

Univerzita Hradec Králové

Pedagogická fakulta

Ústav sociálních studií

**Předsudky vůči osobám s duševním onemocněním
z pohledu pracovníků organizace RIAPS**

Bakalářská práce

Autor: Lucie Schmiedová

Studijní program: B 7507 Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální komunikace v neziskovém sektoru

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Kateřina Krupková

Oponent práce: PhDr. Jiří Kučírek, Ph.D.



Zadání bakalářské práce

Autor: Lucie Schmiedová

Studium: P20K0106

Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální komunikace v neziskovém sektoru

Název bakalářské práce: **Předsudky vůči osobám s duševním onemocněním z pohledu pracovníků organizace RIAPS**

Název bakalářské práce AJ: Prejudices against people with mental illness from the point of view of RIAPS employees

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se zabývá zkušenostmi pracovníků příspěvkové neziskové organizace RIAPS Trutnov s předsudky z řad veřejnosti vůči jejich klientům s duševním onemocněním. V teoretické části je pojednáváno o duševním onemocnění a sociální práci s osobami trpícími duševním onemocněním. Dále jsou zde uvedeny specifické rysy komunikace s osobami s duševními poruchami. Pozornost je dále směřována na komunikaci organizace s veřejností, jakožto možného spouštěče i preventivního prostředku předsudků a stereotypů v české majoritě. Je zde také charakterizován neziskový sektor a zvláště neziskové organizace. Empirická část práce vychází z kvalitativního výzkumného šetření se zaměstnanci RIAPS Centra duševního zdraví, které je zaměřeno na problematiku předsudků mířenou vůči duševně nemocným.

ALLPORT, Gordon Willard. *O povaze předsudků*. V českém jazyce vyd. 1. Praha: Prostor, 2004. 574 s. Obzor; sv. 58. ISBN 80-7260-125-3.

MAJDÚCHOVÁ, Helena. *Neziskové organizácie*. Bratislava: Sprint, 2004. 180 s. ISBN 80-88848-59-8.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2010. 351 s. ISBN 80-7367-002-x.

MUSIL, Josef. *Sociální a mediální komunikace*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010. 256 s. ISBN 978-80-7452-002-0.

NOVOTNÁ, Hedvika, ed., ŠPAČEK, Ondřej, ed. a ŠTOVÍČKOVÁ, Magdaléna, ed. *Metody výzkumu ve společenských vědách*. Vydání první. Praha: FHS UK, 2019. 495 stran. ISBN 978-80-7571-025-3.

Zadávací pracoviště: Ústav sociálních studií,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Kateřina Krupková

Oponent: PhDr. Jiří Kučírek, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 1.2.2022

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma *Předsudky vůči osobám s duševním onemocněním z pohledu pracovníků organizace RIAPS* vypracovala pod vedením Mgr. et. Mgr. Kateřiny Krupkové, samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 28.04.2023

Lucie Schmiedová

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucí mé práce Mgr. et Mgr. Kateřině Krupkové za její rady, informace a odborné vedení, které pomohlo ke vzniku této práce. Dále bych chtěla poděkovat neziskové organizaci RIAPS a Centru duševního zdraví v Trutnově, konkrétně Mgr. Lucii Skalské a Bc. Anetě Dymákové za ochotu a čas, které mi při zpracování práce poskytly.

Anotace

SCHMIEDOVÁ, Lucie. *Předsudky vůči osobám s duševním onemocněním z pohledu pracovníků organizace RIAPS*. Hradec Králové. Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2023. 51 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se zabývá zkušenostmi pracovníků příspěvkové neziskové organizace RIAPS Trutnov s předsudky z řad veřejnosti vůči jejich klientům s duševním onemocněním. V teoretické části je pojednáváno o duševním onemocnění a sociální práci s osobami trpícími duševním onemocněním. Dále jsou zde uvedeny specifické rysy komunikace s osobami s duševními poruchami. Pozornost je dále směřována na komunikaci organizace s veřejností, jakožto možného spouštěče i preventivního prostředku předsudků a stereotypů v české majoritě. Je zde také charakterizován neziskový sektor a zvláště neziskové organizace. Empirická část práce vychází z kvalitativního výzkumného šetření se zaměstnanci RIAPS Centra duševního zdraví, které je zaměřeno na problematiku předsudků mířenou vůči duševně nemocným.

Klíčová slova: duševní onemocnění, neziskový sektor, předsudek, komunikace

Annotation

SCHMIEDOVÁ, Lucie. *Prejudices against people with mental illness from the point of view of RIAPS employees*. Hradec Králové. Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2023. 51 pp. Bachelor Thesis.

The bachelor's thesis deals with the experiences of employees of the contribution non-profit organization RIAPS Trutnov with prejudices from the public towards their clients with mental illness. The theoretical part discusses mental illness and social work with persons suffering from mental illness. Furthermore, specific features of communication with persons with mental disorders are listed here. Attention is also directed to the organization's communication with the public, as a possible trigger and preventive measure of prejudices and stereotypes in the Czech majority. The non-profit sector and especially non-profit organizations are also characterized here. The empirical part of the work is based on a qualitative research survey with the employees of the RIAPS Center for Mental Health, which is focused on the issue of prejudice directed towards the mentally ill.

Keywords: mental illness, non-profit sector, prejudice, communication

Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářská práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 13/2022 (Řád pro nakládání s bakalářskými, diplomovými, rigorózními, disertačními a habilitačními pracemi na UHK).

28.04.2023

Lucie Schmiedová

Obsah

Úvod	9
1 Duševní onemocnění.....	11
1.1 Duševní onemocnění a jeho poruchy	11
1.2 Příčiny duševních onemocnění	12
1.3 Komunikace s lidmi s duševním onemocněním	13
2 Sociální práce a sociální služby	16
2.1 Sociální služby a jejich systém	16
2.2 Sociální práce a její metody	18
2.3 Sociální práce s duševně nemocnými	19
3 Předsudky vůči osobám s duševními poruchami	21
3.1 Definice předsudků a souvisejících termínů	21
3.2 Předsudky vůči osobám s duševními poruchami	22
3.3 Mýty o osobách s duševními poruchami	24
4 Neziskový sektor a neziskové organizace	26
5 Průzkumné šetření v nezisková organizaci RIAPS.....	28
5.1 Nezisková organizace RIAPS	28
5.2 Předsudky vůči klientům z pohledu pracovníků Centra duševního zdraví organizace RIAPS	31
5.3 Průzkumné šetření.....	32
5.4 Shrnutí průzkumného šetření	42
Závěr.....	45
Seznam použitých zdrojů	46
Přílohy	48

Úvod

Bakalářská práce se zabývá zkušenostmi pracovníků příspěvkové neziskové organizace RIAPS Trutnov s předsudky z řad veřejnosti vůči jejich klientům s duševním onemocněním. V teoretické části je pojednáváno o duševním onemocnění a sociální práci s osobami trpícími duševním onemocněním. Dále jsou zde uvedeny specifické rysy komunikace s osobami s duševními poruchami. Pozornost je směřována na komunikaci organizace s veřejností, jakožto možného spouštěče i preventivního prostředku předsudků a stereotypů v české majoritě. Je zde také charakterizován neziskový sektor a zvlášť neziskové organizace. Empirická část práce vychází z kvalitativního výzkumného šetření se zaměstnanci RIAPS Centra duševního zdraví, které je zaměřeno na problematiku předsudků mířenou vůči duševně nemocným.

Téma předsudků se v posledních letech ve společnosti objevuje častěji. I když přichází nové informace pomáhající v boji s předsudky, stigmatizace osob s duševním onemocněním je v České republice stále aktuální. Jedním z úkolů Centra duševního zdraví v neziskové organizaci RIAPS je změna postoje veřejnosti a komunity k osobám se závažnou duševní nemocí. V České republice není mnoho výzkumů, které se zabývají tématem předsudků vůči lidem s duševním onemocněním, navíc z pohledu sociálních pracovníků, kteří jsou s klienty s duševním onemocněním v každodenním kontaktu. Cílem této práce je tedy zjistit, jak sociální pracovníci pohlíží na předsudky vůči lidem s duševním onemocněním, jaké s nimi mají zkušenosti z profesního i osobního hlediska. Svého cíle jsem se snažila dosáhnout pomocí pěti rozhovorů se sociálními pracovníky, kteří z Centra duševního zdraví mají zkušenosti s klienty s duševním onemocněním. Důvodem pro výběr této cílové skupiny bylo, že právě i neziskové organizace poskytují sociální služby, které spojují svět osob s duševním onemocněním a veřejností s pomocí setkávání se s nimi prostřednictvím různých akcí, přednášek, veletrhů či aukcí zboží vyrobenými přímo klienty zařízení. Sociální pracovníci se účastní těchto aktivit a tráví s klienty někdy každý den, pomáhají jim a vidí je v každodenních situacích. Mají tak přehled o tom, čím si klienti aktuálně prochází a zda se setkali s předsudky a podobně.

Má práce je rozdělena na dvě části a to teoretickou a empirickou část. Teoretická část je rozčleněna do 4 kapitol. První kapitolou je seznámení se s duševním onemocněním, jeho příčinami a je zde primárně popsána komunikace s lidmi s duševním onemocněním. Další kapitola líčí současný stav sociálních služeb a jejich systém, sociálních prací a jejich metod a zvlášť popisuje sociální práci s duševně nemocnými.

Třetí kapitola se věnuje přímo předsudkům vůči osobám s duševním onemocněním. Obsahuje základní definice předsudků a souvisejících termínů a více se zabývá příčinami, pohledy, negativními postoji a eventuálními mýty o předsudcích. V poslední kapitole je popsán neziskový sektor a zvláště neziskové organizace.

Empirická část se věnuje realizovanému výzkumu. Výzkum byl kvalitativní a probíhal formou polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovorů bylo celkem pět, v empirické části přikládám analýzu jejich dat, po kterých následuje jejich shrnutí. V závěru práce odpovídám na výzkumné otázky a diskutuji jejich výsledky.

1 Duševní onemocnění

Z důvodu přiblížení cílové skupiny osob s duševním onemocněním je nutné objasnit téma z teoretického hlediska, aby bylo zřetelné, jaké skupiny obyvatel se předsudky týkají.

1.1 Duševní onemocnění a jeho poruchy

Podle Duška a kol., „*Pojem zdraví nelze chápat negativně (zdraví je tam, kde není nemoc) ani pomocí kritérií normálnosti. Kritérium normálnosti samo o sobě neexistuje, je to vždy vztah k něčemu. Také na zdraví se nelze dívat jako na daný stav, ale jako na proces, který má svou dynamiku. Nevyvíjí se sám o sobě, ale vždy v určitém vztahu k prostředí. Organismus je vybaven určitým rozsahem přizpůsobivosti k prostředí a prostředí klade na organismus jistý rozsah nároků*“ (Dušek a kol., 2015, s. 23-24).

Matoušek definuje vážnou duševní nemoc jako „*Proces, jehož průběh není možné předvídat u lidí, u kterých se projevila poprvé a také u lidí mladšího věku. Nemoc se může vyléčit zcela, může dojít k odeznění akutních potíží, ale osobnost má trvalý defekt. Nemoc se může také opakovat s mezidobími, v nichž jsou obtíže méně naléhavé a pacienta omezují méně. Protože jde o proces, nikoli o trvalý stav, je nutné, aby služby reagovaly na měnící se potřeby nemocného. Jeden typ služby totiž může být v určitou dobu přiměřený a v jinou dobu nepřiměřený*“ (Matoušek, 2007, s. 99).

Patrně nepoužívanější definice zdraví pochází od světové zdravotnické organizace (WHO), která zdraví vymezuje jako „*Pocit pohody, v němž každý člověk naplňuje svůj vlastní potenciál, zvládá běžný životní stres, může pracovat produktivně a plodně a je schopen přispívat k prospěchu své komunity*“. Duševní zdraví tedy není pouze absencí duševní nemoci, nýbrž smysluplným naplněním vlastních životních možností. Duševní onemocnění jsou spojena se stresem a/nebo problémy s fungováním v sociálních, pracovních či rodinných aktivitách (Iniciativa Na rovinu, 2021).

Příznaky duševní poruchy mohou mít různý průběh: mohou narůstat jak v intenzitě, tak množství, mohou dokonce na určitou dobu mizet. Získá se tak obraz o dynamickém profilu poruchy. To velmi napomáhá k závěrečné diagnostice. Nemocný je považován za nezodpovědného za vznik svého stavu a za neschopného odstranit jej svou vůlí, je zproštěn svých dosavadních povinností, je také povinen dávat najevo vědomí nežádoucnosti svého stavu a jeho přechodnosti a je povinen vyhledat odborníky a spolupracovat s nimi, nedojde-li ke spontánní úpravě stavu (Dušek a kol., 2015).

Je také nezbytné zaměřit se i na reakce nemocného a na projevy nemoci: emoční ladění, pocity strachu (fobie), obsese; případné konfliktní situace v rodině, ve škole, zaměstnání a v okolí postiženého. Zda příznaky nejsou působeny požíváním alkoholu, drog, zda vyšetřovaný netrpí sklony k patologickému hráčství a jeho problémy nevyplývají z těchto situací. Můžeme se zaměřit i na případné další souvislosti, například ukončení školní docházky, maturita, nástup do zaměstnání, rozchody s partnerem, úmrtí v rodině či jiné události (Dušek a kol., 2015).

Myšlení, aby mohlo být pravdivé, probíhá podle logických zákonů, i když si to neuvědomujeme. V chorobném stavu mohou být tyto oblasti porušeny. Poruchu obsahové stránky myšlení představuje blud. Je to mylný závěr podmíněný poruchou myšlení. Postižený je o správnosti tohoto závěru nevyvratně přesvědčen. Základem bludu je chorobně nesprávná premise, tj. chorobný předpoklad, přesvědčení a soud. Dalším důležitým kritériem bludu je jeho nevyvratnost (Dušek a kol., 2015).

