

Naproti tomu podhodnocují oblasti vztahující se k dětem, sexuálnímu životu, práci, zdraví a fyzické soběstačnosti (graf 1, tab. 1).

Graf 1: Grafické znázornění rozdílů mezi profily skóre důležitosti oblastí života u skupiny duševně zdravých osob (N = 173) a psychiatrických pacientů (N = 50)

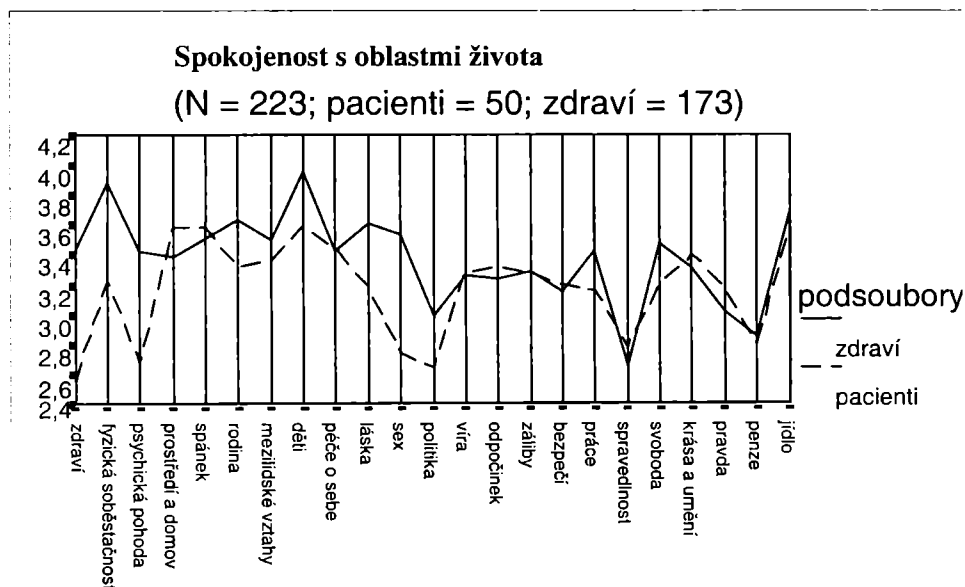


Tab. 1: Stanovení statistické významnosti rozdílů průměrných hodnot skóre důležitosti jednotlivých položek u skupiny duševně zdravých osob (N = 173) a psychiatrických pacientů (N=50) na základě analýzy rozptylu (ANOVA)

Položka	P _F	Položka	P _F	Položka	P _F
Zdraví	0,00	Péče o sebe	0,69	Práce	0,00
Fyz. soběstač.	0,04	Láska	0,73	Spravedlnost	0,57
Psych. pohoda	0,35	Sex	0,00	Svoboda	0,28
Prostř., domov	0,92	Politika	0,33	Krása a umění	0,54
Spánek	0,84	Víra	0,00	Pravda	0,17
Rodina	0,36	Odpočinek	0,01	Peníze	0,44
Mezilid. vztahy	0,14	Záliby	0,23	Jídlo	0,92
Děti	0,00	Bezpečí	0,69		

U psychiatrických pacientů shledáváme — ve srovnání s duševně zdravou populací — výraznější nespokojenost v oblasti zdraví, sexuálního života, fyzické soběstačnosti a psychické pohody. Podobně oblasti vztahující se k dětem, lásce, politice, rodině a práci jsou ze strany psychiatrických pacientů vnímány jako neuspokojivé (graf 2, tab. 2).

