

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

Bakalářská práce

Univerzita Hradec Králové
Filozofická fakulta
Ústav sociální práce

**Postoje laické veřejnosti k osobám
s duševním onemocněním**
Bakalářská práce

Autor: Michaela Vepřovská, DiS.

Studijní program: B0923P240001 – Sociální práce

Studijní obor: Sociální práce s osobami se sníženou soběstačností

Forma studia: kombinovaná

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Neubauerová, Ph.D.



Zadání bakalářské práce

Autor: Michaela Vepřovská, DiS.
Studium: F20BK0099
Studijní program: B0923P240001 Sociální práce
Studijní obor: Sociální práce s osobami se sníženou soběstačností
Název bakalářské práce: **Postoje laické veřejnosti k osobám s duševním onemocněním**
Název bakalářské práce AJ: Attitudes of the general public towards persons with mental illness

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce bude zaměřena na postoje a názory laické veřejnosti k osobám s duševním onemocněním. Dále se tato bakalářská práce bude věnovat komunitní péči, péči v psychiatrických nemocnicích a sociálními službami pro osoby s duševním onemocněním. Výzkum postoje laické veřejnosti k osobám s duševním onemocněním bude realizován kvantitativní formou, použitou metodou bude dotazník.

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 2008. OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch Praha: Grada Publishing, 2015. BAŠTECKÝ, Jaroslav. Psychiatrie, právo a společnost: postavení duševně nemocného ve společnosti a v právních předpisech. Praha: Galén, 1997.

Zadávací pracoviště: Ústav sociální práce,
Filozofická fakulta
Vedoucí práce: PhDr. Lenka Neubauerová, Ph.D.
Oponent: PhDr. Martin Smutek, Ph.D.
Datum zadání závěrečné práce: 15.6.2022

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucí práce samostatně a uvedla jsem veškeré použité prameny a literaturu.

V Hlinsku v Čechách dne 6.4.2023

Michaela Vepřovská.....

Poděkování

Poděkování patří především vedoucí mé práce PhDr. Lence Neubauerové, Ph.D. za odborné vedení práce, cenné rady a trpělivost. Děkuji také za čas, který mi věnovala při konzultacích, ochotu a porozumění. Dále bych ráda poděkovala rodině a přátelům za psychickou podporu. A v neposlední řadě také děkuji dotazovaným respondentům za ochotu a vstřícnost.

Anotace

VEPŘOVSKÁ, Michaela. Postoje laické veřejnosti k osobám s duševním onemocněním. Hradec Králové, 2023. 71 s. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Filozofická fakulta (Ústav sociální práce). Vedoucí práce: PhDr. Lenka Neubauerová, Ph.D.

Bakalářská práce se zaměřuje na postoje laické veřejnosti k osobám s duševním onemocněním. Teoretická část vysvětluje základní pojmy duševní zdraví a duševní onemocnění, popisuje chování veřejnosti k duševně nemocným osobám v historii. Dále popisuje péči v psychiatrických nemocnicích, reformu psychiatrické péče, komunitní péči a sociální služby pro osoby s duševním onemocněním.

Výzkumná část se zabývá kvantitativním výzkumem prostřednictvím dotazníkového šetření. Výsledek mého výzkumu je zjištění, jak laická veřejnost vnímá duševně nemocné osoby.

Klíčová slova

Osoba s duševním onemocněním, reforma psychiatrické péče, komunitní péče, stigmatizace, sociální služby

Annotation

VEPŘOVSKÁ, Michaela. Attitudes of the lay public towards persons with mental illness. Hradec Králové, 2023. 71 s. Bachelor's thesis. University of Hradec Králové, Faculty of Arts (Institute of Social Work). Supervisor: PhDr. Lenka Neubauerová, Ph.D.

The bachelor's thesis focuses on the attitudes of the lay public towards persons with mental illness. The theoretical part explains the basic concepts of mental health and mental illness, describes the behavior of the public towards mentally ill persons in history. It also describes care in psychiatric hospitals, reform of psychiatric care, community care and social services for people with mental illness.

The research part deals with quantitative research through a questionnaire survey. The result of my research is finding out how the lay public perceives mentally ill persons.

Keywords

Person with mental illness, psychiatric care reform, community care, stigma, social services

Obsah

Úvod	10
1 TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1.1 Vymezení základních pojmů, klasifikace duševních poruch.....	12
1.1.1 Duševní zdraví.....	12
1.1.2 Duševní onemocnění	13
1.2 Klasifikace duševních poruch.....	14
2 Historický pohled na osoby s duševním onemocněním.....	15
2.1 Starověk	15
2.2 Středověk	16
2.3 Renesance	17
2.4 Novověk.....	17
2.5 Vývoj klášterní nemocniční soustavy v Praze	17
2.6 První ústavy pro duševně nemocné	18
3 Období od 2. světové války a duševně nemocné osoby	19
3.1 Socialismus a jeho postoj k osobám s duševním onemocněním	19
3.2 Změny týkající se duševně nemocných po roce 1989	20
4 Péče v psychiatrických nemocnicích.....	21
4.1 Formy hospitalizace.....	22
4.2 Příjem pacienta na psychiatrické lůžkové oddělení.....	22
4.3 Režim oddělení	22
4.4 Zásady chování k psychiatrickým pacientům.....	23
4.5 Formy ošetrovatelské péče.....	23
4.6 Ošetrovatelský tým	23
4.7 Propuštění pacienta z psychiatrické nemocnice.....	23
5 Reforma psychiatrické péče v ČR.....	25
6 Komunitní péče	28
7 Sociální služby pro osoby s duševním onemocněním.....	29
7.1 Typy služeb pro osoby s duševním onemocněním	29
7.2 Sociální služba a klient s duševními problémy.....	30
8 Stigmatizace a destigmatizace osob s duševním onemocněním	32
8.1 Stereotyp duševně nemocného.....	32

8.2	Značkovací reakce	32
8.3	Postoje společnosti k různým psychickým poruchám	33
8.4	Rodina a stigmatizace	33
8.5	Boj proti stigmatu ve společnosti.....	33
8.6	Destigmatizační aktivity v ČR.....	34
9	VÝZKUMNÁ ČÁST	35
9.1	Formulace výzkumných cílů.....	35
9.2	Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek	36
9.3	Výzkumná strategie	40
9.4	Zdůvodnění vybraného výzkumného vzorku.....	41
9.5	Rizika výzkumné metody	41
9.6	Etická rizika výzkumné metody	41
9.7	Organizace a průběh výzkumu	41
9.8	Zpracování výsledků dotazníkové metody pomocí grafů.....	42
10	Závěrečné zhodnocení a interpretace získaných dat.....	62
	Závěr.....	64
	Seznam použité literatury	67
	Seznam tabulek.....	69
	Seznam grafů	70
	Přílohy	71

Úvod

Pro psaní bakalářské práce jsem si zvolila téma, postoje laické veřejnosti k osobám s duševním onemocněním z důvodu aktuálnosti tohoto tématu. Tuto problematiku jsem si vybrala, protože pracuji, jako sociální pracovník již 4. rokem v komunitním týmu FOKUS Vysočina ve středisku Hlinsko v Čechách. Organizace poskytuje službu terénní sociální rehabilitace pro osoby s duševním onemocněním od 16 do 80 let v přirozeném prostředí klienta, nebo formou ambulantní služby. Z vlastní zkušenosti vím, že postoje ostatních spoluobčanů k těmto osobám jsou spíše negativní. Řekla bych, že tato cílová skupina bývá často stigmatizována.

Hlavním cílem mé bakalářské práce je zjistit, jak vnímá laická veřejnost osoby s duševním onemocněním. Tohoto hlavního cíle bude dosaženo přes dílčí cíle, které budou zjišťovány pomocí tazatelských otázek.

DCV 1: Zjistit co si laická veřejnost představuje pod pojmem duševní zdraví – duševní onemocnění.

TO 1: Jaké je Vaše pohlaví?

TO 2: Jaký je Váš věk?

TO 3: Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

TO 4: Co je podle Vás pojem duševní zdraví?

TO 5: Je třeba si duševní zdraví chránit?

TO 6: Znáte některé preventivní metody ochrany duševního zdraví?

TO 7: Co je podle Vás duševní onemocnění?

DCV 2: Zjistit, zda u laické veřejnosti přetrvávají předsudky a stereotypy vůči osobám s duševním onemocněním.

TO 8: Co si představíte pod pojmem předsudek?

TO 9: Jak byste pojmenovali osobu s duševním onemocněním?

TO 10: Setkali jste se někdy s osobou s duševním onemocněním?

TO 11: Pokud ano, jak na Vás tato osoba působila?

TO 12: Je pro Vás problém bydlet v blízkosti duševně nemocné osoby?

TO 13: Co znamená pojem stigmatizace k osobám s duševním onemocněním?

TO 14: Myslíte si, že „schizofrenici“ jsou nebezpečné a agresivní osoby?

TO 15: Myslíte si, že osoby, které trpí depresí si mohou za své onemocnění sami?

TO 16: Domníváte se, že by osoba s duševním onemocněním měla být celý život hospitalizována v psychiatrické nemocnici?

TO 17: Byli byste ochotni spolupracovat v zaměstnání s osobou s duševním onemocněním?

DCV 3: Zjistit povědomí o tématu duševního zdraví v psychiatrické péči.

TO 18: Víte čeho se týká reforma psychiatrické péče v ČR?

TO 19: Z jakých zdrojů – médií získáváte informace o osobách s duševním onemocněním?

TO 20: Jaké znáte organizace na podporu duševního zdraví?

V teoretické části bakalářské práce vysvětlím základní pojmy duševní zdraví a duševní onemocnění, zaměřím se na historický pohled na osoby s duševním onemocněním, dále na péči v psychiatrických nemocnicích, na model reformy psychiatrické péče v ČR, objasním, co znamená komunitní péče, také přiblížím sociální služby pro osoby s duševním onemocněním a vysvětlím pojem stigmatizace u duševního onemocnění.

Bakalářská práce bude zpracována formou kvantitativní výzkumné strategie. Výzkum bude probíhat formou dotazníkového šetření vybranou laickou veřejností nezabývající se profesně problematikou osob s duševním onemocněním. Tuto kvantitativní výzkumnou strategii volím, abych mohla oslovit co nejvíce respondentů. V závěru výzkumné části bude provedena analýza s popisem zjištěných výsledků a doporučení pro praxi.

1 TEORETICKÁ ČÁST

V teoretické části bakalářské práce se zaměřím na základní pojmy duševní zdraví a duševní onemocnění. V další kapitole přiblížím, jak se v historii pečovalo o duševně nemocné osoby. Budu pokračovat obdobím od 2. Světové války do roku 1989. Dále bude popsána péče v psychiatrických nemocnicích o osoby s duševním onemocněním. Důležitým tématem je také model reformy psychiatrické péče, kterou v bakalářské práci vysvětlím. Následně popíši systém komunitní péče, přiblížím sociální služby pro osoby s duševním onemocněním, které jsou velmi důležité. V závěru bakalářské práce vysvětlím pojem stigmatizace a destigmatizace osob s duševním onemocněním.

1.1 Vymezení základních pojmů, klasifikace duševních poruch

Tato kapitola se zaměřuje na vymezení nejčastějších základních pojmů týkajících se duševního onemocnění a duševního zdraví (WHO).

Duševně nemocný mezi námi (Hausner, 1978:16) hodnotí vědomosti o duševní nemoci: *„Je mezi námi ještě dost těch, kteří nemají představu o duševní nemoci, protože s ní neměli přímou zkušenost.“*

Každá nemoc má své příznaky. U duševního onemocnění najdeme takových příznaků vícero. Nejedná se jen o příznaky v psychické stránce člověka. Příznakem mohou být bolesti svalů, kloubů, únava, vyčerpání, bolest žaludku, nechutenství apod. Proto je velmi důležité, aby lékař sesbíral co nejvíce informací o stavu jedince. Někdy se objevují i změny v chování člověka, zapomíná, špatně spí, při rozhovoru skáče z jednoho tématu do druhého, špatně se soustředí apod. Je nutné, aby lékař vzal v úvahu všechny potřebné příznaky a zjištění, než určí samotnou diagnózu.

1.1.1 Duševní zdraví

Duševní zdraví je stav, který člověk bere většinou jako něco přirozeného. Nezatěžuje se věcmi, které nejsou nutné, chodí do zaměstnání, ve kterém se snaží být co nejlepší a mohl si např. navýšit kvalifikaci. Také má přátele, se kterými sportuje, má společné zájmy,

chodí za zábavou do společnosti např. do kina, divadla. Má rodinu, o kterou se stará a chce být dobrým rodičem a manželem. Celkově se cítí zdrav a v plné síle.

Psychiatrická ošetrovatelská péče (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006:15) uvádí „*Definice WHO z roku 1948 formuluje zdraví, jako stav plné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost choroby či poruchy, nebo tělesné vady.*“

1.1.2 Duševní onemocnění

Duševní onemocnění vidíme, jako celkově špatný stav člověka. To, co zvládá zdravý jedinec, duševně nemocný ne. Je pro něho problém chodit do zaměstnání a mít radost ze svých úspěchů. Nemá žádnou motivaci pro vyšší pracovní nasazení. Rodina a starost o ni je pro něho nezvladatelná, koníčky, přátelé a společnost mu nic neříkají. Duševní onemocnění je většinou vrozená dispozice, není to, ale pravidlem. Duševní onemocnění se může projevit pod vlivem špatného životního stylu, alkohol, drogy, nadměrný stres apod. Jako další možnost vzniku duševního onemocnění může být úraz, nehoda, tragédie v rodině.

Duševní onemocnění stěžuje člověku život a málokdo si umí představit, jak se takto nemocný člověk cítí.

Velký psychologický slovník (Hartl, Hartlová, 2010:414) uvádí „*Podle WHO klinicky prokazatelná změna duševní činnosti, která vyřazuje člověka z práce, společenského života či zodpovědnosti při právních úkonech.*“

Mezi nejznámější duševní onemocnění patří deprese, schizofrenie, úzkost a fobie.

1.2 Klasifikace duševních poruch

Tabulka 1 - Klasifikace MNK (Mahrová, Venglářová a kol. 2008:69-70)

F00 – F09	Organické duševní poruchy, včetně symptomatických
F10 – F19	Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek
F20 – F29	Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy
F30 – F39	Poruchy nálady (afektivní poruchy)
F40 – F49	Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy
F50 – F59	Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
F60 – F69	Poruchy osobnosti a chování u dospělých
F70 – F79	Mentální retardace (duševní opoždění)
F80 – F89	Poruchy psychického vývoje
F90 – F98	Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci
F99	Nespecifikovaná duševní porucha

2 Historický pohled na osoby s duševním onemocněním

Z pohledu sociálního pracovníka s osobami s duševním onemocněním je historie velmi zajímavá a důležitá. V knihách od autorů zabývajících se touto problematikou je popsáno, jak se společnost k duševně nemocným osobám chovala, pečovala o ně a zároveň je vyčleňovala na samý okraj společnosti. V každém období historie se s těmito osobami jednalo nedůstojně, a to platilo i v různých částech světa.

2.1 Starověk

Od počátku světa se vždy stávalo, že byli jedinci, kteří se vymykali normálu pro dané období. V té době si toto chování u duševně nemocných osob nedokázali vysvětlit, ani léčit. Ve skupinách a tlupách bývali šamani, kteří se snažili takto nemocné osoby léčit odvary z bylin, jejich kořenů a zaříkáváním. Vyráběli amulety, škapulíře, které nemocní nosili pro svoji ochranu. Také lidé věřili „*v posedlost člověka zlým duchem.*“ Psychiatrie dávných věků (Vencovský, 1996:11)

Ve většině zemí ve starověku byly názory a léčba podobné. Psychiatrie dávných věků (Vencovský, 1996:21) „*V průběhu společenského vývoje starého Egypta a tím v průběhu kulturní historie staroegyptské medicíny je už možné zachytit a pozorovat určité náznaky a jakési počátky cílené péče o duševně nemocné.*“

„Důležitým představitelem lékařství té doby byl Hippokrates. Některá jeho terminologie se používá dodnes.“ (Vencovský, 1996) V Řecku a Římě se léčba nechávala na bozích, pro které se stavěly a zasvěcovaly krásné chrámy. U některých chrámů vznikala místa, kam přicházeli duševně nemocní a mohli se léčit.

V Antice někdy docházelo k tomu, že společnost viděla v duševně nemocné osobě velké nebezpečí pro ni samotnou, uspořádala obřad s lidskou obětí a tento nemocný byl vybrán a obětován pro blaho všech. Tím se zbavili potencionálního nebezpečí.

Na některých kontinentech ve městech vznikali nemocnice pro duševně nemocné např. Bagdád, Damašek a Káhira.

