



Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

**PREVENTIVNÍ PROGRAM DUŠE PRO
KLIENTY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM,
VYUŽÍVAJÍCÍ SLUŽEB CDZ OLOMOUC**

bakalářský projekt

Studijní program

Sociální práce

Autor: Kateřina Hanková

Vedoucí práce: Mgr. Miroslava Petřeková

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto práci zpracovala samostatně na základě použitých pramenů a literatury uvedených v bibliografickém seznamu.

V Olomouci 30.4.2023

Kateřina Hanková

Poděkování

Na tomto místě chci poděkovat vedoucímu práce, paní Mgr. Miroslavě Petřekové za její obětavé a vstřícné vedení v průběhu psaní práce. Jsem vděčná za připomínky, trpělivost a zpětnou vazbu, kterou mi vždy ochotně poskytla. Poděkování také patří celé mé rodině, za podporu ve studiu.

Obsah

Úvod	6
Rešerše literárních zdrojů a výzkumu	9
1 Vymezení pojmů	10
1.1 Duševní onemocnění	10
1.2 Dopady duševního onemocnění na život klienta	12
2 Stigmatizace.....	13
2.1 Stigma.....	13
2.2 Stigmatizace	14
2.2.1 Proces stigmatizace	14
2.2.2 Stigmatizace lidí s duševním onemocněním	16
3 Sebestigmatizace	17
3.1 Sebestigmatizace a vyhledání odborné pomoci.....	18
3.1.1 Strategie reformy psychiatrické péče	18
4 Propojení tématu s teoriemi sociální práce a etické hledisko	21
4.1 Terapeutické paradigma	21
4.2 Poradenské paradigma.....	22
4.3 Etické hledisko spojené s lidmi s duševním onemocněním	23
4.3.1 Etická dilemata spojená se sebestigmatizací u lidí s duševním onemocněním	24
4.4 Propojení s metodami a technikami sociální práce	26
4.5 Metoda CARE	26
4.5.1 Zotavení (Recovery).....	27
4.5.2 Open Dialogue.....	30
5 Propojení s tématem se sociální politikou	32
5.1 Principy sociální politiky.....	32
5.2 Funkce sociální politiky	34
5.3 Nástroje pro zlepšení duševního zdraví pro lidi s duševním onemocněním:	35
6 Legislativa dané problematiky.....	37
7 Analýza potřebnosti.....	38
7.1 Příčiny problému a jeho dopady na cílovou skupinu	38
7.2 Příklady řešení dané problematiky v ČR nebo zahraničí	39
7.3 Základní informace o velikosti cílové skupiny vzhledem k řešenému problému.....	42
7.4 Popis metod získání předložených dat a vyhodnocení výchozího stavu	42
7.5 Specifikace stakeholderů	44
8 Cíl Projektu.....	47
9 Cílové skupiny.....	49
10 Klíčové aktivity a jejich indikátory splnění.....	51

11 Management Rizik	53
12 Výstupy a předpokládané výsledky	54
13 Popis přidané hodnoty	55
14 Rozpočet.....	56
15 Harmonogram	57
16 Logframe projektu.....	58
Závěr	60
Bibliografie	63
Seznam tabulek a grafů.....	69

Úvod

Sebestigmatizace se vztahuje k negativnímu vnímání sama sebe, které může působit na klienta s duševním onemocněním. Tento jev může být způsobený sociálními a kulturními předsudky a stereotypy vůči této cílové skupině. Poté to může mít vliv na jejich sebevědomí a celkovou kvalitu života.

Cílem absolventské práce je konceptualizace tématu sebestigmatizace u lidí s duševním onemocněním. Součástí absolventské práce je analýza potřebnosti k projektu prevence sebestigmatizace u lidí s duševním onemocněním, kteří využívají služby centra duševního zdraví.

Důvodem, proč jsem si vybrala tohle téma je, že sebestigmatizace může být velmi škodlivá pro klienta s duševním onemocněním a díky zvnitřnění stigmatu může dojít k celkovému zkrácení vnímání sami sebe. Kvůli tomu se jim může zhoršit zdravotní prognóza a kvalita života.

Pomoc klientovi, který trpí sebestigmatizací, je důležitá, protože může vést ke zlepšení přístupu k léčbě a zlepšení celého jeho života. Zahrnuje porozumění tomu, že duševní onemocnění není důvodem pro vnější stigmatizaci a že každý člověk si zaslouží stejnou úctu a důstojnost bez ohledu na svůj zdravotní stav.

Pomoc při sebestigmatizaci je také velmi důležitá z hlediska boje proti veřejnému stigmatu a diskriminaci, jelikož lidé s duševním onemocněním, co se necítí stigmatizováni a nevede to poté k tomuto jevu, mohou být lepším zdrojem informací o své diagnóze a lépe se mohou potýkat s neinformovaností a předsudkům týkající se duševního zdraví.

Preventivní opatření, chci směřovat na takové klienty, kteří jsi myslím, že jsou nejvíce zasaženy předsudky, stigmaty a stereotypy a kde se s nimi nejvíce pracuje. Dle mého názoru takovými jsou klienti s duševním onemocněním z Center duševního zdraví. Každý takový klient je individuální, má specifické vlastnosti, potřeby, cíle, které se musí zohlednit ve spolupráci, tudíž je práce náročnější a proces naplnění cíle složitější než u jiných.

Tématem bakalářské práce bude vytvoření projektu preventivního programu DUŠE pro klienty s duševním onemocněním CDZ Olomouc.

Cílem programu DUŠE bude zvyšování povědomí o sebestigmatizaci v rámci edukativních letáků a sociálních sítích Přestože byla vytvořena spousta destigmatizačních programů a projektů, tak stále existuje spousta předsudků a neznalostí, které mohou vést ke stigmatizaci. Poté jsi tyto stigmata mohou zvnitřnit a může z toho vzniknout jev zvaný sebestigmatizace.

Pokud se klient sebestigmatizuje, neumí správně zacházet s ním, tak to může negativně ovlivnit jeho sebevědomí, sebeúctu, navazování sociálních kontaktů apod. Tyhle faktory poté mohou vést k izolaci od ostatních, nekomunikování s okolním světem. Projekt odběratelům služby CDZ Olomouc může pomoci získat lepší povědomí o sebestigmatizaci, pochytit základní informace, co způsobuje, jak může vzniknout a také preventivní typy, jak jí eliminovat nebo jí úplně předcházet.

Zajisté záleží i na individualitě každého klienta s duševním onemocněním, který bude součástí projektu. Díky poklesu sebestigmatizace se u nich může zlepšit sebevědomí, mohou se lépe naučit navazovat sociální vztahy, zvýšit svou pracovní výkonnost a zlepšit celkovou kvalitu jejich života. CDZ Olomouc tvoří multidisciplinární tým, jehož členy jsou psychologové, psychiatři, peer asistenti, pracovníci v sociálních službách, sociální pracovníci, sestry pro péči v psychiatrii a všeobecné zdravotní sestry (cdzolomouc, [online]). Včetně Olomouce má CDZ i své spádové oblasti jako je Litovel, Šternberk, Uničov, podmínkou je vždy v jakém aktuálním bydlišti se klient s duševním onemocněním nachází (cdzolomouc, [online]).