Graf 2: Grafické znázornění rozdílů mezi profily skóre spokojenosti s oblastmi života u skupiny duševně zdravých osob (N = 173) a psychiatrických pacientů (N = 50)



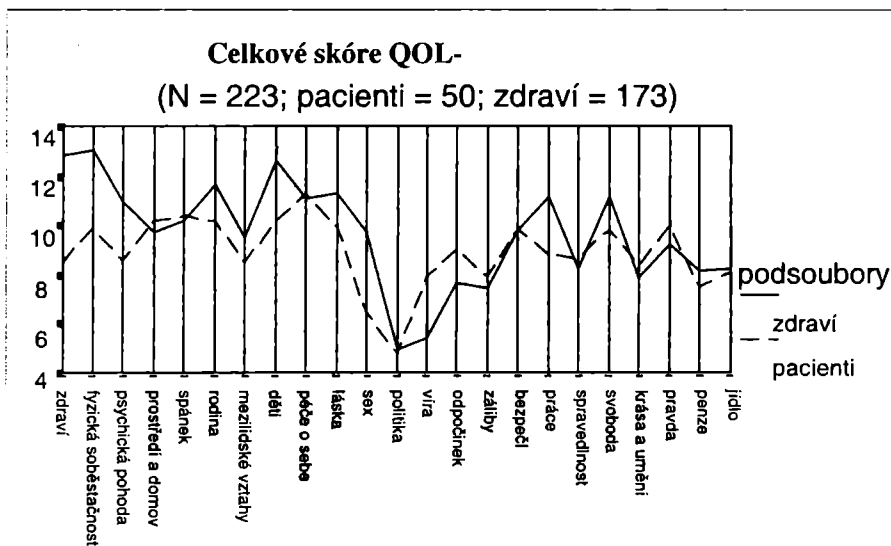
Tab. 2: Stanovení statistické významnosti rozdílů průměrných hodnot skóre spokojenosti jednotlivých položek u skupiny duševně zdravých osob (N = 173) a psychiatrických pacientů (N=50) na základě analýzy rozptylu (ANOVA)

Položka	P _F	Položka	P _F	Položka	P _F
Zdraví	0,00	Péče o sebe	0,83	Práce	0,05
Fyz. soběstač.	0,00	Láska	0,01	Spravedlnost	0,40
Psych. pohoda	0,00	Sex	0,00	Svoboda	0,08
Prostř., domov	0,19	Politika	0,04	Krása a umění	0,64
Spánek	0,74	Víra	0,98	Pravda	0,38
Rodina	0,04	Odpočinek	0,61	Peníze	0,99
Mezilid.vztahy	0,24	Záliby	0,87	Jídlo	0,44
Děti	0,03	Bezpečí	0,53		

Vzájemné porovnání celkového skóre QOL-CZ vypovídá o celkově snížené úrovni kvality života psychiatrických pacientů oproti osobám duševně zdravým ($p=0,036$), a to specificky v oblastech týkajících se zdraví, sexuálního života, fyzické soběstačnosti, dětí, psychické pohody, práce, rodiny, lásky, mezilidských vztahů a svobody.

Jejich zvýšená potřeba víry a odpočinku je naproti tomu lépe saturována, a kvalita života je v tomto směru také vnímána jako vyšší, nežli je tomu u osob duševně zdravých (graf 3, tab. 3).

Graf 3: Grafické znázornění rozdílů mezi profily celkového skóre QOL-CZ u skupiny duševně zdravých osob (N = 173) a psychiatrických pacientů (N = 50)



Tab. 3: Stanovení statistické významnosti rozdílů průměrných hodnot celkového skóre QOL-CZ jednotlivých položek u skupiny duševně zdravých osob (N = 173) a psychiatrických pacientů (N=50) na základě analýzy rozptylu (ANOVA)

Položka	P _F	Položka	P _F	Položka	P _F
Zdraví	0,00	Péče o sebe	0,73	Práce	0,00
Fyz. soběstač.	0,00	Láska	0,04	Spravedlnost	0,47
Psych. pohoda	0,00	Sex	0,00	Svoboda	0,04
Prostř., domov	0,51	Politika	0,70	Krása a umění	0,70
Spánek	0,94	Víra	0,00	Pravda	0,31
Rodina	0,02	Odpočinek	0,05	Peníze	0,42
Mezilid.vztahy	0,05	Záliby	0,57	Jídlo	0,90
Děti	0,00	Bezpečí	0,77		

