

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

DUŠEVNÍ NEMOC A NÁZORY SPOLEČNOSTI, VEŘEJNOSTI

Autor: Petr Tomšovský

Vedoucí: MUDr. Josef Kříž

Abstract

For my bachelor's work I have chosen the topic „MENTAL DISORDER AND PUBLIC OPINIONS“. The aim of this bachelor's work was to find out the level of information population has got about mental disorders and the level of public tolerance towards them. The work consists of theoretical and practical parts.

I performed the research among people of different ages and education. As a research method I mainly used a questionnaire. A research sample was made up of fifty people who were willing to cooperate and filled in the questionnaire presented by me. The questionnaire contained fourteen questions that were divided into four groups according to hypotheses. In the hypotheses I anticipated low levels of information about mental disorders problems, fear of mentally ill patients, low levels of tolerance we have towards our fellow-citizens. I anticipated different attitudes and opinions among different age groups, degrees of education reached, and sexes. My anticipation was wrong. No significant differences resulted of the research. However, other hypotheses were rather correct

By analyzing the answers I found out that society was not informed enough about the topic of mental disorders, was not tolerant enough and was not much interested in the above mentioned problems.

Abstrakt

Jako téma bakalářské práce jsem si vybral: „ Duševní nemoc a názory společnosti, veřejnosti ". Cílem bakalářské práce bylo zjistit míru informovanosti populace o tématice duševních chorob, míru tolerance veřejnosti vůči nim. Práce se skládá z teoretické a praktické části.

Výzkum jsem prováděl mezi lidmi různého věku a různého vzdělání. Výzkumnou metodou byl především dotazník. Výzkumný vzorek tvořilo celkem padesát osob, které byly ochotny spolupracovat a vyplnily předložený dotazník. Ten obsahoval čtrnáct otázek, které byly rozděleny do čtyř skupin podle hypotéz. V hypotézách jsem předpokládal malou informovanost o problematice duševních poruch, obavu z duševně chorých, malou míru tolerance, které jsme ve vztahu k těmto spoluobčanům schopni. Předpokládal jsem různé postoje a názory mezi různými věkovými skupinami, stupni dosaženého vzdělání a pohlavími. Tento předpoklad nebyl správný. Z výzkumu nevyšly najevo výraznější rozdíly. Ostatní hypotézy se ale bohužel ukázaly být v celku správné.

Analýzou odpovědí jsem zjistil, že společnost není dostatečně informována o tématu duševních poruch, není dostatečně tolerantní a nemá o zmíněnou problematiku ani zájem.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma: Duševní nemoc a názory společnosti, veřejnosti jsem vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách, v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 5. května 2010

.....
podpis studenta

Poděkování

Děkuji vedoucímu práce MUDr. Josefu Křížovi za odborné vedení, rady a nápady při zpracování bakalářské práce.

Obsah

Úvod.....	8
1. Současný stav.....	10
1.1 Co znamená duševní nemoc.....	11
1.2 Přehled nejčastějších duševních poruch a poruch chování.....	14
1.2.1 Etapy duševního onemocnění.....	15
1.3 Historie duševních poruch.....	18
1.3.1 Egypt.....	18
1.3.2 Indie.....	19
1.3.3 Řecko.....	20
1.3.4 Scholastická medicína a čarodějnické procesy v XI. století.....	22
1.3.5 XVII. - XIX. století.....	22
1.3.6 XX. století.....	24
1.4 Duševní nemoc a kultura.....	26
1.5 Duševní nemoc z hlediska sociologie.....	28
2. Cíl práce a hypotézy.....	30
2.1 Úkoly výzkumu.....	30
2.2 Hypotézy.....	31
3. Metodika.....	31
3.1 Charakteristika výzkumného vzorku.....	32
3.2 Použitý dotazník.....	33
4. Výsledky výzkumu.....	35
4.1 Výsledky hypotézy č. 1.....	44
4.2 Výsledky hypotézy č. 2.....	45
4.3 Výsledky hypotézy č. 3.....	46
4.4 Výsledky hypotézy č. 4.....	47
4.5 Výsledky hypotézy č. 5.....	47
5. Diskuze.....	49
6. Závěr.....	52

7. Seznam použitých zdrojů.....	54
8. Klíčová slova.....	57
9. Přílohy.....	58

Úvod

Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolil téma psychických poruch a jejich chápání veřejností. A to hned z několika důvodů. Oblast duševna a psychiky člověka, a nejen jeho, mě zajímala. Navíc si myslím, že je to téma, se kterým se každý jedinec může, v různé formě, setkat prakticky denně. I když si to neuvědomujeme, psychicky nemocní s námi jsou. Za svou chorobu nemohou a často mají v naší společnosti daleko horší a obtížnější postavení než lidé postižení fyzicky. Velká pozornost je dnes věnována např. vozíčkářům. S jejich přítomností ve společnosti se počítá v projekčních plánech budov a měst, zdokonalují se pomůcky usnadňující jim pohyb mezi „zdravými, normálními“ apod. Nikdo se dnes již nad nimi nepozastavuje, nebudí soucit, kterému se tak brání, nejčastěji jen snahu pomoci. Naproti tomu přítomnost duševně nemocných je stále jaksi přehlížena, či spíše úmyslně zapomenuta. Je stále patrný názor lidí, že za duševní onemocnění by se člověk měl stydět. Ten, kdo podstoupil operaci slepého střeva je v kolektivu téměř hrdinou, ale jakého zařazení by se asi dočkal ten, kdo má za sebou hospitalizaci v psychiatrické léčebně? Právě idea pohledu na duševní choroby očima laika mě zaujala. O problematice duševních chorob byla napsána celá řada, různě kvalitních materiálů, ale obávám se, že veřejnosti se příliš šancí k vyjádření jejich postojů k problematice nedostává. Otázkou je, zda o takovou možnost vlastně stojí. I to bych se chtěl pokusit ve své průzkumně-výzkumné práci osvětlit. Těším se právě na konfrontaci naší populace s tímto jistě vážným společenským tématem.

Pro vědu a medicínu byly po mnohé minulé věky duševní nemoci otázkou víry, nadpřirozena. Je až s podivem, jak dlouhou dobu žil svět ve tmářství, jak dlouho se lidé nechali klamat představiteli církve i vědy, jak s povděkem přijímali vysvětlení, která jsou pro dnešního člověka naprosto nepřijatelná. Vzbuzují údiv, pousmání. Někdy by byl na místě spíše pláč. Asi bylo jednodušší prostě věřit. Pro objasnění tajemství lidské psychiky, tedy pro odhalení pravděpodobně nepatrné části lidské psychiky, bylo třeba hodně odvahy, úsilí a času. Bude trvat ještě hodně dlouho, než člověk pochopí svou vlastní psychiku, sám sebe. Je paradoxem, že v době, kdy lidé létají do vesmíru a sestavují vodíkové bomby, nejsme schopni popsat princip našeho vlastního myšlení,

jednání.

Naše doba je velice hektická, životní tempo je stále rychlejší, již od útlého věku jsou na člověka kladeny vysoké nároky. Musí si bezpečně osvojit řadu věcí, postupů, musí být schopen stále přijímat, analyzovat velké množství informací, bez kterých by nebyl schopen se v naší přetechnizované době orientovat. Abychom toto všechno zvládli, jsme často nuceni potlačovat své vlastní já, překonávat sebe sami. Naším přirozeným prostředím se stává svět ostrých hran, oslepujícího světla, betonu, skla a kovu. Náš životní prostor se zmenšuje, požadavky společnosti se zvětšují. Žijeme příliš rychle, než abychom měli čas se zastavit a zamyslet se sami nad sebou. Není divu, že naše těla i duše někdy selhávají. A právě toho se možná tolik bojíme. Nejsme spokojeni s tím, v jakém světě žijeme, ale opustit ho by znamenalo ztratit se v něm, jak řekl ve své písni americký zpěvák O. Henry (1910): „Nezhasínejte....bojím se domů potmě!“ Duševně nemocní se ocitají často nejen „potmě“, ale jsou navíc také sami a někdy ani nemají v té tmě kam jít. Kdo by se nebál? Proto se možná lidé dnes snaží alespoň o jakýsi návrat k tradicím, přírodě, k sobě samým. Snažíme se pochopit vztahy v přírodě (nebo alespoň v tom, co z ní zbylo), chování zvířat, jejich instinkty, protože doufáme, že jejich prostřednictvím snad porozumíme i sobě samým.

I když v současné době velmi vzrostl zájem veřejnosti o věci duševna, je povědomost populace zatím jen jakousi kosmetickou úpravou od stavu dřívějšího. To je chyba, protože čím více budeme, co by veřejnost, o duševních chorobách vědět, tím lépe se nám bude žít s nimi, i se sebou samými...

1. Současný stav

Psychické poruchy představují velkou skupinu nemocí, s nimiž se zdravotník setkává. Argument, že „psychická nemoc je jako každé jiné onemocnění“ však není pravdivý. Psychicky nemocný se jeví jako člověk s vadami, slabý, neschopný, někdy i jako hloupý. Bojí se ho, protože jeho chování je nepředvídatelné, nekontrolovatelné a možná i nebezpečné. Psychicky nemocný trpí a nese tíhu hodnocení své nemoci ostatními lidmi. Dochází ke stigmatizaci (doslova ocejchování). „Stigma“ psychiatrického pacienta je spojeno s emocí, posilovanou společností a kulturou. Významným způsobem se na utváření těchto postojů k psychickým poruchám podílejí média, ale také informace z doslechu, literatury, ustálené obraty v řeči a znehodnocující poznámky v běžné mluvě. Média honící se za senzací si půjčí psychopatologické termíny, aby popsala různé nevhodné jevy. Filmy jsou plné „psychopatů“, „sexuálních deviantů“ a vrahů s psychiatrickou diagnózou.

Stigmatizace má negativní důsledky pro léčbu pacienta. Řada praktických lékařů se cítí nejistá, když má pacientovi sdělit, že by byla vhodná psychiatrická konzultace, eventuálně léčba.

Psychické poruchy, které jsou pro laiky nepochopitelné, úzkost a strach vzbuzující, mají navíc větší souvislost se společenskými otázkami a sociálně negativními jevy (sebevražednost, závislost na návykových látkách, delikvence, nedobrovolná přijetí atd.).

Psychologické a společenské příčiny psychických poruch, i když jsou významné, jsou těžko měřitelné a jednotně posuzovatelné. Hranice mezi zdravým a nemocí (včetně duševních poruch) se různě posunuje a mění jak historicky, tak transkulturně. V současnosti přibývá depresí, se zvyšujícím se věkem Alzheimerových demencí, ale i sociálních fobií a hyperkinetických poruch u dětí. U psychických poruch se též uplatňují při léčbě nevědecké a alternativní postupy. Psychické poruchy se vyskytují v produktivním věku, vedou k dlouhodobým hospitalizacím, pracovním neschopnostem a sociálnímu selhávání. Psychiatrická porucha jedince má negativní psychologický i ekonomický dopad na pacienta, jeho rodinu, děti, příbuzné i celou společnost.

1.1 Co znamená duševní nemoc

„Duše = psyché, synonymum pojmů psychika; mysl; já, také základ života nebo nesmrtelná duše, která je pouze dočasně spojena s fyzickým tělem.“ Jak uvádí Hartl (2004, s.) (10)

„Nemoc - stav organismu vznikající působením zevních či vnitřních okolností narušujících jeho správné fungování a rovnováhu.“ Jak uvádí Vokurka a Hugo (2005, s. 115) (25)

Zdraví - dle světové zdravotnické organizace (WHO): „Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.“ Jak uvádí Zacharová a kol. (2007, s. 15) (28)

Duševní nemoc

Duševní porucha (nebo také psychická porucha) je v širším pojetí označení pro některé psychické procesy, projevující se v myšlení, prožívání a chování člověka, znesnadňující jeho fungování ve společnosti. (11)

Před lety se uskutečňovala osvěta v otázkách duševních poruch, kdy se lidem vštěpovalo, že duševní nemoc je nemoc jako každá jiná. Co to vlastně znamená nemoc? Čeština má, na rozdíl od jiných jazyků, pro slovo nemoc obecnější význam. Neexistuje bližší slovní označení pro jednotlivé fáze a stránky nemoci, což může způsobovat problémy u odborného dorozumívání, natož při laickém. Slovo nemoc můžeme brát z pohledu jeho tří významů: biologický, psychologický a sociální. U sociální stránky nemoci, kdy je nemoc chápána jako sociální stav se předpokládá biologická porucha.

Podle Světové zdravotnické organizace je pojem duševní porucha nepřesným termínem, který označuje jakoukoliv poruchu psychických funkcí, ať již získanou či vrozenou. (18) Naše soudobá psychiatrie chápe pojem psychické poruchy jako stav,

který je specifický ve svých projevech, lze ho spolehlivě rozpoznat na základě definovaného standardního souboru znaků a je natolik závažný, že vede ke ztrátě pracovní schopnosti, sociální kapacity nebo obojího. Znaky duševní nemoci musí být stanoveny na základě kulturních a sociálních kritérií, přiměřených pro tu, kterou populaci.

Duševní nemoc v rámci existence člověka můžeme posuzovat dvojím způsobem. Duševní zdraví a duševní nemoc člověka lze hodnotit v kontinentální jednotě. Při tomto hledisku je nemoc včleněna do dynamiky rozvoje osobnosti. S nemocí se kalkuluje jako s jednou vývojovou etapou osobnosti. Tento přístup považuje nemoc za zákonité vyústění vývoje osobnosti, je do jejího vývoje včleněna. Duševní zdraví a duševní nemoc lze vnímat také jako dva protikladné jevy. Dochází zde ke kvalitativní změně ve vývoji osobnosti a začíná se prosazovat vývoj chorobného procesu. Chorobný proces není přímým pokračováním vývoje osobnosti, vývoj se chorobným procesem narušuje a zastavuje.

Ruský psychiatr P. M. Zinaviev říká: „Oblast psychického zdraví a činnosti je přeplněna nespočetnými drobnými a velkými jevy, které se jen kvantitativně odlišují od nepochybně nenormálních.“ Psychologickou normu nelze posuzovat jako něco abstraktního. Za míru nelze vůbec brát přiměřenost. Každý člověk má výsostně individuální soubor psychických kvalit, vlastní úroveň rozvinutí rozličných schopností.

