



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra sociální práce

Bakalářská práce

Stigmatizace osob s duševní poruchou

Vypracovala: Eva Peřinová
Vedoucí práce: PhDr. Lenka Mařhová

České Budějovice 2015

Abstrakt

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma Stigmatizace osob s duševní poruchou. Práce je rozdělena do dvou částí, a to na část teoretickou a část praktickou.

V teoretické části se zabývám duševním zdravím, duševními poruchami a jejím rozdělením dle MKN – 10, historií péče o duševně nemocné, postavením psychicky nemocných ve společnosti. Zaměřuji se také na sociální práci s lidmi s duševním onemocněním a na stigmatizaci duševně nemocných.

Cílem výzkumné části této bakalářské práce je zjistit, zda a v jakých oblastech života jsou osoby trpící duševní poruchou stigmatizovány. Dalším cílem je zjistit, zda a v jakých oblastech života jsou stigmatizováni sociální pracovníci, kteří pracují s lidmi s duševním onemocněním.

Praktická část práce je zpracována kvalitativní metodou. Pro tuto práci byla využita metoda dotazování a technika polořízeného rozhovoru. Polořizené rozhovory byly vedeny se dvěma zaměstnanci a čtyřmi uživateli Domina – služby pro osoby s duševním onemocněním při Městské charitě České Budějovice (dále jen Domino).

Uživatelé i pracovníci Domina byli vybráni účelovým kvótním výběrem. Kritériem pro výběr komunikačních partnerů z řad zaměstnanců Domina byla ochota spolupracovat a praxe v oboru minimálně dva roky. Kritériem pro výběr komunikačních partnerů z řad uživatelů Domina byla ochota spolupracovat a doba onemocnění minimálně pět let.

Z výsledků rozhovorů s uživateli vyplynulo, že využívání této sociální služby uživatelům pomáhá a doporučili by ji dalším lidem s podobnými problémy. Dále bylo z rozhovorů patrné, že tito uživatelé se potýkají s různými obtížemi, které jim znesnadňují život. Od dvou ze čtyř komunikačních partnerů se odvrátila i rodina a přátelé. Výsledky výzkumu poukazují na to, že jeden z uživatelů nepocítuje stigmatizaci v žádné oblasti života, dva uživatelé se cítí stigmatizovaní jen v některých oblastech života a jeden dotazovaný spatřuje stigmatizaci téměř ve všech oblastech svého života.

Z výsledků rozhovorů se zaměstnankyněmi vyplynulo, že práce s touto cílovou skupinou s sebou přináší různé klady i zápory, ale jedna z komunikačních partnerek

žádné klady v této práci nenachází. V organizaci se snaží pracovat se stigmatizací a destigmatizací, snaží se tuto sociální službu prezentovat na veřejnosti, aby se veřejnost seznámila s touto cílovou skupinou. Ani jedna z komunikačních partnerek se necítí stigmatizována v žádné z oblastí života. Dle jejich názoru je tomu tak proto, že veřejnost neví, s jakou cílovou skupinou pracují. Komunikační partnerky si myslí, že osoby s duševní poruchou jsou v naší společnosti stigmatizovány. Znají některé mýty a předsudky, které v naší společnosti o duševně nemocných kolují. Obě se domnívají, že největší podíl na této situaci mají média.

Tato práce může sloužit jako zdroj informací pro laickou i odbornou veřejnost v oblasti problematiky stigmatizace osob s duševní poruchou.

Abstract

For my bachelor thesis I chose the topic The Stigmatization of Persons with a Mental Disorder. The thesis is divided into two parts – the theoretical and the practical.

In the theoretical part, I deal with mental health, mental illnesses and its division according to MKN – 10, the history of care for the mentally ill, the status of mentally ill people in society. I also focus on social work with people with mental illnesses and the stigmatization of persons with mental diseases.

The aim of the research part of this thesis is to find out, whether and in what areas of life mentally ill people are stigmatized. Another aim is to find out, whether and in what areas of life social workers, who work with mentally ill persons, are stigmatized.

Qualitative method is used in the practical part of this thesis. For this part was used an interrogation method and a method of semi-structured interview. Semi-structured interviews were conducted with two employees and four users of Domino – services for people with a mental illness in the City charity České Budějovice (hereinafter Domino).

Users and workers in Domino were chosen according to a method of quota sampling. Criterion for the selection of communication partners from among Domino was a willingness to cooperate and at least two-year experience in the field. Criterion for the selection of communication partners from among Domino was a willingness to cooperate and at least five-year duration of illness.

Results of interviews with users showed using of this social service helps them and they would recommend it to other people with similar problems. Interviews also showed that these users are faced with various difficulties that make their life difficult. Family and friends have turned away from two of the four communication partners. Results of the research indicate that one of the users does not feel to be stigmatized in any area of life, two users feel to be stigmatized in some areas of life and one user feels to be stigmatized in almost all areas of life.

Results of interviews with female employees also showed that working with this target group brings different pros and cons, but one of the partners cannot find any positives in this work. In this organisation is worked with stigmatization and destigmatization, this social service is also trying to be presented to the public in order to

disseminate this target group. None of these communication partners feels to be stigmatized in any areas of life. According to them, this is because the public does not know with what target group they work. Communication partners think, people with the mental disorder are stigmatized in our society. They know some of the myths and prejudices that circulate about mentally ill people in our society. They both believe that media have the largest share in this situation.

This thesis may serve as a source of information for general public and professionals in issues of stigmatization of people with the mental disorder.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 5. 5. 2015

.....

(Eva Peřinová)

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat paní doktorce Lence Maňhové za cenné rady, připomínky a odborné vedení mé bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat zaměstnancům a uživatelům Domina – služby pro lidi s duševním onemocněním za poskytnuté rozhovory.

Obsah

Úvod	11
1 Současný stav	12
1.1 Duševní zdraví	12
1.2 Duševní porucha.....	13
1.2.1 Definice.....	13
1.2.2 Kategorie duševních poruch	14
1.3 Historie péče o duševně nemocné	15
1.4 Postavení psychicky nemocných ve společnosti.....	20
1.5 Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním	23
1.5.1 Sociální práce.....	23
1.5.2 Sociální pracovník a jeho role	24
1.5.3 Komunitní péče.....	26
1.6 Stigma, stigmatizace a destigmatizace	27
1.6.1 Definice.....	27
1.6.2 Stigmatizace psychicky nemocných	28
1.6.3 Stigmatizace rodiny	32
1.6.4 Stigmatizace odborníků	33
1.6.5 Destigmatizace.....	34
2 Cíle práce a výzkumné otázky	36
3 Metodika.....	37
3.1 Metody a techniky sběru dat	37
3.2 Výzkumný soubor	37
3.3 Realizace výzkumu	38
4 Výsledky	40
4.1 Výsledky rozhovorů s uživateli Domina – služba pro lidi s duševním onemocněním.....	40
4.1.1 Identifikační údaje	40
4.1.2 Využívání služby Domino – služba pro lidi s duševním onemocněním... 41	
4.1.3 Duševní porucha	42
4.1.4 Stigmatizace.....	44
4.2 Výsledky rozhovorů se zaměstnanci Domina – služba pro lidi s duševním onemocněním.....	56
4.2.1 Identifikační údaje	56
4.2.2 Zaměstnání v organizaci Domino – služba pro lidi s duševním onemocněním	57

4.2.3	Stigmatizace.....	58
5	Diskuse.....	62
5.1	Diskuse ke stigmatizaci uživatelů Domina – služba pro lidi s duševním onemocněním.....	62
5.2	Diskuse ke stigmatizaci zaměstnanců Domina – služba pro lidi s duševním onemocněním.....	66
6	Závěr.....	68
7	Seznam použitých zdrojů.....	69
8	Klíčová slova.....	74
9	Přílohy.....	75

Seznam použitých zkratk

WHO Světová zdravotnická organizace

MKN – 10 Mezinárodní klasifikace nemocí

Domino - Organizace Domino – služba pro lidi s duševním onemocněním při Městské charitě v Českých Budějovicích

Úvod

„Největší zákeřnost se skrývá v tom, že psychiatři mohou bez problémů o svých pacientech napsat, co se jim zlíbí. Bude-li psychiatrie „otevřená“, přestane být tajuplnou vědou a snadněji se zbaví stigmatu, které je s ní spojováno“ (Benson, 2010, str. 173).

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma Stigmatizace osob s duševní poruchou. Toto téma je aktuální a zaujalo mě, protože naše společnost si vytvořila určitý obraz o lidech trpících duševní poruchou. Na tomto stavu se ve velké míře podílejí i média. Přestože žijeme ve vyspělé společnosti, můžeme i v současné době ještě pozorovat, že duševní poruchy jsou opředeny různými mýty a předsudky. I v dnešní době někteří lidé považují duševní poruchu za znamení společenské hanby. Často mě také zaujalo, jak je člověk trpící duševní poruchou prezentován v médiích. Z těchto důvodů jsem se chtěla s touto problematikou blíže seznámit.

Tato bakalářská práce je rozdělena do dvou částí, a to na část teoretickou a část praktickou. V této práci se zabývám problematikou duševních poruch a stigmatizací s nimi spojenou.

Cílem teoretické práce je popsat pojmy duševní zdraví a duševní porucha. Dále se zabývám historií péče o duševně nemocné, postavením duševně nemocných ve společnosti, sociální práci s lidmi s duševním onemocněním a stigmatizací osob s duševní poruchou.

Cílem praktické části je zmapovat, zda a v jakých oblastech jsou lidé s duševní poruchou stigmatizováni. Dalším cílem praktické části je zjistit, zda a v jakých oblastech jsou stigmatizováni sociální pracovníci, kteří pracují s touto cílovou skupinou.

Výzkum bude realizován v organizaci Domino. Výzkum bude proveden se sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách z této organizace a s uživateli této služby.

1 Současný stav

1.1 Duševní zdraví

Zdraví lze definovat mnoha způsoby. Dle subjektivního hlediska se jedná o to, že nositel se cítí dobře po stránce tělesné, duševní i společenské a zároveň z hlediska objektivního nejsou u nositele zjištěny žádné strukturální a funkční poruchy. Nejedná se tedy pouze o nepřítomnost nemoci. S termínem zdraví je také spojen pojem „pozitivní“ zdraví, což znamená, že člověk má jistou rezervu pro stavy zvýšené zátěže (Chodura, Tuček, 2005).

Podle světové zdravotnické organizace (WHO) se na kvalitě života podílí fyzické zdraví, psychické zdraví, sociální vztahy a prostředí. Duševní zdraví je součástí celkového zdraví člověka (Kelnarová, Matějková, 2014).

Jedná se o schopnost člověka adaptovat se na vzniklé situace a prostředí. Člověk je schopený těšit se z toho, co mu přináší radost. Pozitivně přijímá i například sexualitu a emoční stránku života (Hartl, Hartlová, 2010).

O duševním zdraví člověka nemůžeme smýšlet pouze jako o nepřítomnosti duševního onemocnění, neboť duševní zdraví představuje také realizaci lidského bytí (Styx, 2003).

M. Jahodová (In Svoboda, Češková, Kučerová, 2006) uvádí šest atributů duševního zdraví: kladný postoj k sobě samému, zdravý růst a stupeň sebeaktualizace, vyvinuté ústřední syntetizující funkce, autonomie, přiměřené vnímání reality a zvládnutí vnějšího prostředí.

Člověk, který je považován za duševně zdravého, přijímá informace, adekvátně na ně reaguje a logicky uvažuje. Dokáže řešit problémy, adaptovat se na nové situace, komunikovat s ostatními, podílet se na dění ve svém okolí. Duševně zdravý člověk by měl být emočně vyrovnaný, schopný práce, ale také relaxace. Také zvládá vést partnerský život, plánovat a svoje plány i uskutečňovat (Babiaková, Marková, Venglářová, 2006).

1.2 Duševní porucha

1.2.1 Definice

Jedná se o relativně trvalé porušení funkce či procesu. Porucha je doprovázena souborem příznaků (symptomů), které lze klinicky rozpoznat. Dále se může objevovat chování typické pro určitou poruchu. Mohou se objevit rysy a vlastnosti, které se odchyľují od normy. V mnohých případech dochází k omezení schopnosti pracovat a bývají narušeny také rodinné a společenské role (Hartl, Hartlová, 2010).

Na člověka bychom měli pohlížet z hlediska rovin, které jsou vzájemně propojeny, navzájem na sebe působí a tvoří jednotný celek. Roviny můžeme rozdělit na tělesnou, psychickou, vztahovou a rovinu, která nás přesahuje. Můžeme tedy hovořit o tzv. bio-psycho-sociálně-spirituálním modelu (Orel, 2012).

V současné době se pohlíží na příčiny vzniku duševních poruch v rámci biopsychosociálního modelu. Otázky příčin vzniku duševních poruch prošly složitým vývojem a byly úzce spjaty s psychiatrií daného období (Praško a kol., 2011).

Psychika člověka tvoří velmi složitý soubor funkčních procesů, proto není divu, že je poruchovější než jiné funkce (Chodura, Tuček, 2005).

Vznik duševních poruch můžeme rozdělit na biologické aspekty, psychologické aspekty a sociální aspekty. K biologickým aspektům můžeme zařadit geneticky podmíněné dispozice pro vznik duševní poruchy. Vždy se jedná o spolupůsobení genetických dispozic a prostředí (a to se všemi podněty, situacemi, které přináší). Z biologického hlediska se příčiny vzniku duševních poruch zkoumají v nervové, hormonální a imunitní soustavě, protože tyto soustavy spolupracují, fungují ve vzájemných interakcích a navzájem se ovlivňují. Významnou roli při vzniku duševní poruchy může hrát stres, který se přirozeně objevuje jako reakce na změnu, ohrožení či konflikty. Stres se objevuje v různě závažných formách. Biologické faktory rozdělujeme na exogenní a endogenní faktory. Do exogenních faktorů řadíme působení vlivu chemického (jedy, alkohol a jiné návykové látky, léky), fyzikálního (úrazy hlavy,

některé typy záření) a biologického (infekce, paraziti). K endogenním faktorům můžeme přiřadit mnohá onemocnění, která postihují mozek (Orel, 2012).

V některých případech může duševní poruchu způsobit chybějící gen pro tvorbu jednoho jediného enzymu nebo také nedostatek kyslíku či závažnější hypoglykémie (Chodura, Tuček, 2005).

Každý člověk má jiné psychické dispozice ke vzniku duševních poruch. Duševní poruchu mohou vyvolat intrapsychické konflikty, různá traumata, krize, kterými si člověk během svého života prochází, deprivace (jak deprivace citová, tak i deprivace při neuspokojivém naplňování biologických potřeb či nedostatečné množství podnětů v prostředí), frustrace. Důležitým faktorem je také schopnost zvládat stresové situace a adekvátně na ně reagovat (Orel, 2012).

Stres nemusí vyvolávat pouze reálné podněty, ale může se jednat i o předpokládané ohrožení. K narušení psychického zdraví člověka dochází při nadměrné kognitivní a emoční zátěži (Chodura, Tuček, 2005).

Na vznik duševní poruchy z hlediska sociálních aspektů mohou mít vliv rodinné a osobní vztahy člověka. Rodina tvoří primární skupinu, která vstupuje do vývoje jedince. Dále na vývoj člověka působí vliv vrstevnických slupin, který by mu měl napomáhat v dalším rozvoji, osvojení si určitých schopností a dovedností. Na vývoj psychiky člověka má také vliv širší společnost a sociokulturní prostředí, ve kterém jedinec žije. Vznik duševní poruchy mohou ovlivňovat sociální ztráty a sociální konflikty (Orel, 2012).

Ve většině případů vzniku duševních poruch se nejedná pouze o jedinou příčinu, ale dochází k situaci, kdy se na vzniku podílí celá řada faktorů a dispozic (Chodura, Tuček, 2005).

1.2.2 Kategorie duševních poruch

V současné době se k určení kategorie duševní poruchy nejčastěji využívá Mezinárodní klasifikace nemocí MKN – 10. V MKN 10 termín „porucha“ značí:

„existenci klinicky rozpoznatelného souboru příznaků nebo chování, který je ve většině případů spojený s pocitem tísně a narušením funkce“ (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, str. 23).

Tato klasifikace je používána v České republice a duševní poruchy v ní představují samostatnou kapitolu. Celá kapitola je dále rozčleněna do deseti oddílů, a to následujícím způsobem:

F00 – F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických

F10 – F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek

F20 – F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

F30 – F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)

F40 – F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

F50 – F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

F60 – F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

F70 – F79 Mentální retardace

F80 – F89 Poruchy psychického vývoje

F90 – F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání

F99 Neurčená duševní porucha (Probstová, Pěč, 2014).

Klasifikační systémy užívané v dnešní době mají svá omezení, protože zcela nedokáží zahrnout všechny možnosti dané problematiky, ale jsou důležitou oporou pro orientaci v této oblasti. Každý by se měl ztotožnit s myšlenkou, že se jedná především o člověka, v žádném případě o diagnózu (Orel, 2012)

1.3 Historie péče o duševně nemocné

Péče o osoby s duševním onemocněním prošla dlouhým vývojem. Na historii péče o duševně nemocné můžeme pohlížet ze dvou hledisek, a to jednak z hlediska medicínského a jednak z hlediska společenského. Z medicínského pohledu se jedná o

vědecké objevy, z nichž se postupem času zformovala psychiatrie jako samostatný medicínský obor. Ze společenského pohledu se jedná o to, jak se postupně utvářel postoj společnosti k jedincům s duševní poruchou (Petr, 2014).