2.2 Středověk

Středověk byl celkově ponurým obdobím. Všude vládl strach z církve a panstva. Lidé nevěděli, co je hygiena a čistota. Vesničané znali jen hlad, bídu, těžkou práci a církev je neustále strašila ohněm pekelným. Život duševně nemocných byl velice těžký. Církev zakázala jejich léčení a ani nebyly místa, kam by rodina takto nemocného mohla umístit s vědomím, že o něj bude dobře postaráno. Jedinou možností byly hospitaly u klášterů. V nich se o nemocné starali mniši, ale byla zde velká úmrtnost právě díky špatné hygieně. Jestliže duševní nemoc nebyla těžká a člověk byl schopný pracovat, rodina a sousedé se o nemocného člověka postarali.

Ve velkých městech se sem tam objevila snaha o azylovou a nemocniční péči pro duševně nemocné. Měšťané v této snaze viděli nutnost chránit své vlastní zdraví a majetek před nemocnými i chudinou. Často vznikali celé čtvrtě, kde byli tito lidé izolováni od bohatší společnosti. Dle Vencovského (1996:101) V době středověku byli „*kněží a mniši, jedinou vrstvou inteligence v tehdejší společnosti.*“

Duševně nemocní této doby museli čelit velkému nebezpečí, kterým pro ně byly čarodějnické procesy. Čarodějnice, nebo duševně nemocný se bralo jako totéž. Od tohoto názoru se distancoval Juan Luis Vives (1492-1540), španělský pedagog a filozof Johann Weyer (1515-1588).

Dle Vencovského (1996:137) V roce 1582 v Brně vznikl městský „*azyl*“, který byl určen výhradně pro šílené. „*Byl ohrazen plotem, duševně choří v něm byli drženi v železných klecích a o trzích je vozili do města k obveselování veřejnosti.*“

Autor M. Foucault v knize Dějiny šílenství, popisuje lodě bláznů, kdy jednotlivá města takto nepohodlné osoby nakládala na lodě a nechala je plout k dalším městům, jen aby se jich zbavila ze svého území a měšťané se cítili bezpečněji. Po opuštění lodi se z těchto nemocných stávali tuláci.

Často se stávalo, že majetné rodiny, ve kterých byl člen s duševním onemocněním, nebo měl sklony k nevhodnému chování, jej nechaly zavřít do vězení, nebo soukromých ústavů, aby se vyhnuly případným skandálům. Duševně nemocné osoby byly také zavírány do útulků, vězení a špitálů spolu s žebráky, zloději a vrahy.

Dějiny šílenství (Foucault, 2010:105) „*Ve špitálech se šílenství neléčilo, jejich úkolem bylo hlavně držet stranou a napravovat. Mimo špitály se však po celé období osvětenství terapeutika šílenství přesto rozvíjela: praktikovaly se dlouhodobé kúry, které neměly vyléčit ani tak duši, jako spíš celého jedince, jeho nervové vlákno stejně, jako jeho obraznost.*“

V době osvětenství, se často zastával názor, že šílenství je důsledkem zahálky a lenosti člověka. Byla snaha o nápravu těchto lidí trestáním a také pokáním.

2.3 Renesance

Období, které se nazývá renesance bylo příznivější pro vznik nemocnic a azylů. Lékaři, ale stále museli těžce bojovat s církví, aby prosadili změny v péči o nemocné. Církev stále pokračovala v čarodějnických procesech a nebylo výjimkou, že za kacíře mohl být označen i lékař, který se znelíbil svými názory a otevřeností. Přesto dochází k rozvoji veřejné péče o duševně nemocné.

2.4 Novověk

Novověk byl také o něco světlejším obdobím pro duševně nemocné, především v lidštějším přístupu. Velkým přínosem byl zákaz hrubého zacházení s takto nemocnými. Dalším kladem tohoto věku byl konečně zákaz čarodějnických procesů. Na našem území díky Marii Terezii.

Opravdu se zlepšovaly podmínky péče o duševně nemocné osoby. Lékař, který byl pro tuto dobu nejvýznamnější osobností je Philipp Pinel, který byl dle Vencovského (1996:169-170) „*pověřen Konventem, aby provedl reformu zdravotnické péče o duševně choré v Paříži.*“ Dalším velkým přínosem tohoto lékaře bylo zjištění, že duševní choroby se nechají léčit. Díky tomuto lékaři se stala Paříž centrem světové psychiatrie té doby.

2.5 Vývoj klášterní nemocniční soustavy v Praze

Na našem území tedy v Čechách nebylo o duševně nemocné vůbec pečováno. Výjimkou byla péče o nemocné v Praze. Velký zájem na budování nemocnic a péči o nemocné mělo především panstvo, protože šlo hlavně o jejich poddané, kteří museli pro ně pracovat.

Proto bylo v zájmu panstva starat se o jejich zdraví. Kromě panstva i církve přispěla na budování nemocnic a azylů u kostelů. Nebylo to z lásky k bližnímu. Důvod byl velice prostý. Věřící museli odvádět daň tzv. desátky, kterými zabezpečili církve zásobami plodin na celou zimu. Majetnější odevzdávali daně v penězích.

2.6 První ústavy pro duševně nemocné

Koncem 18. století můžeme objevit záznamy o prvních ústavech pro duševně nemocné. Vznikaly především ve velkých světových městech jako Londýn, Novgorod, Vídeň.

V Čechách byla otevřena Všeobecná nemocnice v roce 1790 a spolu s ní dle Markové, Venglářové, Babiakové (2006:28) „*byl uveden do provozu i první samostatný ústav pro duševně choré, který byl řádně spravován a řízen lékaři.*“ Tento ústav se rozrůstal dalšími pavilony a budovami. Měl nejlepší vybavení v Evropě.

„Pražský ústav byl postupně rozšiřován a vznikaly další pobočky. Ani rozšíření pobočkami nestačilo a musely být postaveny další psychiatrické léčebny např. Ústav v Dobřanech, v Opařanech u Tábora, v Opavě, v Horních Beřkovicích, ve Štemberku, v Jihlavě, v Kroměříži, v Bohnicích a v Havlíčkově Brodě.“ (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006)

3 Období od 2. Světové války a duševně nemocné osoby

Během válečných let došlo ke změnám ve společnosti, které měly vliv na psychiatrickou péči o duševně nemocné.

V Německu se dostal k moci Adolf Hitler, jeho vizí bylo vytvořit čistou árijskou rasu. V tomto cíli mu stáli Židé, Romové, handicapovaní a duševně nemocní. V roce 1939 vydal Dekret, ve kterém dal svůj souhlas k vraždění duševně nemocných. V těchto válečných letech duševně nemocní v ústavech neskutečně trpěli např. personál nemocné často bil, týral a nedával jim jíst. Tisíce duševně nemocných bylo odsouzeno k smrti v plynových komorách. Přežít ve válečných letech mohli jenom osoby s duševním onemocněním, které byly schopné pracovat. Mnoho duševně nemocných během války bylo donuceno ke sterilizaci.

Po skončení 2. Světové války se teprve začal brát ohled na práva každého jedince. Díky OSN, která definovala základní lidská práva se začala věnovat pozornost duševně nemocným osobám a jejich právům.

3.1 Socialismus a jeho postoj k osobám s duševním onemocněním

Socialismus se sice tvářil přívětivě na celou společnost. Už jen jeho název dával jistotu rovnosti, spravedlnosti, solidarity, ale nebylo to pravdou. Veřejnost se duševně nemocných osob stranila, rodiny se za duševně nemocné styděly. Často docházelo k šikaně a diskriminaci duševně nemocných i jejich rodin. Lékaři často nechtěli uvěřit pacientovi, který se jim svěřil s duševními problémy. V této době komunistická ideologie tvrdila, že nemá žádné sociální problémy a pokud nějaké jsou budou vyřešeny a odstraněny. Právě u duševně nemocných osob došlo k jejich zavírání do psychiatrických ústavů, kde byli drženi v ústraní, aby ostatní veřejnost věřila, že se nemusí o své duševní zdraví starat a bát se.

Ošetrovatelská psychiatrická péče (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006:31)
„Zdravotnická zařízení byla řízena okresními a krajskými národními výbory a začleněna do ústavu národního zdraví. Národní výbory měly kompetence v rozhodování o oprávněnosti držet pacienta v léčebně bez jeho souhlasu.“

S osobami s duševním onemocněním se v době komunismu jednalo nedůstojně a proti jejich lidským právům např. byli přivazováni, zavírání v klecích, nebo umístění nedobrovolně v léčebnách, k jejich utlumení se používala psychofarmaka. V komunismu můžeme najít začátek smýšlení o duševně nemocných, jako o osobách, kteří jsou nesvéprávní a neschopní se o sebe postarat.

3.2 Změny týkající se duševně nemocných po roce 1989

Po roce 1989 dochází ke spoustě změn v naší společnosti i k přístupu k pacientům s duševním onemocněním. Pozitivem byl dialog s pacientem, zlepšení vztahu mezi pacientem a ošetřovatelem. Dalším kladem jsou diskuze o právech pacienta. Došlo ke snížení počtu lůžek a umístování do léčeben byly pouze těžké případy. Psychiatrické ambulance a léčebny přecházely do soukromého sektoru a tím se zlepšila a zpřístupnila péče o duševně nemocné.

V roce 2007 byl vydán zákon, který zakazuje používat klecová a síťová lůžka. Ke zlepšení došlo i v péči o pacienta a hlavní důraz se kladl na respektování občanské důstojnosti nemocného.

4 Péče v psychiatrických nemocnicích

Psychiatrické nemocnice poskytují pomoc osobám s duševním onemocněním, kterým se zhoršil duševní stav natolik, že již nezvládají běžný život a potřebují pomoc a lékařský dohled. Dle (Petra, Markové a kolektivu, 2014:44) „*Úkolem psychiatrických nemocnic, je dlouhodobá léčba a rehabilitace psychicky nemocných všech věkových kategorií.*“

V ČR najdeme osmnáct psychiatrických nemocnic pro dospělé, pro dětské pacienty jsou k dispozici tři psychiatrické nemocnice. Pacienti jsou do psychiatrických nemocnic přijati v akutním stavu podle spádovosti místa bydliště. V průměru po dobu 85 dnů. Duševně nemocný může využít v případě krize psychiatrickou pohotovostní službu.

Duševně nemocný pacient nemusí být hospitalizován pouze v psychiatrické nemocnici. Najdeme i Všeobecné nemocnice s psychiatrickým oddělením, kde se poskytuje akutní psychiatrická péče. Úkolem těchto psychiatrických oddělení je stabilizovat pacientův zdravotní stav co nejdříve. Hospitalizace trvá cca. 20 dní.

Ošetřování psychicky nemocných pacientů je velmi náročné, proto je rozděleno mezi členy ošetřovatelského týmu. Péče by měla směřovat především na klienta.

U duševně nemocných osob může nastat krize a dojít k zhoršení psychického stavu, a proto je nutná hospitalizace. O hospitalizaci může požádat sám pacient, nebo jeho lékař či opatrovník. V takovémto případě je pacient umístěn na otevřeném lůžkovém oddělení. Má možnost předčasně léčbu ukončit, ale musí podepsat negativní revers.

Osoba s duševním onemocněním, která je nebezpečná sama sobě či okolí může být hospitalizována bez jejího souhlasu (nedobrovolná hospitalizace). Toto umístění musí zdravotní zařízení nahlásit do 24 hodin soudu.

V případě hospitalizace bez souhlasu duševně nemocného dle Bašteckého (Psychiatrie, právo a společnost, 1997:99) „*Převzetí a držení občana v ústavu zdravotnické péče je v ČR upraveno 3 právními normami, a to Listinou základních práv a svobod, zákonem ČNR č. 86/1992 Sb. a zákonem č. 240/1993 Sb.*“ jde hlavně o pacienty, které tato hospitalizace chrání před jimi samotnými např. sebevražedný pokus, odmítání naléhavě nutné léčby apod. i jejich okolí agresivita, zanedbání péče apod.

4.1 Formy hospitalizace

Hospitalizace je pro duševně nemocné velmi důležitá a musí být propojena s různými typy ambulantní péče. Přichází na řadu, jestliže je pacientův život ohrožen, nebo on sám ohrožuje život druhých lidí.

- Akutní lůžková péče
- Následná lůžková péče

4.2 Příjem pacienta na psychiatrické lůžkové oddělení

U příjmu duševně nemocné osoby na psychiatrické oddělení je přítomen nemocný, rodina, lékař a zdravotní personál. Lékař by měl celé přijetí vést v klidném duchu a mělo by splňovat společenské normy. Pacient i rodina by měla získat co nejvíce informací proč hospitalizovat. Zdravotní stav nemocného smí lékař sdělit jen s jeho souhlasem. Dalším krokem je lékařské vyšetření např. změření tlaku, výška, váha apod. Také by mělo dojít k celkové zdravotní anamnéze pacienta, sem spadá chování, výchova, víra a sociální život. Tímto doptáváním u příjmové anamnézy si může lékař udělat širší obraz o celé situaci, zvážit a rozhodnout, zda je hospitalizace pacienta nutná. V případě, že musí být pacient hospitalizován, lékař určí oddělení, na kterém se pacient bude léčit.

4.3 Režim oddělení

Jako ve všech nemocnicích má každé oddělení svůj denní režim, kterým se nemocný i personál řídí. Režim je součástí léčby, která se nazývá léčba prostředím např. nemocniční prostředí se co nejvíce blíží vybavením a vzhledu domácího prostředí pacientů. Pacientovi je určena medikace, účastní se různých terapií, psychologických sezení, pracovních činnosti i sportu. Lékař sleduje jeho zdravotní stav. Každé oddělení na psychiatrii má vypracovaný režim oddělení, zde jsou spojeny všechny aktivity, které může pacient využít. Jestliže pacient je na otevřeném oddělení může se souhlasem zdravotnického personálu odejít např. na procházku apod.

4.4 Zásady chování k psychiatrickým pacientům

S duševně nemocnými pacienty by měl zdravotní personál jednat podle určitých zásad. Tito pacienti v akutním stavu jsou daleko vnímavější a citlivější na způsob jednání lidí okolo sebe.

Hlavní zásady dle (Markové, Venglářové, Babiakové, 2006:87)

- *„Klidný, otevřený přístup*
- *Aktivita pacientů v terapeutickém procesu*
- *Zachování společenských pravidel*
- *Stanovení jasných pravidel*
- *Kolegiálnost ke členům týmu*
- *Ohleduplné vyžadování nepříjemných požadavků“*

4.5 Formy ošetrovatelské péče

- Funkční systém
- Skupinový systém
- Systém primárních sester
- Case management

4.6 Ošetrovatelský tým

Tento tým se skládá ze všech odborných pracovníků, kteří pečují o pacienta. Každý z týmu má svou určitou roli a práci, kterou vykonává. Ošetrovatelský tým a zdravotnický tým musí spolupracovat a zajistit veškerou péči. V zákoně o nelékařských zdravotních povolání je definována Odborná způsobilost těchto pracovníků.

4.7 Propuštění pacienta z psychiatrické nemocnice

Propuštění z léčby je vždy plánované. Rodina pacienta i sám nemocný musí být o propuštění dopředu informováni, jde o to, aby se všichni mohli na tuto situaci připravit. Propuštění je přechodem z lůžkové péče do ambulantní péče. Při propuštění pacienta

z psychiatrické léčby je nutné zajistit komunitní péči. Sociální pracovník na oddělení by měl zajistit následnou péči ve vhodné formě.

V průběhu hospitalizace je pacientovi nabídnuta spolupráce s terénními sociálními službami poskytujícími službu sociální rehabilitace (FOKUS Vysočina, Centra duševního zdraví, Péče o duševní zdraví apod.), nebo ambulantní formou péče. Je čistě na pacientovi, zda se rozhodne s terénní sociální službou spolupracovat. Pokud pacient projeví zájem je možné sjednat schůzku s terénním sociálním pracovníkem přímo v psychiatrické nemocnici.

5 Reforma psychiatrické péče v ČR

Jde o zásadní systémovou změnu, která byla schválena Ministerstvem zdravotnictví v říjnu 2013 je to dlouhodobý proces, který trvá 15 až 20 let. Jedná se o změnu péče, financování služeb pro osoby s duševním onemocněním. Hlavním bodem reformy je převést institucionální péči do komunitní péče. Osoby s duševním onemocněním by neměly být nadále umístěny v psychiatrických nemocnicích, ale žít v přirozeném prostředí za pomoci sociálních služeb a komunitní péče v běžné společnosti.

Veřejnost s určitými body reformy nesouhlasí např. v našem městě byla snaha vytvořit bydlení pro duševně nemocné osoby, proti tomu se postavila většina lidí ve městě a okolí z obavy, že tyto osoby budou pro obyvatele města rizikem. Tato reakce byla způsobena skutečnými případy, které se staly např. ve Žďáru nad Sázavou v roce 2014, kdy psychicky nemocná žena, trpící schizofrenií si vybrala střední školu, kde napadla studenty při čemž šestnáctiletý student zemřel. Bohužel takovýto případ na Vysočině nebyl jediný. Důvodem proč občané nechtějí v blízkosti svého bydliště duševně nemocné osoby je především strach, neznalost i neinformovanost v oblasti týkající se duševního zdraví, tedy nedostatek osvěty. Dalším důvodem mohou být převážně negativní informace v médiích.