Rešerše literárních zdrojů a výzkumu

Knižní literatura na tohle téma byla adekvátní, primárně jsem také vycházela ze zdrojů webových stránek, organizací, projektů a odborných článků. Odborné zdroje byly hledány pomocí vyhledávačů Google Scholar a Databází Medvik za pomoci klíčových slov sebestigmatizace u lidí s duševním onemocněním, sebestigmatizace a duševní onemocnění, stigmatizace duševně nemocných. Velká řada publikací se vztahuje na propojenost stigmatizace a sebestigmatizace.

Tyto zdroje byly zpracovány a byly z nich využity relevantní informace, které zůstali neměnné. Na základě těchto nalezených zdrojů a zjištěných informací pro propojení teorii a metod sociální práce a sociální politiky byla použita řada dalších slov např., „Zotavení“, „Principy sociální politiky“, „Metoda CARE“ apod. V rámci rešerše byl použit i internetový vyhledávač k identifikaci jednotlivých projektů a organizací. Dvě organizace jsem kontaktovala. S jednou jsem mluvila osobně a s druhou prostřednictvím emailové komunikace. Pro podklady bakalářské práce jsem využila emailovou komunikaci s pracovníkem z CDZ Olomouc. Nadále se využila webové stránky k definování jednotlivých pracovníků.

1 Vymezení pojmů

V této kapitole budu popisovat pojmy v kontextu dané problematiky. Nejprve se zaměřím na definici duševního onemocnění, jakým způsobem může mít dopad na život jedince. Poté se vysvětlím samotné pojmy stigmatizace a sebestigmatizace, které úzce mezi sebou souvisí, neboť jednotlivá stigmata jsi mohou internalizovat sami na sebe, což může vést k sebestigmatizaci. Nadále vysvětlím, co se pod pojmem tohoto jevu rozumí, jak vzniká a jaká může být odborná pomoc.

V kontextu vyhledání pomoci při sebestigmatizace se také budu zabývat strategií reformy psychiatrické péče, které umožňují inovaci v oblasti poskytování péče a mohou být velmi prospěšné pro tuhle cílovou skupinu. Jelikož informovanost o duševním zdraví a duševních onemocněních a problémech s ním spojené, může být jedním z faktorů, jak předcházet stigmatu, které jsi jedinec později může klient internalizovat sám na sebe vzniká z toho jev zvaný sebestigmatizace.

1.1 Duševní onemocnění

Duševní onemocnění je v naší společnosti často nepochopené, což může vést ke zkreslenému pohledu na klienta s duševním onemocněním. Je tedy důležité správně definovat, jak se mohou duševní nemoci projevit, jaké jsou společné znaky a jaký mají dopad na klienta. Zlepšení povědomí o těchto nemocích může pomoci snížit stigma, předsudky a negativní postoje, které mohou klienti vnímat jak u sebe, tak i ve svém okolí. To může v konečném důsledku vést ke zlepšení postojů k duševním onemocněním a k lepší péči o tuhle cílovou skupinu.

Je předmětem zkoumání mnoha oborů (psychiatrie, psychologie, sociální práce, psychopatologie). Označení duševní nemoc se v dnešní době používá už méně častěji, nahradilo ho označení duševní porucha, což je termín, který nalezneme zejména v lékařských kruzích. (MALÁ Eva a PAVLOVSKÝ Pavel, 2010, s.23)

Podle Americké psychiatrické asociace jsou duševní onemocnění (v medicínské terminologii se většinou používá pojem duševní porucha) zdravotní problémy, které zahrnují změny v emocích, myšlení nebo chování (případně jejich kombinací). Duševní onemocnění jsou spojena se stresem anebo problémy s fungováním v sociálních, pracovních či rodinných aktivitách. (NUDZ, 2021, [online])

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje duševní onemocnění jako zjevnou poruchu duševních činností, natolik specifických ve svých klinických projevech, že je spolehlivě rozpoznatelná jakožto jasně definovaný soubor znaků a natolik závažná, aby způsobila ztrátu pracovních schopností, nebo sociálního postavení nebo obou, a to v takovém stupni, kterým může být hodnocen jako selhání. (Mahralová, Venglářová,2008)

Obě definice se shodují v mnoha bodech, ale existuje mezi nimi malý rozdíl. Americká psychiatrická asociace zdůrazňuje, že duševní onemocnění jsou spojena se stresem a mohou ovlivnit postavení v pracovních, sociálních a mezilidských oblastech. Druhá definice od WHO se více zaměřuje na klinické projevy, které jsou dostatečně závažné na to, aby způsobily ztrátu pracovních schopností nebo ztrátu sociální pozice, nebo kombinací obojího. Tato vymezení mohou být užitečné při práci s lidmi s duševním onemocněním, jelikož přináší ucelený pohled.

Nejčastějším problémem v porozumění, co to vlastně duševní onemocnění je, jak se projevuje a jak moc je její průběh neovlivnitelný vlastním rozhodnutím nebo vůlí, je daný mylným přesvědčením každého z nás, že sami sobě rozumíme. Máme své nitro i chování pod kontrolou, rozumíme svému chování a jednání a máme je pod kontrolou. Ale naprostý opak je pravdou, uvedl přední český psychiatr a expert na funkční zobrazení mozku Jiří Horáček (NUDZ, 2021, [online])

Neporozumění psychickému rozpoložení daného jedince může mít vážné následky pro lidi trpící duševním onemocněním, protože mohou pociťovat větší izolaci a nepochopení. Takové osoby mohou skrývat své problémy před ostatními, protože mají pocit, že jsou za ně odpovědní. To může vést k sebesabotáži a sebepodceňování.

Při práci s lidmi s duševními poruchami je důležité porozumět, že tato onemocnění nejsou způsobena slabou vůlí nebo nedostatkem sebeovládání. Lze je podpořit tím, že s nimi budeme otevřeně hovořit o jejich problémech a poskytneme jim dostatečnou podporu.

Podle výzkumu provedeného Národním ústavem duševního zdraví v roce 2017 mělo 21,9% populace příznaky, které bylo možné diagnostikovat jako duševní onemocnění. Z tohoto celkového počtu tvořily 4% případů závažné deprese, 1,5% případů psychotických poruch, 7,3% případů úzkostných poruch a 6,6% případů závislosti na alkoholu. (NUDZ,2021, [online]) Tento výzkum poukazuje na to, že duševní onemocnění jsou poměrně častým jevem ve společnosti.

Výzkum v oblasti duševního zdraví ukázal, že 50% jedinců trpících chronickými duševními poruchami onemocní před dosažením 14.věku života a až 75 % před 24.rokem života. (Malý průvodce psychiatrické péče,2017, [online])

1.2 Dopady duševního onemocnění na život klienta

Duševní onemocnění může mít významné dopady na život klienta jako jsou například narušené vztahy s okolím, problémy s financemi, ztráta pracovních příležitostí, špatné navazování osobních vztahů. Jelikož duševní onemocnění může klienta ovlivňovat ve všech oblastech jeho života a pokud se nevyhledá adekvátní pomoc jeho duševní stav se může prohlubovat.

Podle Novákové (2011) je nejvýznamnější oblastí, která je negativně ovlivněna duševním onemocněním, je oblast sociální. Přímou problematiku nezaměstnanosti, zvýšené sebevraždy, stigmatizaci, která vyústí do společenské izolace a marginalizace duševně nemocných.