Lékařství arabské, středověké ani kartézianské nepřipouštělo dělení chorob na tělesné a duševní, každá patologická forma zahrnovala člověka jako celek. Označení určitého jevu psychopatologií předcházela celá řada operací, které umožnily prozkoumat organickou patologii a definovat „metapatologii“, která má být pro obě oblasti společná a která má jejich fenomény řídit. (3)

Seneca vyslovil, na začátku našeho letopočtu, myšlenku, že člověk bez psychických poruch by měl být užitečný maximálnímu počtu lidí, když to není možné tak alespoň některým, když to není možné, tak alespoň svým nejbližším, a když ani to není možné tak, alespoň sobě samému. Horacius vyslovil formuli, ve které navrhuje vymezit duševní zdraví jako stav, při kterém je člověk schopen vzdorovat životním protivenstvím. Staří filosofové byli v pokušení vidět dva druhy „nerozumu“, pomatenost

a nevědomost. Bez rozumu může být i zdravý člověk když se dopouští konkrétních, neuvážených, divných skutků. Přitom velmi záleží na tom, kdo označuje člověka za „šilného“, protože naše úsudky bývají subjektivní a jednostranné. Na objektivní měření fyzikálních veličin dnes existují velmi přesné přístroje, kdyby tomu tak nebylo, byl by vědecký pokrok o mnoho těžší. I proto je tak těžké posoudit objektivně psychickou činnost člověka. Nelze dát jednostranně přednost jednomu kritériu před druhým. Každý člověk se rozvíjí individuálně. Jsou známy případy například velmi talentovaných hudebníků, kteří ale nejsou schopni vyřešení ani jednoduchých matematických úloh, stejně tak jako vynikající matematici jsou schopni zapamatovat si a posléze použít stovky složitých vzorců. Nevládnou ale reprodukovat ani jednoduchou hudební melodii. Kdo z nich je moudřejší? (1)

1.2 Přehled nejčastějších duševních poruch a poruch chování

„Demence - je syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního rázu, u něhož dochází k narušení mnoha vyšších krevních funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, chápání a uvažování, schopnosti učení řeči a úsudku.“ Jak uvádí Smolík (1996, s. 62) (22)

„Poruchy vyvolané užíváním alkoholu - alkohol nejčastěji zneužívaná látka, jeho zneužívání vede k narušení úsudku, zvýšené hovornosti, náladovosti, agresivitě. Ze somatických projevů se nejčastěji vyskytuje nystagmus, ataxie, setřelá řeč.“

„Mezi komplikace alkoholismu patří mozková atrofie, cerebrální degenerace, epilepsie, kardiomyopatie, vředová porucha. Terapie je dlouhodobá, podmínkou je abstinence.“ Jak uvádí Praško a kol. (2003, s. 60–61) (20)

Paranoidní schizofrenie - vyznačuje se bludy. Jejich vývoj probíhá v různých tempech a zasahuje osobnost a její vztahy. Bludy jsou často doprovázeny nebo předcházeny halucinacemi. (14)

Schizofrenie je charakterizovaná nadměrnou vztahovačností, podezříváním. (25)

Deprese - stav charakterizován smutkem, beznadějí, pocity viny, vlastní špatností, hypochondrickým zaměřením, tělesnými a vegetativními obtížemi, sebevražednými myšlenkami, úzkostí, pesimismem. (15)

Obsedantně kompulzivní porucha – ritualizované způsoby chování a vnucování dysfunkčních myšlenek, pacienti pocítují nutkání. Nutkavé poruchy se rozdělují podle toho zda převládají nutkavé myšlenky (obsese) nebo nutkavé jednání (impulze). Známkou obsedantně kompulzivní poruchy je v každém případě dysfunkčnost, opakování a averzivní prožitek nutkavé myšlenky nebo nutkavého jednání. (21)

Mentální anorexie je nemoc, nastupuje nejčastěji v pubertě a adolescenci a postihuje v 95 % dívky. Vyznačuje se odmítáním udržet svou tělesnou hmotnost nad minimální váhou vzhledem k věku a výšce, takže BMI (Body Mass Index) klesne pod 17,5. Dalším příznakem je intenzivní strach z přírůstku hmotnosti navzdory podváze. (31)

Pedofilie - pohlavní náklonnost k dětem, zejména mužů k malým děvčátkům, většinou prepubertálního věku, má většinou heterosexuální charakter, patří k závažným, relativně častým odchylkám a její realizace má charakter trestného činu. (26)

Lehká mentální retardace - inteligenční kvocient (IQ) nižší než 70 – 75, má vážná omezení ve dvou nebo více oblastech adaptivních schopností potřebných v každodenním životě - tedy komunikaci, péči o sebe sama, rodinném životě, sociálních schopnostech, péči o zdraví, sebekontroly, vzdělání (čtení, psaní, základy matematiky) a uplatnění v komunitě a práci. Tento stav trvá od dětství, vymezeného jako věk 18 a méně. (32)

Dětský autismus - je jednou z nejzávažnějších poruch dětského mentálního vývoje. Jedná se o vrozenou poruchu některých mozkových funkcí. Porucha vzniká na neurobiologickém podkladě. Důsledkem poruchy je, že dítě dobře nerozumí tomu, co vidí, slyší a prožívá. Duševní vývoj dítěte je díky tomuto handicapu narušen hlavně v oblasti komunikace, sociální interakce a představivosti a doprovází ho specifické vzorce chování. (30)

1.2.1 Etapy duševního onemocnění

Na zdraví se nelze dívat jako na daný stav, nýbrž jako na proces. Duševní zdraví je proces, který má svou dynamiku, vyvíjí se, a to ne sám o sobě, nýbrž vždy v určitém vztahu k prostředí. Organismus je vybaven určitým rozsahem přizpůsobivosti k prostředí a prostředí klade na organismus jistý rozsah nároků. Proto se mezi organismem

a prostředím vytváří stav labilní rovnováhy. Kdybychom chtěli schematicky vyjádřit poměr obou složek, museli bychom postavit proti sobě stupnici adaptability organismu proti stupnici nároků prostředí.

Když přizpůsobivost organismu převyšuje hranici nároků prostředí, jedinec se nachází ve stavu zdraví. Jestliže rozsah nároků prostředí přesáhne hranice adaptability organismu, dojde k poruše této rovnováhy (podle Selyeho stresové teorie, homeostázy) a vzniká nemoc. Tyto relace nejsou dané a stálé. Adaptaci organismu lze cílevědomě rozšiřovat otužováním, výchovou.

Etapy rozvoje ataky duševního onemocnění jsou zachyceny na grafu. V průběhu ataky se tyto etapy pravidelně vyskytují a plynule na sebe navazují. Bývají různě vyjádřeny, a proto je není možné někdy přesně postihnout. Proti somatickým onemocněním se pozorují některé odlišnosti. Pro včasnou diagnostiku a ambulantní péči mají význam zejména úvodní etapy rozvoje nemoci, proto se jim obvykle věnuje zvýšená pozornost. Období zdraví (alfa - A). Vyznačuje se projevy svérázné struktury osobnosti člověka. Jsou výsledkem zděděných a vrozených faktorů, typu, konstituce, temperamentu a získaných vlivem prostředí, výchovy a vzdělání. Projeví se v zájmech, zálibách, charakterových vlastnostech a formátu osobnosti.

Období premorbidních projevů (A - B). Před vlastním duševním onemocněním mohou se po dlouhou dobu vyskytovat různé psychické a tělesné obtíže. Nejsou ještě chorobné ve vlastním slova smyslu, vyskytují se i u zdravých lidí a postiženého ani jeho okolí neznepokojují. Je ale jistý vztah mezi těmito projevy a následně vzniklou nemocí. Při častém výskytu jistých premorbidních projevů se později manifestuje určitá chorobná jednotka. Tento vztah má omezenou platnost, protože v menší míře lze tyto projevy nacházet i u jiných druhů duševních poruch.

Prodromální stadium (B - C). V tomto období se formují úvodní projevy rozvíjející se nemoce. Od premorbidních projevů se liší tím, že mají charakter příznaků choroby, i když chorobný obraz není ještě plně rozvinut. Je to stadium rozvoje nespecifických změn, a proto ještě nelze určit, jedná-li se o rozvíjející se neurózu, psychózu, či jde o dekompenzaci. Mohou se vyskytovat nápadné změny nálad, a to reaktivní i endogenní povahy. Období může trvat různě dlouho, od několika dní po

několik týdnů.

Úvodní akutní nebo subakutní stádium (C - D). Pokud se nemoc nadále rozvíjí, bývá nemocný často hospitalizován na psychiatrickém oddělení. V tomto stádiu lze definovat základní kategorie duševních onemocnění. Může se vyskytnout psychomotorický neklid, agitovanost, delirantní a amentní obrazy, sebevražedné tendence, poruchy spánku, nechutenství, pocity únavy, vyčerpání, bolesti hlavy, pocity napětí, nesoustředěnost, deprese, aj.

Období manifestace onemocnění (D - E). Nedefinované příznaky ustupují a objevují se nosologické. Příčiny onemocnění jsou výrazné a umožňují chorobu zařadit.

Období dozívajících příznaků (E - F). Charakteristické příznaky ustupují, a opět se stupňují příznaky nespecifické, které mohou delší dobu přetrvávat.

Období rekonvalescence (F - G). Přetrvávají nespecifické příznaky a vedle nich se mohou projevovat následky některých aktivních biologických léčebných metod (poruchy paměti po elektrokonvulzivní léčbě). Zlepšuje se sociabilita a obnovuje se kontinuita osobnosti nemocného.

Období obnoveného zdraví (G - omega). V dobrém případě dojde k úplné obnově duševního zdraví. Ukončení ataky nemoci nevede však ke stejnému výsledku. Výsledek léčby závisí na mnoha faktorech. Pro větší názornost uvádím graf, viz. přílohy – graf 2.

1.3 Historie duševních poruch

„Obecně se dá říci, že duševně nemocní sdíleli vždy do jisté míry osud rasových a národnostních menšin. Lidská společnost se vždy snažila uklidit je někam stranou, ať už posíláním „lodí bláznů“ na širé moře ve středověku, anebo později umístováním do léčeben daleko mimo města, jak o tom svědčí dodnes lokalizace těchto zařízení. I dnes, v civilizovaných zemích, dostávají se duševně nemocní přirozenou cestou do postavení, ve kterém sdílejí osud skupin deklasovaných společensky i ekonomicky.“
Jak uvádí Höschl a kol. (1997) (13)

1.3.1 Egypt

Duševní poruchy jsou problematikou starou jako lidstvo samo. Jedna z prvních písemně doložených zmínek o duševní nemoci a její léčbě pochází ze starého Egypta. V roce 1862 Georg Ebersen objevil v Thebách „Papyrus Ebersův“, jehož vznik se datuje do 15. století př. n. l. Pojednává o chorobách dětských, kožních, ušních, očních, ženských, ale obsahuje i texty modliteb a zařikání zlých duchů, kteří měli být původci posedlosti, to znamená duševní poruchy. Je to vůbec první text věnující se duševním poruchám v Egyptě. Dalšími pojednáními o problematice duševna jsou již mladší egyptské papyry, a to papyrus Hearstův, z roku asi 1500 př. n. l., tzv. papyrus londýnský z roku asi 1300 př. n. l. a papyrus Brungschův z období asi 1100 př. n. l. Ze všech staroegyptských pramenů si můžeme udělat představu o stavu teoretického i praktického lékařství, včetně léčby duševních chorob.

Egyptané věřili, že člověk se skládal z ducha, duše a těla. Duch sídlil během pozemského života v těle a čkoliv byl údajně nehmotný, měl přesnou podobu člověka. Po smrti se od těla odpoutával a žil dál. Duše měla sloužit duchu jako jakýsi ovladač k tělu a po jeho smrti ztrácela význam.

Nejvýznamnějším a nejznámějším lékařem, fyzikem nejstarší doby Egypta byl Imhotep. Byl nazýván „dobrým lékařem bohů a lidí“ a později byl svým národem prohlášen za boha lékařství. Imhotep byl nejen slavným lékařem, chirurgem,

farmakologem, zajímal se i o duševní choroby a jsou mu dokonce připisovány architektonické plány na stavbu stupňovité pyramidy v Sakkáře. S příchodem Nové říše však mizí ze staroegyptského lékařství lékaři- fyzikové, a jsou nahrazováni pověrami, vírou v nadpřirozené síly a demony. Místo lékařů se o nemoci těla i ducha starají kněží-zařikávači, jejichž léčebnými metodami jsou hlavně zařikávání a symbolické vyhánění duchů z těla nemocného. Potírali těla nemocných zvířecími výkaly, protože věřili, že zápach vyvolá odpor v bytostech, které nemoc způsobují a že sami tělo opustí. Zařikávacím ceremoniálu tuto „terapii“ podporovali vyhrožováním, nebo naopak duchům slibovali slasti, kterých se jim dostane, pokud tělo opustí. Duševní choroby byly vysvětlovány jako posedlosti zlými duchy, např. Tin, který měl způsobovat bolesti hlavy, Labartu způsobující tzv. noční můry, Labasu, který měl být původcem záchvatů bezvědomí. Věřilo se, že uzdravení lze dosáhnout zařikáváním těchto duchů na posvátných místech a proto duševně choří přicházeli do chrámů, kde byli léčeni tzv. chrámovým spánkem. Při tomto léčení leželi postižení v chrámu nebo v jeho předsíni. Spánek byl navozen pomocí vůně kadidla a odřikávání náboženských formulí. Jednalo se vlastně o jakousi první léčbu spánkem vyvolaným hypnosou nebo sugescí. Léčbě duševně nemocných byly ve staré říši zasvěceny chrámy v Memfidě, Sais a Thébách. Mnohé z těchto chrámů sloužily také jako azyly duševně nemocných, kde léčba zahrnovala také tělesná cvičení, procházky v chrámových zahradách, tanec, hudbu. Celý den byl vyplněn různými zaměstnáními, denní režim byl pevně dodržován. Vše mělo sloužit k navození, udržení dobré mysli. Lze tudíž říci, že již ve starém Egyptě můžeme pozorovat první počátky cílené péče o duševně nemocné.

1.3.2 Indie

Indové rozeznávali několik forem duševních poruch, např. Devtas vzniklou z hněvu bohů, Ráktas z hněvu démonů, Patrigriha z hněvu ducha mrtvého člověka, Pišaka z hněvu ďáblů neznámého druhu a další. Krom těchto rozeznávali staří Indové několik dalších démonů, kteří měli vyvolávat přímo specifické a charakteristické psychotické příznaky. Tak mohla být vlivem démonů, podle indického lékařství,

vyvolána zlomyslnost, vychloubačnost, vznětlivost (Daity), vzrušenost, neklid (Gandharva), chlípnost, marnotratnost, upovídánost (Jakša), ztráta paměti, blábolivá řeč, nemocný byl špinavý, pobíhal nahý, zraňoval sám sebe (Pišaka) a další poruchy. Indové řadili mezi psychické choroby také epilepsii, kterou zvali apasura, popisovali ji jako vznik šílenství zvaného unmada.

Na vzniku duševních poruch se podle Indů podílela nevhodná strava, mísení vzduchu se žlučí a hlenem v těle, silné vzrušení, nezvládnuté vášně, jedy podané nemocným. Léčení duševních chorob bylo také pokročilejší a od nadpřirozených zásahů se klonilo více k přirozenějším zásahům. V pozdější epoše staroindické medicíny, v době slavného lékaře Sušruty, byly duševní choroby léčeny více s ohledem na předpokládané původce, i když náboženský ceremoniál přetrvával. Obecně se doporučovalo jednat s duševně nemocným laskavě, vlídně a s porozuměním. Staroindičtí lékaři již ve své době pochopili význam a moc mluveného slova a psychoterapeutickou sílu kladných emocí. Zdůrazňovali humanitní přístup k duševně chorému, což je pravděpodobně největší klad a přínos staroindické medicíny v této oblasti.

1.3.3 Řecko

První prameny vztahující se k duševním chorobám, které lze v historii Řecka nalézt, spadají do nejstarších období Řecké historie. Už ve slavných Homérových eposech Ilias a Odyseea nacházíme fenomenologii duševních poruch na klasických postavách Aianta, Hérakla, Oresta, Oidipa, aj. Je zde také etiologický výklad vzniku duševních poruch, který dokládá, že Řekové přičítali vznik duševních poruch zlým duchům, démonům, a nebo ji chápali jako trest a projev hněvu bohů.