V prehistorii lidé posuzovali všechny nezvyklé jevy jako působení nadpřirozených sil a bytostí. Jedinci trpící duševní poruchou byli považováni za posedlé zlým duchem, prokleté, v některých případech byli označováni jako světcí. Z tohoto důvodu se léčbou zabývali šamani či byla součástí mnohých náboženských rituálů, které spočívaly v osvobození jedince od posedlosti nebo zakletí. V Egyptě asi 1500 let před naším letopočtem se objevily zmínky o léčebných pokusech, na které můžeme pohlížet jako na zárodky pracovní terapie. Ve starověku se k léčbě také využívaly léčivé byliny. Z roku 1900 př. Kristem pochází nejstarší lékařský dokument Ebersův papyrus, který již obsahuje popis deprese. Asyřané, Babyloňané a další staré kultury se domnívali, že duševní onemocnění vzniká na základě magických příčin – jedná se o trest boží, hřích, posedlost démony. I v Bibli se objevují zmínky a popisky duševních nemocí. Ve starověkém Řecku se problematice duševních onemocnění věnovalo chrámové lékařství, které se spojuje se jménem Asklepia, o kterém dodnes nevíme, zda byl skutečným člověkem, nebo se jednalo o bájnou bytost (Praško a kol., 2011).

Odlišný pohled na duševní onemocnění přinesli filozofové a vědci. Pythagoras (6. století př. n. l.) prohlásil, že mozek je sídlem rozumu a že duševní onemocnění jsou nemocemi mozku (Petr, 2014).

Pokrok přináší řecký lékař Hippokrates (5. století př. n. l.), který odmítl tvrzení, že duševní onemocnění vzniká působením nadpřirozených sil. Duševní nemoci považoval za nemoci mozku nebo za poruchu poměru základních tělesných tekutin. Rozvoj vědeckého pohledu na duševní poruchy byl zastaven stěhováním národů a pádem Říše římské, došlo k celkovému úpadku humanistického a vědeckého vzdělání (Praško a kol., 2011).

Vzniká Codex Theodosianus roku 483 po Kr., kterým byly duševní poruchy vyloučeny z medicíny a staly se předmětem náboženského hodnocení. Bylo vyhlášeno stíhání a trestání „posedlých“ (Zvolský, 2003).

Převládalo přesvědčení, že duševní onemocnění je způsobeno nadpřirozenými silami, a proto by se měli jedinci s duševní poruchou izolovat, aby neobtěžovali ostatní (Petr, 2014).

Ve středověku dochází k všeobecnému úpadku vědy. Vědy se zmocňuje církev a vše vysvětluje na základě věrouky. Navrací se k představě, že duševně nemocný je posedlý zlými duchy, ďáblem nebo se jedná o potrestání Bohem. S duševně nemocnými se v tomto období zachází velmi krutě, neboť duševní onemocnění je pokládáno za trest boží. Duševně nemocní byli mučeni, vězněni, přikováni řetězy, zaklínáni a bití. V některých případech byli upáleni v procesech s čarodějnicemi, které přetrvávaly až do poloviny 18. století. Někteří duševně nemocní našli azyl v útulcích nebo kláštřích (Praško a kol., 2011).

Silnější odpor vůči církvi proběhl v 15. století. Města začala zřizovat azyly pro duševně nemocné a začala vybírat poplatky od příbuzných a cechů za péči o ně. Příbuzní měli přikázáno držet duševně nemocné doma v izolaci, třeba i násilným způsobem. Pokud příbuzní nezvládli duševně nemocného udržet doma, mohl být nemocný zavřen do městského vězení. Intenzivněji se objevovaly snahy o změnu přístupu k duševně nemocným. Objevují se první názory, které zdůrazňují vlídné zacházení s nemocným. Na jedince s duševní poruchou bylo stále častěji pohlíženo jako na nemocné. I když se postupně změnil pohled na etiologii duševní nemoci, onemocnět tímto způsobem se stále považovalo za společenskou hanbu (Petr, 2014).

Počátkem novověku začaly vznikat ústavy pro duševně nemocné. Prvotní zájem, a to pomoci trpícím, se však zvrhl a došlo k izolaci pacientů. Ústavy tedy měly spíše vězeňský než nemocniční charakter. Docházelo k tomu, že pacienti byli zavírání za mříže, uvázání na řetězy, byli bití, pokud se nechovali podle pravidel, zavírání v temných kobkách, vystavování nepříjemným pachům, stále probouzení, pálení žhavým železem, centrifugování, ponořování do studené vody apod. Ženy pobývaly v ústavech společně s muži. Až do konce 18. století byli duševně nemocní veřejně zesměšňováni pro pobavení publika a ještě v 19. století bylo možné si za poplatek chodit pacienty prohlížet (Praško a kol., 2011).

Převratná změna v oblasti péče o duševně nemocné je spojená se jménem francouzského lékaře Phillipa Pinela, který působil na přelomu 18. a 19. století. Pinel vystoupil proti používání omezovacích opatření – osvobodil pacienty z řetězů (Petr, 2014).

Předtím bylo naprosto běžné, že duševně nemocní byli drženi ve věznicích společně se zločinci, Pinel vyčlenil skupinu duševně nemocných a tu poté umístil do specializovaných institucí – psychiatrických ústavů. Zde se nachází počátek psychiatrického ústavnictví. Pinel se zabýval léčbou prací, používal psychodrama a snažil se o kvalifikaci psychických poruch. Stal se inspirací pro další lékaře. Došlo ke zjištění, že psychicky nemocné je možné zvládnout, pokud se s nimi zachází lidsky a jsou vytvořeny příznivé podmínky (Praško a kol., 2011).

Od počátku 19. století začaly být odmítány názory o tom, že duševní onemocnění je kletbou, božím trestem či posednutím. Ústavy začínají mít charakter nemocnic, pacienti jsou pozorováni, vedou se o nich záznamy a vzrůstá zájem o to, jak je léčit. V léčbě však můžeme ještě pořád nalézt barbarské či nelidské způsoby, jako je venesekce, přikládání pijavic, emetika, různé koupele, laxativa, vyhladovění pacientů, náhlé ponořování do studené vody téměř až do utopení, padací můstky, údery elektřinou, různé přístroje na otáčení pacientů až do bezvědomí apod. Namísto řetězů a kovových pout se používají lidštvější způsoby omezení, a to svěrací kazajky, kurty, zvláštní omezovací židle a postel a další zařízení, které donutí pacienty zaujmout požadovanou polohu anebo které zabrání jejich psychickým projevům (Praško a kol., 2011).

V 19. století měla největší vliv na rozvoj psychiatrie především francouzská a německá škola. Působila zde celá řada významných osobností, vznikaly odborné publikace o léčbě duševních poruch a začaly se vydávat odborné časopisy o psychiatrii. K významným osobnostem této doby patří např. profesor Arnold Pick, Alois Alzheimer, John Conolly a Emil Kraepelin, který vnesl do psychiatrie systém (Petr, 2014).

Začíná se využívat pracovní terapie, při ústavech jsou zřizovány pracovní dílny a rekreační prostory. Objevují se snahy dělit ústavy na léčebné a opatrovací. V této době se otevírají některé ústavy přímo za svým účelem. U některých autorů můžeme pozorovat změnu ve vnímání duševních poruch – jejich příčiny jsou často hledány

v psychologických a sociálních jevech. V tomto období se neobjevovala příliš pestrá nabídka terapeutických metod. Používala se hypnotika a sedativa, dále koupele, lůžkový režim a důraz byl kladen na pracovní terapii, i když pro ni nebyl rozpracován žádný specifický systém (Praško a kol., 2011).

Počátky 20. století jsou v psychiatrii spjaty s nástupem psychoanalýzy. Freudova psychoanalýza představovala pokrok pro léčení neuróz. V pozdějších letech se psychoanalýza využila i při léčbě psychóz. Psychoanalýza se projektovala i do dalších oborů, jako je pedagogika, sociologie a historie (Petr, 2014).

Docházelo ke snahám o aktivní biologické ovlivnění duševních chorob. Nejdříve se jednalo o umělé vyvolání horečky, po kterém následovalo léčení tzv. trvalým spánkem, také léčba dietní a hormonální. Praktické výsledky se však nedostavovaly vždy v takové míře, jakou by psychiatři očekávali. Zavedením konvulzivní léčby nastal výraznější zlom. Konvulzivní léčba byla prováděna různými metodami, např. inzulinová léčba, při které se vyvolá bezvědomí v důsledku nízké hladiny cukru v krvi. Dále sem patří kardializované a acetylcholinové šoky, od kterých bylo upuštěno z důvodu častých komplikací. Dodnes využívanou šokovou metodou jsou šoky elektrické (Petr, 2014).

Objevení a zavedení nových psychofarmak v 50. letech 20. století představuje obrovský zlom ve vývoji psychiatrie. Po nasazení psychofarmak se u některých pacientů zlepšil jejich zdravotní stav natolik, že mohli být léčení pouze ambulantně, bez nutnosti hospitalizace. V 60. letech byl zaznamenán jednak boom vzniku nových léků, jako jsou antipsychotika, ale také rozvoj psychoterapeutických postupů, jako je kognitivní terapie, interpersonální psychoterapie, skupinová psychoterapie a krátká dynamická psychoterapie. Pozornost je kromě efektivity léčby kladena také na kvalitu života pacienta a na kvalitu samotné péče. Po celém světě dochází k rozvoji komunitní psychiatrie, vznikají chráněné dílny, domy na půl cesty, formuje se case management (Praško a kol., 2011).

V Čechách se psychiatrie vyvíjela podobným způsobem jako v sousední střední Evropě. Již v 10. století se v českých zemích zakládají církevní a městské špitály, ve 14. století speciální špitály pro duševně nemocné. Největší úpadek a nejkruťější zacházení s duševně nemocnými je spojeno s obdobím třicetileté války. Prvním opravdovým

odborníkem v české psychiatrii byl Jan Theobald Held, ke kterému byli posíláni na léčení nemocní kněží. První odborné psychiatrické oddělení na území Čech bylo zřízeno Josefem II. při Všeobecné nemocnici v Praze roku 1790. Za zakladatele moderní české psychiatrie je považován Karel Kuffner (1858 – 1940), který vedl pražskou psychiatrickou kliniku, napsal učebnici psychiatrie pojatou na přírodovědeckém základě a vychoval generaci psychiatrů. Počátkem 20. století začaly v Čechách vznikat velké psychiatrické léčebny. Jednalo se o budovy pavilonového typu o průměrném počtu lůžek 500 – 2000 (největší v Bohnicích), které byly situovány spíše stranou velkých měst. Nacházely se v příjemném prostředí a byly vybaveny zemědělskými podniky a zahradami. Byly ovšem izolovány od ostatních medicínských oborů, a tím mohly zčásti přispět k další stigmatizaci osob s duševní poruchou. K významným psychiatrům 20. století na české scéně patřili Zdeněk Mysliveček, Otakar Janota, Vladimír Vondráček, Josef Apetauer (dětská a dorostová psychiatrie), Josef Hádlík (zakladatel psychiatrické kliniky v Olomouci) (Pražko a kol., 2011).

1.4 Postavení psychicky nemocných ve společnosti

U nemocného člověka nedochází pouze k odchylkám biologickým, ale také k odchylkám sociálním (Vágnerová, 2012). Názor společnosti na nemocného je ovlivněn změnami vzhledu, chování a také předsudky, které se ve společnosti vyskytují. Autorka dále zmiňuje, že názory nemocného na svou nemoc jsou ve velké míře ovlivněny postoji společnosti, které převládají.

Duševně nemocný člověk zastával a zastává jinou pozici než člověk, který trpí tělesnou nemocí (Baudiš, Libiger, 2002). Tento autor dále zmiňuje, že u člověka s tělesnou nemocí si lze lépe představit ohraničený úbytek schopností, který je spojený s porušenou funkcí nějakého orgánu nebo orgánové soustavy, ale u člověka s duševním onemocněním je toto ohraničení méně zřetelné.

Studie ukazují, že duševními poruchami trpí poměrně velká část obyvatelstva. Ne každý, kdo se setká s psychickými problémy, vyhledá odbornou pomoc, jelikož většina

poruch je pouze přechodného charakteru. Společnost někdy nahlíží na duševní poruchy jako na obtížně léčitelné. Také se objevuje tendence připisovat každý neobvyklý čin nálepce, v tomto případě duševnímu onemocnění. Můžeme se setkat s tím, že laická veřejnost dělí duševní poruchy na dva typy. Jedním typem jsou psychické problémy, které vznikly jako reakce na stres. Běžně se mluví o tom, že se člověk „zhroutil“, „psychicky vyčerpal“, „bylo toho na něj moc“ apod. Pro tuto skupinu mívá společnost velké pochopení, protože se předpokládá, že se dotyčný vyléčí. Druhým typem jsou psychické poruchy s tzv. „dědičným charakterem“, které podle laické veřejnosti jsou nevléčitelné. Této skupině bývá přisuzováno, nepředvídatelné, nepochopitelné a někdy i nebezpečné chování. Společnost se osobám z této skupiny raději vyhýbá. Příčinou distance od osoby s duševní poruchou může být informace o tom, že byla léčena na psychiatrii, nemocí změněné chování nebo samotná diagnóza (především schizofrenie). Lidé pacienta po propuštění z léčby pozorují, hodnotí a srovnávají se svými představami o duševním onemocnění. Každé odlišné chování je u těchto osob přisuzováno projevům duševní nemoci (Praško a kol., 2011).

K lidem s duševní poruchou bychom v rámci ošetrovatelské péče měli přistupovat s neformálním, lidským zájmem a k přijetí nemocného je důležitá empatie, tedy snažit se o pochopení jeho vnitřního života na základě vlastní zkušenosti (Styx, 2003). Dále autor uvádí, že některé projevy duševní nemoci nemohou být empatií nakloněny, protože v řadě případů není ani v silách nemocného, aby se zpětně vžil do projevů vlastní, překonané psychózy.

Člověk s duševní poruchou se potýká s různými omezeními, která mu přináší nemoc sama a navíc podléhá i sociálnímu hodnocení své nemoci. Hodnocení vznikají na základě dané kultury, jejich zdroj můžeme nalézt v médiích, uměleckých dílech, ale také se s nimi setkáváme v každodenním životě prostřednictvím novinových článků, poznámek v běžné mluvě i ustálenými obraty v řeči (Baudiš, Libiger, 2002).

U lidí psychicky nemocných může docházet k ohrožení nebo narušení základních sociálních potřeb jako například potřeby bezpečí, potřeba přijetí druhými lidmi. Postavení psychicky nemocného ve společnosti je doprovázeno částečnou izolací, podceňováním, opovrhováním a dalšími negativními projevy společnosti. Jedná se o

pravý opak toho, co by nemocný potřeboval – přijetí, pocit bezpečí, povzbuzení a chválu. U osoby s psychickou poruchou může dojít ke snížení pracovní výkonnosti, může být narušena role partnerská, rodičovská, občanská, zaměstnanecká apod. Dříve se narušení určité role řešilo hospitalizací v psychiatrickém zařízení, dnes je možné podpořit a trénovat nemocného v různých oblastech (např. nácvik sebeobstarání, sociální dovednosti, zvládnání stresu, plánování aktivit apod.) nebo pobyt nemocného v chráněném prostředí (Praško a kol., 2011).

V péči o osoby s duševním onemocněním je nutné, aby docházelo k co největší spolupráci státního a nestátního sektoru, z důvodu úspěšné integrace duševně nemocného do společnosti (Venglářová, Mahrová, 2006).

Světová zdravotnická organizace v roce 2001 přišla s novým cílem, aby se psychická onemocnění dostala na stejnou úroveň jako somatická. Je pravdou, že některé psychické poruchy jsou již ve společnosti akceptovány – například deprese, zatímco schizofrenie se stále spojuje s něčím katastrofickým. I lékaři somatických oborů začínají přijímat myšlenku, že psychická a somatická onemocnění mají řadu společných znaků – např. podíl stresových faktorů, osobnostní charakteristiky, obranyschopnost organismu (imunita). Dnešní styl života s sebou přináší mnoho psychických stresů, stále častěji se objevují jedinci, kteří tuto zátěž nezvládají a potřebují pomoc odborníka (Češková, 2006).

„WHO, ve spolupráci s dalšími institucemi, společenskými seskupeními, náboženskými skupinami, lidmi a rodinami, usiluje o zlepšení informovanosti veřejnosti, zpochybnění stigmat, zmírnění diskriminace, humanizaci psychiatrické služby a zplnohodnocení pacientů ve společnosti na celém světě“ (Malá, 2005, s. 144).

Baudiš a Libiger (2002) uvádějí, že postoje společnosti a médií se začínají pozvolna ubírat směrem k pozitivnějšímu. Dle autorů k tomu přispívá polidštění a vývoj psychiatrie a také větší informovanost na straně společnosti a médií.

1.5 Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním

1.5.1 Sociální práce

Sociální práce je společensko-vědní disciplína, jejíž součástí je i oblast praktických činností, jejím posláním je mapování, analyzování, zmírňování a řešení sociálních problémů (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Sociální práce je založena na principu ochoty pomoci druhým lidem. Zaměřuje se na to, jak pomoci klientovi, aby si dokázal pomoci vlastním přičiněním. Do sociální práce se promítá solidární myšlení společnosti, proto významnou součástí sociální práce je dobrovolnictví. Pro sociální práci je také velice důležité, že využívá znalosti různých oborů a spolupracuje s nimi (Gulová, 2011).