Důležitým krokem reformy je zlepšit kvalitu života osob s duševním onemocněním, především jde o naplňování jejich lidských práv. Sem patří i služby v komunitě, kterých je málo a najdeme je jen na některých místech.

Mělo by dojít ke změně péče o osoby s duševním onemocněním, péče by měla být vzájemně koordinovaná a propojená, zaměřená na zotavení (recovery) osoby s duševním onemocněním. Cílem zotavení je dosáhnout plnohodnotného života u těchto osob. **V zotavení hraje klíčovou roli: naděje, zmocnění, převzetí zodpovědnosti a zastávání smysluplných životních rolí.** Vznikají kluby zotavení (recovery kluby), kde se scházejí osoby s duševním onemocněním, v klubu probíhají různé aktivity např. hudební odpoledne, výtvarné odpoledne, vaření apod.

Lepší spolupráci by měl podpořit multidisciplinární tým, který pracuje společně ku prospěchu konkrétního pacienta. V organizaci FOKUS v komunitním týmu, pracuje

zdravotní psychiatrická sestra, která je v kontaktu s psychiatrickou nemocnicí Havlíčkův Brod, multidisciplinární týmy se scházejí 1x za měsíc online či osobně.

Při této reformě je kladen velký důraz na primární zdravotní a psychiatrickou péči. Mělo by dojít k rozšíření komunitní péče. Před 4 lety v organizaci FOKUS, se skládal tým pouze ze sociálních pracovníků, později do týmu nastoupil peer konzultant – člověk, který má zkušenost s duševním onemocněním a pomáhá klientům na cestě k „zotavení“. Během posledních dvou let byla do týmu přijata i terénní psychiatrická sestra. V současnosti v týmu pracuje i IPS pracovník, který pomáhá klientům najít vhodné zaměstnání, podporuje je při jednání se zaměstnavateli. V budoucnosti by měl působit v organizaci peer pečovatel – člověk, který má vlastní zkušenost s péčí o osobu s duševním onemocněním.

Dalším bodem reformy je poskytovat psychiatrickou péči v ambulanci s rozšířenou péčí. Pracovníci psychiatrické ambulance budou spolupracovat na principech multidisciplinární spolupráce. Ambulance bude mít regionální odpovědnost za své pacienty. Součástí ambulantních služeb může být terénní práce i denní stacionáře.

Lůžková péče bude mít menší kapacity s přiměřeným spádovým územím. Toto by mělo zajistit návaznost péče na somatickou péči a přirozené prostředí pacienta.

Dalším cílem reformy je využít kapacit psychiatrických nemocnic pro rozvoj dalších forem péče o duševně nemocné a zapojit tak psychiatrické nemocnice do rozvoje nelůžkových forem péče.

Postupně vznikají Centra duševního zdraví, která spolupracují ve svém regionu s dalšími službami. CDZ poskytuje mobilní, ambulantní, krizové a denní služby. Péče CDZ je nepřetržitá a díky ní by měla významně klesnout potřeba dlouhodobé hospitalizace. Do roku 2030 by mělo vzniknout v ČR až 100 těchto center a dalších multidisciplinárních týmů.

Pro úspěšnou realizaci reformy bude nutné zvýšit počty lékařů, psychologů, zdravotních sester a sociálních pracovníků. Faktem zůstává, že v ČR je velice málo psychiatrů pro děti, u kterých vlivem COVIDU-19 i nárůstem stresu stoupá počet duševních onemocnění. Proto např. organizace FOKUS rozšířila věkovou skupinu pro mladistvé od

16 let, do budoucnosti je vize, že by se do sociální služby přijímali děti od 11 let. Přibývá i dospělých pacientů s duševním onemocněním, lékaři v ambulantní péči mají plnou kapacitu a nemohou nové pacienty přijímat.

K tomu, aby došlo k realizaci psychiatrické reformy je nutná spolupráce resortů např. Ministerstvo práce a sociálních věcí, Ministerstvo financí, Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy apod.

V jiných zemích je oblast duševního zdraví, spolupráce a odpovědnost jednotlivých resortů upravena zvláštním zákonem.

Dochází ke změnám, které se týkají organizací poskytujících služby pro duševně nemocné, zvyšují se nároky a požadavky na pracovníky v sociálních službách, zavádí se do praxe metodika CARE, open dialogy apod.

6 Komunitní péče

Tato péče spočívá v celé řadě služeb pro osoby s duševním onemocněním, aby mohli žít co nejnornálnější život se svojí rodinou, komunitou, jako ostatní lidé ve společnosti.

Dle Petra, Markové a kolektivu, (2014:124) „*Pojem „komunitní“ se pojí s výrazem „komunita“, odvozeným z latinského communitas, což znamená společenství, obec, ale i smysl pro pospolitost, nebo vlídnost. Anglické community se překládá do češtiny nejen, jako společenství a obec, ale i jako shoda nebo družnost a společenský styk.*“

Ve vyspělých zemích už v 20. století je dáována přednost komunitní péči, tedy deinstitucionalizaci. Během let se došlo ke konceptu vyvážené péče. Zde jsou zapojeny specializované ambulantní psychiatrické služby a týmy. V realizaci této myšlenky je v popředí Finsko, Švédsko, Dánsko, Velká Británie, Španělsko, Portugalsko, Itálie a Řecko.

Komunitní péče se nezaměřuje pouze na nemocné, ale také na jejich rodiny a celou komunitu.

Dle Markové, Venglářové, Babiakové, (2006:155) „*První koncepty komunitní péče o osoby s duševní poruchou vznikaly v polemice o stavu psychiatrie převážně ve velkých psychiatrických léčebnách. Léčebny se stávaly v měnícím se společenském klimatu 20. století stále více terčem kritiky, která podnítila hledání efektivnějších a lidsky přijatelnějších alternativ.*“

V popředí zájmu jsou požadavky na alternativní péči. Mimo ni by, ale měla fungovat celá řada služeb na kterých by se měla podílet především komunita. Do komunitních služeb patří komunitní psychiatrie jde o profesionální ambulantní službu (denní stacionáře, rezidenční služby v komunitě, služby psychiatrické rehabilitace). Další službou je multidisciplinární tým.

V ČR stejně, jako i v některých jiných zemích forma deinstitucionalizace postupuje pomaleji a převažuje institucionální péče. Je proto důležité pravidelné setkávání multidisciplinárních týmů. Součástí komunitní péče je systém primární zdravotní péče, který není u nás v ČR ještě tak rozvinutý, jako v západní Evropě.

7 Sociální služby pro osoby s duševním onemocněním

V sociálních službách označujeme osobu, která naše služby využívá klient/ka, nebo uživatel/ka. Sociální služby se snaží poskytnout klientům jistotu a zvýšit kvalitu jejich života. Jsou jasně dané povinnosti a práva ze strany poskytovatelů sociálních služeb. V případě nedodržení povinností a práv může dojít k ukončení využívání služby. Sociální služby máme ambulantní, terénní a pobytové. Sociální služby jsou zakotveny v **zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách a prováděcí vyhlášce č. 505/2006 Sb.** Do sociálních služeb patří sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence.

Poslání sociální služby:

Dle Mahrové, Venglářové a kolektivu, (2008:40) úkolem sociální služby „*Je chránit zájmy lidí, kteří jsou oslabeni v jejich prosazování, a to z různých důvodů a příčin. Zákon definuje nepříznivou sociální situaci, jako oslabení, nebo ztrátu schopnosti.*“

7.1 Typy služeb pro osoby s duševním onemocněním

Typy sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním vymezuje ÚZ Sociální zabezpečení, (2022:143:150)

- § 43 Podpora samostatného bydlení
- § 46 Denní stacionáře
- § 47 Týdenní stacionáře
- § 50 Domovy se zvláštním režimem
- §51 Chráněné bydlení
- §55 Telefonická krizová pomoc
- §68 Terapeutické komunity
- §70 Sociální rehabilitace
- §70a Centrum duševního zdraví

Pro autorku je nejbližší služba sociální rehabilitace. **Sociální rehabilitace je** (zákon o sociálních službách č.108/2006 Sb., § 70) „*sociální rehabilitace je soubor specifických*

činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb.“

7.2 Sociální služba a klient s duševními problémy

Osoby s duševním onemocněním mnohdy sociální službu vyhledávají sami. Potřebují podporu a pomoc. Ale, jsou i tací, kteří službu sami nevyhledají, a proto je důležitá terénní sociální práce. Mezi lidi, kteří potřebují také pomoc patří i blízcí těchto nemocných občanů. Duševní onemocnění se u každého člověka projevuje jinak a často se nemocný člověk setká s předsudky a stereotypy. Sociální pracovník se musí řídit Etickým kodexem a jeho zásadami. Při kontaktu s klientem by měl být pracovník klidný, trpělivý a empatický. Hovor by měl probíhat jednoduše a srozumitelně.

Sociální pracovník se nesmí nechat ovlivnit špatnou náladou klienta a svým jednáním by se ho měl snažit povzbudit, aby si sám dokázal říci, proč přišel a jakou pomoc a podporu potřebuje. Dle Matouška (2013:95) *„Naslouchání je dovednost, kterou je nutno pěstovat.“*

Sociální služba by měla být pro klienta časově a místně dostupná např. pokud klient využívá službu terénní sociální rehabilitace a zároveň chodí do zaměstnání, může se domluvit se sociálním pracovníkem, že bude službu využívat v odpoledních hodinách. Někdy se může stát, že klient/ka, odmítá spolupracovat se sociálním pracovníkem mužem. Klient/ka má právo na změnu klíčového pracovníka.

Sociální pracovník nabídne, jako první možnost odbornou pomoc, pokud problém klienta již není v jeho kompetenci, předá mu kontakt na další odborníky.

Při setkání s duševně nemocným klientem by měli být přítomni 2 pracovníci z důvodu bezpečnosti a ochrany např. klient může být agresivní, nebo z důvodu „dvě hlavy vědí více.“ Klientovi by měla být na prvním setkání vysvětlena pravidla služby např. klient nebude navštěvovat zařízení pod vlivem alkoholu a dalších návykových látek. Klient by

měl pochopit, že jestli dojde k porušení pravidel z jeho strany dojde k ukončení smlouvy mezi ním a sociální službou.

Také je důležitá spolupráce s rodinou klienta a jeho blízkým okolím. Bohužel se stává, že vztahy v rodině nefungují a klient se nemá na koho obrátit a je rád, že může využít sociálních služeb.

8 Stigmatizace a destigmatizace osob s duševním onemocněním

Slovo stigma je značení, které něco vypovídá o nositeli tohoto znaku. Většinou se tak značila morální špatnost.

Stigmatizace a sebestigmatizace u duševních poruch (Ocisková, Praško, 2015:11) „*Sémantický původ termínu stigma je odvozen z řeckého slova, které se vztahuje k tetování či lépe vypálenému znamení.*“ Znamení se vypalovalo železem do kůže zlodějů, otroků, prostitutek. Byli to lidé, které chtěla společnost vyčlenit ze společnosti.

V dnešní době se stále setkáváme se stereotypy a předsudky vůči duševně nemocným, i když společnost prochází neustálou změnou a poznáváním. Většinou jde o strach, který duševně nemocní vzbuzují, někdy se jedná i o zlost, kterou si pak spoluobčané vybíjejí na takto nemocných.

8.1 Stereotyp duševně nemocného

Tento stereotyp najdeme ve vtipech o bláznech, v různých zprávách z masmédií a je podporován sdělovacími prostředky. Stereotypy mají pozitivní a negativní vliv. Jako pozitivní je ochrana jedince, nebo soucit s ním. Tyto pozitivní dopady jsou málo časté. Negativní dopad může skončit i vyčleněním ze společnosti, nebo nálepkováním např. pozor duševně nemocný, společnost se takovému člověku vyhýbá. Osoby s duševním onemocněním tajili, že navštěvují psychiatra, nebo svou hospitalizaci na psychiatrii. Jediným důvodem je strach, že ostatní lidé si udělají obrázek o člověku, aniž by ho znali.

8.2 Značkovací reakce

Ve společnosti probíhá tato reakce. Značkování rovná se „nálepka.“ Tyto nálepky mohou mít nápravný vliv na deviantní chování, nebo stabilizující vliv.

Stigmatizace se skládá ze 4 složek:

- Značkování
- Stereotyp
- Separace
- Ztráta pozice a diskriminace

„Nálepkování“ může vést až k vyčlenění osob s duševním onemocněním ze společnosti. Tito lidé jsou často diskriminováni, mají problém najít si vhodné zaměstnání a bydlení. Často dochází z tohoto důvodu ke zhoršení psychického stavu stigmatizované osoby, což může vést až k sebevraždě.

8.3 Postoje společnosti k různým psychickým poruchám

Pokud byl člověk hospitalizován v psychiatrické nemocnici, veřejnost dojde k názoru, že je nebezpečný. Při šíření tohoto faktu veřejností dojde k úplné izolaci člověka s duševním onemocněním. Nikdo neřeší, o jakou nemoc se jedná. Nejvíce zasažení stigmatizací jsou „schizofrenici“ a lidé s bipolární afektivní poruchou.

8.4 Rodina a stigmatizace

Rodina duševně nemocných osob má strach, aby nebyla „nálepkována“. Rodina nemocného člena podporuje a pomáhá mu, zvládat běžné činnosti. Často nevěří lékařům, ze strachu, že nemoc dostane konkrétní název, tím dojde k označení nemoci a určení diagnózy. Některá rodina nesouhlasí ani s formou léčby příbuzného.

8.5 Boj proti stigmatu ve společnosti

Nejdůležitější v boji proti „nálepkování“ duševně nemocných je osvěta a výchova ve společnosti. Proto by měl být zvážěn způsob a výběr, jak informace o duševním onemocnění laikům poskytovat. V profesi sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách stále ještě najdeme negativními předsudky a stereotypy týkajícími se osob s duševním onemocněním.

Stigmatizace a sebestigmatizace u duševních poruch (Ocisková, Praško, 2015:253) „*Aby byla změna v této oblasti možná, je potřeba nejdříve dobře porozumět procesu stigmatizace a utváření stereotypu a jeho udržování v obecné populaci u pacientů i zdravotníků.*“

Především v některých západních zemích je vidět, že laická veřejnost mění své názory na duševně nemocné. V boji proti stigmatu by se mohlo dosáhnout daleko větších úspěchů, při podpoře tohoto boje vládními i nevládními organizacemi v pořádání osvět o duševním zdraví a nemoci. Těchto osvětových akcí by se měli účastnit kromě laické veřejnosti i duševně nemocní občané spolu se svými rodinami.

8.6 Destigmatizační aktivity v ČR

Od roku 1995 v České republice působí nezisková organizace Centrum pro rozvoj o duševní zdraví. Tato organizace se účastní projektu „Změna“. Tento projekt bojuje proti stigmatizaci duševně nemocných. Dalším projektem je festival „Mezi ploty“. Festival probíhá každý rok v Praze, Brně a Plzni v areálech psychiatrických zařízení. Dalším sdružením je Česká asociace pro psychické zdraví – je to občanské sdružení dle Ociskové a Praška (2015:262) „*pro uživatele péče o duševní zdraví, jejich příbuzné, poskytovatele péče o duševní zdraví a veřejnost*“.

Organizace FOKUS Praha, která se zaměřuje na studenty středních škol vytvořila projekt „Blázníš? No a!“ Každý rok organizace pořádá vzdělávací kurzy pro sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách. Sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách se musí každý rok vzdělávacích kurzů účastnit. Středisko FOKUS Vysočina Hlinsko v Čechách pořádá přednášky o duševním onemocnění a duševním zdraví na ZŠ i gymnáziu apod.

Na destigmatizaci se podílejí i nadace např. Sympathea, Práh, Lomikámen, FOKUS, jako další je občanské sdružení Altán, Baobab, Epoché a některé charitativní organizace jako Péče o duševní zdraví, Polidon, Filia, VOR apod. Tyto všechny organizace se snaží pracovat na destigmatizaci duševně nemocných osob.

9 VÝZKUMNÁ ČÁST

Na začátku výzkumné části nejprve objasním cíl výzkumného šetření a dílčí cíle. Za pomoci vytvořené transformační tabulky tyto cíle budou transformovány do tazatelských otázek. Popíši důvod mé zvolené výzkumné strategie, přiblížím realizaci výzkumu. V závěru proběhne analýza získaných dat, vyhodnocení výsledků tohoto kvantitativního výzkumu. Cílem mého výzkumu je zjistit, zda v laické veřejnosti jsou stále předsudky a stereotypy vůči osobám s duševním onemocněním, nebo se situace zlepšila pomocí informovanosti a osvěty. Výsledky mého výzkumu mohou posloužit sociálním službám pracujícím s osobami s duševním onemocněním a organizacím pro jejich informovanost, jak laická veřejnost vnímá osoby s duševním onemocněním a jakým směrem vést osvětu duševního zdraví.