Jako bůh lékařství byl uctíván Asklépios, který uměl nejen léčit všechny nemoci, ale podle legendy uměl také křísit mrtvé, ale protože potom nikdo neumíral, usmrtil jej Zeus bleskem. Asklépios přešel do tradice starořeckého lékařství a byl strážcem chrámů, ve kterých lidé hledali uzdravení. Tyto chrámy se nacházely v Epidauru, Pergamu, na ostrově Kos, a jinde. Při vstupu do chrámu musel nemocný nejprve obětovat Asklépiovi, musel se vykoupat a teprve potom mohl vstoupit do abalonu,

dlouhé otevřené kolonády, kde se uložil ke spánku. I v Řecku se tedy využívala léčba spánkem, tzv. inkubací, což znamená zjevení se boha ve snu. Bůh měl nemocného přímo uzdravit, nebo mu poskytnout rady, jak uzdravení dosáhnout. Během doby pobytu v chrámu byli nemocní léčeni ještě masážemi, dietou, koupelemi a hrou. Asklépia byla budována v místech s vhodným klimatem, v jejich okolí se často nacházely léčivé prameny, takže vlastně šlo o kombinaci léčby náboženské a přírodní. I tady však přetrvával složitý náboženský rituál, který největší důraz kladl na neotřesitelnou víru v moc Asklépia a jeho kněžích.

Vývoj se v Řecku nezastavil a filosofové postupně upouštěli od představ neomezené moci bohů. Pythagoras (580 - 496 př. n. 1.) nebyl jen skvělý matematik, ale byl prvním z řeckých, který tvrdil, že sídlem rozumu a duševní činnosti je mozek. Duševní choroby jsou tedy onemocněními mozku. Alkmaion (500 - ? př. n. 1.) byl přesvědčen, že mozek je spojen s bulbem jakousi trubicí, a že je centrem všech našich smyslů i vnímání. Anaxagoras (500 - 428 př. n. 1.) vyslovil myšlenku, že postranní komory mozku jsou sídlem duše. Démokritos (460 - 370 př. n. 1.) soudil, že duševní činnost je podmíněna vdechováním atomů ze vzduchu. Největším lékařem antického Řecka byl Hippokratés (asi 460 - 370 př. n. 1.). Jeho názory na vznik a podstatu nemocí přetrvávaly v medicíně až do konce středověku. Hippokratés hledal příčiny chorob ve vlivech vnitřního i vnějšího prostředí člověka. Duševní stav člověka je podle něho ovlivňován vzájemnými poměry čtyř základních tělních šťáv (krev, hlen, žluč, černá žluč). Rozděloval lidi na sangviniky (nadbytek krve), choleryky (nadbytek žluči), melancholiky (nadbytek černé žluči) a flegmatiky (nadbytek hlenu). S těmito termíny se setkáváme prakticky do dnes. Teprve v tomto období se duševní poruchy dostávají do okruhu lékařství, poprvé se začaly vysvětlovat přirozeným, humorálním způsobem. Duševní choroby dělil podle působení té které šťávy na mozek a nazýval je: melancholia, mania, frenitis, parafrenitis. Pro všechny duševní choroby používal termín paranoia. Od Hippokrata pochází také termín hysteria, ale v jeho době byl vyjádřením fyzické, nikoli psychické nemoci. Léčil pomocí diety (zakazoval víno), lehkého tělocviku, ordinoval houpání nemocného na vysuté posteli. Naprostý klid nedoporučoval. Jeho hlavní snahou byla úprava poměru tělních tekutin. (24) Aristoteles (384 - 322 př. n. 1.) ve svém díle

shrnul učení svých předchůdců. Navazoval na humorální koncepci Hippokrata, při léčbě mánie doporučoval dietu a projímadla. Říká, že tímto postupem se léčí tělo a zlepšení také mánie je důkazem tělesného podkladu nemoci. Poškození těla má za následek poškození duše a naopak. (24)

1.3.4 Scholastická medicína a čarodějnické procesy v XI. století

V XI. století se začala provozovat scholastika. Vycházela z přesvědčení, že všechna církevní a biblická dogmata jsou pravdivá a každé zpochybnění nebo náznak jiného myšlení byl trestán a stíhán. Osudy duševně chorých z tohoto období jsou patrně nejčernější kapitolou v historii lékařství vůbec. Duševně nemocní nebyli pokládáni za nemocné, nepotřebovali tudíž péči, byli pokládáni za ďábly, kteří vstoupili do těl lidí. Demonologie měla vysvětlení pro všechny duševní poruchy. Nemocní byli obviňováni, odsuzováni k hrdelním trestům. Právě v této době pověřil papež Innocent VIII. dva dominikánské theology, Jakoba Sprengera a Heinricha Kraemera sepsáním spisu, který sloužil jako učebnice inkvizitorů, *Malleus Maleficarum* (Kladivo na čarodějnice). Představuje nejohroživější dokument postoje církve k duševně chorým, obviněným z kacířství. V českých zemích nebyly čarodějnické procesy tak časté, ale i u nás se dochovaly dokumenty, tzv. Smolné knihy, které dokazují rozsudky smrti za čarodějnictví v Praze, Pardubicích, Jindřichově Hradci a jinde. Poslední čarodějnicí v Evropě byla snad Anna Goldiová, která byla pro své údajné spojení s ďáblem po mučení sřata v Curychu v roce 1782. (24)

1.3.5 XVII. - XIX. století

XVII. a XVIII. století znamenalo zřizování tzv. hospitalů, kde byli duševně nemocní léčeni podle poznatků tehdejší lékařské vědy. O léčbě nelze sice moc hovořit, ale nemocní byli alespoň chráněni před týráním a ponižováním. Ještě obě tato století byla péče o tyto pacienty prováděna podle hesla: „Fame plagiis, vinculis coercionas est insanus“ (Duševně nemocný musí být zkrocen hladem, bitím a okovy).

Skutečný počátek péče o duševně nemocné u nás lze datovat do roku 1783, kdy císař Josef II. nařídil zřízení oddělení pro duševně choré při nemocnici Milosrdných bratří v Praze. Opravdovou reformou v péči o duševně nemocné bylo zřízení ústavu pro choromyslné svatého Bartoloměje. K přijetí do ústavu bylo třeba úřední žádosti. Ústav měl tři třídy, které se lišily ošetrovací sazbou, a to od čtyřiceti do deseti krejcarů, osoby nemajetné byly ve třetí třídě ošetřovány bezplatně. Prvním primářem nového ústavu byl dr. Tadeáš Bayer. Kapacita ústavu se brzy stala nedostatečnou a tak vznikala potřeba dalších ústavů. Nejprve se jednalo o pražské objekty, postupně ale přibývaly i mimo pražské, například v Dobřanech u Plzně, o jehož výstavbu se výrazně zasadil profesor dr. Jakub Fischel. Velký pokrok udělal i systém léčby. Například první primář ústavu pro choromyslné C. D. Schoff, který byl velký obdivovatel Pinela, zřídil v rámci léčby na pozemcích ústavu ovocnou, zelinářskou i květinovou zahradu, různé řemeslné dílny, knihovnu, společenskou místnost s kulečnickem, šachovými a karetními stolky a hudebními nástroji. Velkým přínosem bylo působení dr. J. G. Riedela (1803 - 1870). V roce 1840 se stal ředitelem pražského ústavu pro choromyslné u sv. Kateřiny, a stal se prvním docentem psychiatrie nejen na pražské univerzitě, ale v celém tehdejší Rakousku. Za jeho působení se ústav stal jedním z nejlépe vybavených a zařízených v Evropě. Pokoje byly vymalovány jako běžné obytné místnosti, k dispozici byl dostatek ošetrovatelů (na jednoho opatrovníka pět nemocných), pro které platila přísná pravidla. Za nevhodný přístup k pacientům a přestupky si ošetrovatel vysloužil disciplinární řízení. Nemocní mohli využívat nové řemeslné dílny, byli za svou práci placeni a obnos jim byl předán při propuštění. Mohli využívat knihovny, zřizovali herbáře, malovali, na zahradě byly kolotoče, kulečnick, zřízena byla vinice, konaly se taneční zábavy a bohoslužby. Doktor Riedel rozšířil péči o léčebný tělocvik a školní vyučování. Byl najat učitel tělocviku, který docházel do ústavu třikrát týdně, školní výuka probíhala denně od 10 do 15 hodin a začínala i končila sborovým zpěvem. Vyučovaly se počty a psaní, vzdělanější klienti se mohli dále vzdělávat v dalších vědách. Kromě pracovní terapie, již byl v podstatě průkopníkem, zavedl doktor Riedel také farmakoterapii, odhalil např. působení opia na melancholii. Začal také, v roce 1847, pracovat s elektroterapií. Elektroléčba se prováděla tak, že nemocný vzal do každé ruky kovové držadlo propojené s aparátem,

kterým procházel elektrický proud. Dr. Riedel upozornil na nebezpečí vzniku křečí, pokud je působení elektrického proudu delší než půl minuty. V roce 1850 byl doktor Riedel jmenován ředitelem pražské Všeobecné nemocnice. (5)

1.3.6 XX. století

Zakladatelem české vědecké psychiatrie byl profesor Karel Kuffner (1858 - 1940), z jeho psychiatrické školy vyšli i další významní odborníci, jako např. profesori Haškovec, Heveroch, Jánský, Mysliveček, Bělohradský, Procházka. Profesor Zdeněk Mysliveček (1881 - 1974) byl původně profesorem psychiatrie v Bratislavě, odkud přešel roku 1930 jako nástupce profesora Kuffnera do Prahy. Mezi další významné osobnosti jistě patří profesor Vencovský (první přednosta psychiatrické kliniky v Plzni), profesor Krákora (první přednosta psychiatrické kliniky v Hradci Králové) a také nynější přednosta pražské psychiatrické kliniky, profesor Zvolský. Světové proslulosti dosáhl žák profesora Kuffnera profesor Jan Jánský (1873 - 1921) a to hlavně za hematologické studie u psychotiků. Významnou postavou byl také profesor Lubomír Honzlík (1916 - 1984). V roce 1959 vydal monografii biologické léčby, byl prvním ředitelem Výzkumného ústavu psychiatrického (dnes psychiatrické centrum Praha, vedené profesorem Cyrilem Höschlem). Byl orientován na biologickou psychiatrii, ale vždy zdůrazňoval komplexní psychiatrickou léčbu spolu s psychoterapií. (27) V době obnovení samostatnosti Československé republiky byla obnovena činnost psychiatrických klinik v Praze a Brně. Mimo to zřídila Karlova univerzita v Praze dvě samostatné lékařské fakulty v Plzni a Hradci Králové, u obou byly vybudovány psychiatrické kliniky. Nová univerzita byla zřízena, i s psychiatrickou klinikou, v Olomouci. Československo mělo osm psychiatrických univerzitních klinik (Praha, Plzeň, Hradec Králové, Brno, Olomouc, Bratislava, Martin, Košice). Období po II. světové válce znamenalo rozvoj psychiatrie i po jiných stránkách. Byl např. založen institut pro postgraduální školení psychiatrů v Praze (1955). (7)

I dnes máme řadu skvělých odborníků, psychiatrie se díky medializaci dostává stále do větší pozornosti. Prosazují se nové metody práce s duševně nemocnými, vznikají

různá sdružení a spolky, které se prací s duševně chorými zabývají. Je to, myslím, dobrý trend, který snad bude pokračovat ke stálému zlepšování stavu věci.

1.4 Duševní nemoc a kultura

Boutrox řekl, že psychologické zákony, i ty nejobecnější, se vždy vztahují k určité „fázi lidstva“. (8)

Duševní nemoc je v jedné kultuře považována za poruchu, v jiné může být považována za standardní, či dokonce žádoucí. (13)

Sociologie a psychopatologie se shodují v tom, že choroba je za chorobu považována jen v rámci kultury, která ji jako chorobu uzná. Ať již je tedy posuzování duševní stability či nemoci jakkoliv relativní, v určité společnosti patří za patologické takové jevy a projevy, které se odchyľují od běžného průměru. Každá odchylka od této normy zdraví je pokládána za chorobný fenomén.

Podle Ruth Benedictové si každá kultura volí, některou z možností, která tvoří antropologickou stavbu člověka. Například u kmene Kwakiutl si domorodci za svůj celoživotní cíl vytyčili zlepšování individuálního já, což je úplně vyloučeno u kmene Zuňi. U kmene Dobu je privilegována agrese, pravděpodobně jako ukázka síly a schopnosti obrany sebe, celého kmene před nebezpečím. Zatímco u Pueblů je pokládána za nepřijatelnou a je potlačována. Obraz o chorobě je tedy utvářen od antropologických možností, které jednotlivá společenství pomíjí nebo potlačují. Lowie se ve své studii o Indiánech kmene Crow zmiňuje o jednom Indiánu, který byl neobyčejně inteligentní, a přesto že dokonale chápal kulturní normy svého kmene, nebyl schopen přijímat fyzické nebezpečí, které spolu s agresí bylo pouze ceněno, byl pro svůj intelekt pokládán za člověka neodpovědného, nespolehlivého a v podstatě za nemocného. I nadprůměrnost může tedy být pokládána za deviaci. Naopak u kmene Zulu se podle Callawaye stává šamanem (tedy získává významné a vážené postavení v celém společenství, je pokládán za vyšší bytost a je zároveň duchovním i lékařem) ten, kdo: „je z počátku statné postavy, avšak časem se stává čím dál přepadlejší ... bez ustání nařiká, že ho něco bolí ... sní o všem možném a jeho tělo je špinavé Má křeče, které na čas přestanou, když ho někdo pokropí vodou. Při prvním nedostatku ohledů roní slzy a na konec se hlasitě rozpláče. Člověk, který se stává šamanem, je velkým zdrojem neklidu“. Je otázkou, do jaké

míry jsou všechny uvedené stavy, mající být charakteristické pro postavu šamana opravdové a nakolik by byly přehrávané. Ať už tak, či tak, člověk s podobnými obtížemi a modelem chování by v naší společnosti jistě nebyl považován za jedince schopného a vhodného stát se vůdcem ať již jakékoliv skupiny. U nás Evropanů by jeho projevy byly patrně klasifikovány jako hypochondrie a hysterie, tedy jako druhy duševní nemoci. Jak tedy naše kultura dospěla k tomu, že vidí v chorobě odchylku a nemocnému uděluje statut, kterým je vyloučen ze společnosti?

Různé kultury jsou různě citlivé na určité fenomény v lidském chování a řeči, vůči nimž společnost zaujímá zvláštní postoj. Je v nich cosi odlišného, co si přeje být odlišeno. Pro svou společnost nejsou však ani zcela nemocní, ani zcela zločinci či kouzelníci, ale ani normální lidé. Tito lidé se nachází v prázdném prostoru. V různých obdobích, kulturách a geografických pásech se hranice tohoto „prostoru nikoho“ oboustranně posouvala. Kdo ví, možná v jiné době, nebo by možná stačilo říci v jiné kultuře, by naše vlastní společenské postoje a modely chování byly pokládány za patologické. (8)

1.5 Duševní nemoc z hlediska sociologie

Na duševní nemoc nazírá jinak lékař, psycholog, sociolog a zcela jinak laická veřejnost. Sociologie chápe nemoc jako úchylku. Důvodem tohoto postoje je společenská nežádoucnost nemoci a odchýlení se nemocného od chování, které od něho společnost očekává. Nemoc je odchylkou od plnění obvyklých společenských rolí a úloh, má však mezi ostatními společenskými deviacemi zvláštní postavení, neboť není následována negativními sankcemi, srovnatelnými s trestem za trestný čin, nebo morálním odsouzením za přestupek proti pravidlům slušnosti nebo víry. Důvodem tohoto zvláštního postavení duševní nemoci mezi společenskými deviacemi je její předpokládaná nemotivovanost. Hlavní dělicí bod mezi nemocí a všemi ostatními deviacemi je tedy kritérium osobní odpovědnosti. Stanovisko sociologů k duševní nemoci vykrystalizovalo až v 60. letech dvacátého století.