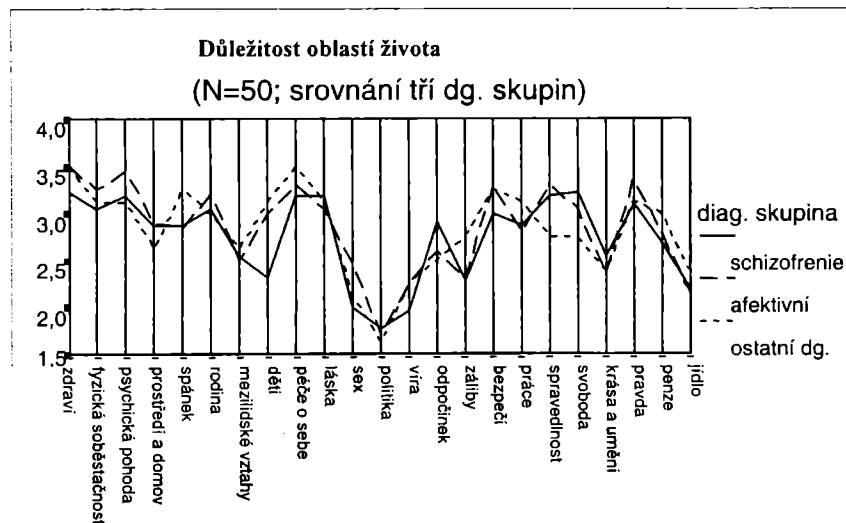
Všechny výše uvedené rozdíly jsou statisticky průkazné ($p \leq 0,05$).

2. Kvalita života psychiatrických pacientů v závislosti na typu jejich psychického onemocnění

Analýza dopadu jednotlivých typů psychického onemocnění na kvalitu života psychiatrických pacientů dokládá výrazně menší počet statisticky významných rozdílů, nežli tomu bylo v případě srovnání skupiny psychiatrických pacientů s duševně zdravými osobami.

Při posuzování důležitosti jednotlivých oblastí života se pacienti s diagnózou afektivní porucha a nemocní s diagnózou psychóza schizofrenního okruhu, liší statisticky průkazně ($p \leq 0,05$) pouze v jedné oblasti (děti) (graf 4, tab. 4).

Graf 4: Grafické znázornění rozdílů mezi profily skóre důležitosti oblastí života v závislosti na psychiatrické diagnóze respondentů (N = 50)



Tab. 4: Stanovení statistické významnosti rozdílů průměrných hodnot skóre důležitosti jednotlivých položek v závislosti na psychiatrické diagnóze respondentů na základě analýzy rozptylu (ANOVA)

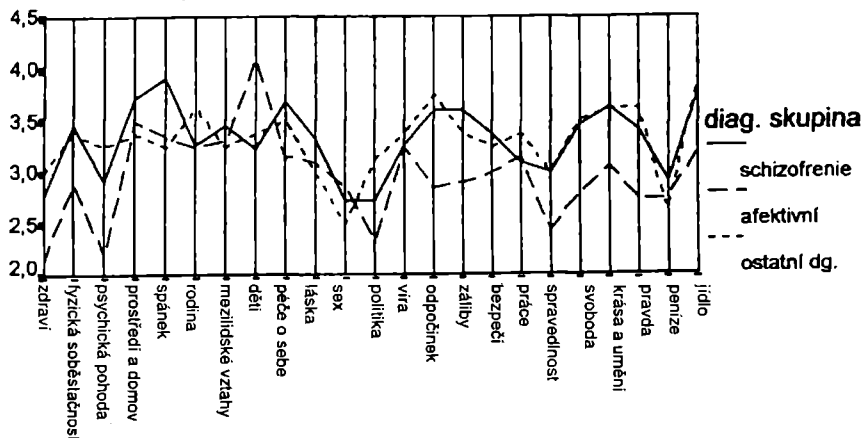
Položka	P _F	Položka	P _F	Položka	P _F
Zdraví	0,31	Péče o sebe	0,51	Práce	0,81
Fyz. soběstač.	0,34	Láska	0,55	Spravedlnost	0,54
Psych. pohoda	0,15	Sex	0,18	Svoboda	0,41
Prostř., domov	0,88	Politika	0,79	Krása a umění	0,47
Spánek	0,96	Víra	0,45	Pravda	0,31
Rodina	0,44	Odpočinek	0,24	Peníze	0,68
Mezilid. vztahy	0,87	Záliby	0,93	Jídlo	0,91
Děti	0,04	Bezpečí	0,16		