Pro klienta trpícího duševním onemocněním je najít si zaměstnání často velkou výzvou. Vzhledem ke kolísavosti jeho zdravotního stavu by měla být zajištěna možnost pružného pracovního režimu, který by odpovídal aktuálnímu stavu klienta. Zaměstnavatelé ve většině případech kolísavost pracovního výkonu interpretují jako nezodpovědné chování nebo nedodržování pracovních povinností. V mnoha případech z tohoto důvodu dochází k úplné invalidizaci, která je úplným řešením finanční situace. (Beranová,2017, [online])

Duševní onemocnění má opravdu velký dopad na velikost a kvalitu sociálních sítí. Je patrné, že je obtížné žít s někým v průběhu závažné nemoci. Mnozí zjistí, že se neumí dívat na osobu, která trpí takovým psychickým vypětím nebo psychickou deprivací související s touto nemocí. Cítí se slabí a bezmocní. Rozdíly v chování se nacházejí u přátel a rodiny, kde dříve bývala vřelost, tak teď přibývá chlad (Thornicroft,2011, s.46-48). Z toho vyplývá, že duševní onemocnění má dopad i na sociální vztahy.

Partnerství je základní potřebou všech dospělých osob a poskytuje oporu v životě (dobrapsychiatrie,2010, [online]).

Stejně tak naplňuje nás v pokračování rodu, a proto jsou partnerské vztahy pro osoby s duševním onemocněním stejně důležité jako pro ostatní. Avšak, v případě, že jsou manželé či partneři nemocní, mohou se vztahové problémy stát obtížnějšími. Nemocné osoby mohou mít problém hovořit o svých specifických chováních nebo zátěži, kterou jejich onemocnění způsobuje, což mohou vnímat jako nelояální vůči svému partnerovi. Nemoc může mít negativní dopad na partnerské vztahy. Může zvýšit riziko

rozvodu a měnit psychický stav nemocné osoby, což může vést k tomu, že partner začne jednat s nemocným jako s dítětem a ztratí pro něj respekt. (PĚČ a PROBSTOVÁ,2009)

Duševní onemocnění má největší dopad na oblast sociální, zejména na zaměstnání a sociální vztahy. Duševně nemocní klienti mají často potíže s nalezením zaměstnání a mohou být vystaveni stigmatizaci, což může vést k izolaci a marginalizaci. Duševní onemocnění také ovlivňuje sociální vztahy, včetně vztahů s rodinou a partnery, a to může být způsobeno obtížemi s komunikací a chováním spojeným s nemocí.

2 Stigmatizace

Tato kapitola slouží k objasnění pojmu stigma a procesu stigmatizace. Stigma se pojí s lidmi s duševním onemocněním, protože se vztahuje k negativnímu označení určité skupiny lidí na základě duševního zdraví, rasy nebo neobvyklého chování. Klienti s duševním onemocněním si je poté mohou zvnitřnit a vzniká z toho jev zvaný sebestigmatizace.

2.1 Stigma

Slovo stigma bývá překládáno jako znak nebo stopa, která nese svědectví. Termín stigma pochází z antického Řecka a poukazuje na tělesné znaky, které vypovídají o něčem neobvyklém, nedostatečném nebo z morálního hlediska špatném. (Ocisková a Praško,2015, s.11)

„Stigma duševního onemocnění spočívá v předsudcích založených na strachu či neznalosti a projevovaných jak směrem k lidem s duševním onemocněním, kterým jsou v řadě případů přisuzovány záporné nebo neakceptovatelné vlastnosti, tak k oblasti duševního zdraví celkově, kdy stigmatizaci považujeme za jednu z hlavních příčin, proč se lidé efektivně nestarají o své duševní zdraví a nevyhledávají včas odbornou pomoc“ připomíná ředitel Národního ústavu duševního zdraví PhDr. Petr Winkler(2022, [online]).

Pro využití podpory klientů s duševním onemocněním při sebestigmatizaci, může být užitečné vyzdvihnout, že stigma není způsobeno jejich chováním nebo charakterem, ale spíše je to důsledek předsudků a nevědomosti o duševním zdraví, kterou jsem popisovala v předešlé kapitole o důležitosti informovanosti o duševním zdraví.

2.2 Stigmatizace

Stigmatizace je založena na očekávání odlišností populace psychiatrických pacientů od běžné populace (Ocisková a Praško,2015, s.28). Vzniká na základě neinformovanosti a neznalosti problematiky, díky které dochází ke společenské ignoranci. (Praško a Látalová,2015, s.21).

První definice ji popisuje jako proces, který vychází z očekávání odlišnosti mezi populací psychiatrických pacientů a běžnou populací. Toto očekávání může být založeno na různých faktorech, jako jsou stereotypy a předsudky vůči psychiatrickým pacientům. Tento pohled poukazuje na samotný zdroj.

Druhá definice popisuje jako výsledek neinformovanosti a neznalosti problematiky. Tento pohled se zaměřuje na společenskou ignoranci vůči psychiatrickým pacientům a na to, jak neznalost může vést ke stigmatizaci.

Obě definice mají společné to, že poukazují na to, že stigmatizace psychiatrických pacientů vychází z neznalosti a nedostatku informací o psychiatrických onemocněních a lidech s nimi spojených.

Tyto definice mohou být prospěšné při podpoře klientů se sebestigmatizací, protože stigma většinou vychází z nedostatku informací. To může pomoci klientům s různými psychiatrickými diagnózami uvědomit si, že stigma, s kterým se mohou setkat, není založeno na pravdě nebo skutečnosti, ale na mylných stereotypch a předsudcích. Toto povědomí jim může pomoci lépe se bránit proti stigmatizaci.

2.2.1 Proces stigmatizace

Graham Thornicroft popisuje nejkompexnější model jednotlivých složek stigmatizace. Tyto složky specifikují celý proces stigmatizace u jedinců s duševním onemocněním. (Ocisková a Praško,2015, s.24-25):

1.Značkování(labeling)- na počátku procesu stigmatizace stojí zaznamenání osobních charakteristik, které jsou pokládány za důležitou odlišnost oproti subjektivní nebo společenské normě.

2.Stereotypie(stereotyping)- tato odlišnost je spojena s nepřijatelnými osobnostními znaky, projevy chování, vlastnostmi.

3.Separace(separating)-při separaci dochází k rozlišení na „my“ a „oni“.

4.Ztráta pozice a diskriminace – stigmatizovaní jedinci jsou zneváženi, odmítnutí a vyloučení.