1.2 Příčiny duševních onemocnění

Příčiny duševních onemocnění dosud nejsou vědecky zcela objasněné. Odborníci se dnes většinou shodnou na tom, že jejich rozvoj je výsledkem kombinace genetických předpokladů (jestli někdo v rodině měl nějaké duševní onemocnění), psychologického vývoje (jestli dotyčný vyrůstal v dobrém rodinném zázemí) a sociálního zázemí (uspokojivé vztahy a socioekonomické uplatnění). Nicméně poměr těchto složek se liší v závislosti na typu onemocnění – u organických poruch, mentální retardace a do jisté míry ADHD a autismu hraje biologická složka velkou roli a je poměrně dobře popsána. U ostatních kategorií však existuje mnohem více neznámých (Iniciativa Na rovinu, 2021).

Významným spouštěčem duševního onemocnění může být trauma. To může vycházet z jednorázové traumatické události (např. nehoda, smrt někoho blízkého, fyzické či sexuální zneužití) a/nebo z dlouhodobého stresu (např. u zanedbaných a týraných dětí). Svou roli zde však hrají i širší sociální a ekologické faktory, jako je chudoba, kriminalita, války, přírodní i člověkem způsobené katastrofy (Iniciativa Na rovinu, 2021).

Každý je však jiný a nelze dopředu říci, u koho se duševní onemocnění rozvine. Někdo může mít tak silné genetické zatížení, že se u něj duševní onemocnění rozvine navzdory dobrému životnímu zázemí. Někdo jiný naopak může zažít událost, která by pro někoho dalšího byla silně traumatická, ale díky své vrozené odolnosti či dobrým

zvládacím mechanismům u něj žádné onemocnění nevznikne. V každém případě kvalitní a včasná odborná péče může dopad onemocnění zásadním způsobem zmírnit. Ačkoliv v prevenci, rozvoji i léčbě duševních onemocnění hrají roli různé psychologické a sociální faktory, tato onemocnění se týkají všech vrstev obyvatelstva bez ohledu na jejich bohatství, intelekt, vzdělání a postavení (Iniciativa Na rovinu, 2021).

1.3 Komunikace s lidmi s duševním onemocněním

V empirické části práce bude více pojednáváno o přímé komunikaci klientů se sociálními pracovníky v rámci rozhovorů, proto nejprve představíme důležité pojmy.

Křoustková Moravcová definuje pojem sociální a pedagogická komunikace tak, že *„Sociální komunikace je chápána jako obecný jev, který doprovází společenský styk. V užším slova smyslu se jedná o sdělování, jehož cílem je přenos nebo výměna informací a názorů v sociálním kontaktu, tzn., že se projevuje v sociálním chování a mezilidských vztazích“* (Křoustková Moravcová, 2014, s. 6). Křoustková Moravcová definuje tento pojem i jako *„Pedagogická komunikace je zvláštním případem sociální komunikace. Jedná se o komunikaci jejímž prostřednictvím vychováváme a vzděláváme“* (Křoustková Moravcová, 2014, s. 6).

Strnadová chápe sociální komunikaci jako *„Interakci prostřednictvím kódovaných symbolů verbálních nebo neverbálních. Je to interakční proces mezilidského dorozumívání. Sám pojem komunikace může být chápán odlišně. Například jestliže je někdo s někým jiným ve sporu, odmítá s ním mluvit, říkáme, že s ním nekomunikuje. Ale i když s ním nemluví, tak takové nekomunikování je komunikace. Komunikační úroveň jedince se v souvislosti s přítomností jiných lidí mění“* (Strnadová, 2011, s. 26).

Komunikace je důležitá pro vytváření vztahu, který v této rovině komunikace s klientem musí být v dostatečném respektu. S klientem se musí jednat vždy pravdivě a srozumitelně s ním komunikovat v rámci dané situace, ve které se nachází.

Mít kolem sebe lidi, na které se můžeme obrátit a pohovořit s nimi, ať už se jedná o rodinu, přátele nebo i sociálního pracovníka, nás ochraňuje před vážnými důsledky životních zkoušek a traumat, protože nám mohou poskytnou útěchu, pomoc a radu. Kvalita našich vztahů a jejich počet jsou faktory pro odreagování stresu. Izolace, samota a osamělost – tyto stavy také mohou ohrožovat naše zdraví. Proto je důležitá mezilidská interakce, zdravá sociální percepce a správné vnímání mezilidských vztahů (Strnadová, 2011).

Podle Čadkové-Svejkové je „*V rámci instituce či organizace konkrétní podoba spolupráce ovlivněna mnoha aspekty a zvyklostmi. Důležité je vždy ochota spolupracovat, důvěřovat jiným odborníkům a respektovat jejich pohled na péči, a to napříč odbornostmi i postavením v péči. Důvěru a respekt k týmu musí mít i management zařízení nebo instituce, protože by měl podporovat a investovat do soudružnosti týmu. Velmi důležité je také pravidelné vyhodnocení kvality péče*“ (Čadková-Svejková in Mahrová a kol., 2008, s. 63).

A podle Valentové „*V komunikaci s klientem s duševním onemocněním se přizpůsobujeme jeho možnostem a projevům. Jednáme jinak s klientem, který je stabilizovaný a tím, který je v akutní krizi. Lze říci, že jejich projevy mohou být různé. Někdy s nimi navázat kontakt může být bezproblémové a někdy je to problematické. Komunikace mnohdy bývá ovlivněna narušeným vnímáním a prožíváním reality ze strany klienta. V sociální práci s lidmi s psychotickým onemocněním je potřeba brát v úvahu sníženou vůli řešit různé životní situace, jsou u nich leckdy omezeny i běžné a základní činnosti*“ (Valentová in Mahrová a kol., 2008).

Do systému péče o duševně nemocné patří všichni lidé vyskytující se v jejich blízkosti. Je proto důležitá také komunikace s klientovým okolím. Největší základ tvoří rodina, přátelé, učitelé nebo spolupracovníci, komunita, ve které klient žije a nakonec sociální pracovník. Důležitý je první kontakt s klientem. Může být zprostředkovaný klientem samým, nebo právě jeho rodinou a blízkými osobami či odborníkem. Klientům se může také věnovat multidisciplinární tým. Stávají se tak z nich specialisté na sociální oblast života duševně nemocných (Mahrová in Mahrová a kol., 2008).

Podle Mahrové je důležitá pro klienty rodina a tak „*Bychom nikdy neměli zapomenout, že klientem je v širším smyslu slova je celá rodina, ve které se duševní problémy vyskytly. Duševní onemocnění má vliv na všechny její členy a každý z nich potřebuje nějakou formu péče. Každý člen rodiny je zároveň tím, kdo může s odborníky spolupracovat, a tím, kdo člověku s akutním projevem duševního onemocnění pomůže*“ (Mahrová in Mahrová a kol., 2008, s. 47).

V péči o duševně nemocné se prolíná státní a nestátní sektor. Je to určitě velká přednost tohoto systému. Důležitou úlohu mají sociální pracovníci, kteří podporují vzájemnou spolupráci obou těchto sektorů. Je to právě možná tím, že to jsou oni, kdo síťují služby a pomáhají klientům komunikovat se zařízeními a potřebnými úřady. Prolínání a dobrá kooperace obou sfér je pro klienty velmi významná. Každý sociální

pracovník má výhodu v tom, že většinu zařízení ve svém okolí zná, osobně je navštíví, nebo o nich alespoň má nějaké informace (Mahrová in Mahrová a kol., 2008).

Přiznání duševních problémů a nalezení odvahy je řešit si vždy zaslouží ocenění, podporu a konkrétní pomoc. Každý sociální pracovník by měl být vybaven základními informacemi, které může klientovi nebo jeho rodině poskytnout. Rozhodnutí klienta o svých problémech mluvit znamená odhodlání s problémem něco dělat a bojovat s ním. Pokud je možné klientovi dodat naději, odvalu a zajistit doprovod nebo jinou formu podpory, je nezbytné to udělat. Už jen to, že někdo jeho problému rozumí, má pro něj pochopení, vše si vyslechne a ví si rady, bývá pro klienta osvobozující. Někteří klienti nepotřebují dlouhodobou péči a jsou brzy schopni k návratu do běžného života, někteří potřebují dlouhodobou péči nebo se budou v různých časových intervalech vracet (Mahrová in Mahrová a kol., 2008).

Respekt a vzájemná úcta mezi klientem a sociálním pracovníkem je jsou důležité pro vzájemnou spolupráci. Respekt znamená akceptaci klienta takového, jaký je a snahu porozumět jeho životních situací. Základním předpokladem pro důvěryhodnost vztahu a spolupráce je zacházení s informacemi. Klient vytváří propojením těchto vlastností spolu se sociálním pracovníkem vztah. Dále spolu tvoří také společně plán spolupráce, kde hledají příčiny potíží a možností jejich řešení. Vzájemné partnerství znamená možnost všech zúčastněných přinášet svá hlediska, nápady, nabídky na řešení (Venglářová in Mahrová a kol., 2008).

Celkově lze říci, že komunikace s člověkem s duševním onemocněním není jednoduchá a vyžaduje velkou trpělivost jak ze strany sociálního pracovníka tak i ze strany klienta a jeho rodiny a okolí.

2 Sociální práce a sociální služby

K porozumění sociální práce s osobami s duševním onemocněním jsou vymezeny pojmy sociální práce, sociální pracovník a sociální služby a jejich systém.

2.1 Sociální služby a jejich systém

Matoušek definuje **sociální služby** jako „*Sociální služby se částečně překrývají s širší kategorií veřejných služeb. Veřejné služby jsou služby poskytované v zájmu veřejností. Na rozdíl od služeb komerčních jsou financovány z veřejných rozpočtů, jsou podrobněji definovány legislativou než jiné služby a díky tomu jsou více závislé na politickém rozhodování státu, krajů a obcí*“ (Matoušek, 2007, s. 5).

Systém sociálních služeb, podle Vondrky, by měl „*Zahrnovat co největší pestrost služeb, které jsou cíleně mířeny na skupiny potřebných klientů. Tyto služby by měly být vzájemně propojeny, navazovat jedna na druhou a odpovídat potřebám jak klientů, tak společnosti. Dochází zde ke spolupráci různých resortů – zdravotnictví, sociálních věcí, školství – a zároveň se prolíná státní a nestátní sektor. Cílem je tvořit systém, který by působil ve všech sférách prevence a přispíval ke kvalitě života*“ (Vondrka in Mahrová a kol., 2008, s. 39).

Matoušek také definuje účet sociálních služeb tak, že „*Sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života, případně v maximální možné míře do společnosti začlenit, nebo společnost chránit před riziky, jejichž jsou tito lidé nositeli. Sociální služby proto zohledňují jak osobu uživatele, tak jeho rodinu, skupiny, do nichž patří, případně zájmy širší společnosti*“ (Matoušek, 2007, s. 5).

Pomoc a podpora znevýhodněným lidem je v dnešní době civilizovaného světa podporována obecným uznáním základních lidských práv a svobod.

V České republice sociální služby spadají do oblasti řízené Ministrem práce a sociálních věcí a jsou upravovány Zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

Zřizovateli zařízení poskytujících sociální služby mohou být v České republice obce, kraje a Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV). Obce a kraje mohou zřizovat sociální služby buď jako vlastní organizační složky bez právní subjektivity, nebo jako příspěvkové organizace, které mají samostatnou právní subjektivitu – příspěvkové organizace (Matoušek, 2007).

Zřizovatelem a poskytovatelem sociálních služeb mohou být v České republice i nestátní neziskové organizace. Tyto subjekty mohou dostávat dotace na svou činnost z veřejných rozpočtů, tj. z rozpočtů obcí, krajů a ministerstev. Na tyto dotace však nestátní neziskové organizace nemají právní nárok (Matoušek, 2007).

Matoušek upozorňuje na úpravu specifikace poskytování sociálních služeb tak, že *„Ani jedna z forem nestátních subjektů, jež mohou působit jako poskytovatelé sociálních služeb, nemá ve své obecné úpravě žádná specifika týkající se poskytování sociálních služeb. Je tomu tak proto, že všechny právní formy nestátních subjektů mohou být zřizovány k nejrůznějším účelům. Jedním se závažných nedostatků dosavadní právní úpravy byla právě skutečnost, že neexistovaly žádné zákonné požadavky na činnost poskytovatelů sociálních služeb – z hlediska kvality poskytovaných služeb, odborné způsobilosti zaměstnanců takového subjektu, vybavenosti jeho zařízení apod. Tento nedostatek je nyní částečně řešen povinností registrace poskytovatelů sociálních služeb, zavedené zákonem o sociálních službách“* (Matoušek, 2007, s. 14).

Při aktualizaci o zákonu o sociálních službách přinesl stát novou kategorizaci sociálních služeb, do určité míry převzatou z německé právní úpravy. Sociální služby se nyní dělí na: sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Zákon obsahuje rovněž dělení forem, v jakých se tyto služby mohou poskytovat. Jsou to služby: pobytové, ambulantní a terénní (Koldinská in Matoušek, 2007).

Předpokládaným nejdůležitějším zdrojem příjmů pro poskytovatele sociálních služeb, dle zákonu o sociálních službách, by měly být prostředky poskytované formou dotací ze státního rozpočtu. Tyto dotace se poskytují prostřednictvím rozpočtu kraje. Dotace se poskytují k financování běžných výdajů souvisejících k poskytování služeb v souladu se zpracovaným střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb (Koldinská in Matoušek, 2007).

Podle Matouška je obecným směřováním sociálních služeb v současných západoevropských státech *„Snaha o redukci role státu jako jediného poskytovatele sociálních služeb. Rozvíjejí se služby poskytované nestátními subjekty a v některých případech jsou služby poskytovány za úplatu na komerční bázi. Stát pouze určuje pravidla poskytování služeb, registruje poskytovatele, vydává nebo odebrává oprávnění k poskytování služeb, kontroluje kvalitu služeb a takto garantuje, že jsou služby poskytovány způsobem, jaký je v dané době přiměřený a obvyklý“* (Matoušek, 2007, s. 173).

2.2 Sociální práce a její metody

Úlehla definuje poslání **sociální práce** „*Posláním sociální práce je poskytování sociálních služeb jednotlivcům, rodinám, skupinám nebo komunitám. Účelem je pomoc klientům vyrovnat se s problémy, omezit je nebo odstranit, případně je vyřešit nebo přispět ke zlepšení situace tam, kde je možná úprava sociálních poměrů. Zároveň sociální práce vede dialog mezi tím, co chce společnost ve svých normách a tím, co chce klient. Cílem je rozvíjet tento dialog ke vzájemné spolupráci*“ (Úlehla in Mahrová a kol., 2008).