9.1 Formulace výzkumných cílů

Výběr tématu bakalářské práce souvisí s mým povoláním sociálního pracovníka s osobami s duševním onemocněním. Při svém zaměstnání jsem často slyšela od přátel, veřejnosti negativní ohlasy vůči klientům, se kterými pracuji. Právě toto mě inspirovalo pro volbu tématu mé bakalářské práce **Postoje laické veřejnosti k osobám s duševním onemocněním**.

Hlavním cílem mé bakalářské práce je zjistit, jak vnímá laická veřejnost osoby s duševním onemocněním.

Dílčí cíle výzkumu:

DCV 1: Zjistit, co si laická veřejnost představuje pod pojmem duševní zdraví – duševní onemocnění.

DCV 2: Zjistit, zda u laické veřejnosti přetrvávají předsudky a stereotypy vůči osobám s duševním onemocněním.

DCV 3: Zjistit povědomí o tématu duševního zdraví v psychiatrické péči.

9.2 Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek

Tabulka 2 - Transformační tabulka, Zdroj: vlastní

Dílčí výzkumný cíl	Dílčí výzkumný cíl 2. řádu	Indikátory	Sada tazatelských otázek
<p>DCV 1.</p> <p>Zjistit, co si laická veřejnost představuje pod pojmem duševní zdraví – duševní onemocnění.</p>	<p>Zjistit, co pro laickou veřejnost znamená pojem duševní zdraví, duševní onemocnění.</p>	<p>Informovanost</p> <p>Zkušenost</p>	<p>TO 1.</p> <p>Jaké je Vaše pohlaví?</p> <p>TO 2.</p> <p>Jaký je Váš věk?</p> <p>TO 3.</p> <p>Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?</p> <p>TO 4.</p> <p>Co je podle Vás pojem duševní zdraví?</p> <p>TO 5.</p> <p>Je třeba si duševní zdraví chránit?</p> <p>TO 6.</p> <p>Znáte některé preventivní metody ochrany</p>

			<p>duševního zdraví?</p> <p>TO 7.</p> <p>Co je podle Vás duševní onemocnění?</p>
<p>DCV 2.</p> <p>Zjistit, zda u laické veřejnosti přetrvávají předsudky a stereotypy vůči osobám s duševním onemocněním.</p>	<p>Zjistit, jaké mínění má laická veřejnost vůči osobám s duševním onemocněním.</p>	<p>Stigmatizace</p> <p>Předsudek</p>	<p>TO 8.</p> <p>Co si představíte pod pojmem předsudek?</p> <p>TO 9.</p> <p>Jak byste pojmenovali osobu s duševním onemocněním?</p> <p>TO 10.</p> <p>Setkali jste se někdy s osobou s duševním onemocněním?</p> <p>TO 11.</p> <p>Pokud ano, jak na Vás tato osoba působila?</p>

			<p>TO 12.</p> <p>Je pro Vás problém bydlet v blízkosti duševně nemocné osoby?</p> <p>TO 13.</p> <p>Co znamená pojem stigmatizace k osobám s duševním onemocněním?</p> <p>TO 14.</p> <p>Myslíte si, že „schizofrenici“ jsou nebezpečné a agresivní osoby?</p> <p>TO 15.</p> <p>Myslíte si, že osoby, které trpí depresí si mohou za své onemocnění sami?</p> <p>TO 16.</p> <p>Domníváte se, že by osoba</p>
--	--	--	--

			<p>s duševním onemocněním měla být celý život hospitalizována v psychiatrické nemocnici?</p> <p>TO 17.</p> <p>Byli byste ochotni spolupracovat v zaměstnání s osobou s duševním onemocněním?</p>
<p>DCV 3.</p> <p>Zjistit povědomí o tématu duševního zdraví v psychiatrické péči.</p>	<p>Zjistit, zda laická veřejnost má povědomí o reformě v psychiatrické péči.</p>	<p>Informovanost</p>	<p>TO 18.</p> <p>Víte, čeho se týká reforma psychiatrické péče v ČR?</p> <p>TO 19.</p> <p>Z jakých zdrojů – médií získáváte informace o osobách s duševním onemocněním?</p>

			<p>TO 20.</p> <p>Jaké znáte organizace na podporu duševního zdraví?</p>
--	--	--	--

9.3 Výzkumná strategie

Jako výzkumnou strategii jsem zvolila kvantitativní přístup. Dle Trouсила, Jašíkové (2015:87) „Dotazník je nejčastěji používaným nástrojem v kvantitativní výzkumné strategii, resp. technikou, která nám umožní na velkém počtu respondentů zjistit cenné údaje.“

Pro kvantitativní výzkum vytvořím dotazník, který bude obsahovat otevřené, polootevřené, polouzavřené a uzavřené otázky. V dotazníkovém šetření použiji otázky, které budou cílené na pohled laické veřejnosti na osoby s duševním onemocněním. Otázky budu definovat co nejsrozumitelněji, budou poskládány logicky od jednoduchých po složitější.

Dle Trouсила a Jašíkové (2015:92) „Velkým problémem jsou nejednoznačné otázky. Dalším příkladem mohou být tzv. dvojité otázky, jimiž se ptáme na dvě podstatné věci najednou a u respondenta pak nevíme na kterou z nich odpovídal.“

Realizovaný výzkum vychází z teorie, následuje sběr dat a na závěr zpracování, vyhodnocení a celková analýza. Kvantitativní výzkum jsem si zvolila pro možnost oslovení velkého počtu dotazovaných respondentů a tím získat data potřebná k analýze. Při výběru dotazovaných respondentů se zaměřím na běžné zaměstnance, důchodce a mladou generaci.

9.4 Zdůvodnění vybraného výzkumného vzorku

Pro výzkum mé bakalářské práce jsem vyhledala laickou veřejnost, která se nezabývá profesně osobami s duševním onemocněním, jde o zjištění názoru a postoje spoluobčanů. Zaměřila jsem se na Pardubický kraj, ve kterém žiji. Vytipovala jsem možná zaměstnání a dotazované respondenty jsem oslovila osobně, nebo elektronickou formou. V dotazníkovém šetření jsem oslovené respondenty ujistila o anonymitě vyplněného dotazníku. Přiblížila jsem téma, kterého se dotazníkového šetření týká a k jakým účelům bude sloužit. Předání a doručení dotazníků proběhlo v březnu 2023.

9.5 Rizika výzkumné metody

Rizikem u kvantitativního výzkumu mohou být nesprávně nabídnuté možnosti, odpovědí, respondent nenajde vhodnou odpověď. Dále nesrozumitelně položená otázka. Dotazovaní respondenti nerozumí položené otázky. Výsledky z dotazníkového šetření mohou být jen obecné. Kvantitativní výzkum je zaměřen na vlastnost, kterou můžeme vyjádřit číslem. Další nevýhodou dotazníkového šetření může být kontrola. Návratnost vyplněných dotazníků také nemusí být stoprocentní. Při vyplňování dotazníků si respondent může každou otázku dobře promyslet, nejde o bezprostřední odpověď.

9.6 Etická rizika výzkumné metody

V kvantitativním výzkumu musíme také dbát na etiku pokládaných otázek. Před samotnými otázkami je důležité oslovení respondenta, představení výzkumníka. Následuje žádost o vyplnění daného dotazníku, která by měla mít určité náležitosti jako např. seznámení respondentů s výzkumem, ujistění o anonymitě probíhaného šetření, vysvětlení, čeho se výzkum bude týkat a k jakým účelům bude sloužit, důležité je poděkování za spolupráci a čas, který dotazovaní respondenti věnovali vyplnění dotazníku.

9.7 Organizace a průběh výzkumu

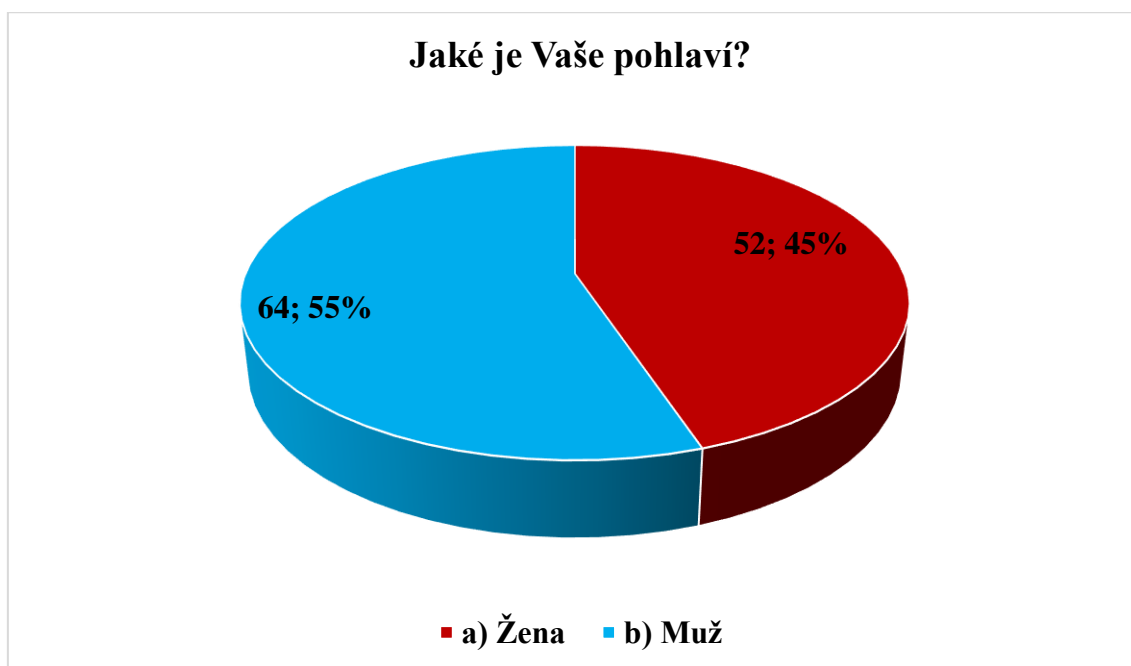
Pro výzkumné šetření jsem oslovila zaměstnance firem nezabývajících se profesně osobami s duševním onemocněním, dále mladou generaci i starší generaci v Pardubickém kraji a

požádala je o spolupráci při vyplňování dotazníku v březnu 2023 pro mojí bakalářskou práci. Vysvětlila jsem osloveným respondentům, čeho se výzkum týká, ujistila jsem je o anonymitě získaných údajů a získala souhlas respondentů k vyplnění dotazníkového šetření. Většina oslovených respondentů s vyplněním anonymního dotazníku souhlasila. Nejprve byl proveden předvýzkum, kdy předtištěné dotazníky vyplnili za mé přítomnosti rodinní příslušníci a přátelé. Cílem tohoto předvýzkumu bylo zjistit, zda položené otázky jsou jasné a srozumitelné. Po vyhodnocení vyplněných dotazníků bylo zřejmé, že je vše v pořádku a oslovení respondenti položeným otázkám rozumí. Poté byl proveden samotný výzkum, dotazníky jsem respondentům předala osobně i elektronicky v měsíci březen 2023. Bylo osloveno 150 respondentů, kteří dostali předtištěný dotazník. Návratnost dotazníku byla 116 kusů.

9.8 Zpracování výsledků dotazníkové metody pomoci grafů

Otázka č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?

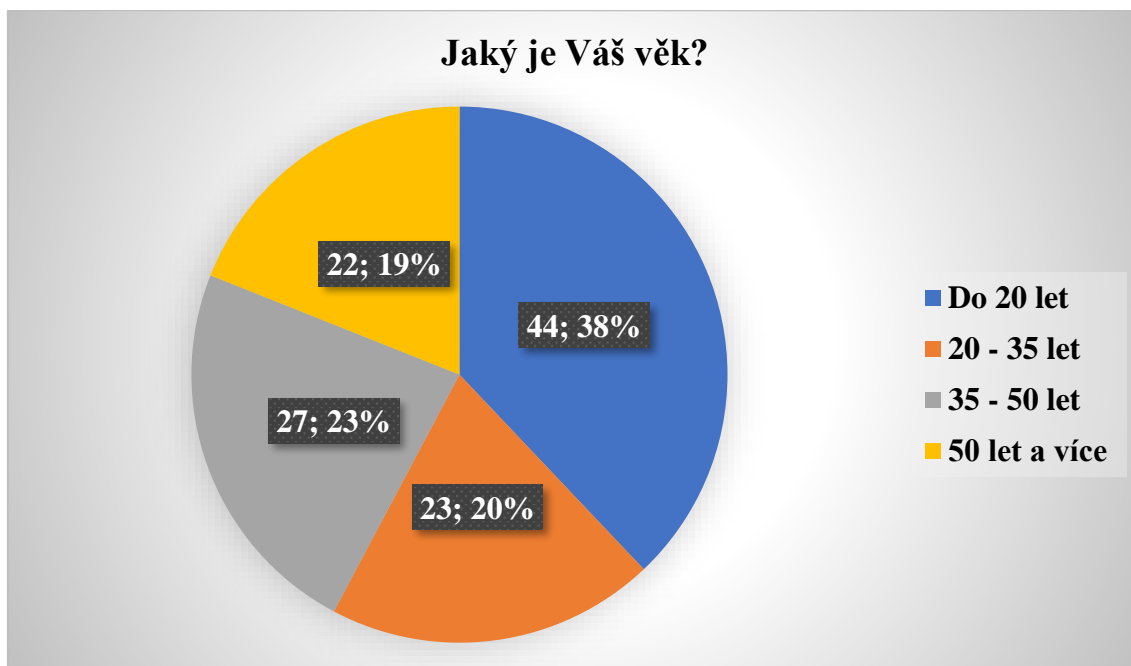
Graf 1



Z grafu č. 1 vyplívá, že z dotazovaných respondentů bylo **64** mužů, tedy **55 %**. Žen bylo **52**, tedy **45 %**.

Otázka č. 2: Jaký je Váš věk?

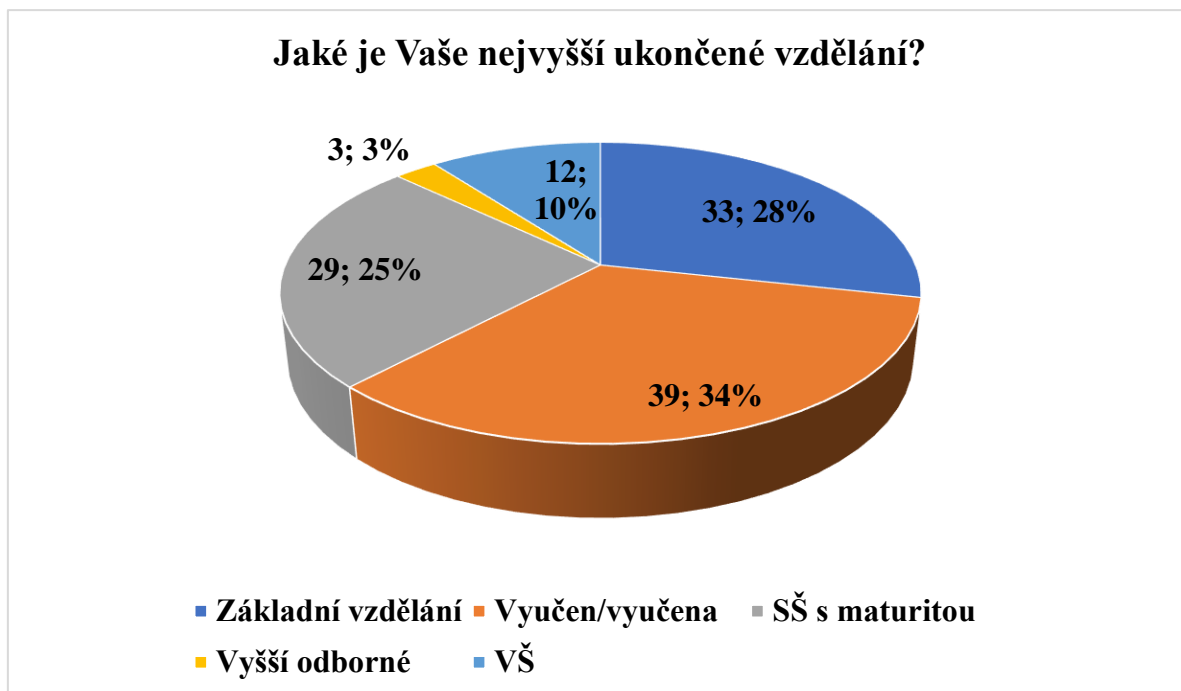
Graf 2



Z grafu č. 2 vyplívá, že nejvíce dotazovaných respondentů **44** tedy **38 %** bylo ve věku **do 20 let**, druhá nejpočetnější věková skupina byla **35–50 let** zde bylo **27** tedy **23 %** dotazovaných respondentů, dále to byla věková skupina **20–35 let** s **23** tedy **20 %** respondentů, a přibližně stejný počet respondentů **22** tedy **19 %** byl ve věku **50 a více let**.