Všechna tyto stádia mohou být doprovázena výraznými emočními reakcemi stigmatizujícího. Mezi tyto emoce může patřit hněv, nenávisť, strach, pohrdání. Může mít devastující vliv na vztahy a může vést k diskriminaci stigmatizovaných lidí v zaměstnání,

rodině (nezřídka dochází k diskriminaci celé rodiny), v oblasti bydlení, vzdělávání, poskytování zdravotní péče. (Ocisková a Praško,2015, s.25)

Součástí stigmatizace jsou stereotypy a předsudky:

a) Stereotypy představují individuální obraz světa každého člověka. Sdílením obrazu větší skupinou lidí vznikají společenské stereotypy (například. Člověk s duševním onemocněním nemůže pracovat). Stereotypy představují navyklý způsob chování a jednání, automaticky užívaný myšlenkový návyk provázený negativními emocemi. (Hartl a Hartlová, 2010)

Stereotypy umožňují lidem rychlou kategorizaci a ovlivňují očekávání i chování lidí, a to i v situacích, kdy vlastní zkušenosti jsou malé nebo vůbec žádné. Stereotypy v posuzování se týkají skupin lidí, tříd nebo určitých představitelů obyvatel (např. tělesně nemocných, duševně nemocných) popřípadě i celých národů a ras.

b) Předsudky jsou zobecněné, bezdůvodné, negativně zabarvené postoje k sociální skupině, které nejsou opodstatněné. Charakterizují se předpojatostí a názorovou strnulostí, mají emočně nabitou komponentu. Předsudek lze definovat jako nekritický přejatý úsudek a z něj plynoucí postoj. (Hartl a Hartlová,2010)

Uvádějí se faktory a úrovně ve, kterých stigmatizace působí. Těmi okolnostmi jsou neznalost, co znamená nedostatečné povědomí o podstatě duševních onemocněních ve společnosti. Dalšími jsou předsudky a diskriminace. Předsudky jsou negativní postoje nebo neověřené stereotypy např. vůči lidem s duševním onemocněním.

Diskriminace označuje narušující chování nebo omezující práva a možnosti uplatnění jedince. (Vrbová a kolektiv, Česká a slovenská psychiatrie,2016)

Úrovně, ve kterých stigma působí jsou veřejná, strukturální a osobní. Veřejná je jakým prostředkem je stigmatizace projevována v dané kultuře, společnosti, médiích, každodenních zvycích a postojích. Strukturální (institucionální) působí například na úrovni fungování organizací, úřadů nebo zaměstnavatelů apod. Posledním stupněm je osobní, a to se vymezuje, jak klient hodnotí sám sebe. (Vrbová a kol., Česká a slovenská psychiatrie,2016)

2.2.2 Stigmatizace lidí s duševním onemocněním

"Stigmatizace osob s psychickou poruchou v sobě nese předpoklad o jejich morální slabosti, nebezpečnosti, kontaminaci a vině. Tyto postoje se opakují ve stereotypech, kterými jsou lidé s psychickou poruchou hodnoceni ve společnosti, v médiích a které odrážejí postoje k nim." (Ocisková a Praško, 2015, s.21-22).

Tahle publikace poukazuje na to, že lidé s duševním onemocněním, když se setkávají s negativními předsudky a stereotypy, tak jsi mohou tyto názory začít internalizovat na sebe a může se u nich změnit celkové sebepojetí. Tento jev zvaný sebestigmatizace, může vést k pocitu nízké sebeúcty a méněcennosti. Tyto dopady mohou negativně ovlivnit jak duševní zdraví, tak i klientovo zvládnání své diagnózy.

Duševní nemoc je stále spojována s výrazným sociálním stigmatem. Duševně nemocný je většinou vnímán jako méně přizpůsobivý k sociálním normám. Každá kultura si vytváří stereotyp pojetí duševně nemocného člověka. Tyto stereotypy výrazně přispívají ke stigmatizaci lidí s psychickými poruchami, kteří jsou vnímáni jako obtížní nebo nebezpeční. Neadekvátně se orientují ve světě, ztratili zdravý a logický rozum, regulace jejich chování je značně narušena. Toto narušení podle laické společnosti vedlo k nerespektování sociálních norem a narušení sociálních vztahů (Corrigan a Watson,2002).

Podle studie porovnávající sociální distanci stigmatizace v České republice a Velké Británii bylo zjištěno, že v ČR je tato míra značně vysoká v porovnání s VB. Ve VB s ukázalo, že 8% by nechtělo duševně nemocného za kolegu, za svého souseda 6% a za blízkého přítele 5%. V ČR Necelých 36 % českých respondentů by nechtělo pracovat s takovou osobou, 30,8 % by si nepřálo mít takovou osobu jako souseda a 26,4 % by se s takovou osobou nechtělo ani přátelit (Medical Tribune,2023, [online]). Z výzkumu vyplývá že ve Velké Británii je daleko běžnější kontakt s duševně nemocným než v České republice. Když lidé s duševními obtížemi čelí negativním pohledům a názorům ze strany okolí, tak mohou tyto názory začít vnímat pravdivě a věřit, že jsou nedostateční nebo nezpůsobilí. Tomuto procesu se říká internalizace. Internalizace může vést k tomu, že si lidé začnou zvnitřňovat stigmata a může z toho vzniknout jev zvaný sebestigmatizace. Jev se projevuje negativním sebehodnocením a pocitem viny, což může ovlivnit schopnost lidí vyhledat adekvátní pomoc a následně se léčit.

V následující kapitole popíši jev nazvaný sebestigmatizace. Když klienti trpí duševním onemocněním slyší od okolí různé předsudky a stereotypy, mohou si tato stigmata internalizovat a tím ovlivnit svůj celkový pohled na sebe. Je třeba vzít v úvahu individualitu každého klienta a prognózu jeho onemocnění.

3 Sebestigmatizace

Kromě vnější stigmatizace existuje také vnitřní stigmatizace (označovaná jako vnitřní rovina sebestigmatizace) u lidí s duševním onemocněním. Výzkum provedený ve 14 evropských zemích ukazuje, že existuje určitá souvislost mezi mírou stigmatizace a sebestigmatizace. Výsledky naznačují přímou úměru mezi mírou sebestigmatizace a postoji veřejnosti k duševnímu zdraví. V zemích s vyšší mírou povědomí o duševním zdraví, méně stigmatizujícími postoji a větším hledáním psychiatrické pomoci je také nižší míra sebestigmatizace. (Janoušková a Winkler, 2015, s.32)

Sebestigmatizace je proces, kdy stigmatizovaná osoba přijímá negativní hodnocení společnosti jako své vlastní. Proces se týká rysů, které jsou společností stigmatizovány. Postup internalizace stigmatu začíná sníženým pocitem přijetí od společnosti a uvědomováním si stereotypů, které vedou k nerovnému zacházení. Osoba, která si uvědomí tyto stereotypy, souhlasí s nimi, a nakonec je aplikuje na sebe sama. To vede k přijetí stigmatizace jako součásti vlastní identity a zvnitřnění se s negativním hodnocením. Tento proces může mít negativní dopad na duševní zdraví a kvalitu života stigmatizované osoby a je důležitý pro pochopení, jak stigmatizace ovlivňuje jednotlivce. (Corrigan a Rao, 2012)

Studie, kterou provedla Ocisková (2014), se věnovala sebestigmatizaci u lidí s duševním onemocněním v České republice. Z výsledků této studie vyplývá, že míra sebestigmatizace se významně neliší mezi různými diagnostickými skupinami, což naznačuje, že se jedná o univerzální jev. Z tohoto výzkumu také vyplývá, že sebestigmatizace není specifická pro žádnou konkrétní skupinu lidí s duševním onemocněním, ale je spíše charakteristická pro celou tuto populaci.