Metody sociální práce dělíme na individuální sociální práci, skupinovou sociální práci a komunitní práci. Jsou však také různě definovány podle toho, z jakého teoretického základu vychází. V rámci těchto metod jsou užívány různé techniky a metody, které mají původ v teoriích sociální práce, je tedy lépe užívat místo metod pojem intervence (Chytil in Mahrová a kol., 2008).

Individuální sociální práce je metoda sociální práce s jednotlivcem nebo rodinami, kteří potřebují podporu individuální pomoci. Tato metoda staví na pevném vztahu pracovníka a klienta. Pracovník se snaží o to, aby klient dokázal změnit své špatné návyky a chování a aby si sám s malou pomocí dokázal poradit s osobními, pracovními, sociálními a dalšími problémy. Jedná se tedy o takové poradenství, které probíhá ve vztahu pracovník – klient nejčastěji ve formě rozhovorů (Chytil, Mahrová in Mahrová a kol., 2008).

Skupinová sociální práce je založena na skupinovém procesu. Jedná se hlavně o vzdělávací, rekreační, sociální akce, ve kterých je více lidí a které poté vedou ke změnám. Tato metoda je založena jak na setkávání s dalšími lidmi, tak na předávání si zkušeností mezi klienty, ale i na správném vedení sociálního pracovníka (Chytil, Mahrová in Mahrová a kol., 2008).

Komunitní sociální práce. Zde se jedná o práci sociálního pracovníka v rámci komunity. Sociální pracovník respektuje biologické, etnické, psychologické, kulturní, sociální, ekonomické a ekologické potřeby klientů. Tato metoda rozvíjí svépomoc v součinnosti s různými formami státních nebo lokálních rozvojových programů. Cílem těchto akcí a činností je vyřešit problém v dané komunitě či naplnit jejich potřeby (Chytil, Mahrová in Mahrová a kol., 2008).

Sociální práci tvoří **sociální pracovník**, kterého Mahrová definuje podle Konference o profesním profilu sociální práce v ČR jako „*Profesionála, který řeší sociální problémy, zprostředkovává pomoc při řešení těchto problémů a snaží se zabránit*

jejich vzniku nebo vyhrocení. Sociální práci pojímá jako službu klientům (jedincům, rodinám, skupinám nebo komunitám), kterou je možno charakterizovat pojmy pomoc, podpora, provázení“ (Mahrová a kol., 2008, s. 14). Podle nejnovější mezinárodní definice, na které se shodly Mezinárodní asociace sociálních pracovníků a Mezinárodní asociace škol, určuje sociální práci „Jako profesi podporující změny, řešení problémů v oblasti mezilidských vztahů a umožňující lidem zvyšovat kvalitu jejich životů. S využitím teorii lidského chování a sociálních systémů se uplatňuje v situacích, kdy lidé a prostředí na sebe vzájemně působí“ (Mahrová a kol., 2008, s. 14).

V sociální práci označení pro člověka, který užívá služeb sociálního pracovníka, vypadá zcela jasně. Podle Mahrové *„Je to klient a vystupuje vůči sociálnímu pracovníkovi v roli spolupracovníka a rovnocenného partnera. Tato filozofie vzájemného pracovního vztahu vychází z psychosociálního pojetí sociální práce, kdy konečná volba způsobu života záleží na klientovi a jeho rozhodnutí je respektováno. Když se zaměříme na podporu zdravého potenciálu a navážeme s klientem spolupráci, ocení náš přístup. Pokud je to jen trochu možné, zapojíme do spolupráce všechny zúčastněné v rodině a v blízkém vztahovém okolí s cílem získat co největší samostatnost, spokojenost a kompetence v přístupu k duševní nemoci“ (Mahrová a kol., 2008, s. 28).*

2.3 Sociální práce s duševně nemocnými

Probstová definuje sociální práci s lidmi s duševním onemocněním tak, že *„Sociální práce v oblasti péče o duševní zdraví je součástí intervencí, které mohou mít různý rozsah i různé cíle – od obnovení stavu duševní rovnováhy (např. krizová intervence) až po oblast dlouhodobého léčení duševních poruch“ (Probstová in Matoušek a kol., 2005, str. 133).*

Podle Mahrové *„Kompetentní sociální pracovník musí umět získat informace o klientovi a jeho okolí, o zázemí, sestavit a realizovat plán intervencí, hodnotí výsledky, vědět, jak práci s klientem ukončovat. K tomu využívá schopnost navázat kontakt, vést rozhovor, empaticky naslouchat, být vnímavý k verbálním i neverbálním projevům klienta, umět pozorovat. Ví, jak komunikovat s ostatními členy týmu, dalšími odborníky a institucemi. Má jasno v etice své práce, v tom, jak zacházet s informacemi o klientovi. Má přehled o možnostech a zdrojích v komunitě, snaží se je rozšiřovat či vytvářet. Zná systém sociálního zabezpečení, legislativu a sociální politiku, orientuje se v životním stylu*

a hodnotách různých společenských skupin a je k nim vnímavý“ (Mahrová in Matoušek a kol., 2005, s. 137).

Většina lidí s duševním onemocněním potřebuje pomoc v oblasti sociálního zabezpečení, rodinného, občanského a pracovního práva, poradenství, rodinnou intervenci či psychoterapii. Komplexní zdravotně-sociální péči vyhledávají jedinci, kteří mají problém fungovat ve více oblastech a delší dobu. Jejich potřeby jsou založené na kvalitních zdravotních a sociálních službách poskytovaných vzdělaným a proškoleným personálem ve spolupráci s jednotlivými složkami péče, tzn. týmem, institucemi, regionem, státem. Kvalifikovaný sociální pracovník je v multidisciplinárním týmu nezastupitelný a v určitých obdobích života je pro osoby s duševním onemocněním primární pomocí (Probstová in Matoušek a kol., 2005).

Proto práce s lidmi s duševním onemocněním je komplikovaná a má svá specifika. Proto by měl sociální pracovník dbát na důležité prvky, jako je znalost duševních nemocí a její následná aplikace v oblasti komunikace a přístupu ke klientům. Lze tedy říci, že je vhodné chovat se k lidem s duševním onemocněním přirozeně, projevit zájem o jejich prožívání a názory a chovat vůči jejich osobě respekt (Valentová in Mahrová et al., 2008).

Požadavku na pružné přizpůsobování péče služeb odpovídá model řízené péče. V období akutní nemoci se využívá lůžkových nebo ambulantních zdravotnických zařízení. Ústavní péče je nutná u těch pacientů, kteří nemají schopnost si zajistit základní potřeby a představují nebezpečí pro sebe či své okolí. Denní stacionáře jsou vhodné pro ty, kterým jejich stav umožňuje se samostatně do stacionáře dopravovat. V období remise (návrat k původnímu fungování pacienta před vypuknutím nemoci) lze také u pacientů provádět terapeutickou práci s rodinou. Podporované bydlení je lze aplikovat u těch, kteří nechtějí nebo nemohou bydlet s rodinou a jejichž stav jim umožňuje samostatný život. Podporované zaměstnávání je zase vhodné u těch, kteří se nemohou bez pomoci uplatnit na volném trhu práce. Další možností jsou chráněné dílny. V posledních letech jsou budovány pracoviště pro krizovou intervenci a telefonickou krizovou intervenci (Matoušek, 2007).

3 Předsudky vůči osobám s duševními poruchami

Předsudky vůči osobám s duševním onemocněním jsou negativní jevy, které se objevují ve společnosti a ovlivňují životy mnoha lidí.

3.1 Definice předsudků a souvisejících termínů

Předsudek a stereotyp jsou termíny, které se často používají ve spojení s pojmem postoj. V souvislosti s tímto pojmem je možné téměř do nekonečna řešit vztahy a vlivy dědičnosti a prostředí. Termín je dost pružný, aby zohlednil dispozice izolovaného lidského jedince, ale také dost široký, aby při jeho zkoumání byly zohledněny kulturní vlivy. Lze hovořit o individuálních postojích a především postojích celého společenství a společnosti (Novák, 2002).

Dle Nováka můžeme přesněji hovořit o: *„Jedné z forem postojů. Jde o iracionální založené postoje či postoje averze a hostility. Přesněji averzní nebo hostilní postoj vůči osobě, která náleží k určité skupině, prostě proto, že náleží k této skupině, a je možno předpokládat, že má závadné kvality připisované této skupině. Předsudky ignorují objektivní a relevantní kritéria usuzování, kde předmětem předsudků může být cokoliv“* (Novák, 2002, s. 9).

Allport definuje předsudky tak, že *„Předsudek znamená smýšlet o ostatních špatně bez náležitého opodstatnění. Vztahuje se pouze k odmítavému předsudku. Předsudek se obvykle projevuje v tom, jak jednáme s jednotlivými příslušníky zavrhané skupiny. Negativní postoj vůči těmto skupinám jako celku je příkladem špatného smýšlení bez náležitého opodstatnění“* (Allport, 2004, s. 38-39).

Předsudky můžeme dělit na pozitivní a negativní (Kosek, 2004). V praxi však většinou hovoříme o těch negativních.

Allport říká, že předsudek je *„Averzní nebo hostilní postoj vůči osobě, která náleží ke skupině prostě proto, že náleží právě k této skupině, a je tedy možné předpokládat, že má závadné kvality této skupině připisované“* (Allport in Kosek, 2004, s. 207).

Svou definici staví na tom, že se jedná o iracionální úsudek předcházející averzi vůči jedinci jakožto členu určité skupiny. Předsudek je tvořen kognitivní složkou (stereotyp a soubor názorů na skupinu), emocionální složkou (nelibost nebo nepřátelství) a složkou chování (náchylnost k diskriminaci) (Allport in Kosek, 2004).

Allport také definuje názorové myšlení lidí s předsudky *„Člověk s předsudkem bude téměř jistě tvrdit, že má pro své názory dostatek důvodů. Ve většině případů je však*

zřejmé, že jeho důkazy jsou nedostatečné a překroucené. Takový člověk se uchyluje k selektivnímu výběru několika málo vlastních vzpomínek, míchá je s fámami a příliš generalizuje“ (Allport, 2004, s. 38).

Kromě předsudků existují ještě další formy a pojmy týkající se postojů, které nemusí být nutně negativní. U přesvědčení na základě vlastního úsudku nebo jiných důvodů považujeme něco za pravdivé nebo správné. Přesvědčení může být subjektivní (víra) nebo objektivní (vědění). Můžeme být však subjektivně přesvědčeni, že míra našeho poznání je objektivní. U víry se jedná o komplexní formu postoje s hlubokým afektivním akcentem. Předpokládá osobní ztotožnění s objektem, v nějž člověk věří. Vědomě projevená forma postoje se nazývá mínění. Umožňuje poznat postoje člověka, je ovlivněno společností a únosností. Veřejné mínění pak představuje názor mnoha jednotlivců žijících v dané společnosti, národa nebo jednotlivých vrstev, tříd nebo složek, pokud zastoupení těchto skupin odpovídá skutečnému rozložení obyvatel (Novák, 2002).

Při rozlišování mezi obyčejnými omyly a případným předsudkem nám podle Allporta může pomoci toto kritérium *„Pokud je člověk schopen opravit ve světle nových skutečností svůj chybný úsudek, nemá předsudky. Předčasný soud se stává předsudkem pouze tehdy, je-li nezvratný i tváří v tvář novým poznatkům. Na rozdíl od mylné představy se předsudek aktivně brání všem důkazům, které by ho mohly vyhodit ze sedla. Když je předsudek ohrožován nějakou nesrovnalostí, máme sklon nechat se ovládnout emocemi. Rozdíl mezi běžným předčasným soudem a předsudkem tedy spočívá v tom, že člověk dokáže diskutovat a ukvapený úsudek opravit, aniž by kladl emocionální odpor“ (Allport, 2004, s. 41).*

3.2 Předsudky vůči osobám s duševními poruchami

Každý odmítavý postoj se projevuje někde nějakou akcí. Jen málo lidí si nechá své antipatie jen pro sebe. Čím intenzivnější je postoj, tím větší je pravděpodobnost, že vyústí v rázný nepřátelský čin (Allport, 2004).

Allport charakterizuje několik stupňů nepřátelských akcí proti skupině lidí. Patří sem osočování, kde se jedná o mluvení o předsudcích v rámci rodiny, přátel, známých, různých skupin lidí. V dnešní době existuje svoboda slova, proto psaní či mluvení o předsudcích se může objevovat všude, napříč skupinami lidí a médii. Patří sem také stupeň nazvaný vyhýbání se, kde se skupině osob, proti které mají lidé předsudky, přímo neubližuje, ale jedná se o cílené vyhýbání se příslušníkům neoblíbené skupiny. V případě

diskriminace provádí zaujatá osoba nežádoucí rozlišování aktivním způsobem. Jedná se o pokus vyloučit příslušníky určité skupiny z některých druhů zaměstnání, bydlení, zbavit různých práv, možnosti vzdělávání, odeprít jim různé sociální výhody. U fyzického napadání již probíhá značné stupňování emocí, které může vést k násilným nebo polo násilným činům. Může se jednat o násilné vypuzení z domova, vyhrožování, zastrasování, ohrožování na životě, nucení odejít z domova nebo změnit pracovní či rodinné zvyklosti. Nejvyšší stupeň násilného projevu v rámci předsudků se nazývá vyhlazování, které tvoří lynčování, pogromy, masakry či genocidní programy (Allport, 2004).

Tato pětistupňová škála nepřátelských akcí proti skupině lidí slouží k tomu, aby upoutala pozornost k rozsahu činností, které mohou mít svůj původ v předsudečných postojích a přesvědčeních. Mnoho lidí nikdy nepokročí od nepříznivých vyjádření k vyhýbání se nebo od vyhýbání se k aktivní diskriminaci či ještě dál. Z důsledků společenských jsou mnohé zdvořilé předsudky neškodné – omezují se na plané klábosení. Bohužel, v dnešní době se četnost případů zvyšuje. Výsledkem je rozvrat lidské rodiny. A jak vzrůstá vzájemná závislost národů celého světa, mohou lidé zvyšující se třenice tolerovat méně (Allport, 2004).