Otázka č. 3: Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

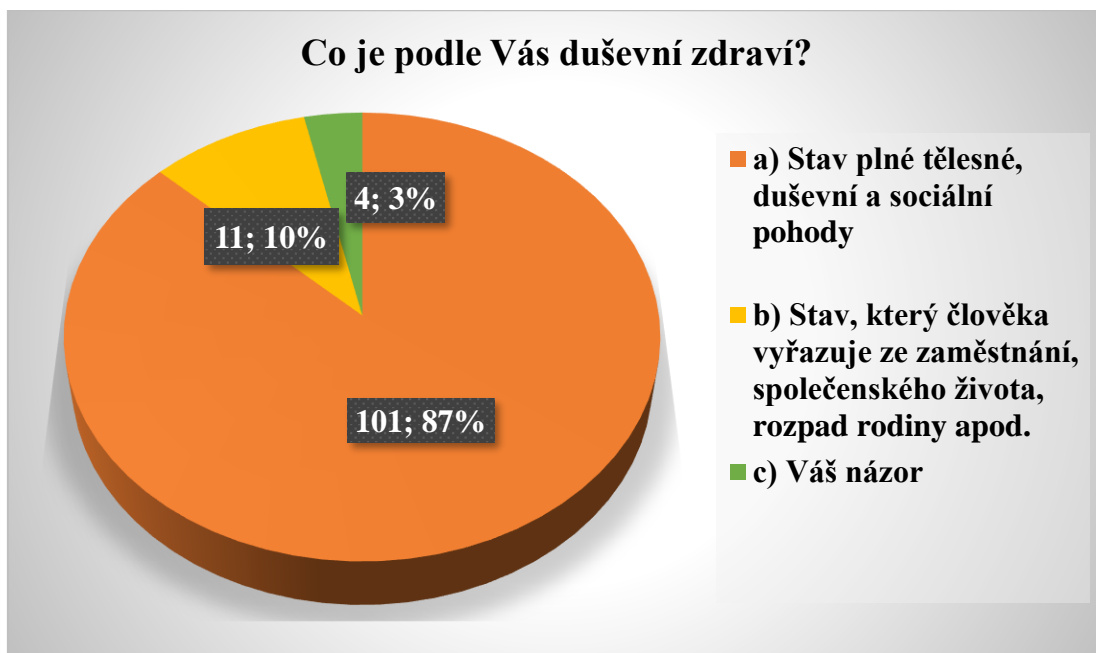
Graf 3



Z grafu č. 3 vyplívá, že ze 116 oslovených respondentů bylo nejvíce vyučen/vyučena 39 tedy 34 %, 33 respondentů tedy 28 % mělo základní vzdělání, 29 tedy 25 % oslovených respondentů mělo Středoškolské vzdělání s maturitou, 12 tedy 10 % dotazovaných respondentů mělo vysokoškolské vzdělání a 3 dotazovaní respondenti tedy 3 % mělo Vyšší odborné vzdělání.

Otázka č. 4: Co je podle Vás duševní zdraví?

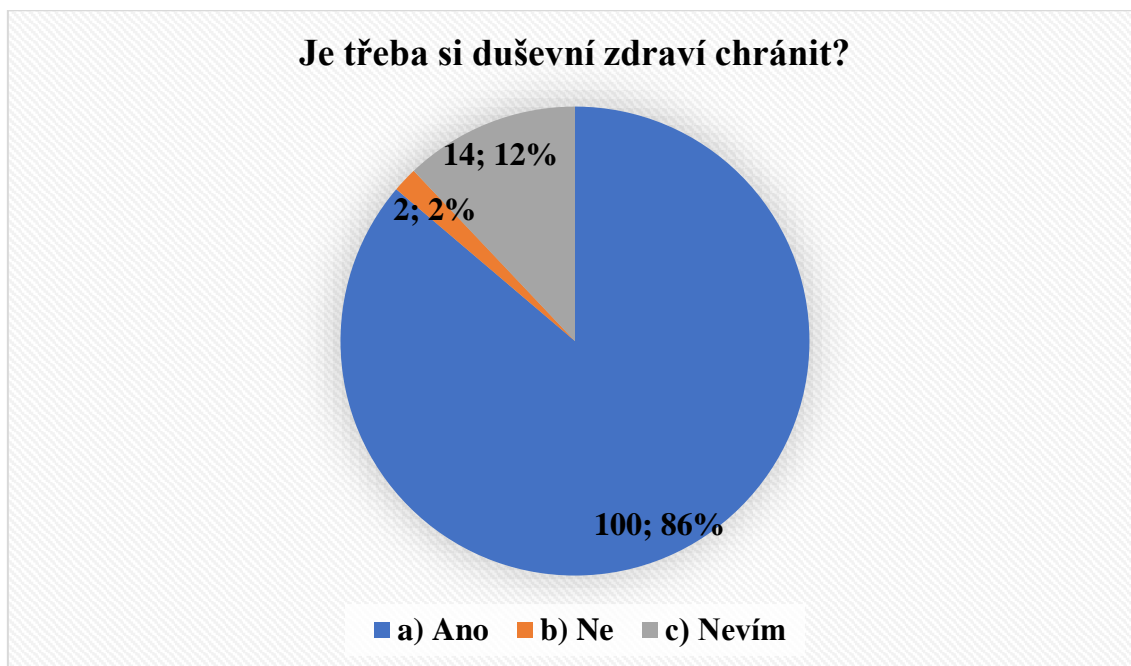
Graf 4



Z grafu č. 4 vyplívá, že 101 tedy 87 % dotazovaných respondentů vybralo správnou odpověď, 11 dotazovaných respondentů tedy 10 % označilo špatnou odpověď, svůj názor vyjádřili 4 dotazovaní respondenti tedy 3 % – 1. dobře se cítit, 2. stav duševní a sociální pohody, 3. pocit pohody, v němž každý jedinec naplňuje svůj vlastní potenciál, zvládá běžný životní stres, může pracovat produktivně a plnohodnotně a je schopen přispívat k prospěchu své komunity.

Otázka č. 5: Je třeba si duševní zdraví chránit?

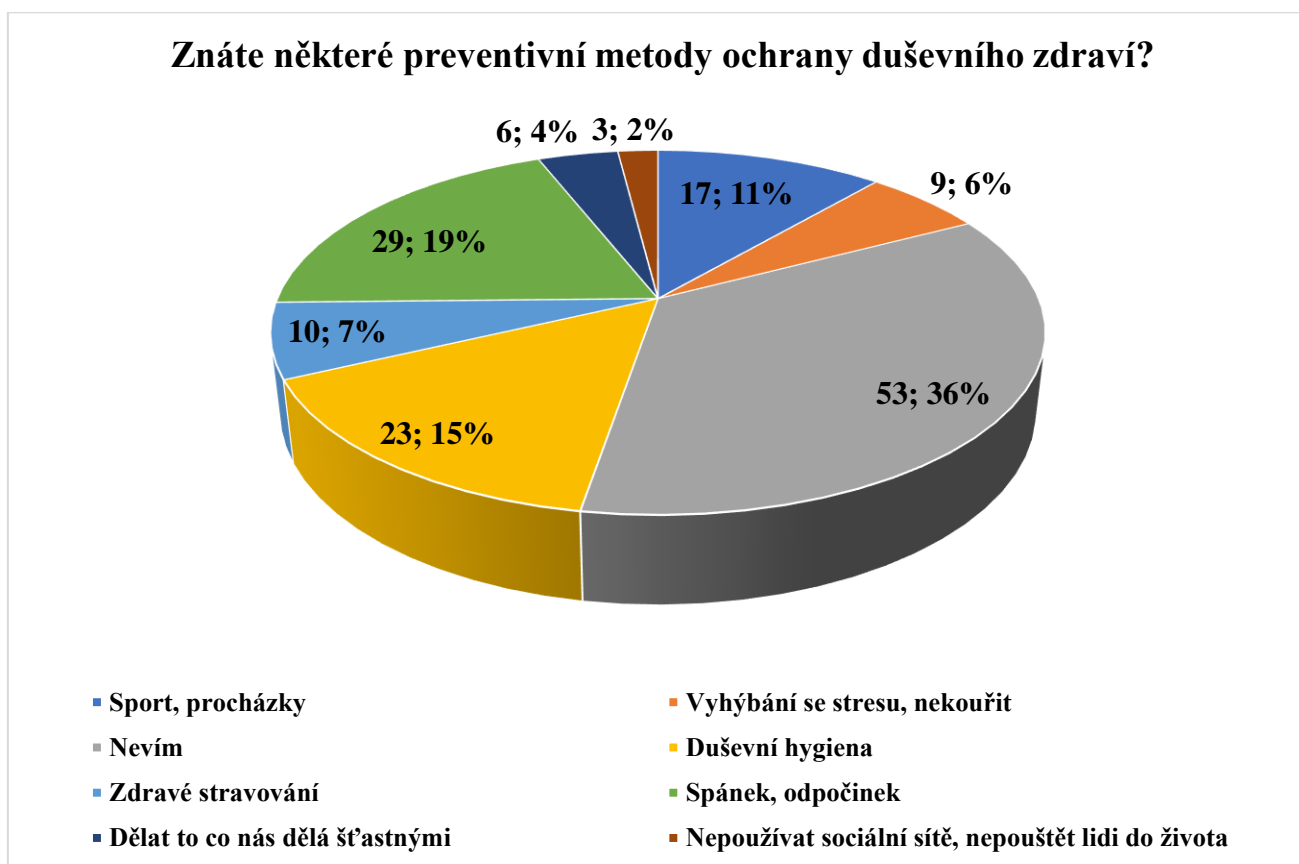
Graf 5



Z grafu č. 5 vyplívá, že 100 tedy 86 % dotazovaných respondentů odpovědělo správně. 14 tedy 12 % dotazovaných respondentů nevědělo, zda je potřeba si duševní zdraví chránit a 2 tedy 2 % dotazovaných respondentů odpovědělo, že není potřeba si duševní zdraví chránit.

Otázka č. 6: Znáte některé preventivní metody ochrany duševního zdraví?

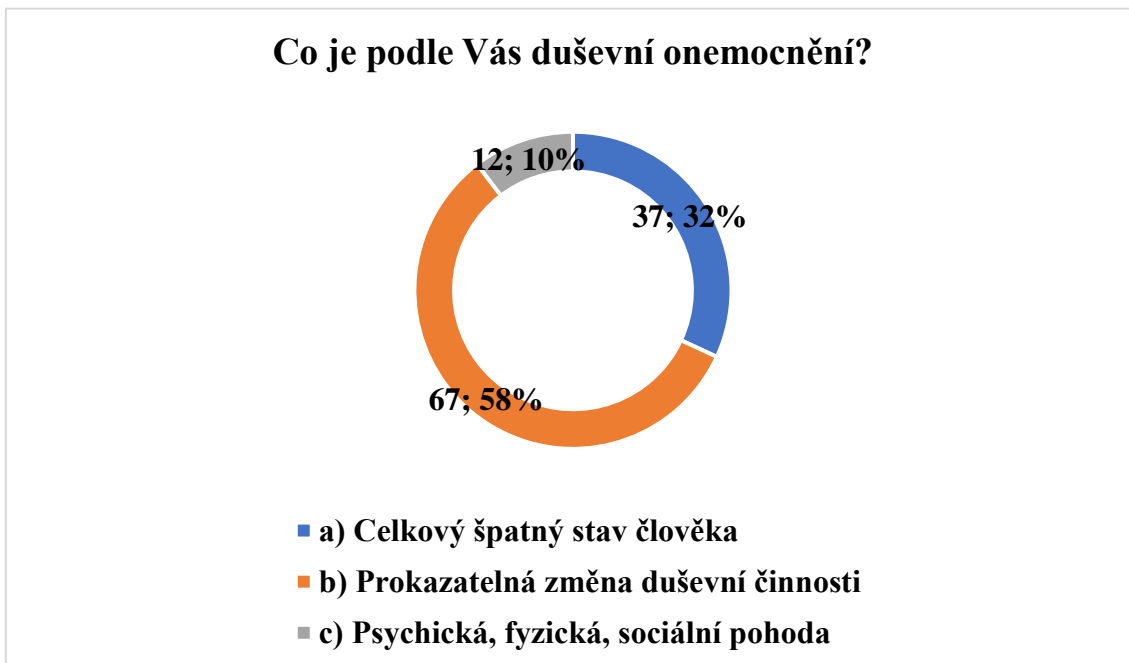
Graf 6



Z grafu č. 6 vyplývá, že 53 tedy 36 % dotazovaných respondentů nevědělo, jak si preventivně chránit duševní zdraví, 29 dotazovaných respondentů tedy 19 % uvedlo, jako ochranu duševního zdraví spánek, odpočinek, sex, 23 tedy 15 % oslovených respondentů by chránilo své duševní zdraví pomocí duševní hygieny, terapie, nebo za pomoci psychologa, 17 tedy 11 % dotazovaných respondentů vidí ochranu duševního zdraví ve sportu a procházkách přírodou, 9 tedy 6 % dotazovaných respondentů považuje vyhýbání se stresu a odpor k cigaretám za vhodnou preventivní ochranu zdraví, 6 tedy 4 % dotazovaných respondentů vidí ochranu duševního zdraví v činnostech, které je dělají šťastnými, 3 tedy 2 % dotazovaných respondentů by si chránilo duševní zdraví tím, že nebudou používat sociální sítě a nepouštět si lidi do života.

Otázka č. 7: Co je podle Vás duševní onemocnění?

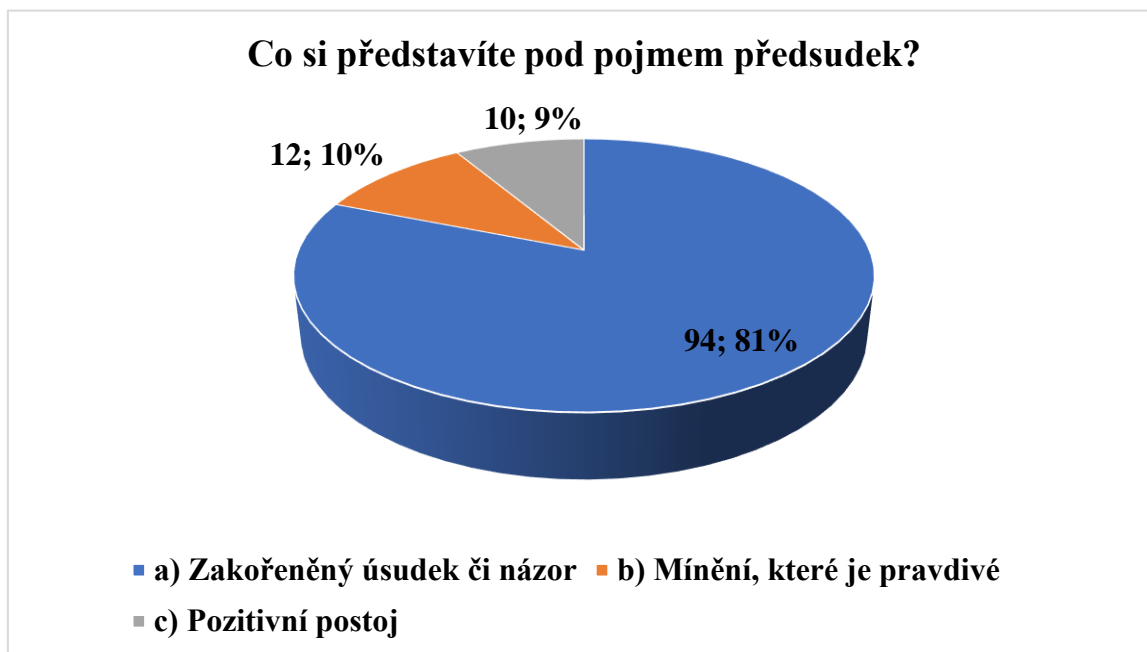
Graf 7



Z grafu č. 7 vyplívá, že 67 tedy 58 % dotázaných respondentů odpovědělo správně na danou otázku, 37 tedy 32 % dotázaných respondentů odpovědělo na otázku odpovědí za a, což můžeme vidět, jako zkrácený popis duševního onemocnění, 12 tedy 10 % dotázaných respondentů odpovědělo nesprávnou odpovědí za c.

Otázka č. 8: Co si představíte pod pojmem předsudek?