„Rozlišujeme stigmatizaci veřejnosti a sebestigmatizaci. Veřejnost má určité stereotypy, považuje nemocné za slabé, nebezpečné či nepředvídatelné. Nemocní lidé si pak tyto předsudky internalizují – osvojují. Poté se za sebe stydí, necítí svou pravou hodnotu. Nato se může dostavit takzvaný chytrý efekt: nemocní si říkají proč se pokoušet najít práci, když jsem k ničemu? Sebestigmatizace vás zavře do skříně. A být ve skříně je špatné pro vaše zdraví, fyzické i duševní” (Corrigan, 2021, in Na Rovinu, 2021, [online])

3.1 Sebestigmatizace a vyhledání odborné pomoci

Lidem s duševním onemocněním pomáhají kvalifikovaní odborníci jako jsou psychologové, psychiatři, sociální pracovníci, všeobecné sestry, sestry pro péči v psychiatrii a peer asistenti. To znamená, že k zajištění komplexního přístupu ke klientovi se využívá přístup multidisciplinarity, tedy spolupráce více odborníků při léčbě a podpoře klienta. Multidisciplinární týmy jsou například využívány v centrech duševního zdraví. Aby se snížila sebestigmatizace je důležité se duševním problémům a oblastem klientova života věnovat z holistického pohledu.

Ve vyhledání odborné pomoci, může být prospěšná probíhající strategie reformy psychiatrické péče, která vznikla v roce 2013 na podnět toho, že se v psychiatrické péči mnoho věcí neměnilo. Následující strategii a pomoc s ní spojenou popíšu v následující kapitole.

3.1.1 Strategie reformy psychiatrické péče

Od roku 2013 nastala reforma psychiatrické péče, která představuje zásadní změnu v péči o duševně nemocné. Jedná se o dlouhodobý proces, na kterém se pracuje již několik let a tento proces ve svém zdokonalování potrvá ještě několik let. Tato reforma se týká hlavně medicínských oborů jako je psychiatrie, ale také celého systému péče o duševně nemocné. Reforma psychiatrické péče zahrnuje podporu nových přístupů, nových služeb, budování nových vztahů, které za pomoci nových technologií vytváří nové prostředí. (reformapsychiatrie,2017, [online])

Jelikož se v České republice v psychiatrické péči od počátku 90.let 20.století neudály žádné změny, tak tento faktor podpořil také vznik reformy. Model péče o duševně nemocné byl dříve hodně zastaralý a nezajišťoval jejich dostatečnou podporu, jak v oblasti spolupráce mezi jednotlivými složkami, tak i v jejich vlastním prostředí. Obecným cílem reformy je tedy zlepšování kvality života lidí s duševním onemocněním a s naplňováním jejich práv vyplývajících z úmluvy OSN, o právech lidí se zdravotním postižením“. (reformapsychiatrie, 2017, [online])

V oblasti reformy péče o duševní zdraví se používá termín "závažná duševní onemocnění", což označuje nejtěžší formy duševních onemocnění. Tyto formy se v minulosti především léčily ve velkých psychiatrických nemocnicích, ale nyní se snažíme poskytovat tuto péči novým způsobem pomocí služby CDZ (Centra duševního zdraví) v celé České republice. Diagnosticky se sem řadí poruchy psychotického spektra, závažné formy afektivních poruch, obsedantně-kompulzivní porucha a závažné formy poruch osobnosti. Závažnost onemocnění záleží nejen na diagnóze, ale také na tom, jak s ní klient zvládá v běžném životě. (NUDZ 2021, [online])

Strategie reformy psychiatrické péče byla schválena přesně Ministerstvem zdravotnictví 7.října 2013 a její první etapa byla podpořena Evropskými strukturálními a investičními fondy (ESIF).

V malém průvodci reformy psychiatrické péče (2017) můžeme nalézt obsah transformační péče, nových přístupů a metod:

- -Plný respekt práv klientů/pacientů
- -Maximálně možnou inkluzi klientů/pacientů do běžné společnosti
- -Plnohodnotné zapojování klientů/pacientů i rodinných příslušníků do všech podstatných rozhodovacích procesů týkajících se léčby, pomoci a potřebné podpory.

Sebestigmatizace může mít za následek komplikace při hledání zaměstnání, integrování do společnosti, v partnerské oblasti a také při snižování tohoto jevu. Jedním z cílů reformy psychiatrické péče je snížit předsudky vůči klientům s duševním onemocněním a zlepšit její kvalitu života. K tomuhle je zapotřebí tvorba efektivních a dlouhodobých kampaní na destigmatizaci. Díky těmto aktivitám se klienti mohou lépe naučit se o sebe starat a zlepšit své postavení ve společnosti.

Je klíčové, aby odborníci poskytovali klientům s duševním onemocněním lepší informace o své diagnóze, charakteru problémů a prognóze. Je to důležité z toho důvodu, že stav jejich psychiky může ovlivnit subjektivní vnímání onemocnění a jejich schopnost přemýšlet o něm. Pokud je pacient dostatečně obeznámen se svou diagnózou, může lépe porozumět její podstatě a tím lépe spolupracovat s léčbou (Ocisková a Praško,2015).

V tomto případě to znamená, že začne mít větší angažovanost v procesu léčby, aktivně se podílí na spolupráci s odborníky a chce zlepšit svůj duševní stav. Tato léčba může zahrnovat pravidelnou účast na psychoterapii, pravidelné užívání léků a pravidelnou komunikaci s lékařským a terapeutickým týmem o svých změnách v jeho zdravotním stavu.

V průběhu léčby také mohou hrát roli rodinní příslušníci, jelikož i ti mohou být zasaženi sebestigmatizací, která negativně ovlivňuje duševní stav, ale i úspěšnost léčby a rehabilitaci nemocných příbuzných (Girma et al,2014, in Ocisková a Praško, s.289,2015). V některých případech duševní stav příbuzných ztěžuje i skutečnost, že rodiny nebývají příliš zapojeni do procesu léčby. To znamená, že klient obvykle dochází na individuální nebo skupinovou psychoterapii. Rodinná sezení příliš často neprobíhají. (Ocisková, Praško,2015, s.290).

Byl vyvinutý program prevence duševního zdraví v rodině. Tento projekt cílí na zlepšení informovanosti a zvládnání závažných duševních onemocnění v rodině. Vzdělávací aktivity zajišťuje tým složený z psychiatrických sester, psychologa a psychiatra. Jeho obsahem jsou psychoedukační přednášky pro rodinné příslušníky a lidí s duševním onemocněním na Psychiatrické klinice FN Brno-Bohunice a návštěvy terénního týmu Práh Jižní Morava přímo v domácnostech klientů přispívající ke zlepšování komunikace mezi členy domácnosti. Zmíněné aktivity přispívají ke zlepšení postoje lidí s duševním onemocněním i jejich rodinných příslušníků k psychiatrické léčbě, což tuto léčbu zefektivňuje. (projekt destigmatizace, [online])

Rodina může hrát významnou roli při snižování sebestigmatizace a zvládnání problémů spojených s duševním onemocněním. Nicméně v některých případech může mít dokonce negativní dopad na stav klienta. V extrémních situacích může rodina přesvědčovat osobu trpící duševním onemocněním, aby přestala brát medikamenty, protože věří, že není skutečně nemocná. Tento postup může mít fatální následky, jako je například remise nemoci. Kromě toho se někteří klienti s duševním onemocněním mohou setkat s odmítavým postojem ze strany rodiny, která je nutí utajit svou diagnózu, aby se předešlo veřejnému hanění. Tyto situace mohou mít výrazně negativní dopad na psychický a zdravotní stav člověka trpícího duševním onemocněním. (projekt destigmatizace, [online])

Co se osvědčilo v destigmatizačním projektu narovinu, že lidem s duševním onemocněním prospívá, když mohou o svém problému otevřeně mluvit s okolím (projekt destigmatizace, [online]).