Stigma v souvislosti s duševním onemocněním má svá specifika a zahrnuje tři základní elementy: nevědomost (problém znalostí), předsudky (problém postojů) a diskriminaci (problém jednání). Typickými příklady neinformovanosti, stereotypů, mýtů a zkreslených představ spojených s duševními onemocněními a možnostmi léčby jsou přesvědčení, že lidé trpící schizofrenií jsou násilníci nebezpeční svému okolí a že lidé s depresí jsou zodpovědní za svoji nemoc (Iniciativa Na rovinu, 2021).

Negativní postoje vůči skupině nebo jednotlivci souvisí s negativními emocemi. Předsudečné jednání zahrnuje odmítání, odpor, nepřátelství či zlost a projevuje se ve vztahu většiny k menšině, jež je označena negativní nálepkou. Jednání založené na neznalosti a negativních postojích zpravidla vede k diskriminaci. Není tajemstvím, že uživatelé služeb péče o duševní zdraví, se setkali s diskriminací, zejména v oblasti rodinného a sociálního života, mezi přáteli, či zažili všeobecné přehlížení a vyhýbání ze strany svého okolí (Iniciativa Na rovinu, 2021).

Duševní onemocnění představují velkou zátěž pro společnosti po celém světě. Snižují sociální, ekonomické a politické kapitál jednotlivců, komunit, skupin i národů. Problémy s duševním zdravím jsou často spojeny s předsudky a přesvědčením a lidé s duševním onemocněním se musí vypořádat nejen se zhoršeným zdravotním stavem, ale

také negativními postoji a stereotypy. Toto může vést k sociálnímu vyloučení, které spočívá v nedostatku sociální podpory lidí s duševním onemocněním, a to i ze strany nejbližšího okolí, diskriminaci při shánění zaměstnávání nebo bydlení (Iniciativa Na rovinu, 2021).

3.3 Mýty o osobách s duševními poruchami

Předsudky a další související pojmenování mohou být opředené mýty, které se týkají duševního onemocnění.

To, že někdo trpí duševním onemocněním, neznamená, že se bude chovat násilně. Lidé léčící se s duševním onemocněním nejsou nebezpečnější a nemají větší sklon k násilí, než běžná populace. Mnohem častěji bývají naopak obětmi násilného jednání a obzvláště vysoké je riziko, že ublíží sami sobě. Malá skupina lidí s duševním onemocněním může mít vyšší sklony k násilí. Většinou to bývají lidé, kteří už se násilně zachovali v minulosti, lidé kteří zneužívají drogy, nebo alkohol a lidé, kteří nejsou léčeni, nebo neužívají medikaci tak, jak je předepsána. Duševní onemocnění je spojeno jen s malou částí násilných činů (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2021).

Navzdory obecnému přesvědčení se velká část lidí s duševním onemocněním dokáže ze svého onemocnění zotavit, pokud se jim dostává vhodné a také dlouhodobé podpory a léčby. Některým jejich onemocnění přináší znevýhodnění v psychosociální rovině. Naprostá většina lidí s psychosociálními obtížemi je ale schopna samostatného fungování v rámci komunity, pokud k takovému životu dostanou příležitost a také podporu (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2021).

Pracovní výkon a způsobilost nesouvisí přímo s onemocněním, není tedy pravda, že jsou lidé nespolehliví a nemohou soustavně pracovat. Je ale pravda, že zaměstnávání osob s psychotickým onemocněním má svá specifika. Jsou dána především tím, že stav klienta kolísá, není stálý, což omezuje ochotu zaměstnavatelů je zaměstnávat. Řada těchto klientů pracuje velmi kvalitně v chráněných dílnách (Mahrová a kol., 2008).

Média a neziskové organizace

Pro všechny reprezentace sociální skutečnosti – tedy i pro všechna mediovaná sdělení – podle Jiráka a Köpplové platí, že *„Vyjadřují či přinejmenším mohou vyjadřovat různé obecnější soudy, představy, hodnoty, předsudky apod., které jsou součástí dané společnosti či kultury. Jejich obecná společenská platnost z nich činí sociální*

mechanismus regulující vnímání a hodnocení určitých skupin jevů, ovlivňující názory, mínění, postoje, chování. Tyto pojmy v sociologii jsou obvykle používány pro označení ustrnulého vztahu k sociálním, rasovým, národnostním apod. skupinám“ (Jirák, Köpplová, 2015, s. 281).

Média jsou společenské instituce, což znamená, že mají dost společenských rysů a vztahuje se k nim mnoho společných představ a očekávání, které nám dovolují uvažovat o nich jako o celku, a taková právě hrají velmi významnou roli v celkovém uspořádání i v každodenním životě moderních společností. Média mohou také využívat vlastního postavení a mít na společnost a jedince vliv, který se svým významem blíží výkonu moci a opírá se o skutečnost, že se média podstatným způsobem podílejí na utváření prostředí a na formování sociálního života. Stereotypy jsou nevyhnutelnou součástí sociální konstrukce skutečnosti. Jsou ovšem zdrojem utváření předsudků, které reprezentují mocenské vztahy, napětí a konflikty (Jirák, Köpplová, 2003).

Víme, že předsudky mohou ale nemusí vzejt ze zrnka pravdy, že lidem pomáhají zjednodušit si kategorie, že ospravedlňují antipatii a že někdy slouží jako projekční plátno našim vlastním vnitřním konfliktům. Je tu však ještě další mimořádný důvod, proč vůbec předsudky existují. Dostává se jim totiž společenské podpory, neustále je ožívují a vtloukají lidem do hlavy masmédiá – prostřednictvím knih, novinových článků, filmů, divadelních představení, rádia nebo televize (Allport, 2004).

Představy o tom, co všechno lze na počínání jedince, skupiny i společnosti chápat jako důsledek působení médií, tvoří dnes již úctyhodnou, ale dosti nepřehlednou a vnitřně málo soudržnou oblast empirického poznání, teoretického myšlení, úvah, spekulací, intuitivních soudů i zřejmých předsudků (Jirák, Köpplová, 2015).

Podle hypotézy o nastolování agendy médií (agenda-setting) média ovlivňují to, o čem lidé přemýšlejí, a do jisté míry také to, jak o tom uvažují. I když média nejsou v tomto ohledu všemocná (konkurují jim další agendy – agenda samotné veřejnosti, např. voličů, a politická agenda), přece jen hrají důležitou úlohu při formování konečné podoby sdílené agendy. Teorie nastolování agendy tedy hledá odpověď na otázku, proč se některé informace o některých tématech stanou součástí veřejné debaty, zatímco jiné zůstanou stranou pozornosti, a proč jsou některá témata vnímána veřejností jako závažnější než ostatní (Jirák, Köpplová, 2015).

V dnešní moderní době je také důležitá příčina, proč existují předsudky, internet a především sociální sítě, kde se lidé schovávají za maskou anonymity a svobody slova.

4 Neziskový sektor a neziskové organizace

Neziskový sektor hraje zásadní roli tam, kde nejsou ochotny se angažovat ani státní ani podnikové organizace. Jedná se o sektor, kde je zásadní dobročinnost nebo dobrá vůle občanů dané společnosti. Lidé zde pomáhají dalším lidem řešit jejich problémy a starosti. Vzniká na základě potřeby a často řeší problémy, které mohou být důležité (Bachmann, 2011).

Bachmann také představuje neziskový sektor jako „*Zrcadlo toho, do jaké míry je naše společnost angažovaná a do jaké míry si dokáže prosadit své vlastní zájmy vzhledem k ostatním dvěma sektorům – podnikovému a státnímu*“ (Bachmann, 2011, s.16).

Podle Rektořika je „*Neziskový sektor ta část národního hospodářství, ve které subjekty v ní fungující a produkující statky získávají prostředky pro svoji činnost cestou přerozdělovacích procesů, jejichž principy jsou podrobně popsány a zkoumány prostřednictvím veřejných financí. Cílovou funkcí není zisk ve finančním vyjádření, ale v přímém dosažení užitku, který má zpravidla podobu veřejné služby*“ (Rektořík, 2001, s. 14).

Charakteristiku neziskového sektoru představuje také Světová banka, která vymezuje silné a slabé stránky neziskových organizací. Mezi silné stránky patří silné spojení se základy organizace, znalost místa v oblasti působení, schopnost přizpůsobit se, zájem o inovace a řešení problémů svým posláním. Na druhou stranu tyto organizace mají i slabé stránky, které mohou mít, když je organizace menší velikosti, jistou závislost na zdrojích financování a také dobrovolný charakter organizací, kde lidé mají veliký zájem o řešení konkrétního problému, ale může zde chybět dostatek odbornosti v rámci řízení organizace a hospodaření se zdroji (Bachmann, 2011).

Pojem **neziskové organizace** se pojí s neziskovým sektorem, které vzájemně spojuje charakter neziskovosti. Podle Bachmanna, je „*Nezisková organizace založena nikoli z důvodu dosahování zisku, který bude dále rozdělen jejím vlastníkům, ale z důvodu poskytování služeb (méně často i výrobě produktů) lidem, kteří tyto služby potřebují*“ (Bachmann, 2011, s. 23).

Dle různých definicí je poukazováno na to, že slovo „neziskový“ je pro vysvětlení činnosti organizace nedostatečné. Taková organizace by neměla zisk cíleně generovat. Dané slovo by mělo spíše vyjadřovat způsob použití zisku. Pokud nezisková organizace zisku dosáhne, měl by být opět investován do činnosti, která naplňuje poslání dané organizace (Bachmann, 2011).

Neziskové organizace dělíme na veřejné a soukromé. Vládní (státní, veřejné) neziskové organizace jsou ty organizace, které zajišťují realizaci výkonu veřejné správy a jejich právními formami jsou příspěvkové organizace a organizační složky státu a kraje. Nestátní (nevládní) neziskové organizace jsou ty, které vznikly na základně aktivity občanů. Právními formami mohou být občanská sdružení, obecně prospěšné organizace, nadace, nadační fondy a náboženské společnosti. Nejsou zde začleněny žádné politické strany a hnutí (Škarabelová, Šimková in Bachmann, 2011).

Mezinárodní klasifikace neziskových organizací podle OSN rozděluje organizace do 12 hlavních oblastí. My se budeme zabývat číslem 4 – Sociální služby (United Nations in Bachmann, 2011).

Prvním krokem pro založení organizace a pro úspěšné uplatnění jejího poslání a vypracování úspěšného strategického plánu, je správná formulace vize. Její charakteristika zahrnuje popis neměnného stavu, srozumitelnost pro každého, hledí do daleké budoucnosti, krátkou definici a možnost sdílení několika organizací v místě. Poslání má oproti vizi konkrétní charakter ve vztahu k důvodům, proč byla nezisková organizace založena, vyjadřuje poslání modifikaci činností, které realizuje, a dále představuje definici zaměření organizace ve vztahu k dosažení předpokládaných užitků. Mělo by být formulované tak, aby se odlišovalo od jiných neziskových organizací. Je to základní vodítko pro rozhodování o dlouhodobých cílech a strategiích dané organizace. Od poslání jsou odvozeny cíle neziskové organizace a označujeme jimi stav, kterého má být dosaženo v určitém období a v určitém čase (Rektořík, 2001).

V empirické části se budeme zabývat neziskovou organizací typu příspěvková nezisková (nestátní) organizace územních samosprávných celku, kterou konkrétně zřídil Královéhradecký kraj.

Podle Rektoříka se jedná o *„Zpravidla neziskové organizace, jejichž rozsah, struktura a složitost vyžadují samostatnou právní subjektivitu. Jsou zřizovány podle zákona č. 250/2000 Sb. o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů. Zřizovatel vydá zřizovací listinu s obsahem podle zákona s vymezením hlavního účelu a jemu odpovídajícího předmětu činnosti, označení statutárních orgánů a způsob jakým vystupují jménem organizace a také vymezení majetku ve vlastnictví zřizovatele, který se příspěvkové organizaci předává do správy k jejímu vlastnímu hospodářskému využití“* (Rektořík, 2001, s. 59).

5 Průzkumné šetření v neziskové organizaci RIAPS

Tato kapitola se věnuje metodologii průzkumného šetření, představení cílů šetření, hlavních a dílčích otázek šetření, představuje cílovou skupinu respondentů, a nakonec v sobě zahrnuje výsledky daného šetření.

5.1 Nezisková organizace RIAPS

Regionální institut ambulantních psychosociálních služeb (zkratka RIAPS). Jedná se o začleněné zařízení Sdružení ozdravoven a léčeben okresu Trutnov (zkratka SOL). Empirická část se bude věnovat neziskové organizaci RIAPS, a to přímo jednoho programu neziskové organizace, který se nazývá Centrum duševního zdraví (zkratka CDZ), kde jsou následně realizovány rozhovory s pracovníky.

Centrum duševního zdraví poskytuje zdravotní a sociální služby lidem s vážným duševním onemocněním, jejich rodinám a osobám blízkým z regionu Trutnov. **Posláním CDZ** je zajistit podporu a pomoc na cestě zotavení, v situacích každodenního života s respektem k individuálním potřebám duševně nemocných (Centrum duševního zdraví, 2019).

Služby jsou poskytovány převážně v přirozeném prostředí klienta. Pomoc představuje nejen ústup příznaků nemoci, ale i práci na posilování vlastního zdraví, práci na návratu ke smysluplnému životu a využití vlastního potenciálu. Svě síly spojují klient, odborníci a blízcí klienta. Podle potřeby a se souhlasem klienta jsou zapojovány i další osoby a instituce. Pracovníci CDZ tedy podporují klienty nejen v léčbě, ale i v osobním rozvoji, budování sebedůvěry, obnovování a navazování vztahů, návratu k aktivitám a znovuzapojení do společnosti (Centrum duševního zdraví, 2023).