Cílem sociální práce je poskytovat sociální služby jednotlivcům, rodinám, skupinám a komunitám. Sociální práce je založena na individualitě ve vztahu ke každému klientovi a na komplexnosti péče z různých úhlů pohledu, např. ekonomické, zdravotní, právní, psychologické, sociologické a pedagogické hledisko (Mahrová, Venglářová, 2008).

Sociální práce ve smyslu péče o duševní zdraví je součástí intervencí, které se mohou pohybovat od krizové intervence při obnovení duševní rovnováhy až po problematiku dlouhodobé léčby duševních poruch. Sociální pracovník poskytuje lidem s psychickými problémy odbornou radu v různých oblastech či jim může být nápomocen při specifických intervencích. U lidí dlouhodobě duševně nemocných je vyžadována komplexní péče, neboť jejich život může být omezen ve více oblastech a na delší dobu. Péče o potřebné prošla dlouholetým vývojem, nyní se přistupuje ke snaze přesunout péči z institucí do přirozeného prostředí, tzv. deinstitucionalizaci. Rozvíjí se podpora komunitní péče. Dále by mělo docházet k postupnému odstraňování předsudků společnosti vůči duševně nemocným a v rámci vyspělé péče zapojovat i prevenci stigmatizace osob s duševní poruchou (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005).

1.5.2 Sociální pracovník a jeho role

Sociální pracovník musí mít znalosti z různých vědních oborů, např. z psychologie, sociologie, práva, filozofie apod. Sociální pracovník má široké pole působnosti, může se uplatnit v různých oblastech. Jeho uplatnění spadá do oblasti krizové intervence, diagnostiky, poradenství, prevence, sociálně-správních činností, supervize, terapie, výzkumu, vzdělávání dalších sociálních pracovníků a vědecké činnosti (Gulová, 2011).

Po roce 1989 nastala změna v souvislosti se vzděláváním sociálních pracovníků. Došlo k rozvoji zejména univerzitního studia, dále je požadována znalost různých teoretických oborů. Do sociální práce se zavádějí supervize jako významná prevence proti syndromu vyhoření (Mahrová, Venglářová, 2008).

Dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách v § 109 je uvedeno, že „*sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb*“ (Zákon č. 108/2006, § 109).

Sociálního pracovníka při práci s lidmi s duševním onemocněním můžeme najít v zařízeních typu institucionálního (psychiatrická léčebna, psychiatrický domov důchodců, domovy pro seniory běžného typu), v souvislosti s léčebnou komunitou, také v komunitních zařízeních (krizová centra, zařízení podpory bydlení) nebo se může jednat o služby, které nabízejí obce či jiné organizace (zařízení pro uprchlíky apod.). Náplň práce sociálního pracovníka při poskytování pomoci lidem s duševní poruchou:

1. Navození respektu a partnerství mezi klientem a sociálním pracovníkem
2. Zabývá se vytvářením vztahů, funguje jako zprostředkovatel mezi klientem s duševním onemocněním a prostředím, ze kterého klient přichází

3. Uvědomuje si, že každý klient je individuální osobnost s různými diagnózami, z odlišného prostředí, s jinými osobnostními rysy, vzděláním, zkušenostmi apod.
4. Snaží se vytvořit pro klienta prostředí, které by bylo více tolerantní a pozornější vůči tomu, co klient potřebuje
5. Analyzuje zdravotně-sociální potřeby klienta, podporuje klienta a analyzuje vliv a možnosti okolí
6. Poskytuje klientovi pomoc při zvládnutí nemoci a při přizpůsobení klienta na nemoc
7. Působí na postoje společnosti, profesionálů v rámci začlenění člověka s duševním onemocněním do společnosti a snaží se o zmírnění pocitů méněcennosti u klientů (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005).

Sociální pracovník by měl k práci s lidmi s duševní poruchou mít základní vědomosti z psychiatrie, umět se orientovat ve standardech zdravotní a sociální péče. Kvalifikovaný sociální pracovník by měl být schopen vytvořit anamnézy týkající se klienta a jeho prostředí prostřednictvím sociálního šetření, dále zformulovat plán společné intervence a snažit se jej plnit, dokázat, zhodnotit spolupráci a vědět, jak ji správným způsobem ukončit. Sociální pracovník také musí dokázat připravit klienta na přechod z institucionálního zařízení do běžného života. Má dobré komunikační schopnosti, dokáže být empatický, všímá si verbálních i neverbálních projevů při komunikaci s klientem i jinými účastníky rozhovoru, dokáže ústně i písemně komunikovat s ostatními odborníky, zná legislativu a orientuje se v různých cílových skupinách (např. zná jejich hodnoty, postoje a životní styl), dokáže naslouchat, respektovat a je ohleduplný ke všem sociálním skupinám (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005).

1.5.3 Komunitní péče

„Komunitní péče je široký soubor služeb, programů a zařízení, jehož cílem je pomoci lidem s duševní poruchou žít co nejvíce v podmínkách běžného života, subjektivně co nejuspokojivějším způsobem tak, aby mohly být co nejvíce uspokojeny jejich zdravotní, psychologické a sociální potřeby“ (Probstová, Pěč, 2014, s. 184-185).

Komunitní péče by měla představovat péči, která se odehrává v prostředí, které je klientovi velmi dobře známé. Důležitou součástí komunitní péče je také výchova společnosti k větší spoluúčasti a akceptaci vůči jedincům, kteří se odlišují svým vzhledem, hodnotami a postoji nebo chováním. Tímto úkolem by se měli zabývat nejen poskytovatelé služeb, ale také sami klienti, a to nejefektivněji prostřednictvím svépomocných skupin. V komunitní péči by měl být vztah mezi klientem a jeho pečovateli založen na partnerství, i když v některých případech musí pečovatel převzít určitou míru zodpovědnosti za klienta. Objevuje se snaha o to, aby klient převzal odpovědnost za svůj život, cíleně se pracuje se základními potřebami klienta, rozvíjí se jeho silné stránky s cílem zlepšit kvalitu jeho života (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Kvalitní komunitní péče představuje několik důležitých charakteristik. Jedná se o vzájemnou spolupráci mezi klientem a poskytovatelem pomoci, kdy je klient považován za experta na svůj život, pomoc vyškolených poskytovatelů péče zaměřit se na posílení a aktivní účast klienta v dění společnosti, bohatá nabídka služeb, které mohou využívat jak klienti a jejich rodiny, tak také široká veřejnost, posílení rodinných vztahů a ostatních vztahů mimo rodinu (Pěč, Probstová, 2009).

Komunitní péče zahrnuje spolu s léčbou také postupy, které napomáhají klientovi v oblasti zaměstnání, bydlení a společenských vztazích. Cílovou skupinu tvoří nejenom klienti, ale také ostatní účastníci, kteří se podílejí na poskytování pomoci v rámci komunity. Spousta vyspělých zemí podporuje komunitní péči od poloviny dvacátého století v souvislosti s omezením počtu psychiatrických léčeb (Pěč, Probstová, 2014).

U některých psychických poruch je vhodnější léčit nemocného jedince v domácím prostředí, avšak naše společnost nemá vždy kapacitu k zajištění péče, individuálních a

chráněných podmínek pro nemocné. Z tohoto důvodu je někdy lepší krátkodobější či dlouhodobější hospitalizace v psychiatrické léčebně (Češková, 2008).

K službám poskytovaným v rámci komunitní péče patří krizové služby, telefonická pomoc, krizová kontaktní centra, krizové služby s možností přespaní, centra pro denní služby, domácí léčba a domácí péče, podpora v bydlení (asistence v prostředí domova, byty a domy na půli cesty, chráněné bydlení, sociální byty) a podpora v práci (chráněná pracovní místa, přechodné a podporované zaměstnání, sociální firma, pracovní poradenství, Job-klub) (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Jednou z forem, která se řadí do komunitní péče, je případové vedení (case management). Jedná se o přístup, který přispívá k lepšímu propojení a návaznosti poskytovaných služeb v rámci komunitní péče (Pěč, Probstová, 2014).

1.6 Stigma, stigmatizace a destigmatizace

1.6.1 Definice

Označení stigma pochází z Řecka, mělo dávat najevo něco neobvyklého nebo špatného o jeho nositeli a upozornit ostatní na to, aby se takovému člověku raději vyhýbali (Goffman, 2003).

Stigma představuje označení méněcennosti, které není podloženo žádnými fakty a vyvolává negativní postoje společnosti vůči jeho nositeli. Negativní postoj může představovat snahu vyhnout se takto označeným jedincům např. v oblastech bydlení, zaměstnání, volnočasových aktivit či partnerských vztahů (Höschl, Libiger, Švestka, 2004).

Stigma dělíme do třech typů, které se od sebe odlišují (Goffman, 2003). Autor je rozlišuje na stigma tělesných vad, kam spadají různé tělesné deformace, dále na vady spojené s charakterem, kam se řadí např. duševní poruchy, odlišná sexuální orientace, výkon trestu odnětí svobody, sebevražedné sklony, radikální výstupy spojené

s politikou, patologické jevy – užívání návykových látek, sexuální deviace a posledním typem jsou stigmata, která se týkají rasy, národa a náboženského vyznání.

1.6.2 Stigmatizace psychicky nemocných

Člověk s duševním onemocněním nese na svých bedrech těžké břímě, vedle své diagnózy se také potýká s nepříznivou reakcí ze strany veřejnosti (Praško a kol., 2011).

Veřejnost mívá sklon osoby s duševní poruchou separovat. Dochází ke vzniku řady předsudků. Chování osob s duševním onemocněním je nepředvídatelné, jsou považovány za neschopné a mnozí ze společnosti se domnívají, že nejvhodnějším způsobem léčby by byla dlouhodobá léčba v psychiatrické léčebně. Stigmatizace bere duševně nemocným schopnost věřit v sám sebe, možnost snadného uplatnění a nástupu zpět do zaměstnání. Dochází také k omezení kontaktů se společností a ke strachu z komunikace. V některých případech se objevuje i odmítavý postoj k užívání léků (Raboch, Zvolský, 2001).

Praško a kol. (2011) uvádí, že více jsou stigmatizací ohroženy osoby, u kterých jsou projevy psychické poruchy rozpoznatelné na první pohled. Dále autor zmiňuje, že velkým vlivem se na stigmatizaci osob s duševní poruchou podílejí média, která vykreslují tyto osoby jako nebezpečné kreatury schopné čehokoliv.

Osoby s duševní poruchou se se stigmatizací setkávají v běžných životních situacích (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006). Dle autorek se stigmatizace projevuje v partnerských vztazích, zaměstnání, bydlení a trávení volného času.

Pro každého z nás může být seznamování se s novými lidmi a hledání partnera určitou zátěží. Lidé s duševní poruchou jsou ostýchaví, více citliví, bývají závislí na primární rodině, často nemají žádné záliby a svůj volný čas tráví sami doma. Všechny tyto okolnosti jim značně znesnadňují kontakt se společenským prostředím a trávení času s vrstevníky (Jarolímek, 2012).

Nováková (2011) shledává zaměstnání za důležité nejen pro navazování sociálních kontaktů, ale také pro rozvoj sebedůvěry, lepší zvládání vlastní nemoci a zvýšení kvality života.

Pro některé osoby s duševní poruchou může být zdrojem stigmatizace přiznání invalidního důchodu. Překážky pro znovu začlenění osob s duševní poruchou do pracovního procesu můžeme rozdělit na vnější a vnitřní. K vnějším překážkám patří nezaměstnanost, neodpovídající pracovní podmínky a nevyhovující integrační politika pro osoby se zdravotním postižením. K vnitřním překážkám řadíme kvalifikaci, psychiatrické onemocnění, schopnost člověka fungovat ve společnosti, pracovní dovednosti a také vnímání sama sebe a sebedůvěru (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005).

V souvislosti s problematikou zaměstnání se objevuje pracovní rehabilitace. Pracovní rehabilitace může probíhat v zařízeních různého typu. Jedná se o chráněná pracovní místa, tréninková místa, podporované zaměstnání a Job kluby (Nováková, 2011).

Společenské stigma se projevuje také v oblasti bydlení. Absence, ztráta či nestabilní bydlení může vést u osoby s duševní poruchou ke zhoršení symptomů nemoci, marginalizaci a sociálnímu vyloučení (Bonsack, De Ara, 2015).

V České republice pobývají osoby s duševní poruchou v domácím prostředí a v léčebnách. Také se s nimi můžeme setkat jako s uživateli sociálních služeb (např. domovy pro seniory se specializací pro psychiatrii) nebo jako s bezdomovci (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005).

Duševní poruchou v České republice trpí zřejmě polovina bezdomovců. Lidé s duševní poruchou nejsou v některých případech schopni zajistit si základní potřeby jako invalidní důchod, místo bydlení atd. Nejvhodnějším způsobem pomoci pro tyto lidi by měl být systém komunitní péče, který na našem území není zatím příliš rozvinut (Jarolímek, 2010).

Pro osoby s duševní poruchou jsou vytvářeny různé formy bydlení. Může se jednat o chráněná bydlení, skupinová bydlení, samostatná podporovaná bydlení a domy na půli cesty (Nováková, 2011).

Osoby s duševní poruchou mají rozličné záliby a představy o trávení volného času. Mezi překážky, se kterými se tyto osoby potýkají, můžeme zařadit nedostatek finančních prostředků, dopravní nedostupnost místa, odmítání ze strany veřejnosti, nedostatek dovedností, strach z nových věcí a neznámých situací, potíže v sociálním fungování – nápadné chování, problémy v komunikaci, symptomy duševního onemocnění, vedlejší účinky medikace a nízké sebevědomí (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005).

Z pohledu lékaře účinkuje stigma proti jeho cílům: pro nemocného je obtížné vrátit se zpět do společnosti jako samostatný jedinec, snižuje jeho pracovní uplatnění, zhoršuje komunikaci s ostatními lidmi, oslabuje víru v sebe a v uzdravení, také jeho motivaci k léčbě. Dále zvyšuje tlak na jedince, který bývá v psychiatrii spouštěčem relapsu (Libiger, 2002).

Stigmatizace nezasahuje do života jedince v tak velké míře v oblastech např. rodinných vztahů či v zaměstnání, kde kvalitně odváděl svou práci. Objevuje se také předpoklad, že stigmatizace se nemusí týkat pouze pacienta samotného, ale také jeho blízké rodiny (Höschl, Libiger, Švestka, 2002).

V souvislosti s duševní poruchou se v naší společnosti setkáváme s různými stereotypy (Praško a kol., 2011). Dle autora stereotypy představují posuzování určitých skupin osob na základě zvyků a předsudků. Autor dále uvádí, že stereotypy se mohou týkat také celých národů či ras. Autor ve své knize píše o rozdělení stereotypů na autostereotypy, což je mínění, které má určitá skupina osob sama o sobě, a heterostereotypy, které se týkají představ, jež mají ostatní o příslušnících určitých skupin.

Dle Heathertona (2003) stigmatizace představuje odlidštění, hrozbu, a odpor. Stigmatizace se týká vlastní osoby, mezilidských vztahů a může znamenat sociálně náročnou životní situaci. Předpokládá se, že mít zkušenost se stigmatizací nebo stát se terčem stereotypů a předsudků, má za následek narušení osobnosti daného jedince, které se nejčastěji projevuje nízkým sebevědomím (Heatherton, 2003).

Stereotyp spojovaný s postavou duševně nemocného bývá popisován přídavnými jmény jako nepředvídatelný, nedůvěryhodný, nebezpečný a iracionální. Často dostává

označení „blázen“, které se objevuje v různých anekdotách, televizních a literárních příbězích (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Stigma můžeme chápat jako sociální nespravedlnost, která zasahuje do života duševně nemocných. Souhlas veřejnosti s předsudky, které se týkají osob s duševní poruchou, ochuzuje tyto lidi o možnost najít si dobrou práci, příjemné bydlení a intimní vztah. Stereotypní negativní postoje ovlivňují vnímání sama sebe u duševně nemocných. Stigmatizující představy o duševních poruchách, které nacházíme ve filmech, tisku, televizi, na internetu a v reklamách, jsou nám poskytovány jako jedovatý zdroj informací o předsudcích a diskriminaci. Vliv stigmatu je ovlivněn jedinečností vlastní osoby. (Corrigan et al., 2011)

V souvislosti se stigmatizací osob s duševní poruchou se také můžeme setkat s mýty a předsudky, které se ve společnosti vyskytují. Tyto předsudky a mýty nebývají založeny na pravdě a většinou se netýkají skutečných charakterových vlastností jedince. Předsudky umožňují pohodlněji hodnotit jedince příslušné skupiny, aniž by bylo nutné zabývat se hodnocením konkrétního člověka. Objevuje se snaha o pečlivé rozlišování mezi nemocí a osobností nemocného. Předsudky a mýty jsou oslabovány v případě blízké znalosti konkrétní osoby s duševní poruchou (Baudiš, Libiger, 2002).

Lidé nedokáží přijímat způsob chování, které se odlišuje od normy. V určitých situacích může docházet k tomu, že psychiatři potvrzují předsudky laické veřejnosti, které se ve společnosti vyskytují. Praktičtí lékaři mohou sklouzávat k bagatelizaci duševní poruchy. K jednomu z mýtů o osobách s duševní poruchou patří mýtus, že tyto osoby jsou nebezpečné. Tento mýtus je často prezentován v médiích (Fink, Tasman, 1992).