4 Propojení tématu s teoriemi sociální práce a etické hledisko

V této kapitole se budu věnovat dvěma přístupům, které představil Malcolm Payne – terapeutickému a poradenskému paradigmatu.

Tyto metody jsou užitečné pro klienty s duševními onemocněními, protože umožňují klientům sdílet své obavy a strachy a pomáhají jim najít bezpečné a příjemné prostředí.

Tyhle přístupy při prevenci sebestigmatizace poskytují klientům vhodné nástroje pro snížení stigmatizace a umožňují jim otevřeně diskutovat.

Takovým způsobem klientům pomáhají rozvíjet sebevědomí a učí je překonávat bariéry spojené se stigmatizací, které bys později mohli zvnitřnit a mohlo by to vést ke sebestigmatizaci.

4.1 Terapeutické paradigma

Payne (1997) terapeutické paradigma označuje jako reflektivně-terapeutické. Dle něj může sociální práce nastolit lepší duševní pohodu pro jedince, skupiny a komunity skrze podporu, povzbuzení v růstu a sebenaplnění. Neustálou interakcí mezi pracovníkem a klientem dochází ke změnám. Klient je ochoten měnit své vnitřní nastavení a subjektivní pojetí reality, což pracovníkovi umožňuje klienta ovlivnit. Stejným způsobem klient ovlivňuje sociálního pracovníka.

Navrátil (in Matoušek, s.14,2000) označuje terapeutickou pomoc (zkráceně terapeutické paradigma) za hlavní faktor sociálního fungování, kdy je zde duševní zdraví a pohoda klienta, považována za velmi důležitou. Poté je sociální práce chápána jako terapeutická intervence, která si klade za cíl pomoci jednotlivcům, skupinám i komunitám zabezpečit psychosociální pohodu.

Obě definice kladou důraz na podporu duševního zdraví a předpokládají, že sociální práce může hrát důležitou roli v dosažení těchto cílů. Zatímco Payne (1997) ve své definici zdůrazňuje jako klíčový faktor interakci mezi klientem a sociálním pracovníkem, tak Navrátil (2000) se spíše zaměřuje na význam terapeutické pomoci jako takové a cíle terapeutické intervence.

V kontextu tématu sebestigmatizace u lidí s duševním onemocněním může být terapeutické paradigma využito prostřednictvím podpory sebepřijetí a seberealizace, podpory změny subjektivního vnímání, poskytování podpory a povzbuzení v podpoře změny vnímání veřejnosti.

Zákon o sociálních službách 108/206 Sb. sice neumožňuje sociálnímu pracovníkovi poskytovat terapie jako psycholog nebo psychoterapeut. Nicméně, sociální pracovník může v rámci práce s klienty, kteří trpí duševním onemocněním, využívat prvky terapeutického paradigmatu. Znamená to, že sociální pracovník nebo jiný specialista bude poskytovat klientovi podporu, porozumění a začne s klientem spolupracovat na změně jeho myšlení.

4.2 Poradenské paradigma

Poradenské paradigma je založeno na předpokladu, že klienti jsou aktivními partnery v procesu rozhodování. Poradenství je v tomto paradigmatu chápáno jako proces, který poskytuje prostor pro vytvoření vztahu mezi klientem. Poradenství se nezaměřuje pouze na řešení aktuálních problémů, ale také na vytváření dlouhodobých strategií a plánů pro klienty (Payne, 1997).

Navrátil (in Matoušek, s.16,2000) definuje třetí paradigma sociální práce jako sociálně-právní pomoc (zkráceně poradenské paradigma), jako sociální fungování, které závisí na schopnosti zvládat problémy a na přístupu k odpovídajícím informacím a službám. Zastánci tohoto přístupu chápou sociální práci jako jeden z aspektů systému sociálních služeb. Toto pojetí chce vycházet vstříc individuálním a současně usiluje o zlepšování systémů sociálních služeb, jehož je součástí. V tomto pojetí jde především o pomoc klientům prostřednictvím poskytování informací, kvalifikovaným poradenstvím, zpřístupňování zdrojů a mediaci.

Poradenské paradigma může být využito v kontextu prevence sebestigmatizace u lidí s duševním onemocněním prostřednictvím poskytováním informací podpory a společnosti. Také je dobré navázat s klient důvěrný vztah, kde odborník bude vůči klientovi kongruentní. Což při práci se sebestigmatem může být užitečným nástrojem, kdy klient se může cítit ve větším bezpečí a může o svých problémech začít mluvit více otevřeně a autenticky, jelikož odborník se také chová přirozeněji.

4.3 Etické hledisko spojené s lidmi s duševním onemocněním

Etický kodex sociálních pracovníků v České republice může fungovat jako nástroj proti stigmatizaci a diskriminaci, co později může vést ke snížení nebo předcházení sebestigmatizace. Kodex určuje principy chování a standardy, kterými by se sociální pracovníci měli řídit. Například vyžaduje, aby pracovali na prevenci a snižování stigmatizace a sebestigmatizace v rámci svých profesních praxí, aby vzdorovali tlakům na diskriminaci a aktivně se snažili poskytovat pomoc a podporu bez ohledu na cílovou skupinu.

Etický kodex umožňuje sociálním pracovníkům se lépe orientovat v rozhodování. Je založen na tom, že stanovuje limity profesionální odpovědnosti a zavazuje pomáhajícího k adekvátním informacím a zdrojům, k podpoře klienta a k povinnosti konzultovat s klientem postup pomoci (Mahrová a Venglářová, 2008, s.50).

Etický kodex při prevenci sebestigmatizace pomáhá v tom, že se sociální pracovníci při práci s klientem s duševním onemocněním řídí respektováním a ochranou lidských práv, prací v souladu s profesionálními standardy, respektování kulturních rozdílů a ochrany osobních údajů klienta.

Kodex také stanovuje, že by sociální pracovník měl být ke svým klientům otevřený, empatický, a měl by být schopen adekvátně reagovat na jejich potřeby a zájmy. Tento bod může pomoci lidem s duševním onemocněním pomoci v tom, že se klient nebude muset ze strany odborníka cítit izolován a nepochopen, jelikož mu bude sociální pracovník naslouchat a budou společně pracovat na oblastech ve kterých se chce zlepšit.