Pro klinické obory představují laici prostředí, které provádí screening perspektivních potencionálních nemocných. V oblasti duševních poruch je konfrontace laických a odborných kritérií mnohem složitější než v klinických oborech. Občané mají pocit, že choromyslného dovede každý bezpečně poznat. Laik má názor na to, co šílenství je a jak vypadá. Většinou si je také vědom odlišnosti svého stanoviska od stanovisek odborných. To platí v rámci laické populace i mezi tzv. nepsychiatrickými odborníky, jako jsou právníci, policisté, sociální pracovníci apod.

Většina laiků ztotožňuje pojem duševní poruchy pouze s některými diagnosami. Laikovi jsou nepřijatelné některé teze, jež běžně přijímají odborníci, tj. psychiatři (např. teze plynulého přechodu mezi duševním zdravím a duševní nemocí, teze o stálosti a malé dynamice laických představ o duševní nemoci i přes působení zdravotní výchovy a osvěty mezi populací). Lidé běžně považují duševní nemoc za extrémní typy chování, jež odpovídají tzv. stereotypu. Pojem stereotyp duševní nemoci chápe sociologie jako ustálené mínění společnosti o určité skupině osob, které vyplývá z potřeby lidí kategorizovat.

Vzniká buď tak, že se zobecní vlastní zkušenost s jedním příslušníkem dané skupiny, nebo je stereotyp přijat bez jakýchkoliv zkušeností, ve většině případů zprostředkovaně od okolí. Oproti ostatním sociálním stereotypům má stereotyp duševního onemocnění ještě funkci laické diagnostiky, a zahrnuje převážně negativní vlastnosti. Vlastnosti, které v rámci stereotypu duševní nemoci veřejnost duševně nemocným připisuje, se však ve skutečnosti vztahují jen na malé procento z duševně nemocných. (16)

Durkheim a Ruth Benedictová chápou, ve svých analýzách, chorobu jako jednu z okrajových variant kulturní reality té či oné sociální skupiny. (8)

Společnost vidí v nemoci především nečinnost, izolaci od lidí a závislost na nich. Někteří lidé vidí naopak únik od každodenních starostí, zprostředkovanou samotu a intelektuální činnost. Do psychiatrické diagnostiky se promítají hodnotová stanoviska pozorovatele. Z této pozice je duševní nemoc hodnocena jako metafora, která má význam pro stabilizaci společnosti na úkor jedinců, na nichž je aplikováno. (3)

2. Cíl práce a hypotézy

Cílem průzkumu bylo získat a zpracovat informace o postojích naší veřejnosti k duševním onemocněním, duševně nemocným. V teoretické části bylo cílem přiblížit problematiku z pohledu historie, ozřejmit vztahy s různými vědními obory, nastínit vývoj poruch podle jistého časového pásma podle klinických projevů, které může každý člověk rozpoznat.

2.1 Úkoly výzkumu

Úkol č.1 Zjistit, na jaké úrovni jsou znalosti veřejnosti v oblasti duševních poruch.

Úkol č. 2 Zjistit, zda se veřejnost obává duševně nemocného jako jedince, zda se obává společenského dopadu duševních nemocí.

Úkol č. 3 Zjistit míru tolerance, akceptace, které je- není schopna naše populace.

Úkol č. 4 Zjistit, zda jsou si naši spoluobčané vědomi systému péče o duševně nemocné. Zda mají potuchy o právech duševně nemocných.

2.2. Hypotézy

Hypotéza č. 1 Domnívám se, že veřejnost není dostatečně informována o problematice duševních poruch.

Hypotéza č. 2 Domnívám se, že populace je stále ještě málo tolerantní ve vztahu k duševním poruchám, duševně nemocným, není schopna je akceptovat.

Hypotéza č. 3 Domnívám se, že veřejnost má obavu z duševně nemocných, z psychiatrie, psychiatrů, psychologů. Z možnosti propuknutí duševní choroby u nich samých.

Hypotéza č. 4 Domnívám se, že lidé nemají přehled o systému péče o tyto naše spoluobčany, o jejich právech.

Hypotéza č. 5 Předpokládám, že i na relativně malém vzorku populace se projeví názorové rozdíly mezi pohlavím, věkovými skupinami i stupněm dosaženého vzdělání.

3. Metodika

Nejvýznamnější výzkumnou metodou byl dotazník (viz. přílohy). Tuto metodu jsem zvolil proto, že respondentům umožnila získat jistý nadhled. Dotazník je pochopitelně anonymní, na jeho vypracování měli dotazovaní libovolný časový úsek. To sice vyvolalo menší problémy s jeho vrácením, ale myslím, že poskytlo dotazovaným dostatek času k jeho vyplnění, k zamyšlení se nad otázkami.

Neméně podmíněné byly ale i rozhovory s dotazovanými. Rozhovor byl obvykle navazován ze strany dotazovaného. Mnou aktivně vyhledáván nebyl, i když bych jej velice vítal a byl by jistě přínosem. Snažil jsem se takto respektovat určité právo na ostych, vlastní názor a jisté náznaky rozpačitosti, které byly mnohdy v chování lidí patrné. I to však vypovídalo o postoji lidí k tomuto tématu a pomáhalo mi v lepším pochopení odpovědí samých. Musím ale říci, že mě tyto reakce, zvláště z počátku, překvapily.

3.1 Charakteristika výzkumného vzorku

Anonymní dotazník jsem rozdával mezi muže, ženy, mezi osoby různého věku, postavení (různého stupně vzdělání). Cílem bylo získat přehled o názorech, postojích v různých sférách naší společnosti. Při sestavování dotazníku jsem se vyhnul otázce na místo bydliště dotazovaných. Myslím si, že v dnešní době se rozdíly mezi lidmi žijícími na vsi a ve městě, vlivem rozvoje dopravy, medializace a možností komunikace natolik setřely, že na toto členění není třeba, při takovémto průzkumu, brát zřetel.

Rozdáno bylo 65 dotazníků, ze kterých se vrátilo vyplněných, tak aby mohly být zařazeny do průzkumu 50 (76,9 %). Někteří lidé vrátili dotazník bez vysvětlení, někteří s omluvou a vysvětlením, že nevěděli o daném tématu naprosto nic. Těm, kteří dotazník vyplněný vrátili, velice děkuji. Z rozhovorů vím, že ocenili stručnost, konkrétnost otázek. Většinou ale při jeho vyplňování neměli, bohužel, příjemné pocity. Částečně proto, že v mnoha případech nevěděli jak odpovědět, částečně také proto, že je odpovědi přinutily k zamyšlení nebo v nich evokovaly pocity, které zpravidla nedokázali popsat,

keré v nich ale budily neklid. I to, myslím si, je obrázkem o vztahu lidí k této problematice. Jen velmi málo z dotazovaných chtělo znát „správné odpovědi“.

3.2 Použitý dotazník

Použitý dotazník obsahoval 14 otázek. Byl graficky rozdělen na 4 oddíly, v nichž byly otázky koncipované podle k nim příslušejících hypotéz. Pro samotné dotazované nebo pro zodpovídání dotazů neměla tato úprava většího významu. Mnoho z těch, kteří byli tak laskaví a dotazník vyplnili, si této úpravy ani nepovšimlo. Mimo těchto otázek jsou v záhlaví dotazníku 3, nemající s vlastním tématem nic společného. Dotazují se na pohlaví, věk a dosažené vzdělání respondenta. Záměrně nejsou tyto dotazy nijak zvlášť osobní, pro zachování anonymity a samozřejmě bylo respektováno právo dotazovaného kterýkoliv údaj neuvést. K tomu ale naštěstí nedošlo. Právě tyto údaje jsou nezbytné ke zhodnocení hypotézy č. 5.

První otázka (Co si představujete pod pojmem duševní porucha?) byla záměrně položena ne zcela konkrétně. Nešlo mi o přesnou definici pojmu, protože i mezi odborníky, různých oborů, není zcela přesně tento pojem vymezen. Cílem bylo zjistit, co za duševní poruchu považuje laik, zda si uvědomuje rozsáhlost tohoto pojmu. Myslím si, že právě pro jistou omezenost v chápání tohoto termínu, dochází k tak velkému množství nepochopení, nedorozumění.

Druhá otázka (Které duševní poruchy znáte?) byla konkrétnější a jejím cílem bylo zjistit znalosti populace v oblasti odborné terminologie.

Třetí otázka (Zajímá Vás tato problematika?) měla směřovat k otázce zájmu o problematiku jako celku.

Čtvrtá otázka (Víte, kde můžete o tomto tématu získat informace?) byla položena s úmyslem zjistit, zda populace ví o možnostech získání informací v této oblasti. Předpokládal jsem, že respondenti uvedou možnosti využití knihoven, internetu, ale třeba také různých odborných časopisů, linek bezpečí, ambulantních lékařů, různých spolků, apod. Zajímavé je, že při navracení dotazníků neprojevil nikdo zájem o nějaké odborné materiály, bližší informace, doporučení.

Pátá až sedmá otázka tématicky spadá k druhé hypotéze. Snaží se zjistit vztah dotazovaných ke konkrétním osobám, institucím, které zosobňují, jistým způsobem, daný problém. A to ať již vztah založený na nějaké osobní zkušenosti - otázka č. 5 (Uvažoval(a) jste někdy o využití odborné psychiatrické pomoci? A proč?), nebo jen abstraktní. Snaží se zjistit ochotu a schopnost tolerance ve vztahu k duševně nemocným. U otázky sedmé (Setkal(a) jste se někdy s duševně chorým?) jsem chtěl zjistit, zda si lidé uvědomují, že duševně nemocný není ve většině případů nijak vizuálně zaznamatelný, že tyto lidé jsou běžně součástí našeho každodenního života.

Třetí soubor otázek byl sestaven, aby zjistil míru obav z duševně chorých mezi populací, popřípadě aby odhalil příčiny obav ve vztahu k duševně nemocným. Otázka č. 8 (Byl(a) by jste ochoten(a) spolupracovat v zaměstnání s duševně nemocným?) měla zjistit osobní, individuální vztah toho kterého respondenta. Oproti tomu v otázce č. 9 (Vadila by Vám přítomnost duševně postiženého v blízkosti vašich dětí (škola, hřiště...)? A proč?) vystupuje dotazovaný jako kdosi s určitou odpovědností za jinou osobu, čímž se jeho postoj může měnit. V tomto případě jistě určitou roli sehrála také citová složka.

Otázky číslo jedenáct až čtrnáct směřují ke čtvrté hypotéze, tedy ke zjištění informovanosti společnosti o systémech, které v naší zemi, i mimo ni, korigují péči o duševně nemocné. Systémy jsem měl na mysli, otázka č. 11 (Víte o systému péče o tyto jedince v naší republice?), ambulantní i lůžková zařízení, ústavy pro dětské a dorostové klienty, systém sociální podpory těmito lidem, právní stránku v této otázce, možnosti pracovního uplatnění atd. U otázky č. 12 (Kolik si myslíte, že je v naší populaci duševně chorých?) jsem nečekal konkrétní odpovědi, protože taková čísla nebývají známá. Jde právě o otázku zmíněnou v obsahu: Co všechno je považováno za duševní nemoc? Šlo víceméně o zjištění, jakou představu veřejnost má. Dotaz na práva duševně nemocných, otázka č. 13 (Slyšel(a) jste někdy o právech duševně nemocných?) byl položen také pro určité dokreslení obrazu představ obyvatel o systému péče o duševně nemocné. Možná by ale, v nějakém výzkumu tak zaměřeném, nebyl od věci dotaz na povědomí lidí o právech všech nemocných. Poslední otázka č. 14 (Souhlasíte s financováním péče o tyto lidi z peněz daňových poplatníků?) měla připomenout dotazovaným finanční stránku problému a možná také uhodit lehce na materiální strunu.

4. Výsledky výzkumu

Z 65 rozdaných dotazníků se mi vyplněných tak, aby mohly být, zařazení do výzkumu, nazpět vrátilo 50, což je 76,9 % a to je myslím poměrně vysoké číslo. Z celkového počtu bylo devatenáct dotazníků vyplněno muži (38 %) a třicet jeden dotazník vyplnily ženy (62 %). Pro možnost ověření páté hypotézy jsem muže i ženy rozdělil do tří věkových kategorií a do tří skupin podle stupně dosaženého vzdělání. První věková skupina zahrnovala dotazované ve věku 18 - 25 let, druhá věková skupina osoby staré 25 - 35 let a třetí věková skupina dotazované ve věku 35 - 55 let. Stupně dosaženého vzdělání jsem rozdělil do tří skupin, na osoby vyučené (dále jen U), středoškolsky vzdělané (dále jen S) a vysokoškolsky vzdělané (dále jen V). Při vyhodnocování jednotlivých otázek a položek dotazníku jsem se rozhodl uvádět procentuální množství nejen v poměru k celku, ale také rozlišovat u každé položky mezi muži a ženami. Pro zjednodušení bude procentuální vyjádření uváděno v závorce za textem, přičemž první číslo bude vždy vyjadřovat počet ze skupiny (muži, ženy) a druhé bude vyjádřením stavu z pohledu celku. Pro větší přehlednost uvádím tabulky, viz. přílohy.

Ženy v první věkové kategorii byly zastoupeny v dvanácti případech (39 %, 24 %), ve druhé věkové kategorii bylo šest dotázaných (19 %, 12 %) a ve skupině třetí spolupracovalo třináct dam (42 %, 26 %). Muži byli zastoupeni v kategorii nejnižšího věku ve dvanácti případech (63 %, 24 %), do druhé kategorie patřili čtyři muži (21 %, 8 %). Ve třetí věkové skupině byli tři pánové (16 %, 6 %).

Mezi muži bylo celkem pět V (26 %, 10 %), přičemž tři patřili do první věkové skupiny (60 %, 21 %), a dva patřili do třetí věkové skupiny (40 %, 14 %). Žen V spolupracovalo devět (29 %, 18 %), z nichž jedna patřila do druhé věkové skupiny (11 %, 8 %) a osm jich bylo ve věkovém rozmezí 35 až 55 lety (89 %, 57 %). Středoškolsky vzdělaných bylo dohromady dvacet sedm (54 %). Z toho šestnáct bylo žen (59 %) a jedenáct mužů (41 %). Mezi muži tvořili S 58 %. V první věkové skupině bylo S deset (91 %, 37 %), jeden muž patřil do třetí kategorie (9 %, 4 %). Z žen S jich patřilo deset do první věkové skupiny (64 %, 37 %) a v obou dalších skupinách bylo shodně po

třech dotázaných (18 %, 11 %). Žen bylo V šest (67 %) a muži byli tři (33 %). Mezi ženami sem náležely dvě z každé věkové kategorie (33,3 %, 22 %). Mezi muži byli dva v první věkové skupině (67 %, 23 %). Zbývající jeden patřil do kategorie nad 25 let (33 %, 11 %).

Otázka č. 1: Co si představujete pod pojmem duševní porucha?