Jsou zde poskytovány terénní služby (plánované služby poskytované v terénu zdravotními sestrami a sociálními pracovníky), ambulantní služby (denní péče o klienty) a krizové služby (telefonická, e-mailová, online či osobní intervence u klienta v krizi). Tyto služby jsou poskytovány multidisciplinárním týmem ve složení lékaři-psychiatri, zdravotní sestry, sociální pracovníci, psychologové, peer konzultanti. Při výjezdu za klientem patří mezi úkoly mobilního týmu sestaveného z části multidisciplinárního mapování a asertivní oslovování klienta, jednorázová či opakované intervence v rámci zhoršení zdravotního stavu, krizové intervence v přirozeném prostředí klienta a následně v ambulanci nebo také práce s rodinou v terénu v případě krize (Centrum duševního zdraví, 2019).

Služby denní péče jsou poskytovány v rámci ambulantní služby sociální rehabilitace, kde se klienti učí nácvikem dovedností zvládnání péče o domácnost a vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění a samostatného jednání v různých životních situacích. Klienti jsou podporováni v nácviku dovedností potřebných k jednání na úřadech, vyhledávání potřebných informací, cestování hromadnou dopravou, jednání a komunikace v různých sociálních situacích či společné návštěvy výstav, kulturních akcí nebo různé výlety. Probíhají zde i skupinové aktivity např. tvůrčí dílna, společenské hry, muzikoterapie, relaxace, pohybové aktivity, které pomáhají seberealizaci, pocitu užitečnosti, zvyšování sebedůvěry, rozvoji zájmů a vlastní iniciativy uživatelů při trávení volného času (Centrum duševního zdraví, 2019).

Cílem CDZ je předcházet hospitalizacím a podporovat dlouhodobě hospitalizované při jejich návratu do běžného života s důrazem na společenskou integraci a zotavení. Nedílnou součástí je také aktivní vyhledávání osob s vážným duševním onemocněním, které nemají aktuálně žádnou adekvátní pomoc. Důležitým cílem je také šíření osvěty mezi laickou i zainteresovanou veřejnost. Služba spolupracuje s návaznými službami a využívá zdroje v komunitě (Centrum duševního zdraví, 2019).

Bližší specifikace cílů CDZ můžeme sepsat následovně:

- naučit uživatele předcházet relapsu nemoci
- podporovat zdravější způsob života uživatelů a snižovat tak rizika dopadu onemocnění i léčby onemocnění
- pomáhat a podporovat uživatele při řešení obtížných a krizových situací
- podporovat uživatele při nácviku schopností a dovedností potřebných pro samostatný život
- podporovat uživatele při komunikaci a navazování společenských kontaktů v uživatelské skupině i mimo ni, a tím snižovat možné riziko sociálního vyloučení
- podporovat uživatele při upevňování vztahů v rodině i přirozené komunitě
- podporovat u uživatele vědomí vlastní sebehodnoty a napomáhat v obnovení narušené osobní integrity
- podporovat uživatele při seberealizaci v jejich přirozeném prostředí
- podporovat u uživatele rozvoj zájmů a vlastní iniciativy při trávení volného času
- práce s blízkými osobami uživatelů – poradenství, terapie

- edukační aktivity pro veřejnost, resp. podpora přijetí a pochopení osob s duševní nemocí a tím i posílení jejich sociální integrace (Centrum duševního zdraví, 2019).

Služby jsou poskytovány na principech všeobecné dostupnosti a přístupnosti – bez ohledu na pohlaví, věk a rasu klienta, politické a náboženské přesvědčení, sexuální orientaci, zdravotní (psychický či fyzický) stav, socioekonomickou situaci, právní či společenské postavení. Určujícím činitelem při definování zakázky, její změny, určování kvality a potřebnosti služby je klient. Jedná se také o principy kvality, odbornosti, adekvátní rozsah poskytovaných služeb, a především dodržování etického kodexu (Centrum duševního zdraví, 2019).

CDZ se řídí zásady poskytování služeb, kde se dodržují práva klientů, zachovává se důstojnost klientů, respektují se individuální a specifické potřeby klientů, vlastní názor i rozhodnutí klienta a podpora klienta v jeho samostatnosti, soběstačnosti a nezávislosti na službě (Centrum duševního zdraví, 2019).

Cílová skupina Centra duševního zdraví neziskové organizace RIAPS jsou osoby starší 16 let, pocházející z regionu Trutnov. V indikovaném případě a při dostupné kapacitě lze přijímat i klienty z oblastí bezprostředně sousedících se spádovým územím, byť nejsou součástí okresu. Jedná se především o duševně nemocné s psychotickou poruchou F2 (schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy), F3 (afektivní poruchy), případně F42 (závažná neurotická porucha, zejména obsedantně kompulzivní), v případě F6 (poruchy osobnosti) pouze těžké formy, při které mají nemocní větší adaptivní problémy. Také se může jednat o osoby které ještě nebyly diagnostikovány, ale které vzhledem k sociálnímu handicapu, funkčnímu postižení či poruchám chování jsou jako duševně nemocní svým okolím označováni a osoby blízké, kteří mají ve svém okolí duševně nemocného a potřebují naše služby (Centrum duševního zdraví, 2019).

Klient si samozřejmě může svobodně zvolit, zda službu využije. Kdykoliv může využívání služby přerušit nebo ukončit. V rámci nabídnutých služeb si klient zvolí, které služby využije a vždy se může svobodně rozhodnout, jak se v určité situaci zachová. Klienti jsou se svými právy seznamováni již při podpisu smlouvy a pravidelně jsou jim připomínány např. při komunitách i v průběhu dalších aktivit (Centrum duševního zdraví, 2019).

5.2 Předsudky vůči klientům z pohledu pracovníků Centra duševního zdraví organizace RIAPS

CDZ se zaměřuje na práci s rodinnými příslušníky (rodiče, děti, sourozenci, partneři) a ostatními blízkými osobami s duševními poruchami a zároveň s osobami z jejich sociálního okolí (např. sousedé). Stigmatizací a předsudky trpí nejen duševně nemocní, ale i jejich blízcí, kteří jsou navíc často přetíženi péčí o duševně nemocné blízké v důsledku nedostatku pomocných služeb. Jsou zde poskytovány potřebné služby osobám s duševními nemocemi a poruchami v potřebné kapacitě, intenzitě, časové dostupnosti a místní dostupnosti, a tím napomáhá prevenci vyhoření pečujících osob. Zároveň zde umožňuje blízkým i sociální komunitě osoby s duševním onemocněním potřebnou osvětu a zprostředkování reálného pohledu na svět duševně nemocných a tím usnadňuje komunikaci obou světů a jejich vzájemné soužití (Centrum duševního zdraví, 2019).

CDZ cílí na změnu postoje veřejnosti a komunity k osobám se závažným duševním onemocněním, a to kombinací edukace, zprostředkování světa osob s duševním onemocněním veřejnosti pomocí setkávání se s nimi, jejich prožitky, dovednostmi a přednostmi, podpory komunikace obou světů, reálnějšího pohledu, korekce informací často šířených z důvodu obav či mediální zajímavosti. Tyto akce, ve kterých jsou zapojeni sami klienti, pomáhají nejen destigmatizaci z pohledu veřejnosti, ale i snížení míry sebestigmatizace (Centrum duševního zdraví, 2019).

RIAPS bojuje s předsudky následujícími pravidly, která se týkají především komunikace zaměstnanců organizace s klienty, jejich rodinami a veřejností. Jedná se například o vysvětlování problematiky klientů veřejnosti, cílené hledání a posilování pozitivních stránek klienta. Snaží se o nastavení situace tak, aby se problémy klienta minimalizovaly, respektive napomáhá prevenci situací, posiluje náhled u klienta a hledá účinných způsobů ke snížení rizik dopadů skutečností, které by u klienta mohly vést ke předsudkům či stigmatizaci. Dává důraz na posilování schopností ke zvýšení sociální integrace, případný nácvik vhodnějších alternativ a dbá na opakované uvědomování si a zdůraznění si skutečnosti, že každý má své pozitivní stránky (Centrum duševního zdraví, 2019).

Je důležité si uvědomit, že každý člověk má své emoce, kterými se při komunikaci nesmí řídit, aby sám nepodlehл předsudkům. V tomto případě je vhodná supervize, případně případ předat kolegovi, pro kterého bude klient přijatelný (Centrum duševního zdraví, 2019).

V komunikaci s klientem je třeba zachovat obecná pravidla pro komunikaci, jednat s ním jako se sobě rovným. Je však také nutné dávat pozor na míru přizpůsobení stylu komunikace klientovi, je do jisté míry někdy nutné, abych sociální pracovníci byli přijatelní a pochopitelní, ale stojí za zamyslení a důležité je hlídání si dané míry. Za pozornost stojí prostředí, ve kterém se komunikuje, zejména pak komunikace v čekárně, na chodbách apod. nebo při kontaktu s klientem mimo pracovní setkání – např. ne všichni psychiatričtí pacienti ocení, když se k nim sociální pracovník hlásí na veřejnosti, je třeba znát klientův postoj, nepromyšlená i dobře míněná intervence zde může způsobit poměrně značnou újmu pro klienta i terapeutický vztah. V případě navázání telefonického, e-mailového či písemného kontaktu s klientem, je nutné vědět, kam se volá, pracovník se nepředstavuje jako psychiatrická ambulance. Další situací je dotazování v rámci telefonického rozhovoru, vždy je třeba ověřit, zda klient je v bezpečném prostředí, kde může a chce hovořit o svých problémech. Stejná situace platí pro písemný kontakt (Centrum duševního zdraví, 2019).

Pracovníci CDZ mají jasně daný protokol, jak se mají chovat ke klientovi, aby nebyla narušena rovnováha pracovník-klient a nevznikaly žádné nevhodné situace. Pracovníci dbají na důstojné oslovování klienta, zároveň ho oslovují jménem nikoliv diagnózou a nepoužívají hanlivé výrazy a především s klienty jednájí s respektem a úctou. Při představování klienta vyzdvihují jeho silné stránky, při prezentaci zařízení na veřejnosti dbají o to, aby nebyly používány pojmy popírající lidskou důstojnost. Činnosti a aktivity klientů jsou pravidelně se souhlasem klientů prezentovány na veřejnosti. Prezentace je doplněna o informační kampaň, která se snaží odbourávat mýty spojené s duševním onemocněním ve společnosti RIAPS (Centrum duševního zdraví, 2019).

Klienti mají právo na ochranu před předsudky diskriminací. Řešení na ochranu práva spočívá v tom, že pracovníci jsou si tohoto práva vědomi a mají stanovená Pravidla pro ochranu klientů před předsudky a diskriminací a dodržují je (Centrum duševního zdraví, 2019).

5.3 Průzkumné šetření

Téma předsudky vůči lidem s duševním onemocněním bylo vybráno z toho důvodu, protože všeobecně téma předsudky se u nás ve společnosti objevují stále častěji. Právě pohled lidí na komunitu osob s duševním onemocněním bude tímto šetřením více prozkoumáno, a to zvláště z pohledu pracovníků neziskové organizace. Je jen pár

výzkumů na toto téma, proto jsem se rozhodla zaměřit svoji práci zvláště na tuto skupinu sociálních pracovníků.

Cílem bakalářské práce je přiblížit problematiku předsudků vůči lidem s duševním onemocněním. Cílem empirického šetření je zjistit, jaké zkušenosti mají sociální pracovníci z Centra duševního zdraví v neziskové organizaci RIAPS s předsudky vůči osobám s duševním onemocněním.

Na základě těchto cílů je stanovena hlavní výzkumná otázka (HVO) a dále několik dílčích výzkumných otázek (dále jen DVO).

HVO: S jakými předsudky vůči lidem s duševním onemocněním jste se setkali?

DVO1: V jakých situacích jste se s předsudky vůči lidem s duševním onemocněním setkali?

DVO2: Jak vnímáte předsudky vůči lidem s duševním onemocněním?

DVO3: Co by mohlo pomoci v eliminaci předsudků vůči lidem s duševním onemocněním?

DVO4: Jaká je úloha neziskové organizace v péči o osoby s duševním onemocněním?

Pro zjištění hlavní výzkumné otázky a dílčích výzkumných otázek byla pro bakalářskou práci zvolena metoda kvalitativního výzkumu, protože pro zjištění těchto otázek jsou důležité zkušenosti, názory a pocity jednotlivých sociálních pracovníků vůči lidem s duševním onemocněním. Při výběru respondentů do tohoto výzkumu byl použit záměrný výběr. „Záměrný výběr je potřebný proto, aby vybrané osoby byly vhodné, tj. aby měly potřebné vědomosti a zkušenosti z daného prostředí. Jen tak mohou podat informačně bohatý a pravdivý obraz o něm. Výběr je vždy reprezentativní, osoby dobře reprezentují dané prostředí, dokonale je znají a jsou schopny o něm podat věrnou zprávu“ (Gavora, 2000, s. 144).

Švaříček definuje kvalitativní výzkum tak, že „Kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hloubkových datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu“ (Švaříček et al, 2007, s. 17).

Definice popisu a povahy kvalitativního výzkumu nelze popsat pouze jednou větou. Podle Novotné můžeme povahu popsat slovy, že *„Se snaží porozumět světu a toto porozumění zprostředkovat, většinou byť ne výhradně, prostřednictvím textu. Takové porozumění má řadu rovin: chceme rozumět jednání aktérů i sociálním strukturám, v nichž se dané jednání uskutečňuje. Studujeme, co lidé dělají, jak o tom hovoří, jak tomu rozumějí, jak to prožívají. Jak jsou významy i praxe ovlivňovány prostředím, lidským (sociálním) i ne-lidským (lidské výtvoř), a naopak, jak toto prostředí zpětně ovlivňují, vytvářejí. Takové porozumění se snažíme budovat přímo v prostředí a kontextech, kde se zkoumané fenomény nacházejí, nikoli v prostředí uměle vytvořeném“* (Novotná, 2019, s. 260).

Hendl přirovnává výzkumné šetření k práci detektiva, který nejdříve vybere téma výzkumu, určí dílčí a hlavní výzkumné otázky, které případně může pozměnit a následně hledá informace, které by mu mohly pomoci zdůvodnit vybrané výzkumné otázky. (Hendl, 2005).