Konkrétní příklad z etického kodexu, vztahující se ke klientům s duševním onemocněním při podpoře sebestigmatizaci:

Ve vztahu ke klientovi

- Sociální pracovník podporuje své klienty k vědomí vlastní odpovědnosti
- Sociální pracovník pomáhá se stejným úsilím bez jakékoliv formy diskriminace všem klientům. Sociální pracovník jedná s každým člověkem jako s celostní bytostí. Zajímá se o celého člověka v rámci rodiny, komunity, společenského a přirozeného prostředí a usiluje o rozpoznání všech aspektů života člověka. Sociální pracovník se zaměřuje na silné stránky jednotlivců, skupin, komunit, a tak podporuje jejich zmocnění.
- Sociální pracovník je si vědom svých odborných a profesních omezení. Pokud s klientem nemůže sám pracovat, předá mu informace o dalších formách pomoci.
- Sociální pracovník jedná s osobami, které používají jejich služby (klienty) s účastí, empatií a péčí (Etický kodex sociálních pracovníků ČR, [online])

Zdůvodnění

Zásada podpory vědomí vlastní odpovědnosti může pomoci klientům překonat pocit beznaděje a ztráty kontroly nad svým životem. Sociální pracovník může pomoci klientovi uvědomit si své možnosti a schopnosti, což může vést k posílení sebevědomí a sebeúcty. (Chat Openai,2023, [online])

Zásada bez diskriminace a zaměření na celostní pohled na klienta může pomoci překonat stigmatizaci klientů s duševním onemocněním. Sociální pracovník může ukázat klientovi, že je viděn jako celistvá bytost a že jeho duševní zdraví není jediným aspektem jeho života. (Chat Openai,2023, [online])

Zásada zaměření na silné stránky klienta může pomoci klientům s duševním onemocněním zlepšit své sebevědomí a sebeúctu. Sociální pracovník může pomoci klientovi identifikovat jeho silné stránky a využít je při řešení problémů. (Chat Openai,2023, [online])

Zásada vědomí odborných a profesních omezení může pomoci klientům s duševním onemocněním získat nejlepší možnou pomoc. Pokud sociální pracovník sám nemůže klientovi poskytnout potřebnou pomoc, tak mu může o dalších zdrojích, které by mu poskytli adekvátní oporu. (Chat Openai,2023, [online])

Celkově lze říci, že se dodržováním etického kodexu sociálních pracovníků může klientům s duševním onemocněním pomoc tím způsobem, kterým se budou cítit více respektováni a podpořeni.

4.3.1 Etická dilemata spojená se sebestigmatizací u lidí s duševním onemocněním

1.Dilema vlastní autonomie vs. Ochrany práv klienta: Lidé s duševním onemocněním mají právo na vlastní svobodu a autonomii. Ale pokud se klient snaží předcházet stigmatizaci, kterou jsi poté může internalizovat sám na sebe a vzniká z toho sebestigmatizace. Zde se vyskytuje dilema mezi respektováním autonomie klienta a zároveň jejich předcházením před sebestigmatizací. (Chat Openai,2023, [online])

2.Dilema profesionalismu vs osobních zkušeností: Odborníci v oblasti zdravotnictví, terapie, sociální práci, peer podpory a sociálních služeb se mohou potýkat s dilematem mezi udržováním hranic a sdílením svých osobních zkušeností. V tomhle případě existuje konflikt mezi soukromím a otevřeností mluvit o svých zkušenostech. (Chat Openai,2023, [online])

3.Dilema důvěrnosti vs. zodpovědnosti: Odborníci v oblasti zdravotnictví a terapie mají povinnost chránit soukromí svých klientů a udržovat důvěrnost. Avšak v některých případech může být nutné sdílet informace s ostatními poskytovateli zdravotní

péče nebo s rodinou klienta, aby bylo dosaženo lepšího výsledku péče. V tomto případě existuje dilema mezi důvěrností a zodpovědností. (Chat Openai,2023, [online])

4.Dilema osobního prospěchu vs. zájmů klienta: Někteří poskytovatelé zdravotní péče nebo terapeuti mohou mít osobní prospěch z léčby svých klientů. Například, pokud se léčba protahuje, mohou získat více peněz. Zde se vyskytuje dilema mezi osobním prospěchem a zájmy klienta, což může vést ke konfliktu zájmů a ovlivnit kvalitu poskytované péče. (Chat Openai,2023, [online])

5.Dilema společenského očekávání vs. individuality klienta: Společnost může mít určitá očekávání vůči lidem s duševním onemocněním, jako například očekávání, že by měli být léčeni a úspěšně reintegrovaní do společnosti. Avšak každý klient je jedinečný a může mít své vlastní cíle a preference ohledně toho, jak chce žít svůj život. Zde existuje dilema mezi společenskými očekáváním a individualitou klienta, což může vést ke konfliktu v léčebném plánu a vztahu mezi klientem a poskytovatelem zdravotní péče nebo terapeutem. (Chat Openai,2023, [online])

6. Zda má klient při hledání zaměstnání sdělit nebo nesdělit svoji diagnózu zaměstnavatel: Je patrné, že pokud člověk trpí duševním onemocněním tak svou duševní nemoc zatají, nemůže předpokládat změny pracovní náplně, tak aby byla pro něj zvládnutelná. Na druhou stranu říct na pracovním pohovoru pravdu, by mohlo znamenat menší úspěch. Tato situace nemá žádné řešení, jelikož se každý případ musí řešit individuálně. Záleží na zdravotním stavu jedince. Pokud se jedinec cítí dobře a je stabilizovaný, tak není nutnost zaměstnavateli diagnózu hned říci. V situaci, pokud by duševně nemocnému hrozil relaps, zaměstnavatel by o jeho zdravotním stavu měl vědět. Jakým způsobem bude s takovou informací naloženo, záleží na zaměstnavateli a na jeho přívětivosti a vůli pomoci. Z pohledu etiky, která je hledání toho nejlepšího, je důležité také vycházet z faktoru, že na prvním místě stojí bezpečnost jedince a společnosti. (Cabishová,2021, [online])

4.4 Propojení s metodami a technikami sociální práce

V této kapitole popisují metodu CARE, zotavení a open dialogue, které jsou v současné době široce využívány jako účinné nástroje při práci s lidmi s duševním onemocněním. Společnými znaky těchto metod, které se dají využít při podpoře klienta trpícího sebestigmatizací, je to, že se všechny metody zaměřují na klienta. To znamená, že se respektují klientovy přání a tužby a pracuje se s ním jako s aktivním účastníkem uzdravování.

Dále mohou vytvářet bezpečné prostředí, kde se klienti budou cítit přijímaní bez ohledu na diagnózu jejich nemoci. Také se díky těmto metodám může snadněji navázat spolupráce mezi klientem, odborníky a rodinou, což umožní vytvoření plánů léčby klienta, který respektuje jeho potřeby.

4.5 Metoda CARE

Je to jedna z metod, která může být dobře aplikovatelná v centrech duševního zdraví, kde s lidmi s duševním onemocněním pracují. Tato metoda je odvozená z angličtiny, „Comprehensive Approach to Rehabilitation“, neboli kompletní přístup k rehabilitaci. Tato metoda vznikla v 80. letech v Nizozemsku a zaměřuje se na podporu lidí v tíživé situaci. Pracovníci tuhle metodu využívají u klientů, který si prožil nějakou událost, která ho psychicky poznamenala (např. psychóza).

Při metodě CARE se pracovníci zaměřují na to, aby se klient dokázal vrátit k plnohodnotnému životu. Pracovník se nezaměřuje jenom na klienta, ale také na jeho přátele, okolí, rodinu apod.

V ČR platforma CARE funguje tak, že v roce 2016 založili aktivní trenéři metody CARE, platformu, která má sloužit ke sdružování absolventů CARE, sdílet dobrou praxi ve službách a zajistit další rozšíření při zachování vysoké kvality.