V celku se ale ukázalo, že si společnost jako duševní nemoc představuje opravdu závažné psychiatrické diagnosy. Předpokládá závažné poruchy chování, agresivitu, společenskou nebezpečnost, extrémní odchylky v chování, často spojené s některou ze sexuálních deviací. Automaticky se předpokládá, že pravidla větší než menší, poškození mozku a hospitalizace v „blázinci“, pokud možno trvalá. Vůbec si společnost nepřipustí jako duševní nemoci formy, se kterými se může denně setkat a kterými možná někdy také trpí (úzkosti, deprese...). Ani v jednom případě se mezi odpověďmi neobjevila možnost o jakémkoli druhu závislostí. Stále si asi neuvědomujeme, že alkoholismus a drogová závislost jsou nejen choroby, ale také vážný společenský problém, který se, v určité formě, dotýká každého z nás. Navíc patrně zatěžuje naši společnost daleko více než ostatní duševní choroby. Tyto závislosti jsou společností stále jaksi omlouvány, na vyléčené se pohlíží jako na hrdiny, kteří překonali něco zlého a jsou již zcela zdraví. Nejen že oni již nikdy zcela zdraví nebudou, ale navíc se do své situace dostali sami. Tady nelze jejich situaci omlouvat nemotivovaností, se kterou se nahlíží na jiné duševní poruchy. Ale ani na jiné, i když relativně méně nebezpečné formy závislostí by se nemělo zapomínat (závislost na čokoládě, kávě, čaji, domácím mazlíčkovi, jídle, telefonu, televizi, na určité osobě, na práci atd.). Na obranu dotazovaných je nutné říci, že ani odborníci se v interpretaci tohoto pojmu zcela neshodují.

Na první otázku odpověděli: nevím, neznám apod. tři ženy (10 %, 6 %). Dvě z nich byly U ve věku pod 25 let, třetí S je ze druhé věkové skupiny. I muži odpověděli takto ve třech případech (16 %, 6 %). Dva z nich byli mladší 25 let, jeden 35 let. Po jednom se podělili o kategorie vzdělání.

Jako další kategorii jsem vyčlenil možnost typu: poruchy nervového systému, jednotlivé druhy poruch apod. Tímto způsobem odpovědělo dvanáct žen (39 %, 24 %)

a čtyři muži (21 %, 8 %). S bylo pět mužů z první věkové kategorie a jedna žena z druhé věkové kategorie. Dva byli S a jeden U z první, po jednom U a V ze druhé a dva V ze třetí věkové skupiny. Ženy tímto způsobem odpověděly čtyři S z první, jedna U a dvě S z druhé věkové skupiny, dvě S a jedna V starší 35 let.

Když chování vybočuje z pravidel, stav, který neodpovídá běžnému, když to nemá někdo v hlavě v pořádku, nepříjemná skutečnost pro rodinu, jinak myslící člověk. Tyto formy tvoří třetí skupiny odpovědí. Reagovalo takto deset žen (32 %, 20 %) a sedm mužů (37 %, 14 %). Ženy zastoupily čtyři S z první věkové kategorie, dvě S a jedna U z druhé věkové kategorie. V byly tři dotazované, z nichž dvě patřily do druhé věkové skupiny a jedna do třetí. Muži se tímto způsobem vyjádřili v sedmi případech, z nichž byli tři V, dva ve věku nad 45 let, jeden z první věkové skupiny. S dosáhli ve dvou případech náležící do druhé věkové skupiny, U dosáhli dva, příslušející po jednom do první a druhé věkové kategorie.

Poslední možná odpověď prokázala největší míru znalostí ze všech dotazovaných. Do této kategorie se zařadilo pět mužů (26 %, 10 %) a šest žen (19 %, 12 %). Ženy V byly zastoupeny ve čtyřech případech, jedna dotazovaná byla z první a tři z druhé věkové skupiny. Zbývající dvě dotazované z této kategorie byly U a náležely do první a třetí věkové skupiny. Mužů se do této „prestižní“ kategorie začlenilo pět, čtyři byli S a náleželi do první věkové kategorie. Pátý byl V a byl ve věku od 25 do 35 let.

Otázka č. 2: Které duševní poruchy znáte?

Druhá otázka byla cílená, udávala možnosti na konkrétní názvy onemocnění. Hodnocení jsem se rozhodl provést podle počtu pojmů, které osoby uvedly. Podle tohoto klíče jsem stanovil tři kategorie: žádná odpověď, tři pojmy a více než tři pojmy.

Odpověď žádnou, nevím nic, se objevila celkem ve třinácti případech (26 %). Ženy si s touto otázkou nevěděly rady v deseti případech (32 %, 20 %). U bylo pět žen, přičemž dvě z první věkové skupiny, dvě z druhé a jedna ze třetí. S byly čtyři. Dvě mladší 35 let, dvě spadaly do třetí věkové skupiny, tam patřila také jedna V dáma. Muži nedokázali odpovědět ve třech případech (16 %, 6 %). Všichni byli mladší 25 let, dva byli U a jeden S.

Tři pojmy vybralo dvacet dva dotazovaných (44 %). Ženy si s touto otázkou poradily tímto způsobem v deseti případech (32 %, 20 %). Šest z nich dosáhlo S a patří do první věkové kategorie. Ostatní spadají do třetí věkové skupiny, jedna s S, tři s V. Muži vybrali tři pojmy ve dvanácti případech (63 %, 24 %). Pět jich bylo S z první, jeden U a tři V z druhé a jeden S a dva V ze třetí věkové skupiny.

Více než tři pojmy vybralo patnáct osob (30 %). Muži spadají do této skupiny ve čtyřech případech (21 %, 8 %). Všichni čtyři byli mladší 25 let a byli S. Žen bylo jedenáct (36 %, 22 %). S byly čtyři z první a jedna z druhé věkové kategorie, čtyři V a jedna U ze třetí věkové skupiny.

Otázka č. 3: Zajímá Vás tato problematika?

Tento dotaz byl zaměřen na snahu o zjištění míry zájmu, který má naše populace o otázky problematiky naší psychiky. Bohužel z výsledku vyplývá nezájem více než poloviny mužů (deset případů) i žen (sedmáct případů). Bylo možné ji vyhodnotit z hlediska zájmu či nezájmu dotazovaných. Ženy projevily zájem celkem ve čtrnácti případech (45 %, 28 %). Šest z nich bylo S z první věkové skupiny, jedna V z druhé věkové skupiny a sedm náleželo ke třetí věkové skupině, přičemž jedna z nich byla U, dvě S a čtyři V. Muži odpověděli kladně devětkrát (47 %, 18 %). Do první věkové skupiny náležel jeden U a čtyři S. V druhé věkové skupině bylo po jednom U a V, stejného vzdělání dosáhli i dva dotázaní z druhé věkové skupiny. Záporně odpovědělo sedmáct žen (55 %, 34 %). U byly po dvou z první a druhé věkové kategorie a jedna ze třetí. S byly ve čtyřech případech v první, ve třech případech z druhé a v jednom případě ze třetí věkové skupiny. Zbývající čtyři byly V, starší 35 let. Záporně mezi muži odpovědělo v první věkové skupině šest S a jeden U. Ve věku od 35 let byli dva V a celek dotvářel jeden S ve věku do 35 let. To znamená, že nezájem projevilo celkem deset mužů (53 %, 20 %).

Otázka č. 4: Víte, kde o tomto tématu můžete získat informace?

Ani u této otázky nebyli všichni dotazovaní konkrétnější, někteří se omezili na odpovědi ano, ne. I tady proto bude vyhodnocování orientováno na tyto odpovědi. Pokud dotazovaní odpovídali kladně, nejčastěji by se o informace obraceli k odborné literatuře, na adresy psychiatrických oddělení a psychologických poraden. U této otázky převládaly, mezi ženami i muži, kladné odpovědi. Ženy znaly možnosti pro získání informací ve dvaceti šesti případech (84 %, 52 %). Do první věkové kategorie patřila jedna U a deset S, do druhé tři S a jedna V, do třetí věkové kategorie patřila jedna U, tři S a sedm V. Muži odpověděli kladně dvanáctkrát. Osm jich bylo mladších 25 let a S, do druhé věkové kategorie patřil jeden U a ve třetí kategorii byl jeden S a dva V. Způsob, jakým je možné informace získat nedoplnilo pět žen (16 %, 10 %) a sedm mužů (37 %, 14 %). Čtyři z žen byly U, po jedné náležely k první a třetí věkové skupině, dvě ke druhé věkové skupině. Jedna dotazovaná byla V a patřila ke třetí věkové skupině. Mezi muži čtyři byli mladší 25 let a po dvou byli U a S. Rady si nevěděli ani tři V, mladší 35 let.

Otázka č. 5: Uvažoval(a) jste někdy o možnosti využít odborné psychiatrické pomoci? A proč?

U této otázky jsem nepředpokládal, že pokud dotazovaný odpoví kladně, bude vždy sdílný, i co se týká odůvodnění. Předpoklad byl vcelku správný, a i když se některé odpovědi objevily, byly obvykle jen obecné (rodinné důvody, špatné nervy apod.). Odůvodnění u záporných odpovědí se nejčastěji dotýkalo nepotřebnosti této péče u dotazovaného. Kladně na tuto otázku odpovědělo pět S žen (16 %, 10 %). Po jedné U a S z první věkové kategorie, jedna S ve věku do 35 let a ve třetí věkové kategorii jedna U a jedna V. Záporně odpovědělo dvacet šest žen (84 %, 52 %). Z první věkové skupiny jedna U a devět S, starší 25 let byly dvě U, dvě S a jedna V. Ve třetí věkové kategorii byla jedna U, tři S a sedm V žen. Mužů odpovědělo kladně šest (32 %, 12 %). Pět z první věkové kategorie, dva U, tři S. Jeden dotázaný byl starší 35 let a V. Psychiatrickou pomoc dosud neuvažovalo využít třináct z dotazovaných mužů (68 %, 26 %). Z toho sedm S mladších 25 let, jeden U a tři V náležící ke druhé věkové skupině. Po jednom S a V ze třetí věkové skupiny.

Otázka č. 6: Co si myslíte o lidech, kteří psychiatra navštěvují?

Odpovědi na tuto otázku jsem rozdělil do tří kategorií podle podobnosti názorů v odpovědích zřejmých. Do první kategorie byla zařazena možnost, kterou dotazování projevili nejmenší míru tolerance (debilové, blázni, slaboši, tím své problémy nevyřeší). Druhá kategorie byla naopak tvořena možnostmi, která svědčí o vysoké míře tolerance. Třetí kategorii tvořila možnost typu: nic proti nim nemám, není to nic špatného. Do první kategorie odpovědí patřily tři ženy (10 %, 6 %) U byly dvě mladší 25 let, jedna 35 let. Muži se takto projevili také ve třech případech (16 %, 6 %), byl mezi nimi jeden S z první věkové skupiny, a po jednom U a V ze druhé věkové skupiny. Do druhé kategorie odpovědí spadalo devět žen (29 %, 18 %) a čtyři muži (21 %, 8 %). Z toho bylo šest S mladších 25 let a dvě mladší 35 let. Osmou byla V, mladší 55 let. Muži takto odpověděli tři mladší 25 let, jeden U a dva S. Zbývající byl V ze třetí věkové skupiny. Třetí kategorie možnosti byla nejpočetněji zastoupena. Žen tímto způsobem odpovědělo devatenáct (61 %, 38 %) čtyři S z první věkové skupiny, z druhé věkové skupiny po jedné U, S a V. Ve věkovém rozmezí 35 až 55 let byly dvě U, tři S a sedm V žen. Mužů, takto odpovídajících bylo dvanáct (63 %, 24 %). Osm patřících do první věkové skupiny tvořil jeden U a sedm S. Dva byli V z druhé věkové skupiny. Ze třetí věkové skupiny sem náleží jeden S a jeden V muž.

Otázka č. 7: Setkal(a) jste se někdy s duševně chorým?

Na tuto otázku odpovědělo kladně osmnáct žen (58 %, 36 %). Mladší 25 let byly dvě U a pět S. Z druhé věkové kategorie sem patřily po jedné S a V, ve třetí kategorii to byly jedna U, dvě S a šest V. Záporné odpovědi žen se objevily ve třinácti případech (42 %, 26 %). Pět S v první věkové skupině, ve druhé po dvou U a S. Starší 35 let byly dvě V a po jedné U a S. Muži odpověděli ano sedmnáctkrát (89 %, 34 %). S bylo devět, dva U všichni mladší 25 let. Druhé věkové kategorie a S dosáhli tři takto odpovídající. Starší 35 let byl jeden S a dva V muži. Záporně odpověděli jen dva muži (11 %, 4 %), jeden S mladší 25 let a jeden U z druhé věkové kategorie.

Otázka č. 8: Byl(a) by jste ochoten(a) spolupracovat v zaměstnání s duševně nemocným?

Osmá otázka tematicky přísluší ke třetí hypotéze. Ta se dotazuje na míru obav a strachu, který společnost ve vztahu k duševně chorým pociťuje. Je rozdíl mezi postojem k problému, který se nás přímo nedotýká a mezi situací, kdy bychom měli být v přímém kontaktu s psychicky nemocným. Ve většině zaměstnání je potřebná vzájemná spolupráce. A to se dotazovaným zdá být největší problém. Většina sice odpověděla, že by byla ochotna s duševně nemocným spolupracovat (66 %). Ochotu se spolupráci projevila dvacet jedna žen (68 %, 42 %). V první věkové kategorii to byla jedna U a sedm S, ve druhé věkové kategorii byly dvě U a po jedné S a V. Mladší 55 let byla jedna U, dvě S a šest V žen. Nesouhlasilo deset dotázaných (32 %, 20 %), z nichž U byla jedna dotázaná mladší 25 let a jedna mladší 55 let. S dosáhly tři z první věkové skupiny, dvě z druhé a jedna ze třetí věkové kategorie. Ke spolupráci by nebyly ochotny dvě V starší 35 let. Muži by spolupracovali v dvanácti případech (63 %, 24 %). Z první věkové kategorie byl jeden U a šest S, z druhé věkové skupiny souhlasili dva V, starší 35 let byl jeden S a dva V. Mezi muži nesouhlasilo sedm (37 %, 14 %). U byl jeden mladší 25 let a jeden mladší 35 let. S byli čtyři muži z první věkové skupiny. Proti byl také jeden V z druhé věkové kategorie.

Otázka č. 9: Vadila by Vám přítomnost duševně postiženého v blízkosti Vašich dětí (škola, hřiště...)? A proč?

I tato otázka spadá ke třetí hypotéze. Pro většinu lidí není problém rozhodovat sám za sebe a někdy také trošičku riskovat. Pokud jde ale o zodpovědnost nesenou za někoho jiného, tím spíše za své dítě, býváme opatrnější. Většina z těch, kteří přítomnost duševně nemocných u svých dětí odmítli, odůvodňovali své rozhodnutí jejich domnělou nevyzpytatelností, svou obavou, že by duševně nemocní mohli dětem ublížit nebo je nějak ovlivnit. Jiní jim jen sami nedůvěřují, bojí se jich. Ani ostatní, ve většině případů, nesouhlasili bez výhrad. Svůj souhlas podmiňovali lékařským povolením, kontrolou ze strany někoho odpovědného. Chtěli by mít jistotu, že dítěti nebude ubližováno, že nebude obtěžováno. Jeden dotazovaný napsal, že je třeba, aby dítě poznalo život po

všech stránkách. Několik dotázaných poukázalo na to, že děti dosud nemají a situaci si tedy mohou jen těžko představit. Odvahu prokázalo šestnáct žen (52 %, 32 %). S dosáhly čtyři z první věkové skupiny, čtyři z druhé a dvě mladší 55 let. Sedm žen náleželo ke třetí věkové kategorii a dosáhly dvě U a S vzdělání, pět V. Nesouhlasilo by patnáct žen (48 %, 30 %), čtyři U po dvou z první a druhé věkové kategorie. Šest S a jedna V mladší 25 let, jedna žena z druhé a tři ze třetí věkové kategorie, které dosáhly V. Muži souhlasili s přítomností duševně nemocného u dítěte v deseti případech (53 %, 20 %). V první věkové kategorii to byli čtyři S, ve druhé jeden U a dva V. Starší 35 let byl jeden S a dva V. Přítomnost duševně nemocného by nepřipustilo devět dotázaných mužů (47 %, 18 %). Mladší 25 let byli dva U a šest S. Do druhé věkové skupiny patřil jeden S.