Hendl také popisuje výhody a nevýhody kvalitativního výzkumu. Mezi výhody můžeme zařadit především skutečnost, že vždy jsou zodpovězeny všechny položené otázky. Dále se může jednat o získání podrobného popisu při zkoumání jedince, skupiny, nebo fenoménu, který je zkoumán v přirozeném prostředí. Výzkum umožňuje studovat procesy, navrhopvat teorie nebo vyhledává příčinné souvislosti. Dobře také reaguje na místní situace a podmínky. Naopak mezi nevýhody kvalitativního výzkumu řadí nemožnost zobecnění výsledku na populaci a do jiného prostředí a možné narušení anonymity informanta. Není jednoduché testování hypotéz a teorií, analýza dat a jejich sběr jsou časově náročnější, výsledky lze snadněji ovlivnit výzkumníkem jeho osobními preferencemi (Hendl, 2005).

Neziskovou organizaci RIAPS jsem z pohledu výzkumníka měla možnost prozkoumat v rámci své praxe na Pedagogické fakultě Univerzity Hradec Králové. Pomáhala jsem v Centru duševního zdraví sociálním pracovníkům v podpoře s programem pro klienty sociální rehabilitace. Byla jsem tedy sociálním pracovníkům vždy po ruce a měla možnost nahlédnout na jejich pohled na práci s lidmi s duševním onemocněním.

Pro správnost výsledků rozhovorů byli pro tuto bakalářskou práci vybráni ti sociální pracovníci, kteří s cílovou skupinou osob s duševním onemocněním pracují na denní bázi, mají dostatečnou znalost o tématech, na které je tato bakalářská práce zaměřená a především s rozhovory souhlasili.

Výzkumný vzorek se skládá ze sociálních pracovníků CDZ RIAPS. Jedná se celkem o 5 sociálních pracovníků v rozmezí od 33 do 61 let věku s délkou praxe s klienty s duševním onemocněním v rozmezí od 6 měsíců do 8 let. V tabulce níže jsou znázorněny informace o informantech a jsou označeni jako I1, I2, I3, I4 a I5 z důvodu zachování anonymity. Informanti s označení I1-I4 jsou ženy, které s rozhovorem souhlasily. Informant označen jako I5 je jediný muž, který s rozhovorem souhlasil. Pro tento výzkum bylo velice dobré, že byl získán i mužský pohled na problematiku předsudků vůči lidem s duševním onemocněním. Každý z informantů byl seznámen s tím, za jakým účelem a jaká témata budou v rozhovoru pořizována. Informantům bylo také sděleno, že v případě, že by některá otázka informantovi byla nepříjemná, nebo na ni nechtěl odpovídat, má na to právo. Veškeré záznamy byly využity pouze pro účely této práce.

Jako výzkumnou techniku jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor, který „*Vychází z předem připraveného seznamu témat a otázek. Celý proces získání dat prostřednictvím této metody se skládá z přípravy rozhovoru, průběhu vlastního dotazování, přepisu rozhovoru, reflexe rozhovoru, analýzy dat a prezentace výzkumné zprávy*“ (Švaříček et al, 2007, str. 160).

Rozhovory byly řízeny podle předem připravených témat a vytvořených otázek k nim se vztahujících. Znění otázek bylo upravováno dle konkrétní situace a potřeb informantů. Lze také případně měnit pořadí otázek nebo se doptávat na další upřesňující otázky než jako např. při strukturovaném rozhovoru. Délka rozhovorů se pohybovala od 20 do 40 minut. Rozhovory se odehrávaly některé osobně a některé pomocí videohovorů. Hovory byly následně přepisovány do textové podoby, která nebyla upravována, aby byla zachována jedinečnost daného rozhovoru. Takto přepsané rozhovory byly následně analyzovány pomocí analýzy dat dle dílčích otázek.

Tabulka 1: Přehled informantů

Informant	Pohlaví	Věk	Délka praxe v zařízení
I1	Žena	38	3,5 let
I2	Žena	53	3 roky
I3	Žena	33	8 let
I4	Žena	33	8 měsíců
I5	Muž	61	6 měsíců

Zdroj: vlastní

V bakalářské práci byly vymezeny 4 dílčí výzkumné otázky, na které pomocí rozhovorů se sociálními pracovníky byly zaznamenávány odpovědi.

Všichni informanti pracují v Centru duševního zdraví neziskové organizace RIAPS na pozici sociální pracovník. Jediná I1 má pracovní pozici přímo terénní sociální pracovnice. Sociální pracovníci pracují na terénní a ambulantní (denní) bázi podle rozdělení služeb, vnitřních předpisů organizace a dané potřeby klientů. Jejich náplň práce je velice různorodá. Jedná se především o terénní, sociální a ambulantní práci s klienty. I5 popsal podrobněji práci s klienty jako *„Terénní a sociální práce s klienty v rámci komunitního týmu. Poskytujeme podporu, pomoc, poradenství výchovné, vzdělávací a aktivizační prostředí nebo činnosti, pomáháme s nácviky dovedností, zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnost. Zprostředkováváme kontakt se sociálním společenským prostředím v rámci jednání a komunikace. Pomáháme při uplatňování práv, oprávněných zájmů, při vyřizování na úřadech. Zprostředkováváme doprovody do institucí, skupinové terapie, pravidelné schůzky“*. I3 uvedla, že *„Řeším aktuální sociální situaci klienta, zpravidla se scházíme jednou za týden až čtrnáct dní a řešíme, co aktuálně klient potřebuje. Zajišťuji doprovod k lékaři, na úřady apod. Provádíme nácviky, například péče o domácnost a podobně. Poskytuji krizovou intervenci“*.

Všech 5 informantů se shodlo na tom, že je pracovní pozice sociální pracovník velice baví a naplňuje. Nejen v rozsahu práce s lidmi, ale i tím, že pomáhají jiným lidem. V rámci jejich práce jsou také velice vděční za zpětnou vazbu od klientů. Zlepšení jejich stavu, fungování a dovedností, je ujistí v tom, že jejich práce a podpora má smysl a klientům pomáhá. I3 popsal *„Práce s lidmi je rozmanitá, není stereotypní, každý klient je jiný, každý potřebuje něco jiného, každý člověk má jiný příběh“*. I2 charakterizovala *„Mohu si organizovat práci dle individuálních potřeb klientů i dle sebe, střídání práce s lidmi a terén, s prací v kanceláři a administrativou. Mohu viditelně pomoci lidem ke kvalitnějšímu a lepšímu životu. Naplňuje mě jejich spokojenost v životě, posun, zlepšení“*. I4 na její práci naplňuje *„Zpětná vazba od klientů, když vidím, že moje práce a podpora má smysl a pomáhá“*.

Při hodnocení práce sociálního pracovníka s klienty s duševním onemocněním ji informanti hodnotí kladně. Popisují ji jako zajímavé, různorodé a uspokojivé, ale také jako psychicky náročné povolání. I1 ji vystihuje *„V jistých ohledech náročná (nepředvídatelnost průběhu služby, časté změny), smysluplná a potřebná práce“*.

První dílčí výzkumná otázka se zaměřovala na **zjištění situací, kde se sociální pracovníci setkali s předsudky vůči lidem s duševním onemocněním**. Všichni

informanti vypověděli, že se s předsudky vůči lidem s duševním onemocněním setkali. Většinou se jednalo o málo informovanou společnost, kdy lidé nemají zkušenosti a informace o duševní nemoci. I5 uvedl, že se setkal s „*Jak s příznivými, tak s nepříznivými předsudky, které se odrážejí se zkušenostmi s lidmi s duševním onemocněním, někdy až ukvapenými s emocionálním nádechem, tj. předčasně nepodloženým úsudkem, tj. postojem*“. Předsudky vůči lidem s duševním onemocněním se mohou objevovat i v rodině při nástupu do zaměstnání na pozici sociální pracovník. I4 se právě v tomto případě setkala s předsudky vůči této skupině obyvatel, kdy nastoupila do tohoto zaměstnání a nesetkala se s pochopením pro pracovní pozici. Předsudky se také objevují, když lidé s duševním onemocněním žádají o příspěvky na bydlení, vyřizují žádosti o sociální dávky nebo shání práci. I2 uvedla ohledně popsání situací, kdy se s předsudky setkala, že „*Se s nimi viditelně nesetkala. Jedině snad při doprovodu u lékaře, kdy lékař bagatelizoval bolest klienta (kvůli diagnóze klienta), ale byl to z mého pohledu ojedinělý případ*“. I1 se s předsudky setkala „*V běžném životě u lidí nemajících zkušenost a informace o duševní nemoci, u zaměstnavatelů, u pracovníků v sociálních službách, kteří nemají informace ani zkušenost*“.

Předsudky se mohou projevat podle I1 jako „*Diskriminace v přístupu k zaměstnání a k jiným službám a zdrojům, omezené možnosti navazovat sociální vztahy a zapojit se do komunity a běžného života z důvodu projevů chování, případně vzhledu*“. Nejčastěji se ale objevují obavy ohledně chování lidí s duševním onemocněním. Většinou se lidé bojí, jak se budou ve společnosti chovat nebo nevědí, co mají očekávat a případně jak na ně reagovat. I4 uvedla, že „*Okolí má obavy, že klienti jsou nebezpeční, že jsou to blázni, nebo si představí osobu s duševním onemocněním, jaké je možné vidět ve filmech*“. Projevy předsudků I5 popsal jako „*Pasivně přijímané způsoby posuzování určitých lidí nebo skupin chování, kdy nemají žádné nebo velmi omezené zkušenosti – stereotypy posuzování skupin, které jsou zkreslené*“.

Co se týká projevování předsudků vůči lidem s duševním onemocněním v rámci rodiny či přátel, objevovaly se u informantů odpovědi, že se v rodině s předsudky nesetkali. I2 vztah rodiny popsal „*Moje rodina a přátelé předsudky k lidem s duševním onemocněním nemají. V mém soukromí není nikdo s tímto onemocněním, tudíž se s lidmi s duševním onemocněním mí blízcí nesetkávají. Nemám ani kde zjistit, zda nějaké předsudky mají*“. Hledisko rodiny informanta I5 zda má rodina předsudky, „*Nemá, naopak se jim snaží pomáhat, protože v rodině jsme měli zkušenosti s osobami s duševním onemocněním. Naopak jsme se setkávali často s diskriminací osočováním, fyzickým*

napadáním. Dříve jsem pracoval na PČR a OSPOD – objevovalo se zde často stupňování emocí“. Předsudky se sice neobjevovaly v rodinách a u přátel informantů, setkali se s nimi však ze strany veřejnosti nebo okolí, známých, sousedů apod. I1 uvedla, že „Někteří známí se obávají nebezpečnosti a agresivity lidí s duševním onemocněním“. I4 řekla, že „Ano, setkala – máme v rodině několik lidí s duševním onemocněním a zbytek rodiny je velmi málo informovaný a má předsudky. Nejvýrazněji jsem se s tím setkala po nástupu do této práce“. I3 sdělila vzhledem k předsudkům ze strany veřejnosti „Určitě mají lidé tendence se posmívat, opovrhovat jimi“.

Druhá dílčí výzkumná otázka se zabývala **pohledem sociálních pracovníků na předsudky vůči lidem s duševním onemocněním** ze strany společnosti nebo veřejnosti. V tomto případě se všichni informanti shodli na negativním vnímání ostatních lidí či společnosti vůči lidem s duševním onemocněním. Nejčastěji popsali obavy, strach, nedůvěru, negativní hodnocení, snahu o vyloučení z běžného života a aktivit. I2 v tomto případě uvedla, že „Je to pro mne pochopitelné. Obecně, lidé se bojí toho, co neznají. Domnívám se, že velká část populace toho moc o duševním onemocnění neví. Spíše z médií mají informace, vypíchnout to negativní, čímž média sledují vyšší sledovanost, ale lidem to ucelený vhled a pochopení neskýtá“. I3 řekla, že „Společnost je zlá, byla a bude. Je ale fajn, že přibývá organizací, které pomáhají“. Pohled veřejnosti I5 vnímá „Někdy dosti negativně, je zde malá osvěta. Moc se o tom nemluví, objevuje se problém stigmatizace“. I4 uvádí příklady negativního vnímání ostatních lidí jako „Obvykle strach nebo nedůvěra, ale postupem času se to mění, obzvláště v mém okolí, protože se s přáteli o tomto tématu povídáme“.

A zrovna tyto předsudky ovlivňují běžný a soukromý život lidí s duševním onemocněním. Jedná se problémy v navazování vztahů a vztahy v rodině obecně. I1 tyto stavy popsala „Různě, uzavírání se do sebe, smutek, stížnosti, role oběti, bezmoc, ublíženost, zahořklost, agrese, provokace, upozorňování na sebe“. Může se také zhoršovat jejich psychický stav a pohoda, mohou mít pocit méněcennosti, více se do sebe uzavírat. I2 sdělila projevy také „Různě, dle diagnózy se mohou reakce odlišovat, dle toho zda klient je zaléčený či nikoliv, zda nemoc přijal nebo nepřijal, dle sociálního statutu klienta. Některý klient předsudky vnímá a následně svou nemoc skrývá. Nebo si je neuvědomuje či mu jsou lhostejné a pak svoji nemoc neskřývá. Někdy svoje duševní onemocnění prezentuje jako důležitou součást svojí osobnosti“. I5 informoval o vzhledu projevů „Často podrážděně, nechápavě diskriminačně, snaží se pak svou nemoc skrývat, stydí se za ni apod. Někdy se i zhorší psychický stav, průběh onemocnění, důvěra“.

Při možném zhoršení zdravotního a psychického stavu klientů, je důležitá podpora zvláště od zdravotníků a sociálních pracovníků, aby klienti mohli bojovat proti prohlubování depresí apod.

Co se týká dalších možných reakcí na předsudky vůči osobám s duševním onemocněním, I2 uvedla, že *„Lidé s duševním onemocněním mohou mít úzkosti, strach z určitých situací, z určitých míst – například úřadů, ordinací, dopravy atd. Prostě je to limituje, omezuje, zhoršuje to jejich psychiku, ale i samozřejmě to má vliv i na tělo a celou osobnost lidí s duševním onemocněním. Zhoršuje jim to kvalitu života, brání jejich uzdravování a sociálnímu zapojení“*. I4 k této otázce řekla, že osoby *„Vyhybají se společnosti, uzavírají se ve svém světě nebo v komunitě svých lidí, nemají odvahu se pustit do něčeho nového, aby je lidé neodsoudili“*. Často se právě jedná o strach z okolí, lidé se mohou bát dojít si sami na nákup a proto raději z bytu ani nevychází, může se to projevovat problematickou komunikací v rodině, navazování vztahů. I5 uvádí možné projevy *„Stranění se společnosti, nízké sebevědomí, malá pravděpodobnost uplatnění se na trhu práce, špatné začlenění se do společnosti“*. Všechny situace ale lze napravit zajisté větší informovaností v okruhu přátel, známých nebo veřejnosti a podporou klientů od sociálních pracovníků a zdravotníků.