Tzv. stereotyp „psychiatrického pacienta“ v mnoha případech způsobí, že jedinec odbornou pomoc vůbec nevyhledá nebo se svěří raději do péče praktického lékaře (Praško a kol., 2011).

Při snaze snížit stigmatizaci se uplatňuje mnoho technik: přiměřená léčba, mlčenlivost ze strany profesionálů, cvičení sociálních dovedností a techniky zaměřené na posílení pacientovy sebedůvěry (Höschl, Libiger, Švestka, 2002).

1.6.3 Stigmatizace rodiny

V některých případech rodina sama odmítá to, aby její člen podstoupil léčbu na psychiatrii. Má obavy ze stigmatizace člena rodiny, ale i ze stigmatizace celé rodiny (Praško a kol., 2011).

Rodina často pocítuje vinu a odpovědnost za duševní onemocnění člena rodiny. Tento pocit se vzniká v důsledku toho, že se ve společnosti objevuje předsudek, že duševní onemocnění je výsledkem dysfunkčního a nevyhovujícího rodičovského přístupu. Rodiny byly v minulosti zvyklé být pasivní a akceptovat vše, co jim psychiatři řekli. V současné době dochází k rozvoji vzdělávání veřejnosti v oblasti duševních nemocí. Někdy může dojít v souvislosti s duševním onemocněním k rozvodu a rozpadu rodin. Některé rodiny jsou ohroženy také nedostatkem finančních prostředků (Fink, Tasman, 1992).

Rodina jedince s duševní poruchou by měla mít dostatek informací. Měla by být nemocnému oporou, pomoci mu udržet si jeho dřívější sociální kontakty a pomoci mu vrátit se zpět do zaměstnání (Češková, 2008).

Rodinným příslušníkům, rodičům, partnerům a partnerkám, sourozencům je nutné poskytovat reálné informace o tom, co onemocnění obnáší, jak se může dále vyvíjet, jak mohou svému blízkému v uzdravování pomoci, jak se k němu mají chovat (Jarolímek, 2009).

Důsledky projevu duševního onemocnění u rodiny záleží na mnoha faktorech. Závisí na rodinném vztahu, zda se onemocnění týká dítěte, manželky či manžela, jednoho z rodičů nebo sourozence. Dále závisí na tom, o jakou poruchu se jedná a jaké jsou vyhlídky do budoucnosti. A v neposlední řadě závisí na individuálních reakcích členů rodiny, na charakteristických rysech rodiny (Pěč, Probstová, 2009).

I přesto, že se stigmatizací rodiny duševně nemocného nezabývá mnoho empirických výzkumů, bylo prokázáno, že tento problém může rodiny závažně ovlivnit. Vliv na stigmatizaci rodiny může představovat také typ instituce, ve které byl příbuzný léčen. Hospitalizace v psychiatrické léčebně může vyvolat větší stigma než ambulantní léčba. Vztah člena rodiny a duševně nemocného může mít vliv na přenos stigmatu na

rodinného příslušníka. Objevuje se předpoklad, že členové, kteří žijí společně s duševně nemocným, mohou očekávat větší stigmatizaci než příbuzní, kteří s ním nežijí (Phelan et al., 1998).

Často se u zdravých členů rodiny můžeme setkat s tím, že odmítají se svými přáteli a známými mluvit o duševním onemocnění člena rodiny, jelikož se jedná o společenské tabu. Mohou se stranit společnosti a izolovat se od svého okolí (Pěč, Probstová, 2009).

Corrigan et al. (2006) uvádí, že někteří rodinní příslušníci zastávají názor, že jejich vztah k osobě s duševní poruchou by měl být skrytý, jinak by se mohl stát zdrojem stigmatizace rodiny.

1.6.4 Stigmatizace odborníků

I v dnešní době se můžeme setkat se stereotypy týkající se osob, které pracují s lidmi s duševní poruchou. Občas dochází k tomu, že takovýto pracovník je vnímán jako osoba, která se neodlišuje od duševně nemocného. Dochází k přenosu obrazu uživatele na odborníka. Zdravotní sestry na psychiatrii bývají někdy považovány za méně kvalifikované a schopné než sestry z jiných oddělení (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Stigmatizace se dotýká celého oboru psychiatrie. Ve většině případů patří psychiatrická oddělení v nemocnicích k těm nejhůře financovaným a zanedbávaným. Stigma psychiatrie s sebou přináší nedostatek finančních prostředků, omezenou možnost k vytvoření intermediální péče, omezení oprav na psychiatrických odděleních, nemožnost modernizace psychiatrických léčeb a snižování počtu lůžek v nich. V ambulantní péči se projevuje v nedostatku času na pacienta z důvodu nízkého bodového ohodnocení, vede ke snaze ošetřit co nejvíce pacientů v co nejkratší době, mizí psychoterapie z ambulantní psychiatrie, u psychiatrů se objevuje neochota předepisovat kvalitnější, ale dražší léky (Praško, 2010).

Nedostatek finančních prostředků v psychiatrii se promítá nejen do kvality poskytované péče, ale také do výzkumných studií v této oblasti. Veřejnost si vytvořila

pro psychiatry obraz potrhle osoby doc. Chocholouška, který se objevil v českém filmu (Jarolímek, 2011).

Ve společnosti se také můžeme setkat se stigmatizací sociálních pracovníků. Stigmatizace ze strany veřejnosti může postihnout všechny, kteří jsou zaměstnaní v sociální oblasti, zejména pracující s cílovou skupinou, která z hlediska veřejnosti může spadat do roviny „sociální nenormality“. Obecně může docházet k tomu, že veřejné mínění znehodnocuje prestiž profese sociálního pracovníka. V některých případech i u sociálních pracovníků může docházet k přenosu obrazu uživatele na sociálního pracovníka (adiktologickakonference.cz, 2004).

1.6.5 Destigmatizace

Z důvodu, že obava ze stigmatizace může být silnější než potřeba léčby, je nutné zabývat se také destigmatizací. Důležitou úlohu ve snaze o destigmatizaci hraje výchova a zdravotnická osvěta. Informovanost naší společnosti o duševních poruchách je poměrně na nízké úrovni. Nedostatečné informace uchovávají v populaci negativní stereotypy o stigmatizovaných, které mohou vést až k utváření předsudků o chování a léčbě osoby s duševní poruchou (Praško a kol., 2011).

Pro destigmatizaci oboru psychiatrie a osob s duševní poruchou je nutné, aby probíhaly destigmatizační aktivity v rámci území celého státu a také zaměřit se na odstranění sociálního vyloučení ze společnosti osob s duševní poruchou (Juříčková, Ivanová, Filka, 2014).

Destigmatizace si klade za cíl změnit stereotypy, které se ve společnosti vyskytují o osobách s duševní poruchou, a to tím způsobem, aby docházelo k začlenění osoby do společenského života (Nováková, 2011).

Praško a kol. (2011) říkají, že při destigmatizaci bychom se měli snažit o změnu postoje zaměstnavatele, rodiny, přátel, ale i zdravotníků. Dále se zmiňují o tom, že je důležité seznamovat veřejnost s projevy duševních poruch tím způsobem, aby nebyly

vnímány jako „zvláštnost“ nebo „jinakost“, ale aby se jim snažili porozumět a pochopit je, případně jim dokázat adekvátně pomoci.

V posledních letech se mnoho zemí podílí na vytvoření mnoha iniciativ, které se zaměřují na redukci stigmatu duševní poruchy v celé společnosti i uvnitř specifických skupin. Mezi tyto iniciativy patří destigmatizační kampaně, veřejné diskuse, přednášky, programy stimulující zaměstnávání osob s duševní poruchou, terénní a krizové týmy, které se soustřeďují na zvyšování léčitelnosti závažně nemocných, zavádění právních dokumentů, které podporují práva duševně nemocných a dochází k posílení uživatelských hnutí a organizací (ceskapsychiatrie.cz, 2015).

V České republice k destigmatizačním aktivitám patří „*Týdny pro duševní zdraví*“, kde se každoročně konají koncerty, happeningy, výstavy uživatelů a workshopy. Dále projekt „*Změna*“, který probíhal v pražských stanicích metra a dopravních prostředcích, kdy cestující měli možnost vidět plakáty s příběhy duševně nemocných. Tento projekt se také zaměřuje na výstavy obrazů, anonymní poradenství, internetové poradenství a vytváří webovou stránku zabývající se destigmatizací. Každoročně je v areálech psychiatrických léčeben (Praha Bohnice, Dobřany, Brno Černovice) pořádán festival „*Mezi ploty*“, kde pro veřejnost vystupují jazzové a rockové kapely. Na destigmatizaci se podílejí také uživatelé sami, a to například poradenství poskytované uživateli (VIDA o.s.) a zapojení uživatelů v tréninkových kavárnách a obchodech, kdy se uživatelé psychiatrických služeb dostávají do kontaktu s veřejností. Ve školách se objevil destigmatizační program „*Blázníš? No a!*“, který probíhá formou diskuse se studenty středních škol a za účasti odborníků a uživatelů. Do projektu je zapojeno šest středních škol v Praze (ceskapsychiatrie.cz, 2015).

Bojovat proti stigmatizaci lze odstraňováním zdrojů stigmatu, a to odstraňováním odlišnosti duševně nemocných, předsudků proti nim a jejich diskriminace (Libiger, 2002).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

Cílem této bakalářské práce je zjistit, zda a v jakých oblastech jsou uživatelé s duševní poruchou stigmatizováni. Dalším cílem je zjistit, zda a v jakých oblastech jsou stigmatizováni sociální pracovníci věnující se péči o uživatele s duševní poruchou.

Stanovené výzkumné otázky:

Pro tuto práci byly stanoveny dvě hlavní výzkumné otázky a osm dílčích výzkumných otázek.

HVO 1: *Jakých oblastí života se týká stigmatizace osob s duševní poruchou?*

DVO 1: *Jak se projevuje stigmatizace v oblasti osobního života*

DVO 2: *Jak se projevuje stigmatizace v oblasti rodinného života?*

DVO 3: *Jak se projevuje stigmatizace v oblasti zaměstnání?*

DVO 4: *Jak se projevuje stigmatizace v oblasti využití volného času?*

DVO 5: *Jak se projevuje stigmatizace v oblasti bydlení?*

DVO 6: *Jak se projevuje stigmatizace v oblasti vnímání sebe sama?*

HVO 2: *Jakých oblastí života se týká stigmatizace pracovníků Domina věnujících se péči o uživatele s duševní poruchou?*

DVO 7: *Jak se projevuje stigmatizace v oblasti osobního života?*

DVO 8: *Jak se projevuje stigmatizace v oblasti rodinného života?*

3 Metodika

3.1 Metody a techniky sběru dat

Praktická část práce je realizována pomocí kvalitativního výzkumu. Kvalitativní výzkum podává informaci o názorech účastníků výzkumu na danou problematiku, výzkum se odehrává v prostředí, které je pro účastníky přirozené. Kvalitativní výzkum umožňuje proniknout do hloubky zkoumaného jevu (Hendl, 2005).

K výzkumu byla použita metoda dotazování a technika polořízeného rozhovoru.

Polořízené rozhovory byly zaznamenávány na digitální záznamník a poté byly přepsány do textové podoby v programu Microsoft Word na záznamové archy. Komunikační partneři měli možnost se otevřeně rozhovořit a já jsem mohla pokládat další doplňující otázky.

Polořízený rozhovor se čtyřmi uživateli Domina je rozčleněn do čtyř stěžejních částí, a to: identifikační část, část o využívání služby Domino, část týkající se duševní poruchy a část o stigmatizaci. Část, která se týká stigmatizace, je dále rozdělena na šest oblastí – oblast týkající se osobního života, rodinného života, zaměstnání, využití volného času, bydlení a vnímání sebe sama. Každá z šesti oblastí obsahuje několik podotázek. (Příloha č. 1)

Polořízený rozhovor s jednou sociální pracovnící a jednou pracovnící v sociálních službách Domina je rozdělen na tři hlavní okruhy. První okruh tvoří identifikační otázky, druhý okruh se zaměřuje na práci s lidmi s duševním onemocněním, na práci v této organizaci a třetí okruh se zaměřuje na stigmatizaci sociálních pracovníků a na stigmatizaci osob s duševní poruchou. (Příloha č. 2)

3.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvoří dva zkoumané soubory, a to čtyři uživatelé a jedna sociální pracovníce a pracovníce v sociálních službách organizace Domino. Komunikační

partneři byli vybráni účelovým kvótním výběrem. Kritériem pro výběr komunikačních partnerů mezi uživateli Domina byla ochota spolupracovat, délka onemocnění alespoň pět let. Výzkumný soubor tvoří tři muži a jedna žena. (viz tabulka č. 1 a č. 2)

Kritériem výběru komunikačních partnerů mezi pracovníky Domina byla ochota se mnou spolupracovat, délka praxe alespoň dva roky s cílovou skupinou osob s duševní poruchou. Původní záměr byl uskutečnit rozhovor se dvěma sociálními pracovníci. Vzhledem k tomu, že došlo v Dominu k personálním změnám, musela jsem výzkum uskutečnit s jednou sociální pracovnící a jednou pracovnící v sociálních službách. (viz tabulka č. 10 a č. 11)

3.3 Realizace výzkumu

Teoretickou část práce jsem vypracovávala v měsících listopad a prosinec roku 2014. Výzkumnou část jsem zpracovávala v měsících únor, březen až do poloviny dubna roku 2015. V tomto období jsem sestavila otázky k polostrukturovanému rozhovoru se čtyřmi uživateli, jednou sociální pracovnící a jednou pracovnící v sociálních službách v Dominu a provedla vlastní výzkum. O svolení provádět výzkum v této organizaci jsem požádala vedoucí organizace. Pro zachování anonymity uživatelů i pracovníků uvádím všechny dotazované jako komunikační partnery pod čísly nebo písmeny.

Domino – služba pro lidi s duševním onemocněním, Městská charita České Budějovice

Domino je organizace, která spadá pod Městskou charitu v Českých Budějovicích. Jedná se o ambulantně poskytovanou sociální službu pro osoby s chronickým duševním onemocněním. Mezi základní činnosti patří sociálně terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. V Dominu je také poskytovaná terénní práce, a to dopomoc při vyřizování osobních záležitostí klientů

(doprovod k lékaři, na úřad atd.). Hlavní posláním Domina je podporovat u lidí s duševním onemocněním soběstačnost a samostatnost tak, aby mohli zůstat ve svém přirozeném prostředí, rozvíjet své schopnosti, uplatnit se na trhu práce a začlenit se do běžné společnosti (mchcb.cz, 2015).

4 Výsledky

4.1 Výsledky rozhovorů s uživateli Domina – služba pro lidi s duševním onemocněním

4.1.1 Identifikační údaje

Tabulka č. 1: Identifikační údaje uživatelů Domina

Komunikační partner	Pohlaví	Věk	Rodinný stav	Děti
Komunikační partner č. 1	žena	54	rozvedená	1
Komunikační partner č. 2	muž	34	svobodný	bezdětný
Komunikační partner č. 3	muž	52	svobodný	bezdětný
Komunikační partner č. 4	muž	45	rozvedený	1

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 2: Identifikační údaje uživatelů Domina

Komunikační partner	Bydlení	Zaměstnání
Komunikační partner č. 1	sociální byt - garsonka	částečný invalidní důchod
Komunikační partner č. 2	vlastní byt 2 + 1	invalidní důchod 3. stupně
Komunikační partner č. 3	rodinný dům 2 + KK	invalidní důchod
Komunikační partner č. 4	rodinný dům	invalidní důchod 3. stupně

Zdroj: Vlastní výzkum

4.1.2 Využívání služby Domino – služba pro lidi s duševním onemocněním

Na otázku, jak dlouho jste uživatelem této služby, mi komunikační partnerka č. 1 odpověděla: „*Domino navštěvuji již tři roky.*“ Komunikační partner č. 2 uvedl, že: „*Služby Domina využívám čtyři a půl roku.*“ Komunikační partner č. 3 řekl, že: „*Do Domina docházím od roku 2011, takže jeho služby využívám čtyři roky.*“ Komunikační partner č. 4 mi sdělil: „*Domino jsem objevil teprve nedávno, jeho služby využívám krátkou dobu, a to tři měsíce.*“

Dále jsem se uživatelů Domina tázala, jak často do Domina dochází, na tuto otázku odpověděla komunikační partnerka č. 1: „*Domino navštěvuji téměř každý den v týdnu.*“ Komunikační partner č. 2 uvedl: „*Do Domina docházím jednou až dvakrát týdně.*“ Komunikační partner č. 3 odpověděl: „*V dominu jsem čtyřikrát týdně.*“ Komunikační partner č. 4 řekl: „*Službu Domina využívám dvakrát týdně.*“

Na otázku, jaké služby zde využíváte, mi komunikační partnerka č. 1 odpověděla: „*Navštěvuji psychoterapii a relaxaci, účastním se trénování paměti, pravidelně docházím do filmového klubu, dámského klubu a také na vaření.*“ Komunikační partner č. 2 uvedl: „*V Dominu provozuji mozkový jogging a účastním se nácvičku připravování studených i teplých jídel. Také navštěvuji kulturní a společenské akce pořádané Dominem.*“ Komunikační partner č. 3 mi sdělil: „*Pravidelně tvořím v keramické dílně, docházím na vaření, využívám sociálního poradenství a individuálních pohovorů se zaměstnanci Domina.*“ Komunikační partner č. 4 uvedl: „*V Dominu využívám keramickou dílnu, účastním se kulturních a společenských akcí a využívám sociálního poradenství. Docházím také na psychoterapii.*“ Všichni komunikační partneři se shodli na tom, že jim tato služba zprostředkovává kontakt se společenským prostředím.