Otázka č. 10: Máte strach z duševně chorých? A proč?

Největší obavy mají lidé z toho, jak se duševně nemocní zachovají, ale také z toho, jak by se měli zachovat oni samotní. Ostatní si myslí, že ti nejnebezpečnější jsou v léčebnách nebo že by se v případě potřeby ubránili. Ohroženo se necítí být třináct žen (42 %, 26 %). Mladší 25 let byla jedna U a čtyři S, do druhé věkové kategorie patřila jedna U a jedna S. Starší 35 let byla jedna U a pět V. Obavy nevyjádřilo osmnáct dotazovaných (58 %, 36 %) žen. U byly po jedné z každé věkové skupiny, šest S z první, dvě S z druhé a tři S ze třetí věkové kategorie. Z V necítí strach z duševně nemocných tři starší 35 let a jedna z druhé věkové skupiny. Muži si připadají ohroženi ve čtyřech případech (21 %, 8 %). Všichni byli S a mladší 25 let. Naopak strach nevyjádřilo patnáct dotázaných mužů (79 %, 30 %). V první věkové skupině to bylo šest S a dva U, ve druhé tři V a jeden U. Starší 35 let pocit strachu neuvodli dva V a jeden S. Strach z duševně chorých tedy není nijak velký. Potvrdila to více než polovina mužů i žen, 56 % ze všech dotázaných.

Otázka č. 11: Víte o systému péče o tyto jedince v naší republice?

Výsledky této otázky naznačují velmi malou znalost struktur, které upravují vztah duševně nemocných ke společnosti. Dotázaní byli schopni uvést jen rozdělení psychiatrické péče na ústavní a ambulantní, vědí o existenci psychologických center

a poraden. O sociální podpoře, linkách důvěry, ani nejrůznějších organizacích, zabývajících se touto problematikou, nejsou patrně informováni.

Na tuto otázku odpovědělo kladně šest mužů (32 %, 12 %), všichni ve věku pod 25 let, pět S a jeden V. Ženy vyjádřily znalost v deseti případech (32 %, 20 %), z první věkové kategorie byly čtyři S a jedna V, z druhé po jedné S a V, jedna S a dvě V byly ze třetí věkové kategorie. Odpovědět nedokázalo třináct mužů (68 %, 26 %), dva U a pět S z první, jeden U tři V z druhé a dva U ze třetí věkové skupiny. Neznalost přiznalo také dvacet jedna žen (68 %, 42 %). Jedna U a šest S bylo z první, po dvou U a S z druhé a dvě U, dvě S a šest V náležely ke třetí věkové skupině.

Otázka č. 12: Kolik si myslíte, že je v naší populaci duševně chorých?

Účelem položení této otázky bylo získat informaci o představě, kterou má populace o počtu duševně nemocných. Vyhodnocovat odpovědi na tuto otázku nelze tedy jako správné či nesprávné. Rozdělil jsem je do tří kategorií. První tvořila možnost: nevím, druhá kategorie zahrnovala možnost dotázaných, kteří předpokládali 1 - 9% duševně nemocných v populaci, třetí kategorie možnosti předpokládala výskyt v 10 a více procentech. Do první kategorie možností se zařadilo šest S žen a dvě U z první věkové skupiny, jedna U a dvě S z druhé věkové skupiny a jedna U, dvě S a tři V ze třetí věkové kategorie. Celkem ženy nedokázaly odpovědět v sedmnácti případech (55 %, 34 %). Muži v osmi (42 %, 16 %). Čtyři S a jeden U z první, dva V z druhé a jeden S ze třetí věkové skupiny. Do druhé kategorie možností patřily odpovědi devíti žen (29 %, 18 %), dvě S mladší 25 let, po jedné S a V z druhé a jedna U, jedna S a tři V ze třetí věkové skupiny. Muži takto odpověděli šestkrát (32 %, 12 %), jeden U a tři S z první věkové skupiny, jeden U ve věku od 25 - 35 let a jeden V starší 35 let. Deset a více procent duševně nemocných mezi námi předpokládalo pět žen (16 %, 10 %), dvě S mladší 25 let, jedna U z druhé a dvě V ze třetí věkové skupiny. Mužů v této kategorii možností bylo také pět (26 %, 10 %), tři S z první a po jednom V v obou dalších věkových kategoriích.

Otázka č. 13: Slyšel(a) jste někdy o právech duševně nemocných?

Odpovědi jsem dělil jen na ano, ne. Jeden dotázaný se vyjádřil více. Odpověděl, že ví o právech duševně nemocných, ale že by se měla omezit. Ženy odpověděly kladně v deseti případech (32 %, 20 %), osm S z první, jedna S ze druhé a jedna V ze třetí věkové skupiny. Muži byli čtyři (21 %, 8 %), tři S z první a jeden V z druhé věkové kategorie. O právech duševně nemocných nevědělo dvacet jedna žen (68 %, 42 %), dvě U a dvě S mladší 25 let, po dvou U a S a jedna V z druhé věkové skupiny, tři S a sedm V ve věku 35 - 55 lety. Neinformovaných mužů bylo patnáct (79 %, 30 %), dva U a sedm S z první, jeden U a dva V ze druhé a jeden S, dva V ze třetí věkové skupiny.

Otázka č. 14: Souhlasíte s financováním péče o tyto lidi z peněz daňových poplatníků? Máte vlastní představu o této problematice?

Bohužel, jen jeden z dotázaných měl vlastní vizi o způsobu financování péče o duševně nemocné. Uvedl, že by jeho způsob stál více peněz než současný systém. Více neuvedl. Jen jednou se vyskytl názor, že by se na péči měli podílet duševně nemocní nebo jejich rodiny. Většina lidí si myslí, že by úhradu péče mělo plně pokrýt zdravotní pojištění. Se současným způsobem financování souhlasilo dvacet osm žen (90 %, 56 %), dvě U, osm S z první, jedna U, tři S a osm V ze třetí věkové kategorie. Muži souhlasili v sedmnácti případech (89 %, 34 %). Byl to jeden U a deset S z první věkové skupiny, jeden U a dva V ve věku 25 - 35 lety, jeden S a dva V ze třetí věkové skupiny. Proti byli dva muži (11 %, 4 %) po jednom z první a druhé věkové skupiny, oba U, a tři ženy (10 %, 6 %), dvě S z první a jedna U z druhé věkové skupiny.

4.1 Výsledky hypotézy č. 1

První hypotézou výzkumu byl předpoklad, že veřejnost, o problematice duševních chorob, není dostatečně informována, že se o tuto problematiku nezajímá. K této hypotéze v dotazníku příslušely otázky č. 1,2,3,4.

Hypotéza se bohužel nemýlila. Povědomí veřejnosti o duševních chorobách je omezené. 12 % všech dotázaných nedokázalo na otázku č. 1 (Co si představujete pod

pojmem duševní porucha?) odpovědět vůbec, pod pojmem duševní nemoci si nedokázali představit nic. Alespoň nějakou odpověď dokázalo zaškrtnout 32 % osob. 34 % osob předpokládalo pod pojmem duševní poruchy extrémní formy chování, chování nebezpečné pro společnost. Celkem tedy 78 % dotazované populace není dostatečně informováno. Odpovědi zbývajících 22 % byly správné. Z dalších otázek vyplynulo, že společnost zná některé duševní choroby a má relativně dobrý přehled o tom, kde jich lze získat. Nemá však často o problematiku zájem. Takto odpovědělo 55 % žen a 53 % mužů. Tzn. nezájem mezi populací v celých 54 %.

Hypotéza č. 1 se potvrdila - domnívám se, že veřejnost není dostatečně informována o problematice duševních poruch.

4.2 Výsledky hypotézy č. 2

Otázky, které měly objasnit správnost této hypotézy byly č. 5,6,7. Ve druhé hypotéze jsem se domníval, že společnost je stále málo tolerantní ve vztahu k duševním poruchám, duševně nemocným a není schopna je akceptovat. Návštěvu psychiatra připustilo 16 % žen a 32 % mužů. Vzhledem k jisté intimní povaze této otázky jsem nepředpokládal, že by dotazovaní uvedli důvod návštěvy. Někteří uvedli obecné důvody, jako např. rodinné problémy. Většina osob se k možnosti využití odborné pomoci, k duševním chorobám nestaví odmítavě, zamítavý postoj uvedlo 12 % dotazovaných. Za normální a prospěšné, za službu, kterou by mohl potřebovat kdokoli z nás a těch, kteří by ji bez předsudků využili, bylo 26 %. K duševně nemocným se jen tato skupina stavěla jako k bližním, jako k lidem, kteří jsou nemocní jako kteříkoli jiní. Zbývajících 62 % ve svých odpovědích nevyjádřilo ani nesouhlas, ani podporu. Jejich odpovědi vyjadřovali jakýsi tichý souhlas. Působily dojmem, že se jich situace netýká, že se jedná sice o skutečnost, ale o skutečnost jim natolik vzdálenou, že není třeba se jí nijak zvlášť znepokojovat. Jakoby strpěli duševní poruchy, duševně nemocné z jakéhosi humanistického založení, protože zbavovat se jich, to by se dnes již asi neshodovalo s naší snahou působit kulturně a civilizovaně. Toto vysoké procento mě poměrně překvapilo, protože více než polovina dotázaných, 54 %, uvedlo, že se s duševně

nemocným setkalo. Při takovémto vysokém počtu lidí, kteří by si, na základě vlastní zkušenosti, měli být vědomi přítomnosti duševně nemocných ve společnosti i možného výskytu onemocnění u kohokoli dalšího bych očekával větší míru tolerance. Ukázalo se tedy, že společnost je netolerantní, má stále řadu předsudků, podivnou obavu nejen z duševních onemocnění, ale i z oboru psychiatrie. Je neprozíravá, nepočítá s možností progredience nemoci u nich samých.

Hypotéza č. 2 se potvrdila - domnívám se, že populace je stále ještě málo tolerantní ve vztahu k duševním poruchám, duševně nemocným, není schopna je akceptovat.

4.3 Výsledky hypotézy č. 3

Ke třetí hypotéze se vztahovaly otázky čísel 8,9 a 10. Hypotéza předpokládala obavy z duševně nemocných mezi populací. Domníval jsem se, že pokud lidé mají z něčeho strach, nebudou ochotni k přímému kontaktu s předpokládaným nebezpečím. Podle toho jsem také sestavil otázky.

Ke spolupráci s duševně nemocným v zaměstnání byla, k mému překvapení, ochotna více než polovina mužů i žen. Na takovouto spolupráci by přistoupilo 66 % dotázaných. Většina dotázaných však projevila obavy z přítomnosti duševně nemocných u dětí. I tak však souhlasilo 52 % dotázaných. Až na výjimky by však nesouhlasili bez připomínek. V otázce č. 10, kde se přímo táži, zda mají lidé z duševně chorých strach, se odpovědi značně lišily mezi muži a ženami. Muži vyjádřili obavy jen ve 21 %, ženy připustily strach v 58 % případů. Přes to ale v celkovém součtu populace strach patrně nepocítuje. Vyjádřilo se tak 56 % dotázaných. Tento výsledek mne překvapil. Hlavně při konfrontaci s odpověďmi na otázky č. 1 a 2 je myslím překvapivý. Je ale příznivý. Pokud lidé nemají z duševně nemocných strach, měli by být přístupní k jejich většímu začlenění do společnosti.

Hypotéza č. 3 se nepotvrdila - domnívám se, že veřejnost má obavu z duševně nemocných, z psychiatrie, psychiatrů, psychologů. Z možnosti propuknutí duševní choroby u nich samých.

4.4 Výsledky hypotézy č. 4

V této hypotéze jsem předpokládal neinformovanost společnosti v otázkách systému péče, v otázkách práv a počtu duševně nemocných. Otázky, které se k ní vztahovaly, byly č. 11, 13, 14.

O systémech upravujících vztah duševně nemocných a společnosti měli dotazovaní minimální objem informací. 68 % dotázaných uvedlo, že nemá o této tématice žádnou představu. Ani o právech duševně nemocných dotázaní neslyšeli. Těch, kteří neměli žádné vědomosti, bylo 72 %. Se systémem financování péče o duševně nemocné sice valná většina dotázaných souhlasila - 90 %, ale myslím si, že v některých případech ani řádně nevěděli, s čím vlastně souhlasí. Z průzkumu vyplynulo, že lidé opravdu nemají o tématu znalosti.

Hypotéza č. 4 se potvrdila - domnívám se, že lidé nemají přehled o systému péče o tyto naše spoluobčany, o jejich právech.

4.5 Výsledky hypotézy č. 5

K vyhodnocení této hypotézy nebyly sestaveny konkrétně žádné okruhy otázek. Pro její potřeby byly zařazeny tři údaje v záhlaví dotazníku, z jejichž hlediska byly odpovědi na otázky vyhodnocovány. Pátá hypotéza předpokládala rozdílnost v názorech mezi lidmi různých věkových skupin, vzdělání a pohlaví. Předpokládal jsem, že ženy budou všeobecně vnímavější, tolerantnější, ale budou pociťovat větší obavy. Větší informovanost jsem očekával mezi lidmi nižšího věku a lidmi s vyšším stupněm dosaženého vzdělání bez rozdílu pohlaví.

Informovanost o tématu duševních chorob mezi populací však mé předpoklady nepotvrdila. Společnost se ukázala být neinformována přibližně stejně ve všech věkových skupinách i stupních dosaženého vzdělání. Z porovnání mezi muži a ženami

vyšly o 2 % lépe ženy. Stejná situace se opakovala v případě posuzování zájmu, či nezájmu o téma. Zhruba polovina žen (55 %) i mužů (53 %) projevila nezájem. Ani ve věkových skupinách nebo v dosaženém vzdělání se neobjevily nějaké výkyvy. Předpoklad se potvrdil u otázky č. 4, kde by si rady nevědělo 63 % vyučených.

Ani v otázkách tolerance se neobjevily předpokládané rozdíly. 6 % mužů i žen se projevilo jako vysoce netolerantních. Mezi nimi ovšem nebyl ani jeden V dotázaný. Vyšší míru tolerance vyjádřily S ženy mladší 25 let. S duševně nemocným se setkala 58 % žen a 42 % mužů. Ani tady věk a vzdělání nehrály roli.

Ke spolupráci s duševně nemocným by byla ochotna většina dotázaných - 66 %. Ve 42 % ženy a ve 24 % muži. U dalších otázek se předpoklad příliš nepotvrdil. Ženy by umožnily přítomnost duševně nemocného v blízkosti svého dítěte ve 48 % případů, muži ve 47 %. Obavu z duševně nemocných vyjádřilo 58 % žen a 21 % mužů. Vyhodnocení této otázky hypotéze odpovídalo.