Větší variabilitu, nežli v předchozím případě, nalézáme v hodnocení spokojenosti s jednotlivými oblastmi života. Jako jednoznačně spokojenější, s výjimkou již výše zmíněné položky týkající se dětí, vystupuje skupina schizofrenních pacientů, a to statisticky průkazně v oblastech souvisejících se zdravím, psychickou pohodou, odpočinkem, zálibami, krásou a uměním a jídlem (graf 5, tab. 5).

Graf 5: Grafické znázornění rozdílů mezi profily skóre spokojenosti s oblastmi života v závislosti na psychiatrické diagnóze respondentů (N = 50)

Spokojenost s oblastmi života

(N=50; srovnání tři dg. skupiny)

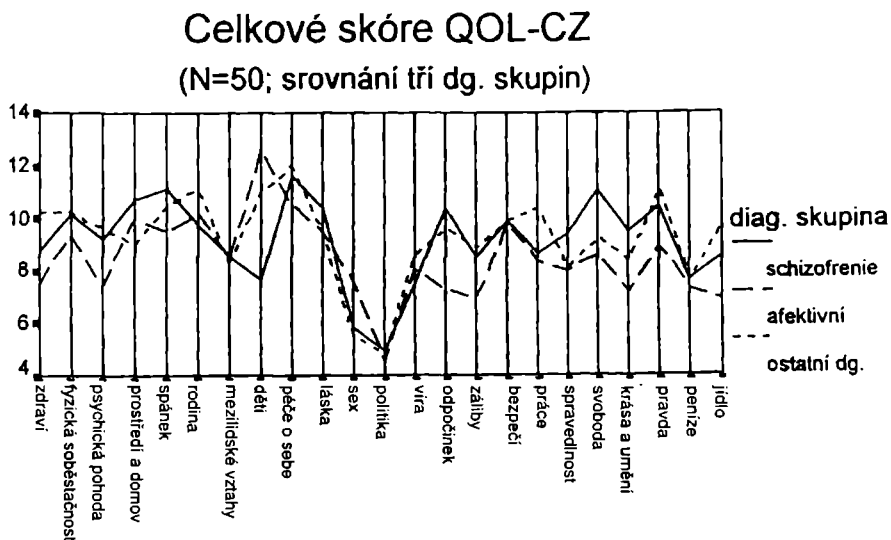


Tab. 5: Stanovení statistické významnosti rozdílů průměrných hodnot skóre spokojenosti jednotlivých položek v závislosti na psychiatrické diagnóze respondentů na základě analýzy rozptylu (ANOVA)

Položka	P _F	Položka	P _F	Položka	P _F
Zdraví	0,05	Péče o sebe	0,12	Práce	0,87
Fyz. soběstač.	0,08	Láska	0,55	Spravedlnost	0,09
Psych. pohoda	0,02	Sex	0,75	Svoboda	0,08
Prostř., domov	0,46	Politika	0,20	Krása a umění	0,05
Spánek	0,09	Víra	0,95	Pravda	0,08
Rodina	0,95	Odpočinek	0,02	Peníze	0,67
Mezilid. vztahy	0,55	Záliby	0,05	Jídlo	0,01
Děti	0,01	Bezpečí	0,31		

Celkové skóre QOL-CZ poukazuje na zvýšenou úroveň kvality života ve sféře odpočinku u pacientů trpících psychózou schizofrenního okruhu a zhoršení kvality jejich života v oblasti související s dětmi (graf 6, tab. 6).