Na otázku, v čem Vám tato sociální služba pomáhá, komunikační partnerka č. 1 odpověděla: „*Tato služba mi pomáhá při začlenění se do společnosti a také mi pomáhá při zvládnutí depresí.*“ Komunikační partner č. 2 odpověděl: „*Služba mi pomáhá udržovat si a dále rozvíjet kognitivní funkce, navazovat sociální kontakty a začleňovat se do společnosti.*“ Komunikační partner č. 3 uvedl: „*Služba mi pomáhá při zvládnutí mého onemocnění a také pomáhá při vyrovnávání se s mým onemocněním.*“

Komunikační partner č. 4 odpověděl: „*Služba mi pomáhá, protože přijdu do styku s kolektivem a navazuji nové sociální kontakty.*“

Na otázku, zda by uživatelé Domina doporučili tuto službu dalším klientům, odpověděli všichni komunikační partneři kladně, že by službu dále doporučili. Na otázku, proč by službu doporučili dalším klientům, mi komunikační partnerka č. 1 odpověděla: „*Tuto službu vnímám jako výborný prostředek pro odreagování a načerpání nových sil. Mohu zde smysluplně využít svůj volný čas.*“ Komunikační partner č. 2 by tuto službu doporučil zejména proto, že se může potkávat s dalšími lidmi. Myslí si, že pro něj není dobré být sám. Komunikační partner č. 3 uvedl: „*Službu bych doporučil, protože se v Dominu schází dobrý kolektiv jak uživatelů, tak i sociálních pracovníků.*“ Komunikační partner č. 4 odpověděl: „*I když jsem v Dominu krátkou dobu, tuto službu bych doporučil, protože je zde rodinné a přátelské prostředí.*“

Shrnutí – využívání služby Domino

Tři ze čtyř komunikačních partnerů jsou uživateli této služby delší dobu, a to nejméně tři roky. Pouze jeden komunikační partner je v Dominu novým uživatelem služby. Všichni čtyři dotázaní uvedli, že Domino navštěvují vícekrát týdně. Všichni čtyři komunikační partneři nevyužívají všech služeb, které Domino nabízí, ale v jejich odpovědích se u nich objevily aktivity, které zahrnují tvořivé činnosti. Komunikační partneři č. 1 a 2 uvedli, že služba jim pomáhá začlenit se do společnosti. Z odpovědí komunikačních partnerů č. 2 a 4 vyplývá, že jim služba pomáhá v navazování sociálních kontaktů. Komunikačním partnerům č. 1 a 3 pomáhá služba při zvládnutí onemocnění. Všichni čtyři komunikační partneři by službu dále doporučili, ale důvody, proč tuto službu tito uživatelé doporučují, jsou u každého rozdílné.

4.1.3 Duševní porucha

Na otázku, kdy jste onemocněl/a, odpověděla komunikační partnerka č. 1: „*Onemocněla jsem v roce 2005, bylo mi 44 let. Začala jsem trpět depresemi,*

úzkostnými stavy a sociální fobií.“ Komunikační partner č. 2 mi na tuto otázku odpověděl: *„Onemocněl jsem ve svých 20 letech, tedy v roce 2001. Bylo to pro mě hodně obtížné, protože jsem byl dost mladý.“* Komunikační partner č. 3 mi sdělil: *„Onemocněl jsem před pěti lety, v roce 2010. Bylo mi tehdy 47 let.“* Komunikační partner č. 4 na otázku odpověděl: *„Léčím se už od roku 1994, v té době mi bylo 24 let.“*

Na otázku, jaký byl průběh nemoci, komunikační partnerka č. 1 odpověděla: *„Zpočátku mělo moje onemocnění lehčí, pozvolnější průběh. Později se mé depresivní stavy začaly podstatně zhoršovat.“* Komunikační partner č. 2 uvedl: *„Moje onemocnění začalo mániemi, halucinacemi, trpěl jsem i poruchami myšlení. Poté se objevily deprese. Byl jsem hospitalizován na tři měsíce v Psychiatrické léčebně v Jihlavě, poté znovu ještě čtyřikrát další hospitalizace.“* Komunikační partner č. 3 mi sdělil: *„Průběh nemoci byl velmi bouřlivý. Trpěl jsem náhlými atakami bludů a měl jsem prudké výkyvy nálad.“* Komunikační partner č. 4 na tuto otázku odpověděl: *„U mě je průběh onemocnění velmi proměnlivý.“*

Na otázku, jakým způsobem změnilo Vaše onemocnění Váš život, mi komunikační partnerka č. 1 odpověděla: *„Došlo u mě k omezení v komunikaci s ostatními lidmi a také k izolaci od společnosti.“* Komunikační partner č. 2 uvedl: *„Nemohu pracovat a denně potřebuji spát dvanáct hodin.“* Komunikační partner č. 3 na tuto otázku odpověděl: *„Moje onemocnění mi úplně změnilo život. Hlavně se to projevilo v odloučení od přátel a rodiny.“* Komunikační partner č. 4 mi sdělil: *„Onemocnění zásadně změnilo můj život. Odloučil jsem se od kolektivu, ztratil jsem přátele a moje rodina pro to neměla pochopení.“*

Na otázku, jak se vyrovnáváte se svou nemocí, mi komunikační partnerka č. 1 odpověděla: *„V současné době je to pro mě velice těžké. Mívám výkyvy nálad, trpím úzkostnými stavy a těžkými depresemi.“* Komunikační partner č. 2 uvedl: *„Pomáhá mi víra v Boha.“* Komunikační partner č. 3 mi sdělil: *„Jak to jde. Hlavně mi pomáhá docházení do Domina a také využívání individuálních pohovorů se sociálními pracovníci.“* Komunikační partner č. 4 na tuto otázku odpověděl: *„S nemocí se vyrovnávám dle svého aktuálního zdravotního stavu. V akutním stavu těžko, bývám*

zavřený sám doma. V chronickém stavu mi s vyrovnáváním pomáhá tanec, který je mým koníčkem.“

Na otázku, jak probíhá Vaše současná léčba, mi komunikační partnerka č. 1 odpověděla: *„Užívám antidepresiva a léky na spaní. Ambulantně docházím k lékaři.“* Komunikační partner č. 2 mi sdělil: *„Jedenkrát za tři měsíce ambulantně docházím k lékaři a užívám léky.“* Komunikační partner č. 3 uvedl: *„Docházím ke svému psychologovi i psychiatrovi. Dle nich je moje onemocnění zatím v mezích. Užívám antidepresiva.“* Komunikační partner č. 4 na tuto otázku odpověděl: *„Docházím na psychoterapii, léčím se ambulantně a užívám léky.“*

Shrnutí – duševní porucha

U každého z komunikačních partnerů propuklo onemocnění v jiném období života. Pouze komunikační partner č. 3 trpí nemocí kratší dobu, a to pět let, u ostatních se jedná o dlouhodobé onemocnění. Průběh nemoci je u každého z komunikačních partnerů odlišný. U všech čtyř komunikačních partnerů došlo z důvodu onemocnění k nějakým změnám v životě. Pouze komunikační partner č. 2 vnímá změnu tak, že nemůže pracovat a musí spát denně dvanáct hodin. Komunikační partnerka č. 1 vnímá tuto změnu jako izolaci od společnosti a omezení v komunikaci s lidmi. Komunikační partneři č. 3 a 4 se shodují, že jim onemocnění způsobilo odloučení od rodiny a ztrátu přátel. Vyrovnat se s nemocí je v současné době pro komunikační partnerku č. 1 velmi těžké, ostatním komunikačním partnerům se daří svým způsobem s nemocí vyrovnávat. Každý z nich k tomu používá jiné prostředky (koníčky, víra v Boha, docházení do Domina). Všichni čtyři komunikační partneři užívají léky a ambulantně dochází k lékaři.

4.1.4 Stigmatizace

Na otázku, co si představujete pod pojmem stigmatizace, mi komunikační partnerka č. 1 odpověděla: *„Nevím, co si pod tímto pojmem mám představit.“* Vzhledem k této

situaci jsem jí vysvětlila, co pojem stigmatizace znamená, abychom mohly přejít k dalším otázkám. Komunikační partner č. 2 mi sdělil: „*Stigmatizaci vnímám jako znamení vydědění, také se to týká předsudků vůči osobám takto označeným.*“ Komunikační partner č. 3 uvedl: „*Stigmatizaci si představuji jako zařazení nebo ocejchování lidí s duševní poruchou.*“ Komunikační partner č. 4 si představuje pod pojmem stigmatizace: „*Jedná se o předsudky, které plynou z nepochopení diagnózy.*“

Odpovědi na otázku, setkal/a jste se stigmatizací v některých oblastech Vašeho života (osobní život, rodinný život, zaměstnání, bydlení, využití volného času, vnímání sebe sama), jsou zpracovány v následující tabulce č. 3: Stigmatizace v oblastech života.

Tabulka č. 3: Stigmatizace v oblastech života

Stigmatizace v oblastech života	Komunikační partner č. 1	Komunikační partner č. 2	Komunikační partner č. 3	Komunikační partner č. 4
Osobní život	NE	NE	ANO	ANO
Rodinný život	NE	NE	ANO	ANO
Zaměstnání	NE	ANO	NE	ANO
Bydlení	NE	NE	NE	ANO
Volný čas	NE	NE	NE	ANO
Vnímání sama sebe	NE	ANO	NE	NE

Zdroj: Vlastní výzkum

Osobní život

Na otázku, žijete v současné době v partnerském vztahu, odpověděli všichni čtyři komunikační partneři záporně. Komunikační partnerka č. 1 uvedla: *„Po rozvodu jsem si zatím žádného partnera nenašla.“* Komunikační partner č. 2 odpověděl: *„Partnera nemám, už dlouhou dobu jsem v partnerském vztahu nežil.“* Komunikační partner č. 3 mi sdělil: *„Nyní nežiji v partnerském vztahu.“* Komunikační partner č. 4 odpověděl: *„Nemám partnerský vztah, od rozpadu rodiny žiji sám.“*

Na otázku, je/bylo pro Vás obtížné najít si partnera, odpověděli všichni čtyři komunikační partneři shodně ano. Komunikační partner č. 4 dále uvádí: *„Partnerku ani nehledám, je to pro mě velmi náročné. Většina lidí není schopná přijmout moji diagnózu.“*

Na otázku, máte přátele, komunikační partnerka č. 1 odpověděla: *„Z dřívější doby mi nezůstali téměř žádní přátelé. Nějaké přátele jsem si našla při navštěvování Domina.“* Komunikační partner č. 2 a 3 mají přátele, kteří je neopustili, ani po zjištění jejich diagnózy. Komunikační partner č. 4 uvedl: *„Přátel mám málo, většina z nich odešla, poté co u mě vypuklo moje onemocnění.“*

Na otázku, svěřil/a jste se přátelům se svým zdravotním stavem, všichni čtyři komunikační partneři odpověděli ano.

Na otázku, jak se k Vám přátelé chovají poté, co se dozvěděli o Vaší nemoci, mi komunikační partnerka č. 1 odpověděla: *„Těch málo, které mám, je tolerantních k mému onemocnění, protože většina jich je z Domina, chápou mě. Jsou ke mně shovívaví a chovají se velmi přátelsky.“* Komunikační partner č. 2 odpověděl: *„Chovají se ke mně stejně jako dřív, jejich chování je naprosto normální. Nepociťuji žádnou změnu.“* Komunikační partner č. 3 také uvedl, že se jeho přátelé chovají velice dobře. Komunikační partner č. 4 mi sdělil: *„Přátelé mě nechápou, tlačí na změnu a pouze minimum jich zůstává.“*

Na otázku, byli pro Vaše onemocnění stigmatizováni i Vaši přátelé, všichni z komunikačních partnerů uvedli, že jejich přátelé stigmatizováni nebyli.

Tabulka č. 4: Osobní život

Komunikační partner	Partnerský vztah	Obtíže při hledání partnera	Máte přátele	Vědí přátelé o Vaší nemoci	Jak se k Vám přátelé chovají	Stigmatizace přátel
Komunikační partner č. 1	NE	ANO	Téměř ne	ANO	Shovívavě a přátelsky	NE
Komunikační partner č. 2	NE	ANO	ANO	ANO	Normálně	NE
Komunikační partner č. 3	NE	ANO	ANO	ANO	Velice dobře	NE
Komunikační partner č. 4	NE	ANO	Málo	ANO	Nepochopení	NE

Zdroj: Vlastní výzkum

Rodinný život

Na otázku, jak se zachovala Vaše rodina, když se dozvěděla o Vaší nemoci, komunikační partnerka č. 1 odpověděla: „*Jelikož moje matka též trpí depresemi, moje rodina chápe moji situaci a snaží se mi co nejvíce pomáhat.*“ Komunikační partner č. 2 uvedl: „*Moje rodina byla zdrcena a potřebovala čas, aby vše vstřebala.*“ Komunikační partner č. 3 na tuto otázku reagoval: „*Nestýkám se s rodinou a nechci se vyjadřovat k žádným otázkám o rodině.*“ Komunikační partner č. 4 mi sdělil: „*Rodina se ode mě odvrátila potom, co se dozvěděla o mé nemoci.*“

Na otázku, jak se k Vám chová rodina v současné době, mi komunikační partnerka č. 1 odpověděla: „*Nejlépe se ke mně chová můj syn, chápe moje onemocnění a pomáhá*

mi.“ Komunikační partner č. 2 uvedl: „*Rodina mne podporuje a s mojí nemocí je smířená.*“ Komunikační partner č. 4 mi sdělil: „*Rodina se mnou nekomunikuje.*“

Na otázku, ovlivnilo Vaše onemocnění vztahy v rodině, pokud ano, jak, u komunikační partnerky č. 1 nedošlo k žádnému ovlivnění vztahů v rodině. Stejně tak u komunikačního partnera č. 2 zůstaly vztahy v rodině nepozměněny. Komunikační partner č. 4 odpověděl: „*Rodina se mi úplně rozpadla, s manželkou jsme se rozvedli a ona odešla i s naším dítětem.*“

Na otázku, udržujete kontakty se svou rodinou, jak časté, odpověděla komunikační partnerka č. 1 takto: „*Ano, jedenkrát až dvakrát týdně. Bud' se vidáme, nebo si telefonujeme.*“ Komunikační partner č. 2 uvedl: „*Ano, vidíme se nebo telefonujeme několikrát týdně.*“ Komunikační partner č. 4 mi sdělil: „*Ne, kontakty neudržíme, případně úplně minimálně.*“

Na otázku, byla pro Vaše onemocnění stigmatizována Vaše rodina, pokud ano, jak, odpověděli komunikační partneři č. 1, 2 a 4 záporně. Všichni uvedli, že ne nebo že o žádné stigmatizaci neví.

Tabulka č. 5: Rodinný život

Komunikační partner	Reakce rodiny	Chování rodiny v současnosti	Vliv na vztahy v rodině	Kontakty s rodinou	Stigmatizace rodiny
Komunikační partner č. 1	kladná	kladné	NE	ANO	NE
Komunikační partner č. 2	byla zdrcena	kladné	NE	ANO	NE
Komunikační partner č. 3	záporná	záporné	ANO	NE	X
Komunikační partner č. 4	záporná	záporné	ANO	NE	NE

Zdroj: Vlastní výzkum

Zaměstnání

Na otázku, jste v současné době zaměstnán/a, kde a jak dlouho, odpověděli komunikační partneři č. 1 a 2, že již delší dobu jsou nezaměstnaní. Komunikační partner

č. 3 mi sdělil: „*Ano, pracuji již tři roky v chráněné dílně.*“ Komunikační partner č. 4 mi sdělil: „*V současné době pracuji dva dny v chráněné dílně.*“

Na otázku, byl/a jste zaměstnán/a před zjištěním onemocnění, odpověděli všichni čtyři komunikační partneři kladně. Komunikační partnerka č. 1 odpověděla: „*Byla jsem zaměstnána před zjištěním onemocnění, pracovala jsem jako pokladní v supermarketu.*“ Komunikační partner č. 3 uvedl: „*Před svým onemocněním jsem byl zaměstnán jako profesionální řidič. Práce mě velmi bavila, jsem zklamáný, že mi bylo odebráno řidičské oprávnění.*“ Zbylí komunikační partneři odpověděli pouze ano. Žádný z komunikačních partnerů si nedokázal po vypuknutí onemocnění svou pracovní pozici udržet.

Na otázku, došlo u Vás někdy k nějakému znevýhodnění v pracovní oblasti z důvodu Vašeho zdravotního stavu, mi komunikační partnerka č. 1 jako jediná z ostatních komunikačních partnerů uvedla: „*S žádným znevýhodněním v pracovní oblasti jsem se nesetkala.*“ Komunikační partner č. 2 mi sdělil: „*Vzhledem ke svému onemocnění jsem už svoji práci nezvládal.*“ Komunikační partner č. 3 odpověděl: „*Ano, odebráním řidičského oprávnění skupiny A, B, T a C.*“ Komunikační partner č. 4 odpověděl, že znevýhodnění vnímá ve výpovědi, kterou dostal od zaměstnavatele, kvůli nedostatku pracovní síly.