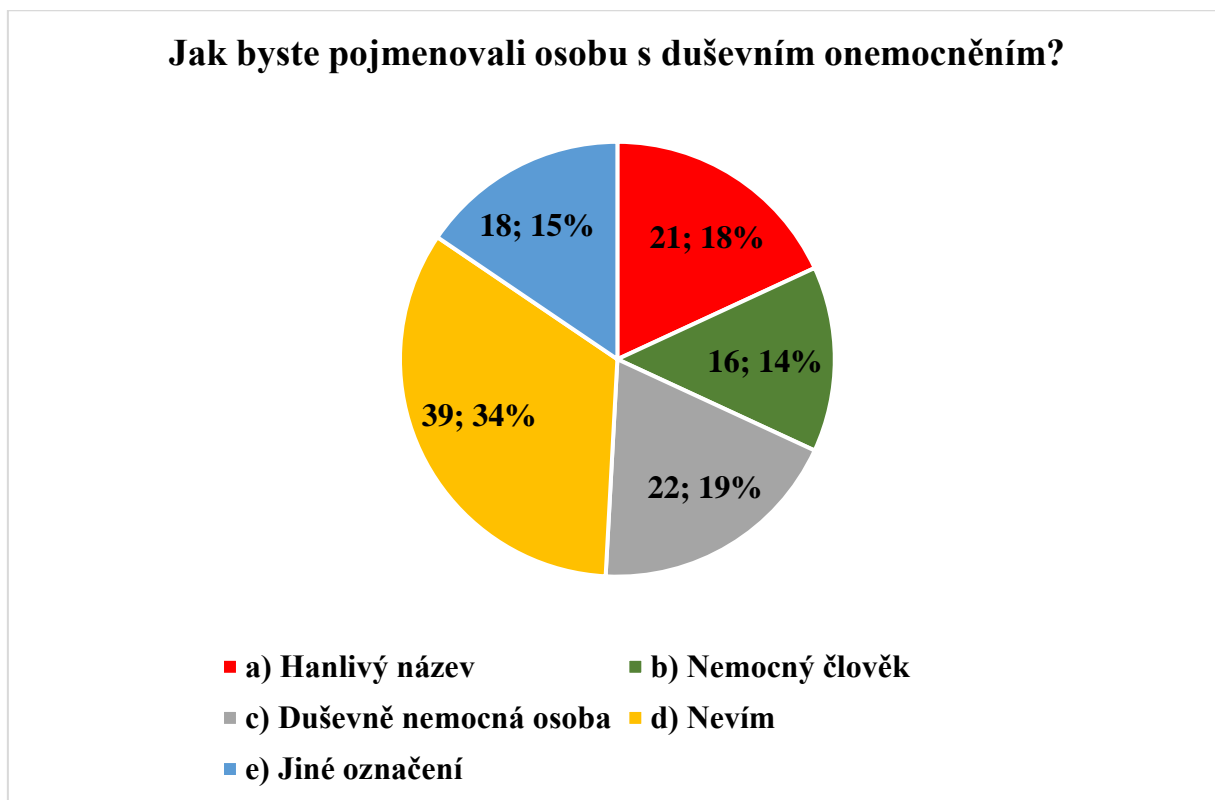
Graf 8



Z grafu č. 8 vyplývá, že **94** tedy **81 %** dotazovaných respondentů správně odpovědělo na tuto otázku, zbylí respondenti tedy **22** tedy **19 %** odpověděli nesprávnou odpovědí.

Otázka č. 9: Jak byste pojmenovali osobu s duševním onemocněním?

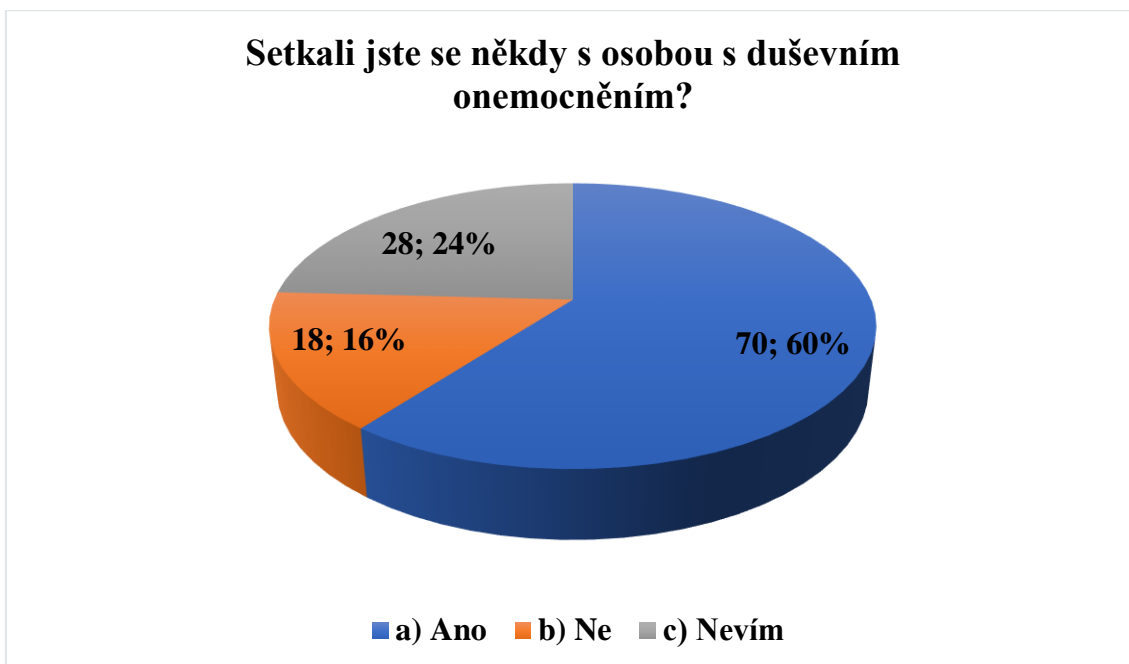
Graf 9



Z grafu č. 9 vyplívá, že nejvíce frekventovanou odpovědí bylo nevíím odpovědělo tak **39** tedy **34 %** respondentů. Další označení bylo duševně nemocný **22** tedy **19 %**, **21** tedy **18 %** dotazovaných respondentů pojmenovalo duševně nemocného člověka hanlivě, **18** tedy **15 %** respondentů označilo duševně nemocného člověka jinak a **16** tedy **14 %** respondentů nazvalo duševně nemocného nemocným člověkem.

Otázka č. 10: Setkali jste se někdy s osobou s duševním onemocněním?

Graf 10



Z grafu č. 10 vyplívá, že většina dotazovaných respondentů **70** tedy **60 %** se již setkala s duševně nemocnou osobou, **28** tedy **24 %** dotazovaných respondentů nevědělo, zda se setkala s duševně nemocným a **18** tedy **16 %** dotazovaných respondentů se nesetkalo s duševně nemocnou osobou.

Otázka č. 11: Pokud ano, jak na Vás tato osoba působila?

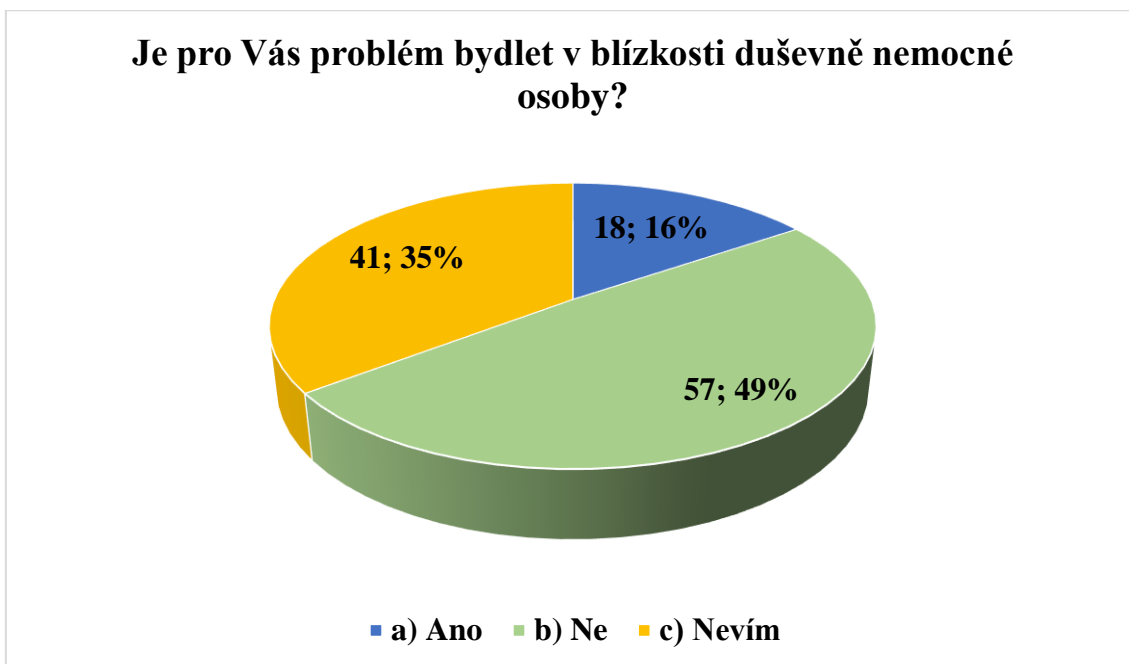
Graf 11



Z grafu č. 11 vyplívá, že 40 tedy 57 % dotazovaných respondentů odpovědělo neví, 17 tedy 24 % dotazovaných respondentů uvedlo, že duševně nemocná osoba na ně působila negativně, na 9 tedy 13 % dotazovaných respondentů duševně nemocná osoba působila normálně a 4 tedy 6 % dotazovaných respondentů uvedlo, že duševně nemocná osoba působila vystresovaně, nebo bez zájmu o život.

Otázka č. 12: Je pro Vás problém bydlet v blízkosti duševně nemocné osoby?

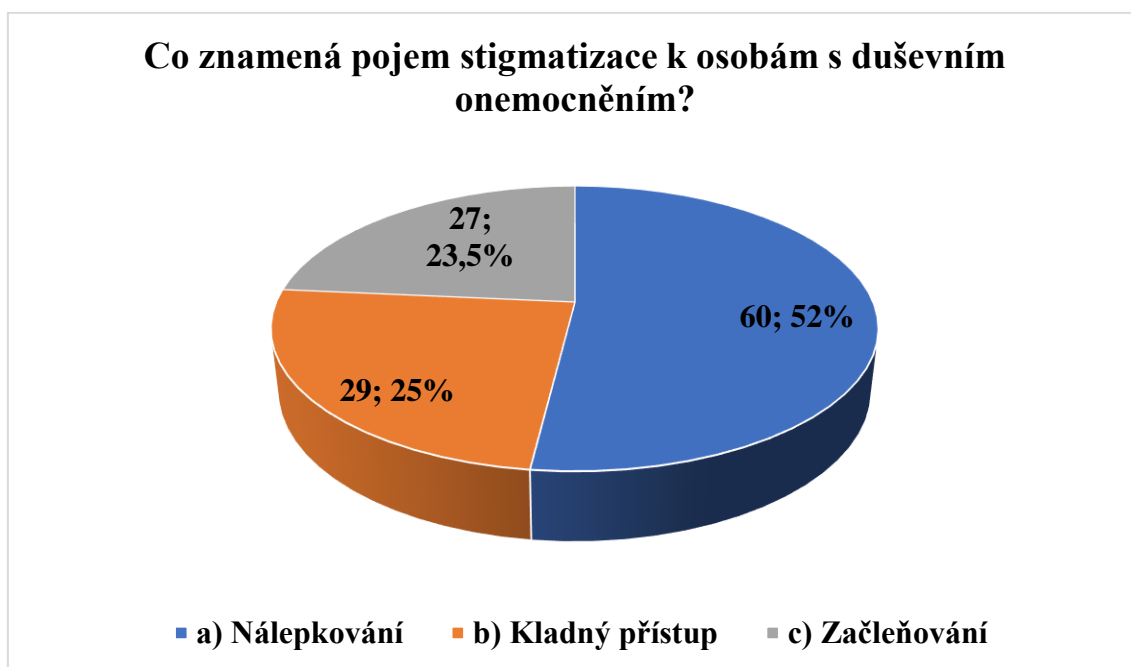
Graf 12



Z grafu č. 12 vyplívá, že pro **57** tedy **49 %** dotazovaných respondentů není problém bydlet v blízkosti duševně nemocné osoby, **41** tedy **35 %** dotazovaných respondentů odpovědělo neví, a **18** tedy **16 %** dotazovaných respondentů by mělo problém žít v blízkosti duševně nemocné osoby.

Otázka č. 13: Co znamená pojem stigmatizace k osobám s duševním onemocněním?

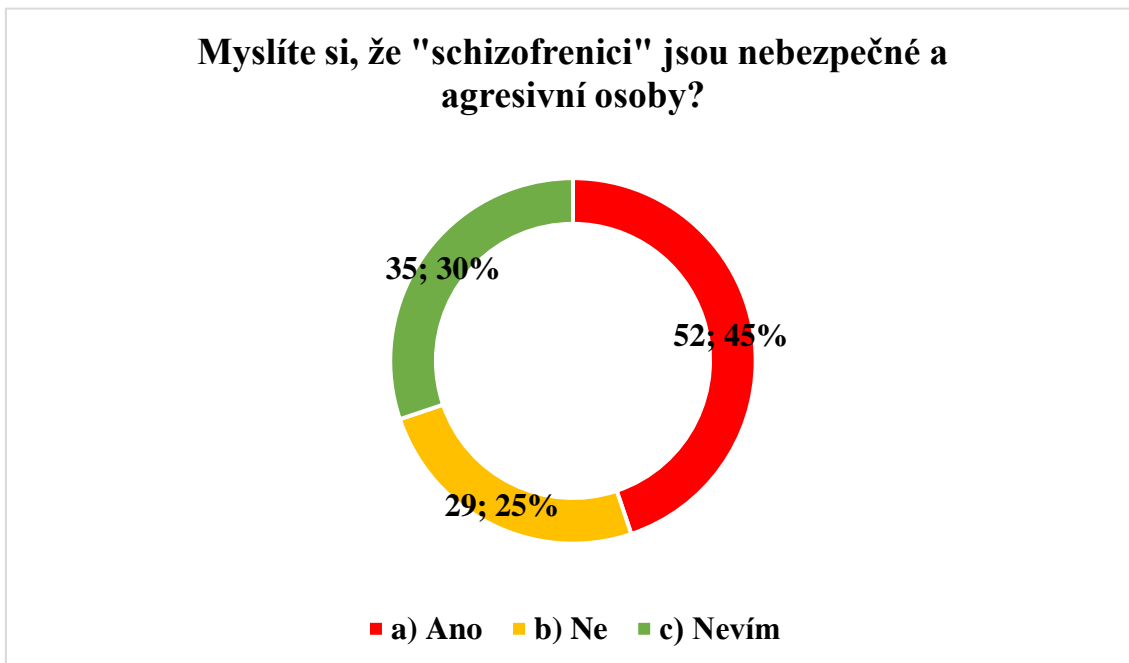
Graf 13



Z grafu č. 13 vyplívá, že 60 tedy 52 % dotazovaných respondentů odpovědělo správně na tuto otázku, 29 tedy 25 % dotazovaných respondentů odpovědělo, že stigmatizace znamená kladný přístup k osobám s duševním onemocněním, 27 tedy 23,5 % dotazovaných respondentů označilo začleňování osob s duševním onemocněním do společnosti.

Otázka č. 14: Myslíte si, že „schizofrenici“ jsou nebezpečné a agresivní osoby?

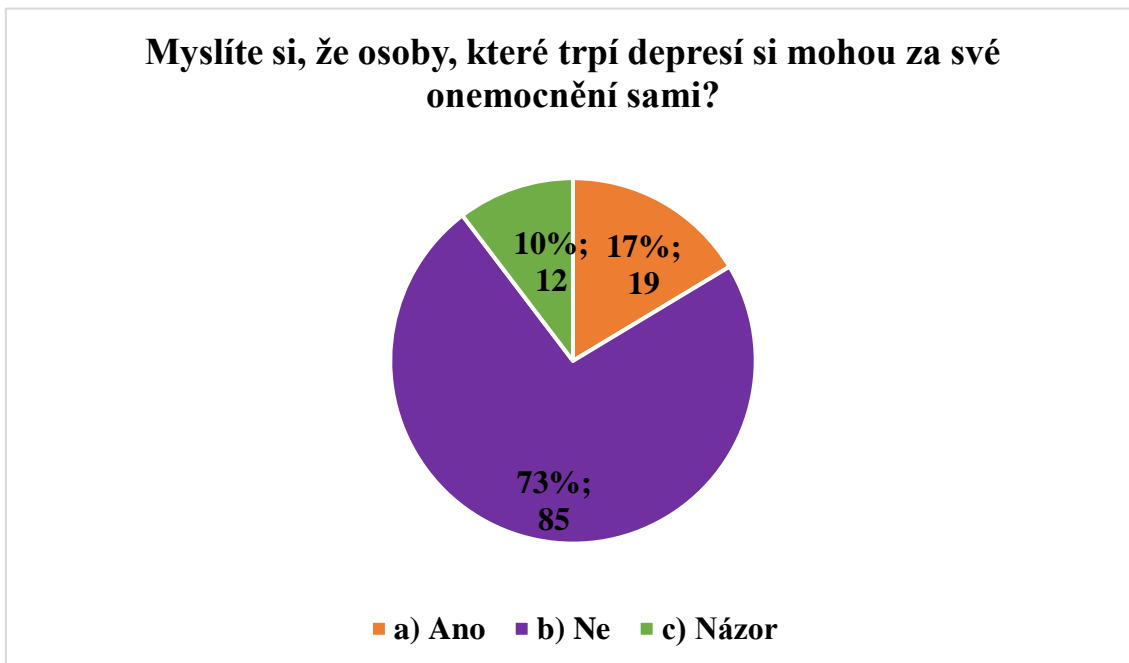
Graf 14



Z grafu č. 14 vyplívá, že 52 tedy 45 % dotazovaných respondentů odpovědělo ano „schizofrenici“ jsou nebezpeční a agresivní osoby, 35 tedy 30 % dotazovaných respondentů odpovědělo nevím a 29 tedy 25 % dotazovaných respondentů se domnívá, že „schizofrenici“ nejsou nebezpečné osoby.