Také mě zajímalo, zda sociální pracovníci mají zkušenosti s předsudky přímo osobní, zda oni sami bojují nebo bojovali s předsudky. Většinou se shodli na tom, že oni sami s předsudky nebojují, jelikož se s nimi osobně nesetkali a nemají je. I5 k tomuto tématu uvedl *„Nikoliv, snažím se je nejprve pochopit, zjistit kde a v čem je pravda, aplikuji příznivý a nepříznivý postoj). Poté dle přesvědčení se snažím získat nové zkušenosti v týmu, nesklouzávat ve stereotypu jedince s duševní poruchou. Pracuji na poznávání duševní nemoci pomocí konzultací s odborníky případně i s odbornou literaturou“*. I4 souhlasí s odbornou literaturou, protože *„Snažím se doplňovat informace, pokud se s určitou diagnózou setkám poprvé, dřív, než si vytvořím názor“*. I1 se snaží své možné chování si uvědomit *„Občas vidím u sebe předsudky, díky predikci a předpoklad určitých vlastností a chování ke komukoliv, uvědomění je prvním krokem k vědomé práci s vlastními předsudky“*.

V případě objevování se předsudků v zařízení RIAPS odpovídali informanti různě. Přímo na pracovišti se s nimi ani jeden informant nesetkal. I3 uvedla *„Pokud se objeví, je to u pracovníků nebo odborníků, kteří s těmito lidmi nepřišli výrazně do styku a nespolupracují s nimi. Dost často se nehezky a nevhodně chovají zdravotníci, například občas RZS“*. I5 má zkušenost mimo organizaci *„Občas ano, na úřadech, zde se stává*

nepochopení duševního onemocnění. Po vysvětlení se postoj ke klientovi často změnil. U ostatních odborníků jsem se nesetkal“. I1 se setkala s předsudky v rámci jednání s jinými odborníky „Ano, při jednání a spolupráci o klientech jsem se setkala se strachem z agresivity, předpokladu neschopnosti a selhání a podobně“.

Třetí dílčí výzkumná otázka se věnovala konkrétní pomoci v **eliminaci předsudků vůči lidem s duševním onemocněním**. Organizace RIAPS a Centrum duševního zdraví bojuje proti předsudkům vůči osobám s duševním zdravím především veřejnými akcemi, publikacemi či besedami. Informanti uvedli, že probíhá více akcí pro veřejnost a zapojení klientů do těchto akcí než v dřívějších dobách. I4 líčí organizaci v kontaktu s veřejností „Organizují se destigmatizační akce pro veřejnost a zároveň klienty RIAPSu, účastní se jiných akcí pořádaných například městem – den otevřených dveří, den pro rodinu. Dále probíhají aukce výrobků ze sociálně rukodělné dílny, prodej na trzích, výstavy, přednášky a podobně“. V dřívějších letech také nebylo tak časté zapojování klientů sociálních služeb CDZ RIAPS do veřejných akcí, začaly se také více propagovat rukodělné výrobky klientů, které pomáhají chodu organizace a také spojují veřejnost a společnost s osobami s duševním onemocněním. I1 tyto veřejné akce popsala jednoduchými slovy „Osvěta, informování rodinných příslušníků a okolí, občas veřejné akce, destigmatizace“. Informantka I3 vysvětlila boj organizace „Informuje veřejnost o našich službách a našich aktivitách. Zapojuje se například do dnů sociálních služeb“.

Objevuje se častější využívání sociálních médií a sociálních sítí, kde se šíří zvláště daná osvěta veřejnosti, aby společnost poznala osoby s duševním onemocněním ze všech možných úhlů pohledu a poznala, že to jsou lidé jako každý jiný, jen se svojí nemocí. I1 a I2 uvedly, že komunikaci na sociálních sítích nemohou posoudit z důvodu minimálního používání sociálních sítí a jim podobných aplikací. I3 si všimla sdílení příspěvků o aktivitách Centra duševního zdraví a dalších organizačních jednotek a přímo konkrétních službách organizace na sociálních sítích. Informant I5 sleduje více sociální sítě a poznamenal, že si všiml „Vkládání veřejných akcí naší organizace. Vkládání aktivit našich klientů – různé ukázky jejich tvorby a jejich činnosti s jejich souhlasem, různé články o aktivitách služeb do tisku“. Informantka I4 pozoruje „V rámci propagace různých akcí se snaží o zvyšování informovanosti. Probíhá zde prezentace aktivit pořádaných na CDZ a organizaci RIAPS“.

Ohledně konkrétní pomoci v eliminaci předsudků vůči lidem s duševním onemocněním se informanti shodli ve větší informovanosti vůči veřejnosti, více informací na sociálních sítích a v médiích, detabuizaci duševního onemocnění. I5 uvádí

určitou pomoc v eliminaci jako „*Více destigmatizačních akcí pro veřejnost, více akcí pro veřejnost se zapojením našich klientů, více propagačního materiálu a besed na toto téma*“. I2 se přidává s konkrétními kroky „*Nějaká společná setkávání, akce, aktivity lidí s duševním onemocněním s běžnou populací. Výstavy, přednášky, prezentace dovedností lidí s duševním onemocněním. Osvěta, informovanost veřejnosti, to mohou být letáčky, pozvánky, Facebook, plakáty, články, a podobně*“. Všichni se shodují také na tom, že s eliminací předsudků může pomoci každý z nás, ale je k tomu hlavně potřeba tolerance a respekt ostatních lidí k jakémukoliv onemocnění – ať už duševnímu nebo fyzickému.

Čtvrtá dílčí výzkumná otázka se zaměřovala na **úlohu neziskové organizace v péči o osoby s duševním onemocněním**. Všichni informanti měli v tomto případě shodné odpovědi v tom, že nezisková organizace RIAPS s Centrem duševního zdraví se snaží eliminovat předsudky vůči lidem s duševním onemocněním, šířit osvětu mezi laickou i zainteresovanou veřejnost o duševním onemocnění a především podporovat dlouhodobě hospitalizované při jejich návratu do běžného života s důrazem na společenskou integraci a zotavení. I4 napadlo, jak více pomoci v eliminaci předsudků „*Častější využití sociálních médií, více akcí pro veřejnost, kvalitní reklama díky osobní zkušenosti*“. Informanti si tedy myslí, že besedami, publikacemi a veřejnými akcemi lze více eliminovat předsudky a snažit se předcházet jim díky více informované a tolerantní společnosti.

Co se týká komunikace organizace RIAPS s veřejností, informanti ji spíše hodnotí kladně. Jediná informantka I4 ji hodnotit nechtěla. Bylo také řečeno, že by bylo dobré, kdyby organizace se snažila být více intenzivní a více aktivní, to podotkla informantka I1. I2 hodnotí komunikaci „*Kladně. Již jsem v CDZ byla přítomna u společných setkávání, akcí, různých aktivit, výstav nebo přednášek. Snad jen větší osvěta, informovanost veřejnosti na sociálních sítích. Se svými zkušenostmi nic nového nejspíš nevymyslím*“. I4 posuzuje komunikaci „*V posledních letech vnímám větší trend o těchto tématech mluvit a informovat, ale je třeba podporovat více jakékoliv iniciativy. Konkrétně organizace RIAPS by se mohla v komunikaci vůči společnosti zlepšit v sociálních sítích, jinak v osobní prezentaci na mě působí velmi dobře*“. Informant I5 hodnotí tým sociálních pracovníků a jejich komunikaci „*Snažíme se pro pracovníky RIAPS nastavit stejnou filozofii a předsudky vůči našim klientům, lidem s duševním onemocněním, zde nejsou na místě*“.

Informanti na základě svých poznatků a pocitů usuzují, že se výskyt předsudků vůči lidem s duševním onemocněním ve společnosti v České republice zlepšuje. Jediná I2 je mínění „*Nevím, nemám validní informace, nejsem obeznámena se žádnými statistickými*

údaji ohledně počtu lidí s duševním onemocněním v minulých letech i nyní.“ Naopak I1 uvedla, že se situace „Zlepšuje díky zvyšující se otevřenosti a informovanosti, vzniku nových organizací a rozvoji terénních programů, které předsudky bourají a zapojují nemocné do komunity“. I4 také informovala, že se „Zlepšuje, už jen díky tomu, že se o tomto tématu více mluví a není taková ostuda pro člověka, jít si popovídat s psychologem nebo terapeutem“. I5 je názoru „Myslím, že se situace v poslední době mírně zlepšuje a veřejnost má již o tomto onemocnění již větší povědomí“. A také I3 je o této záležitosti úsudku „S přibývajícimi organizace se asi situace zlepšuje. Lidé mají větší přehled a větší povědomí o duševním onemocnění“.

5.4 Shrnutí průzkumného šetření

Následující část bakalářské práce shrnuje výsledky empirického šetření a sumarizuje odpovědi na dílčí výzkumné otázky a také na hlavní výzkumnou otázku.

První dílčí výzkumná otázka zněla: V jakých situacích jste se s předsudky vůči lidem s duševním onemocněním setkali? Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda a v jakých situacích a za jakých okolností se sociální pracovníci osobně setkali s předsudky vůči lidem s duševním onemocněním. Všichni informanti se shodli na tom, že se setkali s nepříznivými předsudky vůči lidem s duševním onemocněním. Zjistila jsem, že nejčastějším problémem je představa duševně nemocných jako nebezpečných a agresivních lidí, u kterých se bojí, jak se budou na veřejnosti chovat a jak na ně mají reagovat. Tato představa byla podle informantů zapříčiněna malou informovaností veřejnosti s předčasně nepodloženým úsudkem, bez zkušeností s duševním onemocněním. Společně s malou informovaností společností se předsudky často vyskytují u doprovodu u lékaře a ve státních institucích, například na úradech práce, kde klienti žádají o příspěvek na bydlení nebo hledají práci anebo na správě sociálního zabezpečení, kde vyřizují žádosti o sociální dávky či invalidní důchod. Předsudky se také objevovaly v rodinách, kde se duševně nemocní vyskytují, ale rodina nemá dostatek informací a zkušeností, jak se k nim chovat. Paradoxně předsudky se začaly v této rodině objevovat více po nástupu do zaměstnání na pozici sociální pracovník s klienty duševně nemocnými.

Druhá dílčí výzkumná otázka byla: Jak vnímáte předsudky vůči lidem s duševním onemocněním? Tato otázka byla myšlena především jako výzkum předsudků z pohledu veřejnosti a společnosti a osobní zkušeností sociálních pracovníků s předsudky vůči

lidem s duševním onemocněním. Z pohledu ostatních lidí a společnosti byla shoda na negativním vnímání osob s duševním onemocněním. Nejčastěji byly popisovány obavy, strach, nedůvěra vůči těmto lidem, snaha o vyloučení z běžného života a aktivit. Zrovna předsudky ovlivňují soukromý život a mohou nastat problémy v navazování vztahů, problémy v rodině, různé reakce jako smutek, stížnosti, pocit méněcennosti, ublíženost nebo zahořklost. Kvůli předsudkům se také mohou osoby s duševním onemocněním vyhýbat společnosti, uzavírat se ve svém světě nebo v komunitě svých lidí, mají strach z neznámého, aby je lidé kvůli svému onemocnění neodsoudili. Všechny tyto negativní emoce ale lze právě napravit větší osvětou a informovaností. V rámci osobních zkušeností s předsudky vůči lidem s duševním onemocněním se většina informantů shodla na tom, že oni sami předsudky nemají. A pokud cítí, že ta situace může nastat, snaží se danou situaci poznávat, pochopit, doplňovat si informace a neskouzávat ve stereotypu jedince s duševní poruchou. V tomto směru jim pomáhají také odborná literatura, kde se sebevzdělávají. Co se týká objevování se předsudků u odborníků mimo organizaci, jedná se spíše o výjimečné případy, kdy pracovníci, kteří s těmito osobami nepřišli za svoji praxi výrazně do styku a nespolupracují s nimi, mají omezenou informovanost a nevhodný postoj k těmto osobám.

Třetí dílčí výzkumná otázka se zabývala konkrétními příklady v boji proti předsudkům: Co by mohlo pomoci v eliminaci předsudků vůči lidem s duševním onemocněním? Jak již bylo řečeno, informanti se nejvíce shodli na větší osvětě a informovanosti veřejnosti a společnosti. V současné době organizace pořádá destigmatizační akce pro veřejnost a klienty RIAPS, aukce výrobků případně prodej výrobků na trzích, které sami vyrobí klienti CDZ. Město Trutnov také pořádá různé akce pro zapojení klientů s duševním onemocněním s veřejností. Pro eliminaci předsudků by také pomohla osvěta v rodinách, větší informování rodinných příslušníků a okolí. V dnešní době sociálních sítí a médií na každém kroku, šíření osvěty, informací o organizaci, sdílení příspěvků o aktivitách CDZ a případně různé články o aktivitách služeb, by také pomohly v minimalizování předsudků vůči lidem s duševním onemocněním. Informanti také uvedli, že se koná více akcí pro veřejnost a zapojení klientů do těchto akcí než v minulých letech, což je dobrým krokem vpřed.

Čtvrtá dílčí výzkumná otázka zněla: Jaká je úloha neziskové organizace v péči o osoby s duševním onemocněním? Všichni informanti se shodli, že nezisková organizace RIAPS s Centrem duševního zdraví se snaží eliminovat předsudky vůči lidem s duševním onemocněním, šířit osvětu mezi laickou i zainteresovanou veřejnost

o duševním onemocnění a především podporuje osoby s duševním onemocněním při jejich návratu do běžného života s důrazem na společenskou integraci. Nezisková organizace RIAPS dobře o problémových tématech komunikuje, je třeba ale více podporovat větší iniciativu, aktivitu a intenzitu komunikace jak v osobní rovině, tak na sociálních sítích.