Na otázku: „*Myslíte si, že jste byl/a stigmatizována v oblasti zaměstnání?*“, odpověděli ano pouze komunikační partneři č. 2 a 4. Ostatní komunikační partneři stigmatizaci v této oblasti nepocítují.

Tabulka č. 6: Zaměstnání

Komunikační partner	Zaměstnání v současné době	Zaměstnání před onemocněním	Udržení pracovní pozice	Znevýhodnění v pracovní oblasti	Stigmatizace v této oblasti
Komunikační partner č. 1	NE	ANO	NE	NE	NE
Komunikační partner č. 2	NE	ANO	NE	ANO	ANO
Komunikační partner č. 3	ANO	ANO	NE	ANO	NE
Komunikační partner č. 4	ANO	ANO	NE	ANO	ANO

Zdroj: Vlastní výzkum

Využití volného času

Na otázku, jak nejraději trávíte svůj volný čas, mi komunikační partnerka č. 1 odpověděla: *„Nejraději chodím na procházky do přírody, kde relaxuji, také ráda čtu. Svůj volný čas trávím také ráda v Domínu.“* Komunikační partner č. 2 uvedl: *„Rád se toulám přírodou, baví číst knihy a také někdy píšu vlastní povídky a básně.“* Komunikační partner č. 3 mi sdělil: *„Nejraději trávím svůj volný čas v kruhu svých přátel. Mezi nimi se cítím dobře a je mi jedno, o jakou se jedná aktivitu.“* Komunikační partner č. 4 odpověděl: *„Ve svém volném čase se zabývám tancem, tato činnost mě baví nejvíc a pomáhá mi i při vyrovnání se s nemocí.“*

Na otázku, brání Vám Vaše onemocnění ve vykonávání některých aktivit, o které byste měl/a zájem, všichni komunikační partneři odpověděli, že pociťují omezení. Komunikační partnerka č. 1 uvedla: *„Ano, ráda bych se účastnila skupinových aktivit, ale bohužel mám jenom málo přátel a mám velký problém s navazováním kontaktů s cizími lidmi.“* Komunikační partner č. 2 mi sdělil: *„Moje onemocnění mě omezuje zejména proto, že se cítím velmi unavený a spoustu času strávím spánkem.“*

Komunikační partner č. 3 odpověděl: „*Nejvíce mi vadí, že se nemůžu věnovat všem aktivitám, tak jako mi přátelé.*“ Komunikační partner č. 4 uvedl: „*Ano, brání. Rád bych tancoval i ve skupině, ale z důvodu mého onemocnění mám strach přijít do nového a neznámého kolektivu.*“

Na otázku, omezují Vás Vaše finanční možnosti v trávení volného času, uvedli všichni čtyři komunikační partneři, že je finanční možnosti omezují. Komunikační partner č. 2 uvedl, že ho finanční možnosti omezují pouze částečně. Komunikační partner č. 4 mi sdělil: „*Finanční možnosti mě omezují ve velké míře, protože se nemůžu věnovat naplno mému největšímu koníčku.*“

U otázky, myslíte si, že jste byl/a někdy stigmatizována v oblasti volného času, uvedli tři komunikační partneři, že si nepřipadají stigmatizovaní. Komunikační partner č. 4 se domnívá, že byl v této oblasti stigmatizován.

Tabulka č. 7: Volný čas

Komunikační partner	Záliby	Omezení při aktivitách	Omezení po finanční stránce	Stigmatizace v této oblasti
Komunikační partner č. 1	ANO	ANO	ANO	NE
Komunikační partner č. 2	ANO	ANO	částečně	NE
Komunikační partner č. 3	ANO	ANO	ANO	NE
Komunikační partner č. 4	ANO	ANO	ANO	ANO

Zdroj: Vlastní výzkum

Bydlení

Na otázku, kde bydlíte, mi odpověděla komunikační partnerka č. 1 takto: „*Bydlím v sociálním bytě, v garsonce.*“ Komunikační partner č. 2 uvedl: „*Bydlím ve vlastním bytě 2 + 1 v Českých Budějovicích.*“ Komunikační partner č. 3 mi sdělil, že obývá

rodinný dům o velikosti 2 + KK. Komunikační partner č. 4 odpověděl, že bydlí v rodinném domku na vesnici.

Na otázku, ovlivnila Vaše nemoc možnost najít si bydlení, pokud ano, jak, mi komunikační partnerka č. 1 uvedla: *„Ano, ovlivnila, protože díky lékařské zprávě jsem vcelku brzy dostala od města sociální byt.“* Komunikační partner č. 2 odpověděl: *„Vzhledem k tomu, že mi byt pořídili rodiče, tak mě to nijak neovlivnilo. Jinak bych ale na vlastní bydlení neměl.“* Komunikační partner č. 3 odpověděl, že v možnosti najít si bydlení ho onemocnění neovlivnilo. Komunikační partner č. 4 mi sdělil: *„Ano, ovlivnila. Trpěl jsem úzkostmi ze změny, měl jsem mnohem méně energie pro výběr a prohlídku bydlení.“*

Na otázku, zda jsou obtíže spojené s bydlením spíše finančního charakteru, mi komunikační partnerka č. 1 odpověděla: *„Obtíže spojené s bydlením jsou finančního charakteru, můj důchod nestačí na pokrytí nákladů k pořízení většího bytu.“* Komunikační partneři č. 2 a 3 mi sdělili, že žádné obtíže nepocítují. Komunikační partner č. 4 uvedl: *„Nedá se přesně říct, protože obtíží je více.“*

Na otázku, myslíte si, že jste byl/a někdy stigmatizována v oblasti bydlení, odpověděli komunikační partneři č. 1, 2 a 3 záporně. V této oblasti si stigmatizovaní nepřipadají. Komunikační partner č. 4 v oblasti bydlení pocítuje stigmatizaci.

Se stigmatizací v oblasti sousedských vztahů se nesetkal ani jeden z komunikačních partnerů.

Tabulka č. 8: Bydlení

Komunikační partner	Vlastní bydlení	Vliv nemoci na hledání bydlení	Obtíže po finanční stránce	Stigmatizace v této oblasti	Stigmatizace v oblasti sousedských vztahů
Komunikační partner č. 1	NE	ANO	ANO	NE	NE
Komunikační partner č. 2	ANO	NE	NE	NE	NE
Komunikační partner č. 3	ANO	NE	NE	NE	NE
Komunikační partner č. 4	ANO	ANO	Nedá se říci	ANO	NE

Zdroj: Vlastní výzkum

Vnímání sebe sama

Na otázku, vnímáte se Vy sám/sama jinak od té doby, co Vám bylo diagnostikováno Vaše onemocnění, jak, mi komunikační partnerka odpověděla: „*Ano, vnímám. Došlo u mě ke zhoršení kontaktů se společností v důsledku sociální fobie.*“ U komunikačního partnera č. 2 se také změnilo vnímání sebe sama, uvádí: „*Cítím se od té doby mnohem zranitelnější.*“ Komunikační partner č. 3 uvedl, že se u něj v tomto ohledu nic nezměnilo. Komunikační partner č. 4 mi sdělil: „*U mě se to měnilo s časem. Dnes se cítím zkušenější než zdraví lidé, ale jsem pomalejší a zapomnětlivější.*“

Na otázku, vnímáte svůj zdravotní stav jako své osobní selhání, odpověděla ano pouze komunikační partnerka č. 1. Myslí si, že svým depresím podlehla příliš snadno, že mohla odbornou pomoc vyhledat již dříve. Ostatní tři komunikační partneři svůj zdravotní stav jako své osobní selhání nevnímají. Navíc komunikační partner č. 2 uvedl: „*Ne, je to osud.*“

Na otázku, myslíte si, že naše společnost trpí vůči lidem s duševním onemocněním nějakými mýty a předsudky, jakými, mi odpověděla komunikační partnerka č. 1: „*Myslím si, že ne. Nejsem si jich vědoma.*“ Komunikační partner č. 2 uvedl: „*Ano, trpí. Myslí si o lidech s duševní poruchou, že jsou nebezpeční.*“ Komunikační partner č. 3 mi

sdělil: „*Myslím si, že ano. V poslední době se na tom velkém dílem podílejí média. Ukazují tyto osoby jako nebezpečné násilníky a vrahy.*“ Komunikační partner č. 4 uvedl: „*Ano, společnost je bere většinou jako neschopné vzít zodpovědnost za sebe, líné a pohodlné. Mluví o nich jako o parazitech společnosti.*“

Na otázku, setkal/a jste se Vy někdy s nějakými mýty a předsudky vůči Vaší osobě, mi komunikační partnerka č. 1 odpověděla, že se s tímto nikdy nesešla. Komunikační partner č. 2 uvedl: „*Ano, jednou v hospodě si jedna dívka myslela, že jsem určitě nebezpečný.*“ Komunikační partner č. 3 odpověděl: „*Ano, všímám si, že se mě cizí lidé straní, protože mají obavy z mého jednání.*“ Komunikační partner č. 4 mi sdělil: „*Ano, setkal jsem se s tím, že mě považovali za parazita, kterému nic není, ale je jenom pohodlný, líný a neschopný.*“

Tabulka č. 9: Vnímání sebe sama

Komunikační partner	Změna vnímání sebe sama	Zdravotní stav jako osobní selhání	Mýty a předsudky ve společnosti	Mýty a předsudky vůči vlastní osobě
Komunikační partner č. 1	ANO	ANO	NE	NE
Komunikační partner č. 2	ANO	NE	ANO	ANO
Komunikační partner č. 3	NE	NE	ANO	ANO
Komunikační partner č. 4	ANO	NE	ANO	ANO

Zdroj: Vlastní výzkum

Shrnutí – stigmatizace

Komunikační partnerka č. 1 nevěděla, co si má pod pojmem stigmatizace představit. Pojem stigmatizace jsem jí tedy vysvětlila. Komunikační partnerka č. 1 se potýká s určitými problémy, ale v žádné z oblastí života se necítí stigmatizována. V současné době žije bez partnera, ale má dobré rodinné zázemí. Rodina ji podporuje a

pomáhá. Je bez zaměstnání, z tohoto důvodu nemá tolik finančních prostředků. Nedostatek finančních prostředků pociťuje v oblasti bydlení a využití volného času. V oblasti bydlení vnímá jako pozitivní, že kvůli své diagnóze jí byl od města přidělen sociální byt. V oblasti volného času existují aktivity, které vykonávat nemůže, ale nevnímá to jako stigmatizující. Své onemocnění vnímá jako jediná z komunikačních partnerů jako osobní selhání. Podotýká, že se ve společnosti nikdy nesešla s žádnými mýty a předsudky.

Komunikační partner č. 2 věděl, co pojem stigmatizace znamená. Cítí se být stigmatizován v oblasti zaměstnání a v počátku nemoci ve vnímání sebe sama. V ostatních oblastech se stigmatizován necítí. Žije sám, ale má podporu své rodiny. V současné době nepracuje a v této oblasti se cítí být stigmatizován. Bydlí ve vlastním bytě, který mu pořídili rodiče. Uvádí, že jsou některá omezení, která mu brání vykonávat některé aktivity, ale není to pro něj stigmatizující. Ve společnosti se setkal s mýty a předsudky vůči lidem s duševní poruchou.

Komunikační partner č. 3 si uměl představit, co je pojem stigmatizace. Pociťuje stigmatizaci v oblastech osobního života a rodinného života. Žije bez partnerky, jeho rodina se od něj odvrátila a na otázky týkající se rodiny odmítl odpovídat. V oblastech osobního a rodinného života se cítí být stigmatizován. V současnosti pracuje v chráněné dílně a v této oblasti není stigmatizován. Má vlastní bydlení a stigmatizovaný v této oblasti není. Opět se objevují některá omezení, která mu brání při výkonu některých volnočasových aktivit, ale dle jeho mínění u něj ke stigmatizaci nedochází. Ve společnosti se s mýty a předsudky setkal, podotýká, že na této situaci mají největší podíl média.

Komunikační partner č. 4 ví, co je stigmatizace. Stigmatizován se cítí v oblastech osobního, rodinného života a ve využívání volného času. Nežije v partnerském vztahu, přátelé ho nechápu, rodina se od něj odvrátila a nekomunikuje s ním, z tohoto důvodu se cítí v oblastech osobního a rodinného života stigmatizován. V současné době je zaměstnan, ale jen krátce. I v oblasti zaměstnání se cítí stigmatizovaný. Bydlení má vlastní, ale se stigmatizací se v této oblasti také setkal. Stigmatizaci pociťuje i v oblasti volného času kvůli nedostatku financí a omezením, která mu brání ve výkonu

volnočasových činností. Během svého života se ve společnosti setkal s mýty a předsudky vůči duševně nemocným.

4.2 Výsledky rozhovorů se zaměstnanci Domina – služba pro lidi s duševním onemocněním

4.2.1 Identifikační údaje

Tabulka č. 10: Identifikační údaje zaměstnanci Domina

Komunikační partner	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Pracovní pozice
Komunikační partner A	žena	26	vysokoškolské - magisterské	sociální pracovník
Komunikační partner B	žena	44	střední s maturitou	pracovník v sociálních službách

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 11: Identifikační údaje zaměstnanci Domina

Komunikační partner	Absolvované kurzy (týkající se práce s osobami s duševní poruchou)	Praxe v oboru s touto cílovou skupinou
Komunikační partner A	Přístup k sexualitě lidí s psychózou v rámci poskytování sociálních služeb, metoda HONOS = hodnocení zdravotního stavu klienta s duševním onemocněním	2 roky
Komunikační partner B	Psychiatrické minimum, Krizová intervence, metoda HONOS, Sexualita u osob s duševním onemocněním	5 let

Zdroj: Vlastní výzkum

4.2.2 Zaměstnání v organizaci Domino – služba pro lidi s duševním onemocněním

Na otázku, jak dlouho pracujete v této organizaci, mi komunikační partnerka A odpověděla, že v organizaci pracuje 2 roky a komunikační partnerka B 5 let.

Na otázku, proč jste si vybrala tuto cílovou skupinu, komunikační partnerka A uvedla: *„Nevybírala jsem si tuto cílovou skupinu záměrně. Po studiu jsem dostala možnost jít pracovat do Domina, a protože mě organizace zaujala, tak jsem místo přijala.“* Komunikační partnerka B odpověděla: *„Zajímala jsem se o problematiku duševních chorob.“*

Na otázku, jaká je náplň Vaší práce, komunikační partnerka A mi sdělila: *„Půl úvazku sociální pracovnice, a to zahrnuje sociálně-terapeutické aktivity, volnočasové aktivity, poradenství a doprovody. A půl úvazku vedoucí Domina, a to zahrnuje administrativní práce.“* Komunikační partnerka B uvedla: *„Mám na starosti aktivity v sociálně-terapeutickém klubu.“*

Na otázku, jaké jsou klady sociální práce s touto cílovou skupinou, mi komunikační partnerka A odpověděla: *„Člověk se nikdy nenudí, žádný den není stejný.“* Komunikační partnerka B řekla, že o žádných kladech této práce neví.

Na otázku, jaké jsou zápory sociální práce s touto skupinou, komunikační partnerka A odpověděla: *„Je složité plánovat s uživateli akce dopředu. U uživatelů dochází k rychlým změnám zdravotního stavu.“* Komunikační partnerka B uvedla: *„Nebezpečí syndromu vyhoření, riziko demotivace, žádná zpětná vazba a vše je pesimistické.“*

Na otázku, jakým způsobem pracujete v zařízení se stigmatizací a destigmatizací, mi komunikační partnerka A odpověděla: *„Prezentováním služby na veřejnosti prostřednictvím uživatelů. Pořádání trhů a jarmarků. Akce pořádané v Dominu pro veřejnost, jako například keramická dílna pro veřejnost, týden duševního zdraví.“* Komunikační partnerka B uvedla: *„Prezentace služby na veřejnosti. Trhy, jarmarky, keramické dílny, týden pro duševní zdraví.“*

Shrnutí – zaměstnání v organizaci Domino

Komunikační partnerka A pracuje v organizaci dva roky jako sociální pracovnice a tuto cílovou skupinu si nevybírala záměrně. Komunikační partnerka B je zaměstnána v organizaci již pět let jako pracovník v sociálních službách a tuto práci si vybrala proto, že se zajímá o problematiku duševních chorob. Komunikační partnerka A má jako sociální pracovnice širší rozsah pracovních povinností než komunikační partnerka B, která má na starosti především aktivity v sociálně-terapeutickém klubu. Komunikační partnerka A vidí klady v práci s touto cílovou skupinou hlavně v rozmanitosti práce a zápory ve složitosti plánování akcí dopředu. Komunikační partnerka B nevidí žádné klady na této práci a jako zápory uvádí: syndrom vyhoření, demotivace, pesimismus. Komunikační partnerky A i B se shodly na způsobech práce se stigmatizací a destigmatizací.