V tématu znalostí systémů řídicích do značné míry postavení duševně nemocného ve společnosti své znalosti předpokládalo shodných 32 % mužů i žen. Je otázkou skutečná míra jejich znalostí. Tady si nevěděli rady více dotazovaní S mladší 25 let (64 %). Starší dotázaní přišli patrně do styku se sociální politikou více. O právech duševně chorých vědělo 28 % dotázaných, z nichž bylo 57 % žen středoškolsky vzdělaných ve věku do 25 let. To předpoklad potvrzovalo. Ani výsledky poslední otázky nebyly přínosem pro tuto hypotézu.

Ukázalo se tedy, že mezi lidmi panuje přibližně stejná informovanost i stejná míra tolerance. U žen se projevila předpokládaná větší obava z duševně nemocných než u mužů. I když v některých částech se předpoklad potvrdil, hodnotil jsem hypotézu jako nesprávnou. Očekával jsem markantní rozdíly. Hlavně mezi jednotlivými věkovými skupinami, předpokládal jsem lepší situaci mezi mladými lidmi. Výsledek této hypotézy mě zklamal.

Hypotéza č. 5 se nepotvrdila - předpokládám, že i na relativně malém vzorku populace se projeví názorové rozdíly mezi pohlavím, věkovými skupinami i stupněm dosaženého vzdělání.

5. Diskuze

Ve svém výzkumu jsem se snažil získat co největší množství informací, na základě kterých bych mohl potvrdit nebo vyvrátit cíl této práce a její hypotézy. Na základě těchto informací bych se také dozvěděl více o naší společnosti. Chtěl jsem si vytvořit představu o stavu vědomostí, postojů a vztahů naší populace k duševně nemocným. Informací se mi podařilo získat poměrně velké množství, bohužel jejich obsah mě většinou spíše zklamal.

Oproti dřívějším letům, kdy nebylo možné získat svobodně informace prakticky žádné, máme dnes možnost získávat snadno a rychle kvalitní materiály, často bohužel ne levně. A to nejen v oblasti psychiatrie. Informacemi jsme zahrnováni v takové míře, že je nejsme schopni vnímat, natož zpracovávat. Jsou stále kladeny větší požadavky na naše znalosti. A možná proto lidé nejsou schopni, ale ani ochotni jak vyplývá ze studie, nové informace z oborů ne jim přímo vlastních aktivně vyhledávat. Lidé mají ve většině případů velmi dobrou představu o tom, kde mohou informace lehce získat, ale nepokouší se o to, pokud se jich problematika duševních poruch přímo nedotkne, nebo pokud k tomu nejsou nuceni jinými okolnostmi. Z části to možná vyplývá také z určité nedůvěry obyvatel k publikacím, které sice o tématu vypovídají, ale jsou psány natolik popularizační formou, že při nejlepší vůli nemohou působit seriózním dojmem. Potencionální čtenáře předem odradí třeba nevhodnou doprovodnou fotografií nebo grafickou úpravou. Naproti tomu odborné publikace bývají hůře dostupné, ať již pro jejich úplnou absenci nebo pro velký zájem z řad, bohužel, převážně odborníků a zdravotnických popř. sociálních pracovníků. Pro odborné knihy je třeba obvykle vážít cestu do lékařských knihoven a přetřpět často dlouhou dobu, než bude požadovaný kus k dispozici. Psychiatrické časopisy jsou sice přístupnější (možnost předplatného), ale pro širší veřejnost prakticky neznámé a již i značně odborně vedené. Pro jejich četbu bývá nutná jistá úroveň znalostí v tomto oboru (pojmy, termíny, odborný žargon, kódy), která jejich četbu činí pro laickou veřejnost značně obtížnou a nečtivou. Ideální by byl jakýsi kompromis, ale i ten by v dnešní době měl asi problém s nalezením dostatečného počtu zájemců, čtenářů.

Ke zlepšení situace přispívají jistě v poslední době nejrůznější, převážně charitativní, akce. Některé dokonce prezentované na televizní obrazovce. Ty zviditelňují a připomínají nám přítomnost duševně nemocných mezi námi. Spoluúčast známých osobností na těchto akcích napomáhá k popularizaci problému. Moderní se dnes stalo také zakládání nejrůznějších bankovních kont. Ta i přes svou častou neprůhlednost a někdy patrnou snahu zakladatelů náležitě se tímto způsobem zviditelnit snad plní svou funkci. Všechny tyto počiny sice zviditelňují situaci, ale ke zvýšení množství informací mezi lidmi příliš nepřispívají.

Problém vidím především ve způsobu myšlení a cítění lidí. A to považuji prakticky za překážku neřešitelnou. Nemůžeme člověku nařídít, co má cítit. Dnešní střední, ale v mnoha případech i mladé generaci můžeme a musíme, stále znovu vysvětlovat a učit je vztahu k duševně nemocným. Prvním předpokladem pro změnu nenásilnou a upřímnou, a o to přeci stojíme hlavně, je možnost získání a pochopení informací. Materiály by se měly stát přístupnějšími, vhodné by byly také přednášky, instruktážní videokazety apod. I když se nám možná nepodaří změnit jejich pocity vůči duševně chorým, mohli bychom pomoci veřejnosti pochopit její omyly ve vztahu k tématu. Šanci k zlepšení situace do budoucna bych viděl především v dnešních dětech. V rodinách, školách i školkách by se jim v rámci různých příležitostí, předmětů (biologie, přírodověda, rodinná výchova, hraje si na...) mohlo dostat nenásilného poučení. Když jsme schopni mluvit s dětmi o sexu, tak proč ne o problémech duševna?

Možností, jak resocializovat duševně nemocné a společnost s nimi tak lépe seznamovat by byla společná práce s veřejností. Průzkum, kde 66 % dotázaných vyjádřilo ochotu spolupracovat, naznačuje možnost podobnou myšlenku. V současné době jsou nemocní zařazováni do různých pracovních terapií v rámci léčebného programu při ústavní léčbě. Nově v posledních letech vznikají tzv. denní sanatoria, stacionáře. Denní sanatorium je zdravotnické zařízení, které se zabývá terapií duševních poruch. Sanatoria jsou obvykle schopna poskytovat psychoterapii (individuální, skupinovou, rodinnou), běžnou psychiatrickou péči a sociální poradenství. Mohou klientovi doporučit právní poradnu, zajistit styk s úřady, nabídnout doprovody při různých příležitostech. V rámci programu v sanatoriu probíhá komunita (společné

setkání všech přítomných), pořádají se vycházky, návštěvy výstav, psychoterapeutické skupiny. K dispozici bývá výtvarný ateliér, chráněné pracovní dílny (truhlářské, tkalcovské, šicí, rukodělné), kuchyňka. Tento program je jistě prospěšný, hlavně pro pacienty, kteří s resocializačním programem začínají. Nevýhodu vidím v tom, že klienti pracují v dílnách jen mezi sebou. Nezačleňují se tady do společnosti, změní prostředí a věnují se určité pracovní činnosti. Pro veřejnost zůstávají déle izolováni mezi sebou. Za vhodnější bych považoval jejich začleňování po malých skupinách, do běžných provozů, které jsou pro takový program přijatelné. Byla by jistě nutná spolupráce řadových zaměstnanců těchto provozů, ale jak vyplynulo z průzkumu, bylo by to možné. Prospěšná by jistě, pro obě strany, byla také jiná vzájemná setkání. Jejich organizace by byla patrně značně náročná, ale jistě ne nemožná. Inspirace by se jistě dala nabízet u bran bohnické psychiatrické léčebny, jejíž projekt "Mezi ploty" se stal již tradičním setkáním, při němž se otevrou brány ústavu a lidé se setkávají na pozadí kulturních akcí.

6. Závěr

Ve své bakalářské práci jsem zjišťoval míru informovanosti, tolerance a schopnosti žít společně s duševně nemocnými. Podklady od veřejnosti jsem čerpal z dotazníku, který vcelku ochotně vyplnilo padesát dotázaných.

I když odpovědi samotné mnohdy neuspokojily mé očekávání a nebyly příliš přívětivé ani k samotným duševně nemocným, byly podmětne pro mě samotného a byly základem pro výzkumnou část mé bakalářské práce.

Ukázalo se, že nejsme dostatečně vzděláni v oboru, že si řadu věcí nepřipouštíme a o řadě z nich nejsme ochotni ani přemýšlet. Je pro nás jednodušší se obávat neznámého. To mi ale připomíná spíše model chování zvířat než člověka, člověka rozumného. Přístup veřejnosti je stále odmítavý, ze společenského hlediska jde ale o nezanedbatelnou oblast. Problematika se dotýká stále většího množství lidí. Na 31. zasedání konstatoval generální ředitel WHO, že na celém světě trpí závažnou duševní poruchou 40 milionů lidí. Dvakrát tolik je postiženo drogovou závislostí, důsledky užívání alkoholu. Údaje o méně závažných duševních poruchách se různí (včasná, správná diagnostika, co vlastně znamená méně závažná duševní choroba?), obecně postihuje více než 200 milionů obyvatel.

Myslím si, že i přes relativně malý počet osob, které jsem byl schopen ve svém dotazníku postihnout, konečný obraz vcelku odpovídá skutečným poměrům ve společnosti. To není vidina příliš radostná. Nevhodně se ale nechováme jen k duševně nemocným. Je mezi námi řada skupin, které se cítí být diskriminovány. Někdy zcela oprávněně. Tento způsob jistě není správný a není pro nás ani nijak prozíravý. Když se člověk zamyslí, lehce zjistí, že sám patří také do určité skupiny. Lidé by se dali rozlišovat různě. Co třeba kuřáky od nekuřáků, alergiky a nealergiky, modrooké a hnědooké. Nebo co třeba udělat čáru nad lidmi s určitým počtem dioptrií nebo zubních plomb? Mohli bychom třeba začít skupiny různě označovat (to se jistým režimům docela osvědčilo), zavírat, oddělovat. Mohla by se tak vytvořit „dokonalá“ společnost, kde by byli jen úžasní lidé. Líbí se Vám tato představa? Ano? A jste si zcela jisti, že by někdo s mocí rozhodovat neshodil právě Vás z Tarpejské skály? Měli

bychom být tolerantní vůči ostatním. Když už pro nic jiného, tak proto, že nevíme, kdy budeme za každý náznak tolerance a pochopení sami neskonale vděční. A pokud nejsme schopni soucitu a porozumění, važme si alespoň natolik sami sebe, nešlapejme po tom, co do nás vložili vlastní rodiče a pedagogové a chovejme se slušně. Já vím, že to může někomu znít moralisticky. Potom se omlouvám. Nesnažím se diktovat někomu jak se má chovat. Chtěl jsem se pokusit vyjádřit své zděšení nad tím, čeho jsme ve vzájemných vztazích schopni a svou touhu po světě, kdy heslo „žít a nechat žít“ bude více než náhodný shluk několika písmen. Já sám se pokusím o krok nejtěžší a prosím o to i Vás všechny, začnu u sebe.

7. Seznam použitých zdrojů

1. ALEKSANDROVSKIJ, J. *Očami psychiatra*. 1. vyd. Bratislava: Směna, 1987. 258 s.
2. ANDREJEVOVÁ, G. M. *Sociální psychologie*. 1. vyd. Praha: Svoboda, 1984. 395 s.
3. BAŠTECKÝ, J. *Psychiatrie, právo a společnost: postavení duševně nemocného ve společnosti a v právních předpisech*. 1. vyd. Praha: Galén, 1997. 218 s. ISBN 80-85824-45-0.
4. DOBIÁŠ, J. *Psychiatrie: učebnice pro lékařské fakulty*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1984. 355 s.
5. DUŠEK, K. a kol. *Psychiatrie: učebnice pro střední zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1981. 278 s.
6. DVOŘÁK, J. *Člověk mezi životem a smrtí*. 2. dopl. a přepracované. vyd. Praha: Spektrum, 1990. 221 s.
7. FOUCALT, M. *Dějiny šílenství v době osvícenství: hledání historických kořenů pojmu duševní choroby*. 1. vyd. Praha: Lidové noviny, 1994. 207 s.
8. FOUCALT, M. *Psychologie a duševní nemoc*. Praha: Dauphin, 1997. 113 s. ISBN 80-86019-30-6.
9. HANUŠ, H. a kol. *Obecná psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 182 s.
10. HARTL, P. *Stručný psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 312 s. ISBN 80-7178-803-1
11. HARTL, Pavel; HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-303-X. s. 424-425.
12. HARTL, P. - HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd., opravený dotisk. Praha: Portál, 2004. 774 s. ISBN 80-7178-303-X
13. HÖSCHL, C a kol. *Psychiatrie: učebnice pro vyšší zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha: Scientia Medica, 1997. 175 s. ISBN 80-85526-64-6
14. HÖSCHL, C. a kol. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigris, 2002. ISBN 80-900130-1-5
15. HÖSCHL, C. a kol. *Psychiatrie*. 2. doplněné a opravené vydání. Praha: Tigris, 2004. ISBN 80-900130-7-4

16. CHROMÝ, K. *Duševní nemoc: sociologický a sociálně psychologický pohled*. 1.vyd. Praha: Avicenum, 1990. 82 s.
17. JANÍK, A. - DUŠEK, K. *Diagnostika duševních poruch*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1974. 348 s.
18. JANÍK, A. *Veřejnost a duševně nemocný*. Praha: Avicenum, 1987. 190 s.
19. PARYGIN, B. D. *Sociální psychologie jako věda*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1968. 191 s.
20. PRAŠKO, J. a kol. *Psychiatrie pro střední zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2003. 192 s. ISBN 80-7333-002-4
21. RAHN, E. – MAHNKOPF, A. *Psychiatrie: učebnice pro studium a praxi*. 1.vyd. Praha: Grada, 2000. 468 s. ISBN 80-7169-964-0
22. SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. Praha: Maxdorf, 1996. 504 s. ISBN 80-85800-33-0
23. SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE, *Slovník psychiatrických termínů*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1998. 106 s. ISBN 80-85121-78-6
24. VENCOVSKÝ, E. *Čtení o psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1983. 248 s. ISBN 08-067-83
25. VOKURKA, M. – HUGO, J. *Kapesní slovník medicíny: výkladový slovník lékařských termínů pro širokou veřejnost*. Praha: Maxdorf, 2005. 173 s. ISBN 80-7345-053-4
26. VOKURKA, M. – HUGO, J. a kol. *Velký lékařský slovník*. 8. vydání. Praha: Maxdorf, 2009. 1144 s. ISBN 978-80-7345-166-0
27. VYMĚTAL, J. *Základy lékařské psychologie*. 1. vyd. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, 1994. 185 s. ISBN 80-901601-3-1
28. ZACHAROVÁ, E. a kol. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5
29. ZVOLSKÝ, P. *Genetika v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1973. 272 s. ISBN 735-21-08/20
30. AUTISMUS [online] [cit. 2010-04-20]. Dostupné z: <<http://www.autismus.cz/>>

31. DIAGNÓZA – příběhy moderní medicíny [online] [cit. 2010-04-22]. Dostupné z:
<<http://www.ceskatelevize.cz/program/diagnoza/dusevni-onemocneni/170-anorexie/>>
32. DOBROMYSL [online] [cit. 2010-04-22]. Dostupné z:
<<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=32>>

8. Klíčová slova

Duše

Nemoc

Porucha chování

Psychiatrie

Společnost

Zdraví

9. Přílohy

Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Petr Tomšovský a tento rok píši svou bakalářskou práci na Zdravotně-sociální fakultě v Českých Budějovicích, jejíž název zní „Duševní nemoc a názory společnosti, veřejnosti“. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění následujícího zcela anonymního dotazníku. Informace zde získané budou použity pouze ve statistické formě v mé bakalářské práci a pro případnou potřebu univerzity. Předem děkuji za vyplnění. (Své odpovědi zaškrtněte nebo doplňte)

- | | | |
|--------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| pohlaví: | <input type="radio"/> muž | <input type="radio"/> žena |
| věk: o 18-25 let | <input type="radio"/> 25-35 let | <input type="radio"/> 35-55 let |
| dosažené vzdělání: | <input type="radio"/> učňovské | <input type="radio"/> středoškolské |
| | <input type="radio"/> vysokoškolské | |

1. Co si představujete pod pojmem duševní porucha?

- nevím, neznám apod.
- poruchy nervového systému, schizofrenie, deprese, autismus, úzkosti, fobie, atd.
- stav, který neodpovídá běžnému, když to nemá někdo v hlavě v pořádku, jinak myslící člověk
- jiné – prosím doplňte.....