Graf 6: Grafické znázornění rozdílů mezi profily celkového skóre QOL-CZ v závislosti na psychiatrické diagnóze respondentů (N = 50)



Tab. 6: Stanovení statistické významnosti rozdílů průměrných hodnot celkového skóre QOL-CZ jednotlivých položek v závislosti na psychiatrické diagnóze respondentů na základě analýzy rozptylu (ANOVA)

Položka	P _F	Položka	P _F	Položka	P _F
Zdraví	0,30	Péče o sebe	0,41	Práce	0,76
Fyz. soběstač.	0,47	Láska	0,51	Spravedlnost	0,22
Psych. pohoda	0,09	Sex	0,24	Svoboda	0,09
Prostř., domov	0,60	Politika	0,72	Krása a umění	0,09
Spánek	0,26	Víra	0,74	Pravda	0,30
Rodina	0,70	Odpočinek	0,02	Peníze	0,78
Mezilid.vztahy	0,91	Záliby	0,30	Jídlo	0,20
Děti	0,00	Bezpečí	0,93		

Grafické znázornění profilů skóre důležitosti jednotlivých oblastí života, spokojenosti s nimi i celkového skóre QOL-CZ v závislosti na psychiatrické diagnóze respondentů zahrnuje i třetí diagnostickou skupinu (ostatní dg.). Její profilové znázornění však slouží pouze k dokreslení celkového obrazu a vzhledem k příliš nízkému počtu zkoumaných osob do této skupiny zařazených (N=8) na ni při dalším zpracování nebyl brán zřetel.

DISKUSE:

Prezentovaný výzkum potvrzuje předpokládané snížení kvality života psychiatrických pacientů oproti tzv. duševně zdravé populaci v deseti z celkového počtu 23 životních oblastí, obsažených v dotazníku SQUALA.

Oblasti, jichž se tento úbytek týká, můžeme rozdělit do tří okruhů:

1. *psychosomatické zdraví* — zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda.
2. *práce a interpersonální vztahy* — rodina, děti, láska, sexuální život, mezilidské vztahy, práce.
3. *abstraktní hodnoty* — svoboda.

Zjištěné údaje korespondují s nálezy skandinávských autorů (6), kteří rovněž udávají výrazné zhoršení v percipované úrovni kvality života u psychiatrických pacientů oproti duševně zdravé populaci.

Negativní dopad závažného psychického onemocnění na kvalitu života psychiatrických pacientů v oblasti zdraví, psychické pohody a fyzické soběstačnosti lze zmírnit především naší důslednou snahou o dobrou spolupráci při léčbě, přiměřenou informovaností klientů o jejich zdravotním stavu a užívaných lécích a návaznou péčí především o tzv. rizikové skupiny klientů. Významné místo v tomto kontextu zaujímá i kvalitní sociálně-rehabilitační péče, zvyšující úroveň soběstačnosti psychiatrických pacientů a následně i jejich sociální kompetenci a integrovanost.

Otázkou však zůstává, nakolik jsou právě tyto oblasti života duševně nemocných považovány za důležité jejich sociálním okolím, a zejména psychiatrickými profesionály. Holzingerová a spol. (4) ve své studii, zabývající se otázkou kvality života schizofrenních pacientů hodnocenou z pozice lékařů-psychiatrů, uvádí, že v rámci faktorů kvalitu života zvyšujících, byla tou nejméně frekventovanou položkou právě odpovídající péče.

Percipované snížení úrovně kvality života v oblasti interpersonálních vztahů, rodinného a sexuálního života psychiatrických pacientů je výzvou k průběžné psychoterapeutické pomoci rodinám s duševně nemocným členem.