4.2.3 Stigmatizace

Na otázku, co je podle Vašeho mínění stigmatizace, mi komunikační partnerka A odpověděla: *„Stigmatizace znamená negativní náhled nebo hodnocení člověka od jeho okolí. Zahrnuje to také nálepkování člověka.“* Komunikační partnerka B uvedla: *„Znamená to, když si okolí myslí, že lidé s duševním onemocněním jsou nebezpeční.“*

Na otázku, jak reaguje okolí, když se objevíte na veřejnosti s touto cílovou skupinou, mi komunikační partnerka A sdělila: *„Nemám pocit, že by veřejnost na první pohled vnímala, že se jedná o osoby s duševním onemocněním. Třeba na trzích a jarmarcích veřejnost obdivuje jejich výrobky a chválí je za jejich zručnost.“* Komunikační partnerka B odpověděla: *„Veřejnost reaguje nejistě, protože neví, jak mají na uživatele reagovat. Někteří z nich pociťují i strach.“*

Na otázku, myslíte si, že dochází k přenosu uživatele na pracovníka, odpověděly obě komunikační partnerky záporně. Komunikační partnerka A odpověděla: *„Během své praxe s touto cílovou skupinou jsem se s takovým přenosem ještě nesetkala.“*

Komunikační partnerka B uvedla: „*Nevím o tom, že by docházelo k nějakému přenosu obrazu.*“

Tabulka č. 12: Stigmatizace zaměstnanců Domina

Komunikační partner	Stigmatizace díky profesi	Stigmatizace v osobním životě	Stigmatizace rodiny	Stigmatizace ve službě nebo mimo službu
Komunikační partner A	NE	NE	NE	NE
Komunikační partner B	NE	NE	NE	NE

Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku, proč si myslíte, že ke stigmatizaci pracovníků nedochází, mi komunikační partnerky A a B odpověděly téměř stejně. Komunikační partnerka A sdělila: „*Myslím, že sociální pracovníci nejsou stigmatizováni z toho důvodu, že veřejnost většinou ani neví, s jakou cílovou skupinou pracují. Vědí, že jsme sociální pracovníci, ale často se již dál neřeší, s jakými uživateli pracujeme. Přesnou cílovou skupinu znají většinou jen nejbližší a ti nás díky tomu nestigmatizují.*“ Komunikační partnerka B řekla: „*Ke stigmatizaci nedochází, protože většina lidí neví, s jakou cílovou skupinou pracujeme.*“

Na otázku, jsou podle Vašeho názoru osoby s duševní poruchou stigmatizovány, v jakých oblastech života se stigmatizace nejvíce projevuje, mi komunikační partnerka A odpověděla: „*Ano, jsou stigmatizováni. Týká se to oblasti osobního života, rodinného života, zaměstnání a bydlení. V osobním životě se to projevuje především v hledání partnera/partnerky, v rodinném životě se jedná o udržení rodiny při propuknutí nemoci, v oblasti zaměstnání se to projeví tak, že zaměstnavatelé mají obavy ze zaměstnání osob s duševním onemocněním a v oblasti bydlení se objevují obavy veřejnosti pronajmout byty osobám s duševním onemocněním.*“ Komunikační partnerka B uvedla: „*Ano, stigmatizace se projevuje v oblasti osobního života, zaměstnání a bydlení.*“

Na otázku, myslíte si, že existují ve společnosti předsudky a mýty o lidech s duševní poruchou, pokud ano, jaké, mi komunikační partnerka A sdělila: „*Ano, objevují se mýty a předsudky typu duševní onemocnění znamená mentální postižení, dále předpoklad, že duševně nemocní jsou nebezpeční. Také se můžeme setkat s tvrzením, že lidé s duševním onemocněním nemohou pracovat. Ve společnosti se také často užívá, že z duševní nemoci se nelze uzdravit.*“ Komunikační partnerka B uvedla: „*Ano, protože společnost neví, co očekávat. Setkala jsem se s názorem, že schizofrenici zabijí, lidé s duševním onemocněním jsou agresivní.*“

Na otázku, jaké důvody vedou společnost ke stigmatizaci osob s duševní poruchou, mi komunikační partnerka A sdělila: „*Na stigmatizaci osob s duševním onemocněním se podílí hlavně působení médií a také rozdílnost od většinové společnosti.*“ Komunikační partnerka B uvedla, že společnost ke stigmatizaci vede především působení médií.

Na otázku, jak může odmítavý postoj veřejnosti ovlivnit život duševně nemocných, komunikační partnerka A odpověděla: „*Odmítavý postoj veřejnosti může způsobit snížení sebedůvěry, pocit méněcennosti, může vést k osamocení a k izolování se od společnosti.*“ Komunikační partnerka B uvedla: „*V životě duševně nemocných může způsobit větší uzavřenost do sebe.*“

Shrnutí – stigmatizace

Každá komunikační partnerka vnímá pojem stigmatizace odlišně. Podle komunikační partnerky A veřejnost nepozná na první pohled člověka s duševním onemocněním. Komunikační partnerka B si myslí, že veřejnost reaguje nejistě, někdy mají i strach. Obě komunikační partnerky se shodly, že ve společnosti nedochází k přenosu obrazu uživatele na pracovníka. Shodly se také na tom, že nejsou stigmatizovány v žádné z oblastí života. Obě komunikační partnerky uvedly, že ke stigmatizaci pracovníků nedochází, protože veřejnost mnohdy ani neví, s jakou cílovou skupinou pracují. Dle obou komunikačních partnerek jsou osoby s duševním onemocněním stigmatizovány. Komunikační partnerka A si myslí, že jsou stigmatizováni v oblasti osobního, rodinného života, zaměstnání i bydlení. Komunikační partnerka B uvedla oblast osobního života, zaměstnání a bydlení. Obě se

domnívají, že existují mýty a předsudky o lidech s duševní poruchou. Dále obě uvedly, že společnost vedou ke stigmatizaci duševně nemocných hlavně působení médií. Komunikační partnerka A uvádí, že odmítavý postoj veřejnosti vůči duševně nemocným má za následek snížení sebedůvěry, pocit méněcennosti, osamocení a izolování se od společnosti. Komunikační partnerka B uvedla pouze jako následek větší uzavřenost do sebe.

5 Diskuse

5.1 Diskuse ke stigmatizaci uživatelů Domina – služba pro lidi s duševním onemocněním

Pro praktickou část, která se týká stigmatizace lidí s duševní poruchou, byla stanovena první hlavní výzkumná otázka **HVO 1**: Jakých oblastí života se týká stigmatizace osob s duševní poruchou?

Marková, Venglářová, Babiaková (2006) uvádějí, že stigmatizace se týká každodenních situací, zasahuje do osobního života, rodinného života, zaměstnání, bydlení, volného času. Stigmatizace mění i názor člověka sama na sebe. Dle autorek se stigmatizování cítí více muži než ženy. Ve výzkumu jsem zjistila, že ze všech čtyř komunikačních partnerů se necítí stigmatizována v žádné z oblastí pouze komunikační partnerka č. 1. Zbylí tři komunikační partneři jsou muži. Oblasti, ve kterých se cítí být stigmatizováni, se u každého z nich liší. Komunikační partner č. 2 se cítí stigmatizován v oblasti zaměstnání a zpočátku své nemoci pociťoval stigmatizaci i ve vnímání sama sebe. Komunikační partner č. 3 si myslí, že je stigmatizován v oblastech osobního a rodinného života. Komunikační partner č. 4 kromě vnímání sama sebe se cítí být stigmatizován ve všech ostatních oblastech. U každého ze čtyř uživatelů se objevují obdobné problémy. Myslím si ale, že každý z nich je jedinečná osobnost, a proto tyto problémy nejsou u některých vnímány jako stigmatizující.

V první dílčí výzkumné otázce jsem se zaměřila na oblast osobního života a na to, jak se stigmatizace v této oblasti projevuje. Každý z komunikačních partnerů uvedl, že v současné době partnera/partnerku nemá a má obtíže při jeho hledání. Dvěma komunikačním partnerům postupně odešli přátelé, nyní mají přátele pouze v Dominu. I přes obtíže, se kterými se každý v této oblasti potýká, se stigmatizování cítí pouze dva z komunikačních partnerů. Přátelé komunikačních partnerů stigmatizování nebyli nebo si toho nejsou vědomi. Domnívám se, že pro osoby s duševní poruchou je velmi obtížné najít si partnera nebo navazovat nové sociální kontakty. Příčiny problémů při seznamování přisuzuji nesmělosti, strachu z nových situací, obavám, jak druhý přijme

jejich diagnózu a nízkému sebevědomí. Podle mého mínění je přínosné, že lidé s duševní poruchou mohou využívat sociální služby, kde se setkávají s lidmi s podobnými problémy a mohou zde navazovat nové sociální kontakty. Pomoci by jim mohlo trénování modelových situací, ve kterých by si vyzkoušeli seznamování s novými lidmi.

Ve druhé dílčí výzkumné otázce jsem se zabývala oblastí rodinného života a tím, jak se v této oblasti stigmatizace projevuje. Dva z komunikačních partnerů, které rodina podporuje, se necítí v této oblasti stigmatizováni. Od dvou komunikačních partnerů se rodina kvůli jejich onemocnění odvrátila a ti se domnívají, že jsou v této oblasti stigmatizováni. Jeden z komunikačních partnerů se k otázkám o rodině nechtěl vůbec vyjadřovat. Kromě komunikačního partnera, který se nechtěl k otázkám o rodině vyjadřovat, všichni uvedli, že jejich rodinní příslušníci stigmatizováni nebyli. Praško a kolektiv (2011) uvádí, že v některých případech může docházet ke stigmatizaci rodiny. Ve výzkumu se to nepotvrdilo, i když dva z komunikačních partnerů se cítí stigmatizováni v oblasti rodinného života, protože se jim v důsledku onemocnění rozpadly rodiny a také s nimi nikdo z rodiny neudrží kontakt. Domnívám se, že pokud se od nemocného odvrátí rodina a jeho nejbližší okolí, na jeho onemocnění to má mnohem větší dopad. Jsem toho názoru, že by se mělo pracovat nejenom s lidmi s duševní poruchou, ale také s jejich nejbližší rodinou. Rodina se lépe seznámí s problémy nemocného, dokáže mu porozumět v tom, co prožívá a pochopí, jak je pro nemocného důležité, aby mu byla oporou.

Ve třetí dílčí výzkumné otázce jsem mapovala stigmatizaci v oblasti zaměstnání. Raboch, Zvolský (2001) uvádějí, že stigmatizace bere duševně nemocným možnost snadného uplatnění na trhu práce a nástupu zpět do zaměstnání. Před začátkem onemocnění byli všichni komunikační partneři zaměstnání. Nikomu z nich se nepodařilo pracovní pozici si udržet. V současné době pracují pouze dva z komunikačních partnerů, a to v chráněných dílnách. Komunikační partneři č. 2 a 4 považují za znevýhodnění v této oblasti výpověď kvůli nedostatku pracovní síly. Právě tyto dva komunikační partneři se cítí v této oblasti stigmatizováni. Matoušek, Koláčková, Kodymová (2005) uvádějí, že zdrojem stigmatizace v této oblasti může být

i připsání invalidního důchodu. Všichni komunikační partneři mají invalidní důchod přiznaný. Dle mého názoru je udržení pracovních pozic téměř nemožné z důvodu velké únavy a úbytku pracovní síly. Ze strany zaměstnavatelů se jedná o strach, který pramení z neznalosti duševních poruch a z mýtů a předsudků, jenž ve společnosti převládají. Pro zaměstnavatele je jednodušší zaměstnat zdravého člověka.

Ve čtvrté dílčí výzkumné otázce jsem se zabývala stigmatizací ve volném čase. Z výzkumu vyplynulo, že návštěvy Domina všem komunikačním partnerům částečně vyplňují volný čas. U dvou komunikačních partnerů se objevilo, že svůj volný čas rádi tráví procházkami v přírodě a četbou. Matoušek, Koláčková, Kodymová (2005) uvádějí, že mezi překážky, které těmto osobám brání ve vykonávání určitých aktivit, mohou být: nedostatek finančních prostředků, dopravní nedostupnost místa, odmítání ze strany veřejnosti, strach z nových věcí, symptomy duševního onemocnění, potíže v sociálním fungování, nedostatek dovedností, vedlejší účinky medikace a nízké sebevědomí. Ve výzkumu se některé z těchto překážek objevily. Všichni komunikační partneři se zmínili o nedostatku finančních prostředků, dále se u dvou komunikačních partnerů objevil strach z nové situace a z navazování nových kontaktů, jeden komunikační partner uvedl, že ho nejvíce v trávení volného času omezují symptomy duševního onemocnění, vedlejší účinky medikace a jednoho z komunikačních partnerů nejvíce omezuje, že nemůže dělat všechno, co jeho přátelé. Z toho vyplývá, že obtíže v této oblasti mají všichni komunikační partneři, ale pouze jeden z nich se cítí stigmatizován. Uživatelé, kteří si dokázali najít vhodnou alternativu za koníčky, jenž by rádi provozovali, se necítí být stigmatizováni.

V páté dílčí výzkumné otázce jsem se zaměřila na stigmatizaci v oblasti bydlení. Dle Jarolímka (2010) zřejmě polovina bezdomovců v České republice patří mezi osoby s duševní poruchou. Výzkum ukázal, že tři z komunikačních partnerů mají vlastní bydlení. Jeden komunikační partner uvedl, že díky své diagnóze získal od města v poměrně krátké době sociální byt, což vnímá jako velmi pozitivní, ale pociťuje nedostatek financí. Zbývající tři komunikační partneři, jelikož mají vlastní bydlení, problémy finančního charakteru neuvádějí. Pouze jeden z komunikačních partnerů vnímá tuto oblast jako stigmatizující, uvedl, že nemá dostatek energie pro výběr a

prohlídku nového bydlení. Ani jeden z nich se neseťkal se stigmatizací v oblasti sousedských vztahů. Při výzkumu jsem se setkala pouze s osobami, které velké problémy s bydlením nemají. Věřím, že osoby s duševní poruchou mohou v této oblasti narazit na mnoho překážek, jako třeba omezené finanční zdroje a nedostatek energie k hledání bydlení. Také se může jednat o strach ze strany vlastníka pronajmout byt osobě s duševní poruchou.

V šesté dílčí výzkumné otázce jsem se zabývala stigmatizací v oblasti vnímání sama sebe. V odborné literatuře Corrigan et al. (2011) uvádějí, že stereotypní negativní postoje ovlivňují vnímání sama sebe u osob s duševní poruchou. Dále autor zmiňuje, že stigmatizující představy o duševních poruchách, které nacházíme v médiích, jsou nám poskytovány jako jedovatý zdroj informací o předsudcích a diskriminaci. U třech komunikačních partnerů se změnilo vnímání sebe sama poté, co onemocněli. Jeden z komunikačních partnerů vidí nemoc jako své osobní selhání, ale necítí se nijak stigmatizován. Nemyslí si, že by v naší společnosti existovaly nějaké mýty a předsudky vůči lidem s duševním onemocněním a osobní zkušenost s tím nemá. Tři komunikační partneři si myslí, že v naší společnosti existují mýty a předsudky i se s nimi osobně setkali. Jako mýty a předsudky uvádějí, že jsou duševně nemocní nebezpeční, parazitující na společnosti, líní a neschopní vzít odpovědnost sami za sebe. Jeden z nich udává, že se na těchto mýtech a předsudcích podílejí velkou mírou média. V této oblasti neuvedl ani jeden z komunikačních partnerů, že by se cítil stigmatizovaný. Pouze jeden z nich mi sdělil, že v počátcích své nemoci vnímal stigmatizaci v této oblasti, ale nyní se stigmatizovaný necítí. Myslím si, že u každého člověka by propuknutí duševní poruchy znamenalo změnu ve vnímání sebe sama. Toto ovlivňuje do velké míry výskyt mýtů a předsudků přetrvávajících v naší společnosti.

5.2 Diskuse ke stigmatizaci zaměstnanců Domina – služba pro lidi s duševním onemocněním

Dále byla pro praktickou část nastavena druhá hlavní výzkumná otázka **HVO 2:** Jakých oblastí života se týká stigmatizace pracovníků Domina věnujících se péči o uživatele s duševní poruchou?

Každá z pracovníků Domina si pojem stigmatizace vysvětluje odlišným způsobem. Jedna z komunikačních partnerek si myslí, že stigmatizace se týká pouze lidí s duševním onemocněním, kdežto druhá komunikační partnerka považuje stigmatizaci za negativní náhled nebo hodnocení jakéhokoliv člověka jeho okolím.

Dále byly stanoveny dvě dílčí výzkumné otázky, a to jak se projevuje stigmatizace v oblasti osobního života a rodinného života. Na webových stránkách adiktologickakonference.cz (2004) jsem se dočetla, že ve společnosti se můžeme setkat se stigmatizací sociálních pracovníků. Dále je na těchto webových stránkách uvedeno, že stigmatizace může postihnout všechny, kteří pracují v sociální oblasti a především pracují s cílovou skupinou, která dle mínění veřejnosti může spadat do roviny „sociální nenormality“. V mém výzkumu se toto nepotvrdilo. Obě komunikační partnerky uvedly, že se necítí stigmatizovány v oblasti osobního života ani v oblasti rodinného života. Myslí si, že k jejich stigmatizaci nedochází proto, že veřejnost ani neví, s jakou cílovou skupinou pracují. O tom, s jakou cílovou skupinou pracují, vědí pouze jejich nejbližší a ti je nijak nestigmatizují. Uvádějí také, že nedochází k přenosu obrazu uživatele na pracovníka. Oproti tomu v odborné literatuře Marková, Venglářová, Babiaková (2006) uvádějí, že občas dochází k takovým situacím, kdy je pracovník vnímán jako osoba, která se vůbec neliší od duševně nemocného. Tento výsledek mě velmi překvapil, protože i ve svém okolí se setkávám s míněním, že osoby věnující se péči o duševně nemocné se jim v mnoha ohledech podobají. Myslím si, že na výsledek může mít vliv pravidelné pořádání supervizí pro zaměstnance.