2. Které duševní poruchy znáte?

- neznám žádnou, nevím nic
- schizofrenie, paranoia, sexuální deviace
- schizofrenie, paranoia, sexuální deviace, mánie, různé fobie

3. Zajímá Vás tato problematika?

- ano, abych tomu mohl(a) předejít, může se mě to také týkat
- ne, jen okrajově, nijak zvlášť, jen, kdyby se mě to týkalo

4. Víte, kde o tomto tématu můžete získat informace?

- ano - prosím doplňte.....
- ne

5. Uvažoval(a) jste někdy o využití odborné psychiatrické pomoci? A proč?

- ano - prosím doplňte.....
- ne – prosím doplňte.....

6. Co si myslíte o lidech, kteří psychiatra navštěvují?

- debilové, blázni, slaboši, tím své problémy nevyřeší
- lidé jako my, kteří mají jakékoli psychické problémy
- nic proti nim nemám, není to nic špatného

7. Setkal(a) jste se někdy s duševně chorým?

- ano
- ne

8. Byl(a) by jste ochoten(a) spolupracovat v zaměstnání s duševně nemocným?

- ano
- ne

9. Vadila by Vám přítomnost duševně postiženého v blízkosti Vašich dětí (škola, hřiště...)? A proč?

- ano – prosím doplňte.....
- ne – prosím doplňte.....

10. Máte strach z duševně chorých? A proč?

- ano – prosím doplňte.....
- ne – prosím doplňte.....

11. Víte o systému péče o tyto jedince v naší republice?

- ano - prosím doplňte.....
- ne

12. Kolik si myslíte, že je v naší populaci duševně chorých?

- nevím
- 1 – 9%
- 10% a víc

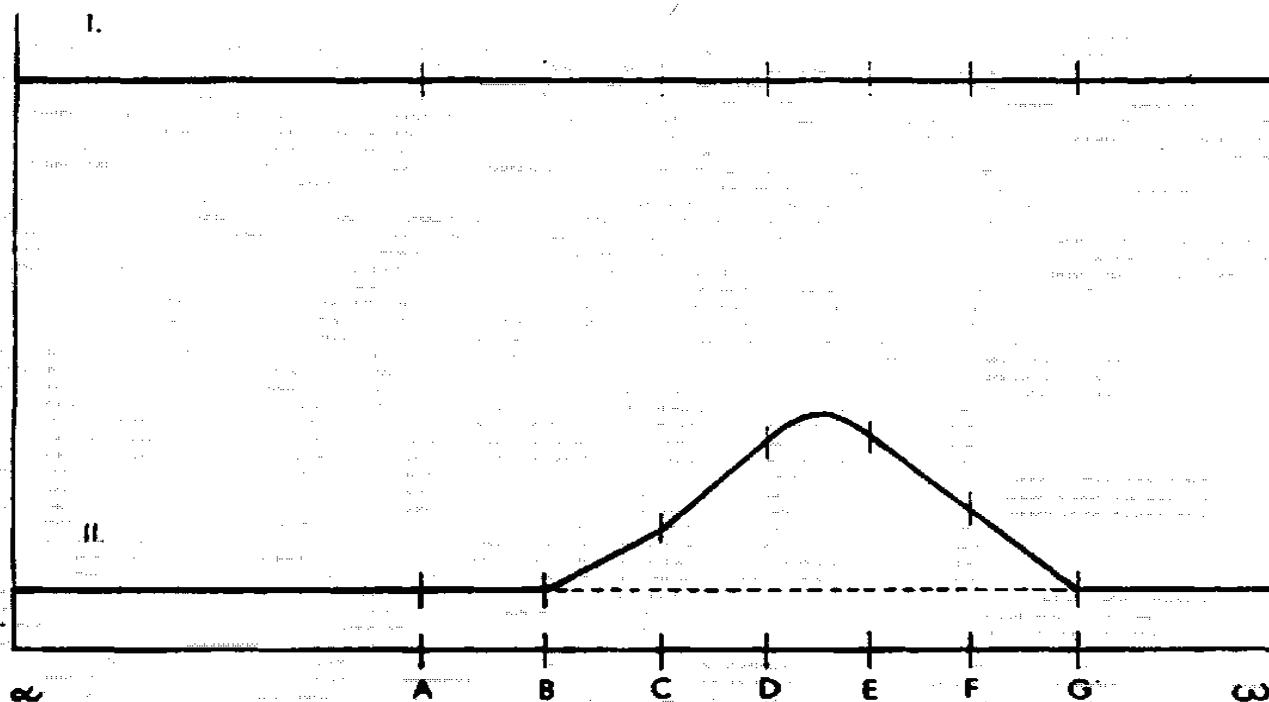
13. Slyšel(a) jste někdy o právech duševně nemocných?

- ano
- ne

14. Souhlasíte s financováním péče o tyto lidi z peněz daňových poplatníků?

Máte vlastní představu o této problematice?

- ano - prosím doplňte.....
- ne - prosím doplňte.....



Graf 2. Schematické znázornění kvantitativního a kvalitativního hodnocení nemoci. Vyvětlivky: I. — nemoc jako dynamika osobnosti, II. — nemoc jako kvalitativní novum, α — A období zdraví, A — B období premorbidních projevů, B — C prodromální stadium, C — D úvodní akutní nebo subakutní stadium, D — E období manifestace onemocnění, E — F období dozívání příznaků, F — G období rekonvalescence, G — ω období obnoveného zdraví.

Tabulky struktury dotázaných:

Vzdělání	Učňovské	Středoškolské	Vysokoškolské
Muži	3 (16%)	11 (58%)	5 (26%)
Ženy	6 (19%)	16 (52%)	9 (29%)

Věkové kategorie	18-25 let	25-35let	35-55 let	
Muži	19 (38%)	12 (63%)	4 (21%)	3 (16%)
Ženy	31 (62%)	12 (39%)	6 (19%)	13 (42%)
celkem	50 (100%)			

Otázka č. 1: Co si představujete pod pojmem duševní porucha?

Odpověď: Nevím, neznám apod.

Muži	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské	1		
Středoškolské	1		
Vysokoškolské			1

Ženy	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské		1	
Středoškolské	2		1
Vysokoškolské			

Odpověď: Odpovědi nevyjadřující konkrétní představu

Muži	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské			
Středoškolské	3		1
Vysokoškolské			

Ženy	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské			
Středoškolské	5	1	
Vysokoškolské	1		4

Odpověď: Chování vybočující z pravidel, stav, který neodpovídá běžnému apod.

Muži	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské	1	1	
Středoškolské	2		
Vysokoškolské		1	2

Ženy	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské		1	
Středoškolské	4	2	2
Vysokoškolské			1

Odpověď: Nejpříjemnější odpovědi

Muži	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské			
Středoškolské	4		
Vysokoškolské		1	

Ženy	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské	1		1
Středoškolské			
Vysokoškolské		1	3

Otázka č. 2: Které duševní poruchy znáte?

Odpověď: Neznám žádnou, nevím nic

Muži	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské	2		
Středoškolské	1		
Vysokoškolské			

Ženy	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské	2	2	1
Středoškolské		2	2
Vysokoškolské			1

Odpověď: Jeden až tři pojmy

Muži	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské		1	
Středoškolské	5		1
Vysokoškolské		3	2

Ženy	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské			
Středoškolské	6		1
Vysokoškolské			3

Odpověď: Více než tři pojmy

Muži	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské			
Středoškolské	4		
Vysokoškolské			

Ženy	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské			1
Středoškolské	4	1	
Vysokoškolské		1	4

Otázka č. 3: Zajímá Vás tato problematika?

Odpověď: Ano, abych tomu mohl(a) předejít, může se mě to také týkat

Muži	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské			1
Středoškolské	4	1	
Vysokoškolské		1	4

Ženy	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské			1
Středoškolské	5		2
Vysokoškolské		1	4

Odpověď: Ne, jen okrajově, nijak zvlášť, jen, kdyby se mě to týkalo

Muži	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské	1		
Středoškolské	6		1
Vysokoškolské		2	

Ženy	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské	2	2	1
Středoškolské	4	3	1
Vysokoškolské			4

Otázka č. 4: Víte, kde o tomto tématu můžete získat informace?

Odpověď: Ano

Muži	18-25	25-35	35-55
Učňovské		1	
Středoškolské	8		1
Vysokoškolské			2

Ženy	18-25	25-35	35-55
Učňovské	1		1
Středoškolské	10	3	3
Vysokoškolské		1	7

Odpověď: Ne

Muži	18-25	25-35	35-55
Učňovské	2		
Středoškolské	2		
Vysokoškolské		3	

Ženy	18-25	25-35	35-55
Učňovské	1	2	1
Středoškolské			
Vysokoškolské			1

Otázka č. 5: Uvažoval(a) jste někdy o využití odborné psychiatrické pomoci?

Odpověď: Ano

Muži	18-25	25-35	35-55
Učňovské	2		
Středoškolské	3		
Vysokoškolské			1

Ženy	18-25	25-35	35-55
Učňovské	1		1
Středoškolské	1	1	
Vysokoškolské			1

Odpověď: Ne

Muži	18-25	25-35	35-55
Učňovské		1	
Středoškolské	7		1
Vysokoškolské		3	1

Ženy	18-25	25-35	35-55
Učňovské	1	2	1
Středoškolské	9	2	3
Vysokoškolské		1	7

Otázka č. 6: Co si myslíte o lidech, kteří psychiatra navštěvují?

Odpovědi dokazující nízkou míru tolerance (debilové, blázni, slaboši, tím své problémy nevyřeší)

Muži - A	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské		1	
Středoškolské	1		
Vysokoškolské		1	

Ženy - A	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské	2	1	
Středoškolské			
Vysokoškolské			

Odpovědi dokazující vysokou míru tolerance.

Muži - B	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské	1		
Středoškolské	2		
Vysokoškolské			1

Ženy - B	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské			
Středoškolské	6	2	
Vysokoškolské			

Odpověď: Nic proti nim nemám, není to nic špatného

Muži - C	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské	1		
Středoškolské	7		1
Vysokoškolské		2	1

Ženy -C	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské		1	2
Středoškolské	4	1	3
Vysokoškolské		1	7

Otázka č. 7: Setkal(a) jste se někdy s duševně chorým?

Odpověď: Ano

Muži	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské	2		
Středoškolské	9		1
Vysokoškolské		3	2

Ženy	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské	2		1
Středoškolské	5	1	2
Vysokoškolské		1	6

Odpověď: Ne

Muži	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské		1	
Středoškolské	1		
Vysokoškolské			

Ženy	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské		2	1
Středoškolské	5	2	1
Vysokoškolské			2

Otázka č. 8: Byl(a) by jste ochoten(a) spolupracovat v zaměstnání s duševně chorým?

Odpověď: Ano

Muži	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské	1		
Středoškolské	7		1
Vysokoškolské		2	1

Ženy	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské	1	2	1
Středoškolské	7	1	2
Vysokoškolské		1	6

Odpověď: Ne

Muži	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské	1	1	
Středoškolské	4		
Vysokoškolské		1	

Ženy	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské	1		1
Středoškolské	3	2	1
Vysokoškolské			2

Otázka č. 9: Vadila by Vám přítomnost duševně postiženého v blízkosti Vašich dětí (škola, hřiště...)?

Odpověď: Ano

Muži	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské		1	
Středoškolské	4		1
Vysokoškolské		2	2

Ženy	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské			2
Středoškolské	4	3	2
Vysokoškolské			5

Odpověď: Ne

Muži	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské	2		
Středoškolské	6		
Vysokoškolské		1	

Ženy	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské			
Středoškolské	6		
Vysokoškolské		1	3

Otázka č. 10: Máte strach s duševně chorých?

Odpověď: Ano

Muži	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské			
Středoškolské	4		
Vysokoškolské			

Ženy	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské	1	1	1
Středoškolské	4	1	
Vysokoškolské			5

Odpověď: Ne

Muži	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské	2		
Středoškolské	6		1
Vysokoškolské		3	2

Ženy	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské	1	1	1
Středoškolské	6	2	3
Vysokoškolské		1	3

Otázka č. 11: Víte o systému péče o tyto jedince v naší republice?

Odpověď: Ano

Muži	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské			
Středoškolské	5		1
Vysokoškolské			

Ženy	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské	1		1
Středoškolské	4	1	1
Vysokoškolské		1	2

Odpověď: Ne

Muži	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské	2	1	
Středoškolské	5		
Vysokoškolské		3	2

Ženy	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské	1	2	2
Středoškolské	6	2	2
Vysokoškolské			6

Otázka č. 12: Kolik si myslíte, že je v naší populaci duševně chorých?

Odpověď: Nevím

Muži	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské	1		
Středoškolské	4		1
Vysokoškolské		2	

Ženy	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské	2	1	1
Středoškolské	6	2	2
Vysokoškolské			3

Odpověď: 1 - 9%

Muži	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské	1	1	
Středoškolské	3		
Vysokoškolské			1

Ženy	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské			1
Středoškolské	2	1	1
Vysokoškolské		1	3

Odpověď: 10% a víc

Muži	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské			
Středoškolské	3		
Vysokoškolské		1	1

Zeny	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské			
Středoškolské	2	1	
Vysokoškolské			2

Otázka č. 13: Slyšel(a) jste někdy o právech duševně nemocných?

Odpověď: Ano

Muži	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské			
Středoškolské	3		
Vysokoškolské		1	

Ženy	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské			
Středoškolské	8	1	
Vysokoškolské			1

Odpověď: Ne

Muži	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské	2	1	
Středoškolské	7		1
Vysokoškolské		2	2

Ženy	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské	2	2	2
Středoškolské	2	2	3
Vysokoškolské		1	7

Otázka č. 14: Souhlasíte s financováním péče o tyto lidi z peněz daňových poplatníků?

Odpověď: Ano

Muži	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské	1		
Středoškolské	10		1
Vysokoškolské		3	2

Ženy	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské	2	1	2
Středoškolské	8	3	3
Vysokoškolské		1	8

Odpověď: Ne

Muži	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské	1	1	
Středoškolské			
Vysokoškolské			

Ženy	18-25 let	25-35 let	35-55 let
Učňovské		1	
Středoškolské	2		
Vysokoškolské			