Cílená terapeutická pomoc rodině pacienta, a to jak v průběhu jeho hospitalizace, tak i po ní, může účinně ovlivnit negativní faktory rodinné dynamiky, které přispívají ke zhoršování kvality života všech zúčastněných a významně zvyšují pravděpodobnost opětovného relapsu onemocnění. Jak uvádí Matoušek (9), v akutní fázi onemocnění je nutno především snižovat úzkost rodiny, vzbuzovat naději na uzdravení a rovněž tlumit příliš intenzivní vliv rodiny na pacienta, za stálé podpory zájmu o něj a o jeho stav. Před návratem nemocného zpět do domácího prostředí je nezbytné s rodinou realisticky naplánovat jeho budoucnost. Naučit pacienta i rodinu rozpoznávat příznaky blížícího se relapsu onemocnění a předcházet stresovým situacím, které pacient špatně snáší. Důležité rovněž je, aby se rodina naučila žít s některými zvláštnostmi nemocného, a byla schopna je tolerovat.

Tyto úkoly nemusí nezbytně spočívat pouze na bedrech psychiatrické instituce. Žádoucím doplňkem odborné terapeutické práce s rodinou jsou i svépomocné kluby a skupiny rodinných příslušníků.

Poskytování přiměřených informací o zdravotním stavu, užívaných lécích a jejich případných vedlejších účincích, včetně možných sexuálních problémů (1), by mohlo přispět ke zvýšení kvality života uživatelů psychiatrické péče i k jejich lepší spolupráci při léčbě. Toto zjištění dokládá i výzkum spokojenosti pacientů v Psychiatrické léčebně v Brně z r. 1994 (8).

Ke zvýšení kvality života psychiatrických pacientů v oblasti pracovního uplatnění chybí více možností jejich alternativního pracovního zařazení. V současné době jsou chráněná pracoviště stále ještě málo dostupná a zřizována z iniciativy jen několika občanských sdružení (FOKUS, Green Doors a další) (7, 10).

Míra individuální svobody, jako faktor ovlivňující kvalitu života psychiatrických pacientů, je dána mimo jiné možnostmi vycházek, kontaktu s rodinou a přáteli a příležitostmi k uspokojivému trávení volného času.

Vyšší úroveň kvality života psychiatrických pacientů ve srovnání s duševně zdravou populací, týkající se oblasti víry a odpočinku, koresponduje s individuální hodnotovou hierarchií, specifickými potřebami i způsobem života těchto jedinců. Pro duševně nemocné představuje víra vysokou hodnotu, skýtající jim možnost smysluplnějšího zakotvení vlastní existence. Zdá se, že vyšší úroveň kvality života duševně nemocných ve sféře víry a odpočinku oproti psychiatricky neléčené populaci, je jedním z mála pozitivních faktorů, které duševní nemoc přináší.

Analýza dopadu jednotlivých typů psychického onemocnění na kvalitu života duševně nemocných překvapivě dokládá celkově vyšší životní spokojenost schizofrenních pacientů ve srovnání s pacienty s afektivními poruchami. Ti zase vykazují oproti schizofrenním nemocným vyšší spokojenost i celkovou úroveň kvality života v oblasti týkající se dětí.

Tato zjištění jsou mimo jiné ovlivněna povahou klinického obrazu srovnávaných diagnostických skupin. Depresivní syndrom spojený s úzkostí, apatií, smutkem, pocity vyčerpání a ztrátou chuti k jídlu jistě významně přispívá k celkovému snížení životní spokojenosti. Zároveň je však třeba zohlednit i vyšší životní nároky (péče o rodinu a o děti, pracovní povinnosti), které jsou vzhledem k menší zdravotní i sociální závažnosti afektivních poruch na tyto pacienty kladeny. To patrně vede k málo saturované potřebě odpočinku, projevující se nižším celkovým skóre QOL-CZ této položky. Také menší sociální izolace pacientů trpících afektivními poruchami, daná již zmíněnou menší sociální i zdravotní závažností jejich onemocnění, může být paradoxně příčinou jejich nižší životní spokojenosti. Pacienti, mající objektivně více příležitostí k sociálním kontaktům s konvenčním sociálním prostředím, jsou z tohoto důvodu totiž mnohem silněji konfrontováni s faktem své vlastní stigmatizace, nežli pacienti dlouhodobě hospitalizovaní v psychiatrické léčebně (5).