Obě komunikační partnerky stigmatizaci vůči své osobě nepocítují. Naopak u osob s duševním onemocněním jsou si vědomi, že ke stigmatizaci dochází. Obě se shodly, že ke stigmatizaci těchto osob dochází dle jejich názoru v oblastech osobního života,

zaměstnání a bydlení. Jedna z komunikačních partnerek ještě navíc uvedla oblast rodinného života.

Dle Markové, Venglářové, Babiakové (2006) člověk s duševní poruchou často dostává označení „blázen“, které se objevuje v různých anekdotách, televizních a literárních příbězích. Obě komunikační partnerky říkají, že ve společnosti existují mýty a předsudky, které se týkají osob s duševní poruchou. Dle jejich názoru se na stigmatizaci těchto osob a na vytváření mýtů a předsudků o duševních poruchách velkou měrou podílejí média. Heatherton (2003) uvádí, že mít zkušenost se stigmatizací nebo to, když se člověk stane terčem stereotypů a předsudků, může mít za následek narušení osobnosti daného jedince, které se nejčastěji projeví nízkým sebevědomím. Jedna z komunikačních partnerek také uvádí, že odmítavý postoj společnosti ovlivňuje život duševně nemocného, a to ve snížení sebedůvěry, pocitem méněcennosti. Dále ještě uvádí pocit osamocení a izolování se od společnosti. Druhá komunikační partnerka sdělila, že odmítavý postoj veřejnosti může způsobit u duševně nemocného větší uzavřenost do sebe. Souhlasím s tím, co komunikační partnerky uvedly v souvislosti se stigmatizací osob s duševní poruchou a v souvislosti s mýty a předsudky o těchto osobách.

Praško a kol. (2011) píše, že je nutné zabývat se také destigmatizací. Dále se zmiňují, že důležitou úlohu v destigmatizaci hraje výchova a zdravotnická osvěta a myslí si, že informovanost naší společnosti o duševních poruchách je poměrně na nízké úrovni. Obě komunikační partnerky řekly, že v organizaci pracují se stigmatizací a destigmatizací, především dochází k prezentování služby na veřejnosti za pomoci uživatelů. Je důležité pracovat s destigmatizací a seznamovat širokou veřejnost s touto problematikou, aby společnost byla více informovaná, tolerantnější a nevěřila všemu, co slyší v médiích.

6 Závěr

V této bakalářské práci jsem se zabývala stigmatizací osob s duševní poruchou a stigmatizací pracovníků, kteří s touto cílovou skupinou pracují. První hlavní výzkumná otázka zněla: „Jakých oblastí života se týká stigmatizace osob s duševní poruchou?“ Druhá hlavní výzkumná otázka zněla: „Jakých oblastí života se týká stigmatizace pracovníků Domina věnujících se péči o uživatele s duševní poruchou?“

Kvalitativní výzkum byl realizován v organizaci Domino. Polořízené rozhovory byly provedeny se dvěma pracovníci a čtyřmi uživateli Domina.

První hlavní výzkumná otázka byla určena pro uživatele služby Domino. Výzkumem bylo zjištěno, že tito lidé se potýkají ve svém životě s různými obtížemi. Tři ze čtyř komunikačních partnerů si myslí, že jsou stigmatizováni. První komunikační partnerka se necítí stigmatizována v žádné z oblastí života. Druhý komunikační partner vnímá stigmatizaci v oblasti zaměstnání a ze začátku své nemoci ji vnímal i v oblasti vnímání sebe sama. Třetí komunikační partner uvádí, že je stigmatizován v oblasti osobního života a rodinného života. Čtvrtý komunikační partner pociťuje stigmatizaci ve všech oblastech života (osobní a rodinný život, zaměstnání, bydlení, využití volného času) kromě vnímání sebe sama.

Druhá hlavní výzkumná otázka byla směřována k pracovníkům Domina. Z výzkumu vyplynulo, že se pracovníci necítí stigmatizováni v oblasti osobního ani rodinného života. Domnívají se, že je tomu tak, protože veřejnost neví, s jakou cílovou skupinou pracují. To vědí pouze jejich blízcí a ti je nijak nestigmatizují. Nesetkali se ani s přenosem obrazu uživatele služby na pracovníka.

Myslím si, že každý z uživatelů služeb Domina vnímá své problémy jinak, a proto je důležité, aby přístup k těmto lidem byl individuální.

Práce může sloužit jako podnět a zpětná vazba pro pracovníky organizace Domino. Dále může být využita jako zdroj informací pro laickou i odbornou veřejnost v oblasti problematiky stigmatizace osob s duševní poruchou.

7 Seznam použitých zdrojů

BAUDIŠ, Pavel a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a etika*. 1. vyd. Praha: Galén, c2002, 156 s. ISBN 80-726-2104-1.

BELKOVÁ, Petra. Stigmatizace drogovou službou. *Adiktologickakonference.cz* [online]. 2004 [cit. 2015-03-08]. Dostupné z: http://www.adiktologickakonference.cz/wp/wp-content/uploads/04_belkova_text.pdf

BENSON, Nigel C. *Psychiatrie*. Vyd. 1. Ilustrace Piero. Praha: Portál, 2010, 175 s. Seznamte se---. ISBN 978-80-7367-671-1.

CORRIGAN, Patrick W, David ROE a Hector W STANG. *Challenging the stigma of mental illness: lessons for therapists and advocates*. Chichester, West Sussex, UK: John Wiley, 2011, xx, 231 p. ISBN 978-047-0683-606.

CORRIGAN, Patrick W., Amy C. WATSON a Frederick E. MILLER. Blame, shame, and contamination: The impact of mental illness and drug dependence stigma on family members. *Journal of family psychology*. Newbury Park, Calif.: [Sage Publications], 2006, č. 2, s. 239-246. ISSN 0893-3200.

Česko. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: Sbírnka zákonů České republiky. 2006. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf

ČEŠKOVÁ, Eva, Hana KUČEROVÁ a Mojmír SVOBODA. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Vyd. 1. Editor Mojmír Svoboda. Praha: Portál, 2006, 317 s. ISBN 80-736-7154-9.

ČEŠKOVÁ, Eva. U řady duševně nemocných můžeme dosáhnout návratu do běžného života, tvrdí přednostka psychiatrické kliniky. *Sociální práce/Sociálna práca*. 2008, č. 1, 23 - 24. ISSN 1213-6204.

Domino - služba pro lidi s duševním onemocněním - Městská charita Č. Budějovice. *Charita Česká republika.cz* [online]. © 2015 [cit. 2015-03-17]. Dostupné z: <http://mchcb.cz/oblast-socialne-znevychodnenych/domino/>

FINK, Paul Jay a Allan TASMAN. *Stigma and mental illness*. 1st ed. Washington, DC: American Psychiatric Press, c1992, xiii, 236 p. ISBN 0880484055.

GOFFMAN, Erving. *Stigma: poznámky o způsobech zvládání narušené identity*. Vyd. 1. Překlad Tomáš Prášek. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003, 167 s. Most (Sociologické nakladatelství), sv. 3. ISBN 80-864-2921-0.

GULOVÁ, Lenka. *Sociální práce: pro pedagogické obory*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 208 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-802-4733-791.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Velký psychologický slovník*. Vyd. 4., V Portálu 1. Ilustrace Karel Nepraš. Praha: Portál, 2010, 797 s. ISBN 978-80-7367-686-5.

HEATHERTON, T., F. et al. *The Social Psychology of Stigma*. New York : Guilford Press, 2003. s. 450. ISBN 1-57230-942-3.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 407 s. ISBN 80-736-7040-2.

JAROLÍMEK, Martin. Bez rodiny nemají duševně nemocní šanci. Aktuálně.cz [online]. 2009 [cit. 2015-02-12]. Dostupné z:<http://blog.aktualne.cz/blogy/martin-jarolimek.php?itemid=10881>

JAROLÍMEK, Martin. Duševní nemoci a bezdomovectví. Aktuálně.cz [online]. 2010 [cit. 2015-02-12]. Dostupné z:<http://blog.aktualne.cz/blogy/martin-jarolimek.php?itemid=10881>

JAROLÍMEK, Martin. Krajina psychiatrické péče v ČR. Aktuálně.cz [online]. 2011 [cit. 2015-02-12]. Dostupné z:<http://blog.aktualne.cz/blogy/martin-jarolimek.php?itemid=10881>

JAROLÍMEK, Martin. Psychóza a vztahy. Aktuálně.cz [online]. 2012 [cit. 2015-02-12]. Dostupné z: <http://blog.aktualne.cz/blogy/martin-jarolimek.php?itemid=15829#more>

JURÍČKOVÁ, Lubica, Kateřina IVANOVÁ a Jaroslav FILKA. *Opatrovnictví osob s duševní poruchou*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, 160 s. ISBN 978-802-4747-866.

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014, 144 s., iv s. obr. příl. ISBN 978-802-4752-037.

LIBIGER, Jan. *Psychiatrie a stigma*. Sanquis: zdravý život je umění. Praha: Wald Press, 2002, č. 19, s. 14. ISSN 1212-6535.

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 168 s. Sestra. ISBN 978-802-4721-385.

MALÁ, Eva. *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 194 s. ISBN 80-247-0737-3.

MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 352 s. ISBN 80-247-1151-6.

NOVÁKOVÁ, Iva. *Zdravotní nauka: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3707-2.

OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 263 s. Psyché. ISBN 978-802-4737-379.

PĚČ, Ondřej. Destigmatizace. *Psychiatrie.cz* [online]. © 2015 [cit. 2015-03-16]. Dostupné z: http://www.psychiatrie.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=199:destigmatizace&catid=16&Itemid=108

PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, 295 s. ISBN 978-802-4742-366.

PHELAN, Jo C., Evelyn J. BROMET a Bruce Q. LINK. Psychiatric Illness and Family Stigma. *Schizophrenia bulletin*. Washington, D.C.: [Supt. of Docs., U.S. G.P.O., distributor], 1998, roč. 24, č. 1. ISSN 1745-1701.

PRAŠKO, Ján. Stigma psychiatrie. *Česká a slovenská psychiatrie*. Praha: Společnost, 2010, č. 2, 71 - 72. ISSN 1212-0383.

PRAŠKO, Ján a kol. *Obecná psychiatrie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011, 527 s. ISBN 978-802-4425-702.

PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014, 246 s. ISBN 978-802-6207-313.

Psychiatrie. 2. dopl. a opr. vyd. Editor Cyril Höschl, Jan Libiger, Jaromír Švestka. Praha: TIGIS, 2004, 883 s. ISBN 80-900-1307-4.

Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče. 1. vyd. Editor Ondřej Pěč, Václava Probstová. V Praze: Triton, 2009, 256 s. ISBN 978-807-3872-533.

Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Vyd. 2. Editor Oldřich Matoušek, Pavla Kodymová, Jana Koláčková. Praha: Portál, 2010, 351 s. ISBN 978-807-3678-180.

STYX, Petr. *O psychiatrii: jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2003, 178 s. ISBN 80-722-6828-7.

TUČEK, Jan a Vladimír CHODURA. *Psychiatrie*. 3. vyd. V Českých Budějovicích: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005. ISBN 80-704-0786-7.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5. Praha: Portál, 2012, 870 s. ISBN 978-80-262-0225-7.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2005. ISBN 978-802-4712-628.

ZVOLSKÝ, Petr a Jiří RABOCH. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, c2001, xxvii, 622 s. ISBN 80-246-0390-X.

ZVOLSKÝ, Petr. *Obecná psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2003, 192 s. ISBN 80-718-4494-2.

8 Klíčová slova

Destigmatizace

Duševní onemocnění

Duševní porucha

Duševní zdraví

Osoby s duševní poruchou

Sociální práce

Sociální pracovník

Stigmatizace

9 Přílohy

Příloha č. 1

Záznamový arch pro položený rozhovor – uživatelé Domina – služba pro lidi s duševním onemocněním

I. Identifikační údaje

- Pohlaví
- Věk
- Rodinný stav (popř. děti)
- Bydlení
- Zaměstnání (popř. pobírání sociálních dávek)

II. Využívání služby Domino – služba pro lidi s duševním onemocněním

- Jak dlouho jste uživatelem této služby?
- Jak často do Domina docházíte?
- Jaké služby zde využíváte?
- V čem Vám tato sociální služba pomáhá?
- Doporučil/a byste tuto službu dalším klientům? Pokud ano, proč?

III. Duševní porucha

- Kdy jste onemocněl/a?
- Jaký byl průběh nemoci?
- Jakým způsobem změnilo Vaše onemocnění Váš život?
- Jak se vyrovnáváte se svou nemocí?
- Jak probíhá Vaše současná léčba?

IV. Stigmatizace

- Co si představujete pod pojmem stigmatizace?
- Setkal/a jste se se stigmatizací v některých oblastech Vašeho života? (osobní život, rodinný život, zaměstnání, bydlení, využití volného času, vnímání sebe sama)

Osobní život

- Žijete v současné době v partnerském vztahu?
- Je/bylo pro Vás obtížné najít si partnera?
- Máte přátele?

- Svěřil/a jste se přátelům se svým zdravotním stavem?
- Jak se k Vám přátelé chovají, poté co se dozvěděli o Vaší nemoci?
- Byli pro Vaše onemocnění stigmatizováni i přátelé? Pokud ano, jak?

Rodinný život

- Jak se zachovala Vaše rodina, když se dozvěděla o Vaší nemoci?
- Jak se k Vám chová rodina v současné době?
- Ovlivnilo Vaše onemocnění vztahy v rodině? Pokud ano, jak?
- Udržujete kontakty se svou rodinou? Jak časté?
- Byla pro Vaše onemocnění stigmatizována i Vaše rodina? Pokud ano, jak?

Zaměstnání

- Jste v současné době zaměstnán/a? Kde? Jak dlouho?
- Byl/a jste zaměstnán/a před zjištěním Vašeho onemocnění?
 - Pokud ano, zvládl/a jste si pracovní pozici udržet?
- Došlo u Vás někdy k nějakému znevýhodnění v pracovní oblasti z důvodu Vašeho zdravotního stavu? Pokud ano, jak?
- Myslíte si, že jste byl/a někdy stigmatizována v oblasti zaměstnání?

Využití volného času

- Jak nejraději trávíte svůj volný čas?
- Brání Vám Vaše onemocnění ve vykonávání některých aktivit, o které byste měl/a zájem?
- Omezují Vás Vaše finanční možnosti v trávení volného času?
- Myslíte si, že jste byl/a někdy stigmatizována v oblasti volného času?

Bydlení

- Kde bydlíte?
- Ovlivnila Vaše nemoc možnost najít si bydlení? Pokud ano, jak?
- Jsou obtíže spojené s bydlením spíše finančního charakteru?
- Myslíte si, že jste byl/a někdy stigmatizována v oblasti bydlení?
- Setkal/a jste se stigmatizací v oblasti sousedských vztahů?

Vnímání sebe sama

- Vnímáte se Vy sám/sama jinak od té doby, co Vám bylo diagnostikováno Vaše onemocnění? Jak?
- Vnímáte svůj zdravotní stav jako svoje osobní selhání?
- Myslíte si, že naše společnost trpí vůči lidem s duševním onemocněním nějakými mýty a předsudky? Jakými?
- Setkal/a jste se Vy někdy s nějakými mýty a předsudky vůči Vaší osobě?

Příloha č. 2

Záznamový arch pro položený rozhovor se sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách

I. Identifikační údaje

- Pohlaví
- Věk
- Vzdělání, absolvované kurzy (kurzy, které se týkají práce s osobami s duševní poruchou)
- Praxe v oboru s touto cílovou skupinou

II. Zaměstnání v organizaci Domino – služba pro lidi s duševním onemocněním

- Jak dlouho pracujete v této organizaci?
- Proč jste si vybral/a tuto cílovou skupinu?
- Jaká je náplň Vaší práce?
- Jaké jsou klady sociální práce s touto cílovou skupinou?
- Jaké jsou zápory sociální práce s touto cílovou skupinou?
- Jakým způsobem pracujete v zařízení se stigmatizací a destigmatizací?

III. Stigmatizace

- Co je podle Vašeho mínění stigmatizace?
- Jak reaguje okolí, když se objevíte na veřejnosti s touto cílovou skupinou?
- Myslíte si, že dochází k přenosu obrazu uživatele na pracovníka?
- Setkal/a jste se někdy se stigmatizací díky Vaší profesi?
 - Pokud ano, v čem se to projevilo?
 - Týká se stigmatizace Vašeho osobního života? Pokud ano, jak?
 - Byla stigmatizována Vaše rodina?
 - Dochází ke stigmatizaci ve službě nebo i mimo službu? Proč?
 - Pokud ne, proč si myslíte, že ke stigmatizaci nedochází?
- Jsou podle Vašeho názoru osoby s duševní poruchou stigmatizovány?
 - Pokud ano, v jakých oblastech života se stigmatizace nejvíce projevuje? (osobní život, rodinný život, zaměstnání, volný čas, bydlení, vnímání sama sebe)
- Myslíte si, že existují ve společnosti předsudky a mýty o lidech s duševní poruchou? Pokud ano, jaké?
- Jaké důvody vedou společnost ke stigmatizaci osob s duševní poruchou?
- Jak může odmítavý postoj veřejnosti ovlivnit život duševně nemocných?