Otázka č. 15: Myslíte si, že osoby, které trpí depresí si mohou za své onemocnění sami?

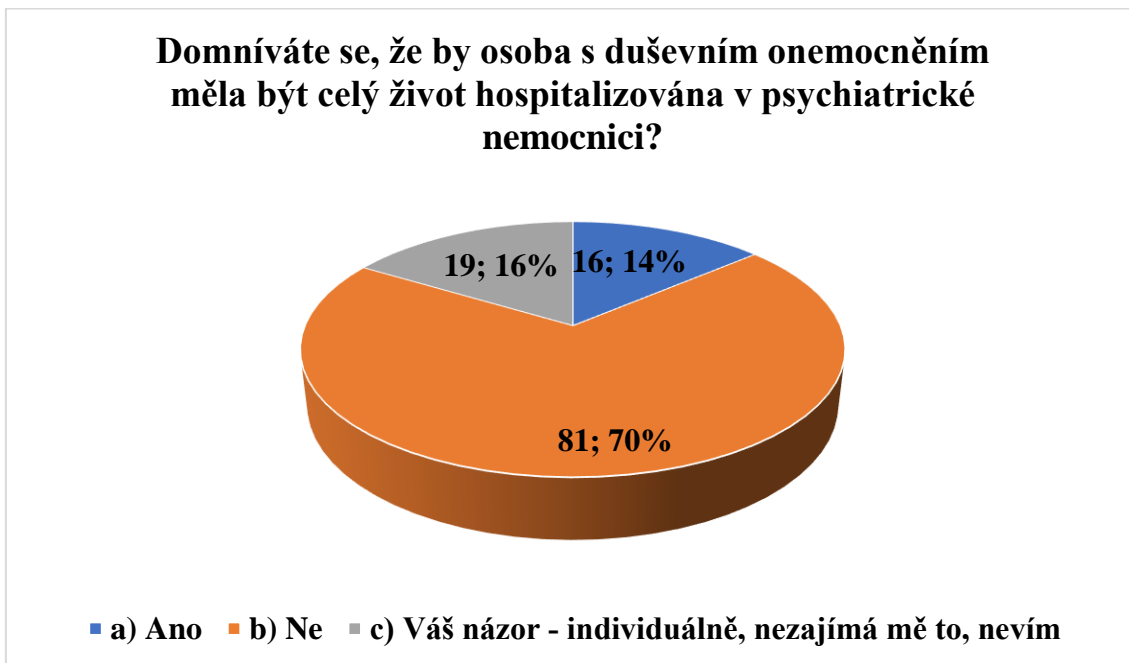
Graf 15



Z grafu č. 15 vyplívá, že **85** tedy **73 %** dotazovaných respondentů odpovědělo ne tyto osoby si za své onemocnění nemohou. **19** tedy **17 %** dotazovaných respondentů zastávají názor, že osoby trpící depresí si mohou za své onemocnění sami a **12** tedy **10 %** dotazovaných respondentů vyjádřili svůj vlastní názor.

Otázka č. 16: Domníváte se, že by osoba s duševním onemocněním měla být celý život hospitalizována v psychiatrické nemocnici?

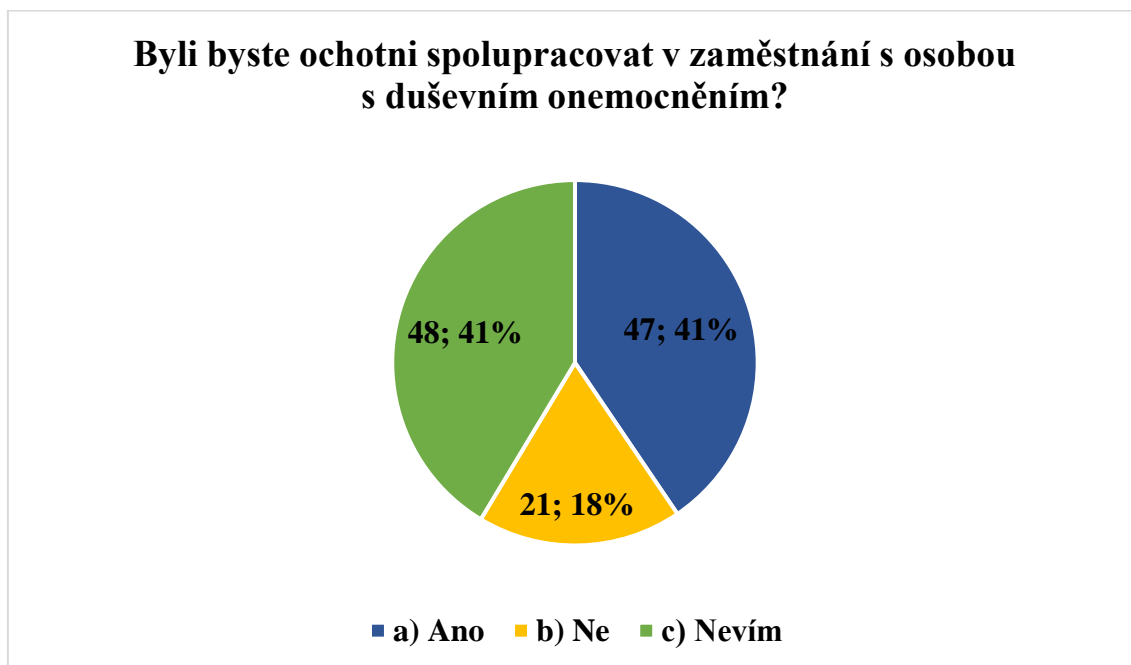
Graf 16



Z grafu č. 16 vyplívá, že s celoživotní hospitalizací osob s duševním onemocněním souhlasí **16** tedy **14 %** dotazovaných respondentů, **81** tedy **70 %** těchto dotazovaných respondentů s tímto názorem nesouhlasí a **19** tedy **16 %** dotazovaných respondentů se vyjádřilo názorem – nevím, nezajímá mě to, individuálně.

Otázka č. 17: Byli byste ochotni spolupracovat v zaměstnání s osobou s duševním onemocněním?

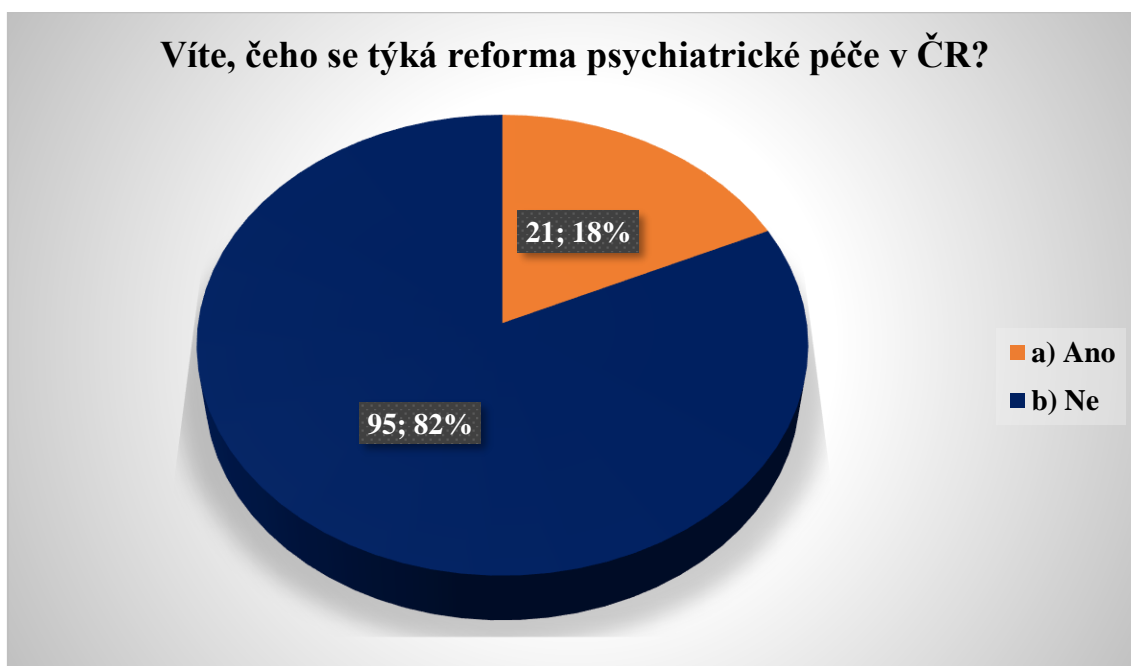
Graf 17



Z grafu č. 17 vyplývá, že 47 tedy 41 % dotazovaných respondentů by bylo ochotno spolupracovat v zaměstnání s osobou s duševním onemocněním, 21 tedy 18 % dotazovaných respondentů by nebyli ochotni spolupracovat s osobou s duševním onemocněním a 48 tedy 41 % dotazovaných respondentů nevědělo, zda by dokázalo spolupracovat v zaměstnání s osobou s duševním onemocněním.

Otázka č. 18: Víte, čeho se týká reforma psychiatrické péče v ČR?

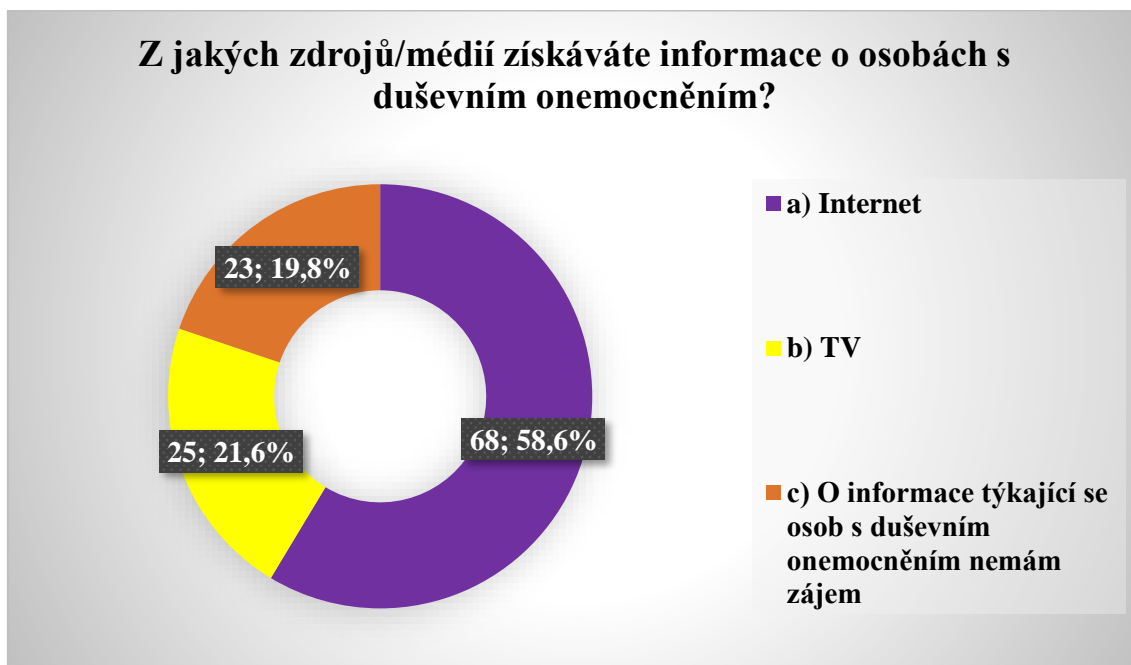
Graf 18



Z grafu č. 18 vyplívá, že **95** tedy **82 %** dotazovaných respondentů neví čeho se týká reforma psychiatrické péče v ČR a pouze **21** tedy **18 %** dotazovaných respondentů ví, čeho se týká reforma psychiatrické péče v ČR.

Otázka č. 19: Z jakých zdrojů-médií získáváte informace o osobách s duševním onemocněním?

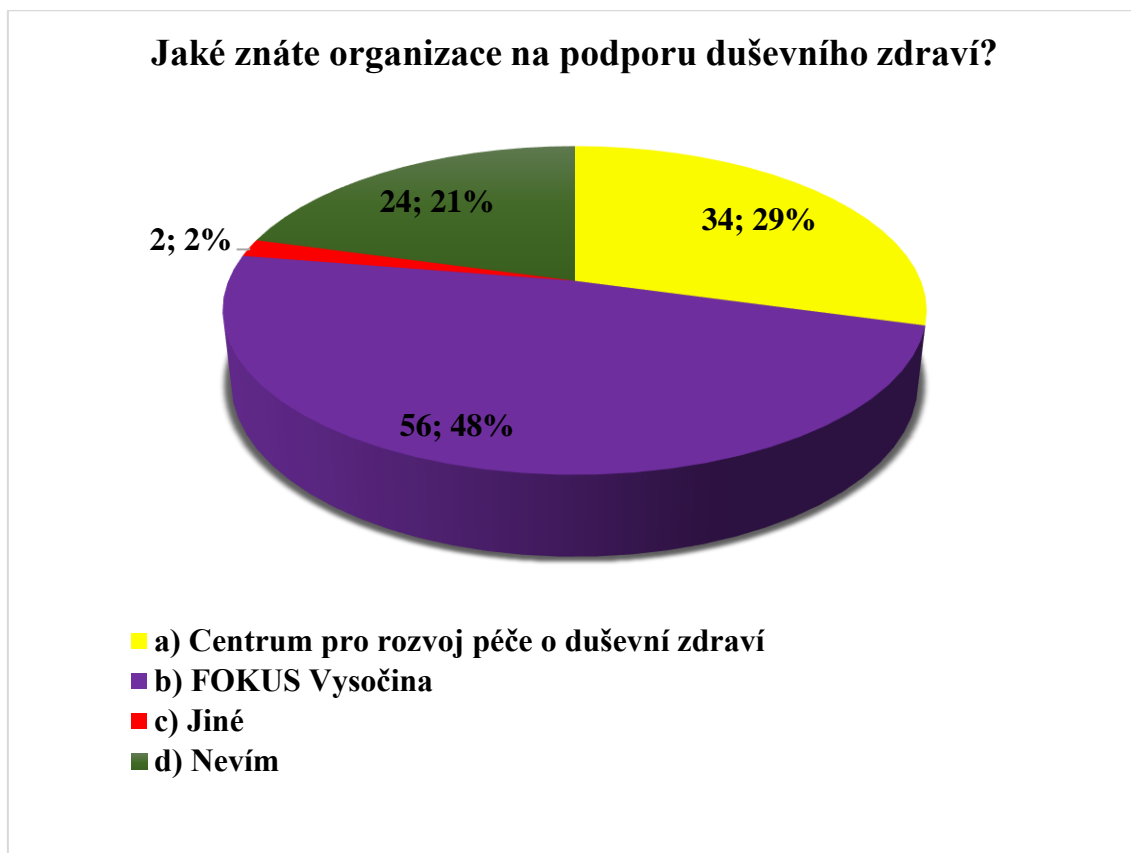
Graf 19



Z grafu č. 19 vyplívá, že 68 tedy 58,6 % dotazovaných respondentů získává informace o duševně nemocných osobách z internetu, 25 tedy 21,6 % dotazovaných respondentů získává informace pomocí TV a 23 tedy 19,8 % dotazovaných respondentů nemá o informace týkající se osob s duševním onemocněním zájem.

Otázka č. 20: Jaké znáte organizace na podporu duševního zdraví?

Graf 20



Z grafu č. 20 vyplívá, že **34** tedy **29 %** dotazovaných respondentů zná Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, **56** tedy **48 %** dotazovaných respondentů zná organizaci FOKUS Vysočina a **2** tedy **2 %** dotazovaných respondentů zná jiné služby např. Českou společnost pro duševní zdraví, Nevypust' duši, **24** tedy **21 %** dotazovaných respondentů nezná organizace na podporu duševního zdraví.

10 Závěrečné zhodnocení a interpretace získaných dat

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit **postoje laické veřejnosti k osobám s duševním onemocněním**. K tomuto hlavnímu cíli byly postaveny dílčí cíle. Vyhodnocení výzkumného šetření bylo vypracováno grafickým znázorněním s popisem výsledků dat.