Ze shrnutí dílčích výzkumných otázek již lze lépe odpovědět na hlavní výzkumnou otázku: **S jakými předsudky vůči lidem s duševním onemocněním jste se setkali?** Na základě získaných výsledků od sociálních pracovníků můžeme s jistotou říci, že se sociální pracovníci s předsudky setkávají velice často a nejsou to výjimečné případy. Jednalo se o nepříznivé předsudky, které se odrážejí se zkušenostmi s lidmi s duševním onemocněním a někdy až s předčasně nepodloženým úsudkem. Nejčastější předsudky vůči lidem s duševním onemocněním se objevovaly od pracovníků na úradech práce, sociálního zabezpečení, kdy pracovníci bez empatie nechtěly vyhovět či pomoci klientům s vyřizováním dokumentace. Předsudky se také objevují v rodinách, kde mají někoho s duševním onemocněním a nevědí, co si o nemoci mají myslet, jak se k danému člověku mají chovat. V rodinách se také předsudky objevují právě vůči rodinným příslušníkům vykonávající práci v sociálních službách, protože rodina nechápe podstatu zaměstnání, které pracovník vykonává. Dále se může jednat o diskriminaci v přístupu k zaměstnání a k jiným službám a zdrojům. Klienti mají omezené možnosti navazovat sociální vztahy a zapojit se do komunity a běžného života z důvodu projevů chování, případně vzhledu, protože veřejnost a společnost je hodnotí. Společnost a lidé mají tendenci se těmito lidmi posmívat a opovrhovat jimi, protože vypadají jinak, než je „normální“. Co je však normalita říct nelze, každý máme svoji představu. Sociální pracovníci pohlíží na předsudky jako na součást společnosti. Osvěta a větší informovanost o duševní nemoci jsou v posledních letech na vzestupu, jsou zde stále však nedostatky, kde informovanost není na takové úrovni, na jaké by být měla. Zároveň sociální pracovníci jsou si vědomi toho, že jsou důležitou součástí osvěty nejen ve své rodině, ale i také ve společnosti.

Myslím si, že kdyby byl výzkum s více sociálními pracovníky, vyšly by najevo další zajímavé zkušenosti pracovníků s předsudky s duševním onemocněním. Díky získání alespoň pěti respondentů mám celkem ucelený pohled na jejich vnímání předsudků, ale nemohu toto výzkumné šetření vztáhnout na větší skupinu lidí.

Poznatky z tohoto výzkumu by se daly využít pro budoucí větší šetření v zaměření se na osvětu a informovanost společnosti.

Závěr

Tato bakalářská práce se zabývala tématem Předsudky vůči osobám s duševním onemocněním z pohledu pracovníků organizace RIAPS. Hlavním cílem této práce bylo zjistit, zda se sociální pracovníci setkali s předsudky vůči lidem s duševním onemocněním, jak předsudky vnímají, jak z pohledu sociálních pracovníků, tak z pohledu veřejnosti. K cíli práce jsem došla pomocí hlavní výzkumné otázky a pomocí tří dílčích výzkumných otázek. Svůj výzkum jsem prováděla pomocí polostrukturovaných rozhovorů, jejichž cílovou skupinou byli sociální pracovníci, kteří mají zkušenosti s osobami s duševním onemocněním.

Pomocí otázek jsem se snažila zjistit, jak se předsudky vůči lidem s duševním onemocněním projevují, zda se předsudky objevují i v rodině sociálních pracovníků nebo mezi jinými odborníky. Dále jsem zjišťovala, jaký mají sociální pracovníci postoj k eliminaci předsudků, zda se do nich zapojují a co by mohlo pomoci v jejich eliminaci. Zvlášť bylo konzultováno, zda i samotná organizace RIAPS a Centrum duševního zdraví dobře komunikuje proti předsudkům vůči této cílové skupině obyvatel.

Výsledky mého výzkumu ukázaly, že sociální pracovníci se běžně setkávají s předsudky vůči osobám s duševním onemocněním. Také se ukázalo, že dotčení klienty na tyto předsudky reagují většinou negativně a má to za následek možné zhoršení jejich zdravotního stavu. Je tedy potřebné pomoci v osvětě a větší informovanosti veřejnosti a společnosti. Sami sociální pracovníci pomáhají v eliminaci předsudků prostřednictvím veřejných aktivit, kde se veřejnost setkává společně klienty s duševním onemocněním.

V dnešní moderní době sociálních sítí a médií se předsudky vůči osobám s duševním onemocněním objevují i na sociálních sítích, kde je také potřeba zacílit na společnost a pomáhat zmenšit propast mezi lidmi s duševním onemocněním a veřejností.

Seznam použitých zdrojů

- ALLPORT, Gordon Willard. *O povaze předsudků*. V českém jazyce vyd. 1. Praha: Prostor, 2004. 574 s. Obzor; sv. 58. ISBN 80-7260-125-3.
- BACHMANN, Pavel. *Management neziskové organizace*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011. 280 s. ISBN 978-80-7435-130-3.
- CDZ – Centrum duševního zdraví. In: *RIAPS Trutnov – Regionální Institut Ambulantních Psychosociálních Služeb* [online]. Copyright © RIAPS Trutnov 2023 [cit. 11.02.2023]. Dostupné z: <https://www.riaps.cz/cdz/>.
- CDZ – Centrum duševního zdraví. In: *Sdružení ozdravoven a léčeben okresu Trutnov, Regionální institut ambulantních psychosociálních služeb – RIAPS, CDZ – Centrum duševního zdraví*. Interní dokument, operační manuál, 2019.
- DUŠEK, Karel a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. 646 stran. Psyché. ISBN 978-80-247-4826-9.
- Duševní zdraví a nemoc – narovinu.net. In: *narovinu.net – Iniciativa Na rovinu* [online]. 2021 [cit. 11.01.2023]. Dostupné z: <https://narovinu.net/dusevni-zdravi-a-nemoc/>.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
- GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. 207 s. ISBN 80-85931-79-6.
- JIRÁK, Jan a KÖPPLOVÁ, Barbara. *Média a společnost: [stručný úvod do studia médií a mediální komunikace]*. Praha: Portál, 2003. 207 s. ISBN 80-7178-697-7.
- JIRÁK, Jan a KÖPPLOVÁ, Barbara. *Masová média*. 2., přepracované vydání. Praha: Portál, 2015. 390 stran. ISBN 978-80-262-0743-6.
- KOSEK, Jan. *Člověk je (ne)tvor společenský: kapitoly ze sociální psychologie*. Praha: Argo, 2004. 253 s. Aliter; sv. 18. ISBN 80-7203-591-6.
- KŘOUSTKOVÁ MORAVCOVÁ, Iva. *Sociální a pedagogická komunikace: úvod do problematiky*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. 57 s. ISBN 978-80-7435-497-7.
- MAHROVÁ, Gabriela a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. 168 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2138-5.
- MAJDÚCHOVÁ, Helena. *Neziskové organizácie*. Bratislava: Sprint, 2004. 180 s. ISBN 80-88848-59-8.

- MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
- MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. 183 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
- Mýty a předsudky. In: *Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví* [online]. 2021 [cit. 23.01.2023]. Dostupné z: <https://www.cmhcd.cz/stopstigma/uvod/myty-a-predsudky/>.
- MUSIL, Josef. *Sociální a mediální komunikace*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010. 256 s. ISBN 978-80-7452-002-0.
- NOVÁK, Tomáš. *O předsudcích*. V Brně: Doplněk, 2002. 106 s. ISBN 80-7239-121-6.
- NOVOTNÁ, Hedvika, ed., ŠPAČEK, Ondřej, ed. a ŠTOVÍČKOVÁ, Magdaléna, ed. *Metody výzkumu ve společenských vědách*. Praha: FHS UK, 2019. 495 stran. ISBN 978-80-7571-025-3.
- REKTOŘÍK, Jaroslav a kol. *Organizace neziskového sektoru: základy ekonomiky, teorie a řízení*. Praha: Ekopress, 2001. 177 s. ISBN 80-86119-41-6.
- RIAPS Trutnov – Regionální Institut Ambulantních Psychosociálních Služeb. In: *RIAPS Trutnov – Regionální Institut Ambulantních Psychosociálních Služeb* [online]. Copyright © RIAPS Trutnov 2023 [cit. 12.02.2023]. Dostupné z: <https://www.riaps.cz>.
- STRNADOVÁ, Věra. *Interpersonální komunikace: monografie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011. 542 s. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-157-0.
- ŠEDIVÝ, Marek a MEDLÍKOVÁ, Olga. *Úspěšná nezisková organizace*. Praha: Grada, 2009. 154 s. Management. ISBN 978-80-247-2707-3.
- ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
- VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál, 2005. 319 s. ISBN 80-7178-998-4.
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: *Zákony pro lidi – Sbíрка zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění* [online]. Copyright © AION CS, s.r.o. 2010 [cit. 20.02.2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.

Přílohy

Příloha A: Polostrukturovaný rozhovor s informantem I4

Příloha A: Polostrukturovaný rozhovor s informantem

Dobrý den, ještě jednou velice děkuji za souhlas s rozhovorem na téma předsudky vůči lidem s duševním onemocněním.

1. Na začátek prosím o uvedení, zda jste žena či muž a Váš věk.

Žena, 33 let

2. Jaká je přesně Vaše pozice v CDZ RIAPS?

Jsem sociální pracovník.

3. V čem spočívá Vaše práce s klienty? Co s nimi děláte?

Terénní, sociální a ambulantní práce s klienty. Poskytuji doprovody, nácviky, zprostředkování služeb a informací, běžných záležitostí, komunikace s institucemi a podobně.

4. Jak dlouho tuto práci vykonáváte?

V tomto zařízení 8 měsíců.

5. Co vás na této práci baví a co vás naplňuje?

Zpětná vazba od klientů, když vidím, že moje práce a podpora má smysl a pomáhá.

6. Jak hodnotíte práci s lidmi s duševním onemocněním?

Psychicky náročná, ale velmi zajímavá a různorodá.

7. Kde jste se setkali s předsudky vůči lidem s duševním onemocněním?

Na mnoha místech, od veřejnosti, od rodiny, hlavně když jsem nastoupila do této práce.

8. Můžete přiblížit, jak se předsudky projevují?

Okolí má obavy, že klienti jsou nebezpeční, že jsou to blázni, nebo si představí osobu s duševním onemocněním, jaké je možné vidět ve filmech.

9. Bojujete Vy sama s předsudky vůči lidem s duševním onemocněním?

Snažím se doplňovat informace, pokud se s určitou diagnózou setkám poprvé, dřív, než si vytvořím názor.

10. Setkala jste se ve Vaší rodině, u známých nebo přátel s předsudky vůči lidem s duševním onemocněním?

Ano, setkala.

11. Kdy jste je u nich pozorovala?

Máme v rodině několik lidí s duševním onemocněním a zbytek rodiny je velmi málo informovaný a má předsudky. Nejvýrazněji jsem se s tím setkala po nástupu do této práce.

12. Jak se to projevovalo?

Mé okolí vlastně nechápallo co dělám za práci, neměli představu, co je duševní onemocnění a jak se případně k takovým lidem mají chovat.

13. Objevují se předsudky vůči lidem s duševním onemocněním mezi sociálními pracovníky nebo celkově mezi odborníky a kdy jste je u nich případně pozoroval/pozorovala?

Ne, nesetkala jsem se s tím.

14. Jak vnímáte předsudky vůči lidem s duševním onemocněním ze strany veřejnosti či společnosti?

Obvykle strach nebo nedůvěra, ale postupem času se to mění, obzvláště v mém okolí, protože se s přáteli o tomto tématu povídáme.

15. Jak lidé s duševním onemocněním na tyto předsudky ze strany veřejnosti či společnosti reagují?

Uzavírají se, zhoršuje to jejich psychickou pohodu, mají pocit méněcennosti.

16. V čem mohou předsudky ovlivňovat životy lidí s duševním onemocněním?

Vyhýbají se společnosti, uzavírají se ve svém světě nebo v komunitě svých lidí, nemají odvahu se pustit do něčeho nového, aby je lidé neodsoudili.

17. Jakým způsobem organizace RIAPS bojuje proti předsudkům vůči lidem s duševním onemocněním?

Organizují se destigmatizační akce pro veřejnost a zároveň klienty RIAPSu, účastní se jiných akcí pořádaných například městem a to den otevřených dveří, den pro rodinu. Dále probíhají aukce výrobků ze sociálně rukodělné dílny, prodej na trzích, výstavy, přednášky a podobně.

18. Jak organizace RIAPS komunikuje na sociálních sítích proti předsudkům vůči lidem s duševním onemocněním?

V rámci propagace různých akcí se snaží o zvyšování informovanosti. Probíhá zde prezentace aktivit pořádaných na CDZ a organizaci RIAPS.

19. Jak hodnotíte komunikaci organizace RIAPS proti předsudkům vůči lidem s duševním onemocněním?

V posledních letech vnímám větší trend o těchto tématech mluvit a informovat, ale je třeba podporovat více jakékoliv iniciativy. Konkrétně organizace RIAPS by se mohla v komunikaci vůči společnosti zlepšit v sociálních sítích, jinak v osobní prezentaci na mě působí velmi dobře.

20. Co by mohlo pomoci v eliminaci předsudků vůči lidem s duševním onemocněním?

Větší informovanost, detabuizace duševního onemocnění.

21. Napadají Vás nějaké způsoby, kterými by mohla organizace RIAPS lépe informovat veřejnost či společnost v eliminaci předsudků vůči lidem s duševním onemocněním?

Častější využití sociálních médií, více akcí pro veřejnost, kvalitní reklama díky osobní zkušenosti.

22. Myslíte si, že se výskyt předsudků vůči lidem s duševním onemocněním v České republice zlepšuje či zhoršuje a na základě čeho tak usuzujete?

Zlepšuje, už jen díky tomu, že se o tomto tématu více mluví a není taková ostuda pro člověka, jít si popovídat s psychologem nebo terapeutem.

Velice Vám děkuji za rozhovor a za Váš pohled na předsudky vůči lidem s duševním onemocněním.