Vyšší úroveň kvality života a vyšší míra spokojenosti i individuálně vnímané důležitosti oblasti související s dětmi, je u pacientů s diagnózou afektivní porucha vysvětlitelná častější saturací této sféry života oproti schizofrenním nemocným.

ZÁVĚR:

Zjišťování kvality života uživatelů psychiatrické péče má své výzkumné i praktické opodstatnění.

Další výzkumné projekty z této oblasti, zahrnující početnější zkoumané soubory, by mohly přispět k hlubšímu porozumnění a účinnější pomoci duševně nemocným od profesionálů, blízkých vztahových osob i širší veřejnosti.

LITERATURA:

1. Cikrt, T.: Vliv nových antidepresiv na sexuální život pacientů. Lékařské listy, 38, 1997, s. 12–13.
2. Dragomirecká, E., Škoda, C.: Kvalita života (vymezení, definice a historický vývoj pojmu v sociální psychiatrii). Č.S. Psychiatr., 93, 1997, č.2, s. 102–108.
3. Dragomirecká, E., Škoda, C.: QOL-CZ (Příručka pro uživatele české verze Dotazníku kvality života SQUALA). Praha, Psychiatrické centrum Praha — Laboratoř psychiatrické demografie, 1997.
4. Holzinger, A., Angermeyer, M.C., Matschinger, H.: Lebensqualität für schizophrene Patienten — das ist ... Psychiatr. Prax., 24, 1997, s. 61–64.
5. Hřeka, M.: Současný stav kontaktní hypotézy v sociální psychologii II. Čs. Psychol., XLI, 1996, č.3, s. 225–234.

6. Koivumaa-Honkanen, H.T., Viinamäki, H. a kol.: Correlates of Life Satisfaction Among Psychiatric Patients. *Acta Psychiatr Scand*, 94, 1996, s. 372–378.
7. Koncepce psychiatrické péče v ČR (návrh), politika péče o duševní zdraví. *Č.S. Psychiat.*, 93, 1997, Suppl. 2.
8. Machů, V., Novotná, J., Trávníková, A., Svitilová, J.: Spokojenost pacientů s léčbou v Psychiatrické léčebně v Brně. *Č.S. Psychiat.*, 91, 1995, č.5, s. 270–276.
9. Matoušek, O.: Rodina jako instituce a vztahová síť. Praha, SLON, 1993.
10. Matoušek, O.: Ústavní péče. Praha, SLON, 1995.
11. Orley, J., Saxena, S., Herrman, H.: Quality of Life and Mental Illness. *Brit. J. Psychiat.*, 172, 1998, s. 291–293.
12. Valášková, K.: Reprezentace pojmu duševně nemocný a kvalita života u psychiatrických pacientů. Diplomová práce. Brno, FF MU — Psychologický ústav, 1998.
13. Vymětal, J.: Základy lékařské psychologie. Praha, Psychoanalytické nakladatelství, 1994.

Děkujeme PhDr. Evě Dragomirecké (Laboratoř psychiatrické demografie Psychiatrického centra Praha) za obětavou pomoc při statistickém zpracování výsledků.

SUMMARY:

Valášková, K., Machů, V.: The quality of life of psychiatric patients

The purpose of our study was to gauge, using the Czech version of the SQUALA questionnaire, the quality of life of patients in Brno's Psychiatric Hospital. The comparison was made between the results of explored sample of 50 psychiatric clients and psychiatrically non-cured population and in relation to clients psychiatric diagnosis. The results indicate a lower quality of life among psychiatric patients than among the nominally mentally healthy population, with the exception of two areas of life — faith and leisure. The areas identified as most affected by mental illness were overall psychosomatic health, interpersonal relations, work and freedom. An analysis of the impact of separate types of psychiatric illness on the quality of life of the mentally ill indicate a generally higher sense of happiness among schizophrenic patients than among patients suffering from affective disorders. Set against this though, the latter have a greater sense of happiness and a better quality of life in areas of life related to children.

Key words: quality of life, mentally ill, psychiatric hospital.