DCV 1: Zjistit, co si laická veřejnost představuje pod pojmem duševní zdraví – duševní onemocnění.

Dotazovaní respondenti byli muži i ženy v různém věkovém rozpětí. Velká většina dotazovaných respondentů věděla, co je duševní zdraví a že je třeba si jej chránit. Ze 116 dotazovaných respondentů 101 tedy 87 % vědělo co je duševní zdraví. 100 tedy 86 % dotazovaných respondentů ví, jak si své duševní zdraví chránit. Povědomí o prevenci ochrany duševního zdraví má 53 tedy 36 % dotazovaných respondentů, povědomí o duševním onemocněním má 67 tedy 58 % dotazovaných respondentů.

Výsledky výzkumného šetření u DCV 1. ukázaly, že laická veřejnost ví, co je duševní zdraví, zná prevenci ochrany duševního zdraví, má povědomí, co znamená duševní onemocnění.

DVC 2: Zjistit, zda u laické veřejnosti přetrvávají předsudky a stereotypy vůči osobám s duševním onemocněním.

94 tedy 81 % dotazovaných respondentů ví co znamená předsudek. 39 tedy 34 % dotazovaných respondentů neví, jak by pojmenovalo duševně nemocnou osobu, 21 tedy 18 % dotazovaných respondentů uvedlo hanlivý název osoby s duševním onemocněním, 38 tedy 33 % dotazovaných respondentů pojmenovalo osobu, jako duševně nemocnou, nebo nemocnou.

70 tedy 60 % dotazovaných respondentů se setkala ve svém životě s duševně nemocnou osobou, ale 64 tedy 57 % respondentů nevědělo, jak na ně tato osoba působila.

57 tedy 49 % dotazovaných respondentů nemá problém bydlet v blízkosti duševně nemocné osoby. 60 tedy 52 % dotazovaných respondentů ví co znamená pojem stigma.

52 tedy 45 % dotazovaných respondentů označilo „**schizofreniky**“ za nebezpečné.

85 tedy 73 % dotazovaných respondentů si myslí, že si osoby, které trpí depresí za své onemocnění nemohou sami.

81 tedy 70 % dotazovaných respondentů nesouhlasí s celoživotní hospitalizací osob s duševním onemocněním.

47 tedy 41 % dotazovaných respondentů by bylo ochotno spolupracovat s osobou s duševním onemocněním v zaměstnání.

Výsledky u výzkumného šetření DVC 2. ukázaly, že laická veřejnost ví, co znamená pojem předsudek, ale pojem stigmatizace v laické veřejnosti není tolik znám. Z šetření také vyplývá, že názor laické veřejnosti na „schizofreniky“ je negativní. Velmi dobrý výsledek výzkumného šetření je v doživotní hospitalizaci duševně nemocných osob. Problémem jsou časté odpovědi neví, což může znamenat, že dotazovaní respondenti nechtěli pravdivě odpovědět na dotazovanou otázku. Částečně předsudky a stereotypy vůči osobám s duševním onemocněním nadále v laické veřejnosti přetrvávají.

DCV 3: Zjistit povědomí o tématu duševního zdraví v psychiatrické péči.

95 tedy 82 % dotazovaných respondentů neví čeho se týká reforma psychiatrické péče v ČR. K získávání informací je nejvíce používán internet 68 tedy 58,6 % dotazovanými respondenty a 23 tedy 19,8 % dotazovaných respondentů nemá zájem o informace týkající se osob s duševním onemocněním. 56 tedy 48 % dotazovaných respondentů zná organizaci FOKUS Vysočina, 34 tedy 29 % dotazovaných respondentů zná Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, pouze 2 tedy 2 % dotazovaných respondentů znalo i jinou organizaci a 24 tedy 21 % dotazovaných respondentů neznalo žádnou organizaci na podporu duševního zdraví.

Výsledky u výzkumného šetření DCV 3. ukázaly, že laická veřejnost neví, čeho se týká reforma psychiatrické péče v ČR, k získání informací o osobách s duševním onemocněním je nejvíce využíván internet. V laické veřejnosti je nejvíce známá organizace FOKUS Vysočina, dále Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. Určitá část laické veřejnosti nemá zájem o informace týkající se osob s duševním onemocněním.

Závěr

Cílem bakalářské práce s názvem Postoje laické veřejnosti k osobám s duševním onemocněním bylo zjistit, jak laická veřejnost vnímá osoby s duševním onemocněním, zda rozumí pojmům duševní zdraví a duševní onemocnění. Jestli stále ve veřejnosti přetrvávají předsudky a stereotypy vůči osobám s duševním onemocněním. Zjistit také jaké povědomí má laická veřejnost o probíhající reformě psychiatrické péče v ČR. Bakalářská práce se skládá z části teoretické a výzkumné, které na sebe navazují.

Po prostudování odborné literatury byly v teoretické části vymezeny základní pojmy jako duševní zdraví, duševní onemocnění dále byl přiblížen historický pohled na osoby s duševním onemocněním, péče v psychiatrických nemocnicích, reforma psychiatrické péče v ČR, komunitní péče, sociální služby v ČR a byla popsána stigmatizace a destigmatizace osob s duševním onemocněním.

Ve výzkumné části byla použita kvantitativní metoda sběru dat, z důvodu velkého počtu oslovených respondentů. Byl stanoven hlavní výzkumný cíl, který se skládal ze tří dílčích cílů. Ke každému dílčímu cíli byly vypracovány tazatelské otázky, které byly zpracovány do tištěného, nebo elektronického dotazníku. Dotazníky byly rozdány osloveným respondentům ve věkové hranici do 20 let až po 50 a více let. Celkem bylo rozdáno 150 dotazníků, jejich návratnost byla nižší 116 kusů. Získaná data byla zanalyzována do grafů s písemným popisem. Tato kvantitativní metoda se osvědčila ve velkém počtu posbíraných dat. Nedostatkem ve výzkumu je časté vyhýbání přímé odpovědi slovem neví.

Z výzkumného šetření vyplívá, že laická veřejnost má povědomí, co znamená duševní zdraví. V případě duševního onemocnění jsou znalosti laické veřejnosti menší.

Dále v případě předsudků v laické veřejnosti je znám pojem předsudek a co znamená. Částečně přetrvávají předsudky ve společnosti, a ne všichni respondenti dokázali odpovědět na položenou otázku a schovali se za odpověď neví, což může být bráno za neochotu vyjádřit svůj negativní názor. Ochota bydlet v blízkosti duševně nemocné osoby, u poloviny dotazovaných respondentů je opět velké procento odpovědi neví. O pojmu stigmatizace laická veřejnost nemá takové povědomí, jako o předsudku. U názoru

na „schizofreniky“ převládají odpovědi, že jsou tyto osoby nebezpečné a agresivní. U osob trpících depresí jednoznačně dotazovaní respondenti uvedli, že takovýto člověk si za své onemocnění nemůže sám. Opět jsou znatelné předsudky vůči „schizofrenikům“. S celoživotní hospitalizací osob s duševním onemocněním v psychiatrické nemocnici většina respondentů nesouhlasila, někteří brali v potaz individuální diagnózu. Spolupracovat v zaměstnání s duševně nemocnou osobou byla ochotna necelá polovina respondentů, opět zde bylo velké procento odpovědi nevíím.

Šetření, které se týkalo reformy psychiatrické péče v ČR ukázalo, že laická veřejnost nemá o této problematice povědomí. Také šetření ukázalo, že informace týkající se osob s duševním onemocněním získává laická veřejnost z internetu a TV, bohužel někteří nemají o tyto informace zájem. Znalosti oslovených respondentů týkajících se organizací na podporu duševního zdraví je nízká.

Doporučení plynoucí z výzkumu:

1. Zvýšit osvětu a znalosti laické veřejnosti o duševním onemocnění

Zapojení více sociálních služeb, organizací zabývajících se osobami s duševním onemocněním do osvěty duševního zdraví a duševního onemocnění. Oslovení mladé generace formou dobrovolnictví u osob s duševním onemocněním či přednášek, besed sociálních pracovníků, peer konzultantů na Základních, Středních školách apod. Podporovat tvorbu a distribuci tištěných i elektronických textových materiálů na téma duševní zdraví a duševní onemocnění a jak předcházet duševním onemocněním. Důležité je laické veřejnosti zprostředkovat informace, které se týkají duševního onemocnění především schizofrenie, kterou laická veřejnost vnímá negativně.

2. Přiblížit více laické veřejnosti stigmatizaci a destigmatizaci osob s duševním onemocněním a podpořit boj s předsudky, které se týkají duševně nemocných

Podpořit destigmatizační aktivity a informační aktivity, které by zvýšili povědomí laické veřejnosti, co znamená stigmatizace. Destigmatizační aktivity mohou být formou besed s osobami s duševním onemocněním a jejich rodinami, aby měly možnost přiblížit laické veřejnosti svůj život a zkušenosti s duševním onemocněním, tím pomoci předsudky odstranit. Důležitá je spolupráce peer konzultantů, kteří mají vlastní zkušenost s duševním onemocněním a pomáhají osobám s duševním onemocněním na cestě

k zotavení. Větší propagace aktivit na podporu duševního zdraví, jako jsou např. Týdny pro duševní zdraví, Nevypusť duši, MEZI PLOTY apod.

3. Přiblížit více laické veřejnosti reformu psychiatrické péče v ČR

Nejlépe pomocí médií (televize, rádio, sociální sítě). Upoutat laickou veřejnost a probudit v ní zájem o účast na konferencích či aktivitách zabývajících se reformou psychiatrické péče v ČR.

Domnívám se, že hlavního cíle výzkumu bylo dosaženo. Podle výzkumného šetření bylo zjištěno, jaké povědomí má laická veřejnost o duševním onemocnění a současném vývoji psychiatrické péče v ČR.

Seznam použité literatury

1. BAŠTECKÝ, Jaroslav. *Psychiatrie, právo a společnost: postavení duševně nemocného ve společnosti a v právních předpisech*. Praha: Galén, 1997. Theatrum medico-iuridicum. ISBN 80-85824-45-0
2. FOUCAULT, Michel. *Dějiny šílenství v době osvícenství: hledání historických kořenů pojmu duševní choroby*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1994. Edice 21. ISBN 80-7106-085-2.
3. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Velký psychologický slovník*. Ilustroval Karel NEPRAŠ. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.
4. HAUSNER, Milan. *Duševně nemocný mezi námi*. 3. vyd. Praha: Avicenum, 1978. Rady nemocným (Avicenum).
5. KUČEROVÁ, Helena. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4733-0.
6. MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.
7. MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, c2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1151-6
8. MATOUŠEK, Oldřich, KŘIŠŤAN, Alois, ed. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.
9. MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0213-4.
10. MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0211-0.
11. OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5199-3.
12. PASZ, Jiří a Adéla PLECHATÁ. *Normální šílenství: rozhovory o duševním zdraví, léčbě a přístupu k lidem s psychickým onemocněním*. Brno: Host, 2020. ISBN 978-80-275-0389-6.
13. PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.

14. TROUSIL, Michal; JAŠÍKOVÁ, Veronika. Úvod do tvorby odborných prací. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. ISBN 978-80-7435-542-4
15. ÚZ č. 1529 – Sociální zabezpečení Sagit, a. s., podle stavu k 1. 2. 2023, ISBN: 978-80-7488-570-9
16. VENCOVSKÝ, Eugen. *Psychiatrie dávných věků: (od Hippokrata k Pinelovi)*. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-226-5.

Použité internetové zdroje

17. https://www.irozhlas.cz/veda-technologie_historie/nacisticke-vrazdeni-zacalo-dusevne-nemocnymi-berlinane-jim-postavili-pamatnik_201409020102_mskalicky
18. <https://www.fokusvysocina.cz/>
19. <https://www.reformapsychiatrie.cz/>

Použité závěrečné práce

20. JEČNÁ, Michaela. *Univerzita Hradec Králové Filozofická fakulta Ústav sociální práce Specifická podpora osobám s duševním onemocněním v oblasti zaměstnávání v chráněných dílnách v Pardubicích*. Pardubice, 2021. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Filozofická fakulta, Ústav sociální práce. Vedoucí práce Mgr. Miroslav Kappl, Ph.D. Dostupné na: <https://theses.cz/id/jbyon1/STAG96357.pdf>
21. LUFINKOVÁ, Šárka. *Sociální práce a ergoterapie u osob s duševním onemocněním*. Hradec Králové, 2018. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Filozofická fakulta, Ústav sociální práce. Vedoucí práce PhDr. Zdeněk Hrstka, Ph.D. Dostupné na: <https://theses.cz/id/amyvm7/STAG87952.pdf>
22. MOKOVÁ, Radka. *Kritéria výběru pěstounů na přechodnou dobu*. Hradec Králové, 2020. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Filozofická fakulta, Ústav sociální práce. Vedoucí práce Mgr. et Mgr. Radka Janebová, Ph.D. Dostupné na: <file:///C:/Users/42073/Desktop/Mokov%C3%A1%20bakal%C3%A1%C5%99ka%20vzor-2.pdf>

Seznam tabulek

Tabulka 1 - Klasifikace MNK (Mahrová, Venglářová a kol. 2008:69-70).....	14
Tabulka 2 - Transformační tabulka, Zdroj: vlastní	36

Seznam grafů

Graf 1	42
Graf 2.....	43
Graf 3.....	44
Graf 4.....	45
Graf 5.....	46
Graf 6.....	47
Graf 7.....	48
Graf 8.....	49
Graf 9.....	50
Graf 10.....	51
Graf 11.....	52
Graf 12.....	53
Graf 13.....	54
Graf 14.....	55
Graf 15.....	56
Graf 16.....	57
Graf 17.....	58
Graf 18.....	59
Graf 19.....	60
Graf 20.....	61

Přílohy

Příloha 1: Tištěný dotazník

Dobrý den,

Jmenuji se Michaela Vepřovská, DiS. jsem studentkou 3. ročníku Univerzity Hradec Králové obor Sociální práce s osobami s nízkou soběstačností. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce. Bakalářská práce se zabývá postojem laické veřejnosti k osobám s duševním onemocněním. Dotazník je anonymní a bude využit pouze pro účely bakalářské práce.

Dotazník:

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- a) Žena
- b) Muž

2. Jaký je Váš věk?

- a) Do 20 let
- b) 20–35 let
- c) 35–50 let
- d) 50 let a více

3. Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

- a) Základní vzdělání
- b) Vyučen/vyučena
- c) Středoškolské s maturitou
- d) Vyšší odborné
- e) Vysokoškolské

4. Co je podle Vás duševní zdraví?

- a) Stav plné tělesné, duševní a sociální pohody
- b) Stav, který člověka vyřazuje ze zaměstnání, společenského života, rozpad rodiny apod.

c) Váš názor:

.....
.....

5. Je třeba si duševní zdraví chránit?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

6. Znáte některé preventivní metody ochrany duševního zdraví?

.....
.....
.....

7. Co je podle Vás duševní onemocnění?

- a) Celkový špatný stav člověka
- b) Prokazatelná změna duševní činnosti, která vyřazuje člověka z práce, společenského života či zodpovědnosti při právních úkonech
- c) Psychická, fyzická, sociální pohoda

8. Co si představíte pod pojmem předsudek?

- a) Zakořeněný úsudek či názor, který není založen na spolehlivém poznání, ale na pouhém mínění či předpokladu
- b) Mínění, které je pravdivé
- c) Pozitivní postoj

9. Jak byste pojmenovali osobu s duševním onemocněním?

.....
.....
.....

10. Setkali jste se někdy s osobou s duševním onemocněním?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

11. Pokud ano, jak na Vás tato osoba působila?

.....

.....

.....

12. Je pro Vás problém bydlet v blízkosti duševně nemocné osoby?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

13. Co znamená pojem stigmatizace k osobám s duševním onemocněním?

- a) „Nálepkování“ osob s duševním onemocněním
- b) Kladný přístup k osobám s duševním onemocněním
- c) Začleňování osob s duševním onemocněním do společnosti
- d) Nevím

14. Myslíte si, že „schizofrenici“ jsou nebezpečné a agresivní osoby?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

15. Myslíte si, že osoby, které trpí depresí si mohou za své onemocnění sami?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Váš názor:

16. Domníváte se, že by osoba s duševním onemocněním měla být celý život hospitalizována v psychiatrické nemocnici?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Váš názor:

.....

.....

.....

17. Byli byste ochotni spolupracovat v zaměstnání s osobou s duševním onemocněním?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

18. Víte, čeho se týká reforma psychiatrické péče v ČR?

- a) Ano
- b) Ne

19. Z jakých zdrojů/médií získáváte informace o osobách s duševním onemocněním?

- a) Internet
- b) TV
- c) O informace týkající se osob s duševním onemocněním nemám zájem

20. Jaké znáte organizace na podporu duševního zdraví?

a) Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví

b) FOKUS Vysočina

c) Jiné:

.....

d) Nevím

Děkuji za ochotu a spolupráci při vyplnění dotazníku.