Platforma CARE v ČR si klade za cíl vytvářet příležitosti pro sdílení odborných poznatků a zkušeností a dále rozvíjet možnosti vzdělávání a zavádění metody CARE do praxe (např. organizováním různých setkání absolventů či trenérů, vkládání příspěvku do společného fóra, vytváření základních odborných materiálů apod.). (cmhcd, 2021, [online])

Metoda CARE je v České republice využívána zejména pro její jednoduchost a srozumitelnost pro pracovníky i pro klienty. V letech 2015-2016 proběhlo po celé České republice školení pro aplikaci metody CARE do všech psychiatrických nemocnic, včetně psychiatrické nemocnice Bohnice, která spolupracuje s CARE Europe a Centerm pro rozvoj péče o duševní zdraví. (cmhcd, 2021, [online])

Mezi další organizace pracující s CARE se řadí i FOKUS Mladá Boleslav, FOKUS Karlovarský kraj nebo Oblastní charita Polička. Centrum rozvoje péče pro duševní zdraví se snaží o rozšíření povědomí o metodě CARE pro pomáhající personál, pro peer pracovníky i pro nemocné, a nabízí stáže, workshopy nebo projekty. Aktuálně je nejnovější Letní škola CARE a mezinárodní konference CARE, která proběhla v chorvatském Splitu v říjnu roku 2022. (Salamon, 2022, [online])

Po e-mailové komunikaci s CDZ Olomouc jsem zjistila, že filozofie CDZ se zaměřuje na integraci člověka do společnosti prostřednictvím vytváření konkrétního příběhu recovery v kontextu metody CARE, což je jejich vysněný ideál. (CDZ Olomouc, 2023, online)

Mezi základní principy metody CARE patří zotavení(recovery), které se zaměřuje na přítomnost a zplnomocňování klienta. Tento model je více uvolněnější a vyzdvihuje hlavně respekt ke klientovi a jeho přání. Tento pojem vysvětlím, jelikož je součástí metody CARE a může také sloužit jako dobrý nástroj u lidí s duševním onemocněním, kteří na sobě pociťují známky sebestigmatizace.

4.5.1 Zotavení (Recovery)

Zotavení je hluboce osobní, jedinečný proces změny vlastních postojů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a rolí. Je to způsob, jak žít spokojený, nadějeplný a přínosný život přes všechna omezení způsobena nemocí. Zotavení buduje nový význam a smysl života tím, že člověk katastrofální důsledky způsobené duševním onemocněním překoná.

(Anthony, 1993)

Ragins ve své knize Cesta k zotavení (2018, s.19) definuje zotavení jako normální adaptivní proces, jenž následuje po tragédii, obdobně jako je smutek běžným adaptivním procesem následujícím po ztrátě. Mnoho lidí popisuje, že součástí procesu zotavení se pro ně stalo prožití pěti fází smutku (popření, zlost, smutek, deprese a přijetí). Oba tyto procesy se často navzájem doplňují.

Anthonyho definice zotavení zdůrazňuje, jak jedinec může překonat katastrofické důsledky duševního onemocnění, zatímco Raginsova definice se nezaměřuje jen na duševní onemocnění jako takové, ale všeobecně hovoří o tom, jak změnit vlastní postoje a cíle, aby člověk mohl žít spokojený a plnohodnotný život i přes všechna svá omezení. Obě dvě definice zahrnují podobný koncept, ale zdůrazňují různé aspekty zotavení.

Základním principem zotavení je, že se člověk s duševním onemocněním se nemusí nezbytně klinicky uzdravit. To znamená, že i když se člověk úplně nevyléčil ze své nemoci, tak i přes tyhle nástrahy může žít spokojeným životem.

Zotavení člověka je jedinečný a nepřenositelný příběh. Každý z nás se zotavuje z různých věcí různě a nezáleží primárně na jeho zdravotním stavu, ale na řadě dalších

okolností: zkušenostech, temperamentu, charakterových rysech, rodině, přátelích, práci, prostředí, kde žijeme, včetně toho, že i na léčbu každý reaguje jinak. Příběh se vztahuje k životu člověka, ne k jeho nemoci.

Právo na zotavení je jedním ze základních neformálních práv lidí s duševním onemocněním. Mohou tak v jeho rámci uplatňovat například právo na kvalitní zdravotní péči, nediskriminaci, nestigmatizaci a právo zvolit si jakými kroky budou v procesu zotavení za svými sny postupovat (NUDZ,2021, [online]).

Koncept Recovery je dlouhodobě využíván ve Velké Británii, USA, Nizozemí nebo Norsku. V České republice má Zotavení zásadní roli v probíhající reformě psychiatrické péče, a jako princip pomoci se uplatňuje v centrech duševního zdraví.

Pro peer nebo sociální pracovníky existuje i možnost školení v této metodě. Škola zotavení nabízí kurzy, přednášky a workshopy, které mají za cíl rozšířit myšlenku Recovery do podvědomí pečujících i samotných nemocných. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví nabízí i další kurzy stojící na konceptu Zotavení, které jsou určeny zejména peer pracovníkům, nicméně jsou i otevřeny pro všechny zájemce. (Aktuální kurzy, 2021, [online]).

Přístup zaměřený na zotavení, nutně nemusí vyžadovat celé uzdravení, aby se mohlo pokládat za úspěšný. Snaží se poukázat na smysluplnost života každého jedince navzdory všem příznakům duševního onemocnění I proto z anglického termínu, recovery“ se mnohem lépe překládá jako zotavení nežli úzdava. (MZČR,2020, [online])

Důležitým prvkem v komunikaci při zotavení je podporující jazyk, který klade:

- **Důraz na jedinečnost člověka**
- **Nic o nás bez nás“:** Heslo, kterým se řídí většina lidí se zkušeností duševního onemocnění. Jelikož kdo by měl nejlépe vědět, co prožívá než samotný klient.
- **Zaměření na silné stránky.** V rámci zdravotní a sociální péče má ošetřující personál často tendence řešit jen samotné onemocnění nebo soci nepříznivou sociální situaci. Poté se úplně přehlíží rozvoj silných stránek člověka, jeho tužeb, ambic nebo snahy něco dokázat. Právě tohle je v procesu zotavení stěžejní. Komunikace, která se zaměřuje na silné stránky potíže nepřehlíží, jen dbá na to, aby osobnost člověka spíše tvořily jeho úspěchy a dovednosti, než jeho selhání a neúspěchy

Srozumitelnost. Komunikace ze strany odborníků by měla být uzpůsobena tomu, aby jí člověk porozuměl i bez medicínských termínů. Redukovat by se měl především nemocniční jazyk, kterým je nepřímě sdělováno, že zde není doma a tím vlastně nemůže rozhodovat sám o sobě. Například místo věty, Budete umístěn do domova se zvláštním režimem“ zkusit větu, Našlo se pro vás místo v domově se zvláštním režimem“. Také by mělo být samozřejmostí, že kdykoliv když se o klientovi odborník

baví, tak by měl mít právo to slyšet a být u toho. Správná volba slov by měla být užita i při psaní dokumentace.

Posuzování a hodnocení lidí přísluší odborníkům s kvalifikovaným vzděláním a zkušenostmi v této oblasti. Přesto se mnohdy stává, že devalvačním chováním mohou klientům s duševním onemocněním spíše ublížit než dodat podporu. (MZČR,2020, [online])

Co je velmi také důležité při zotavení (recovery) jsou čtyři fáze, které popsal Ragins ve své knize. První fáze se zabývá nadějí, poté zplnomocňuje klienta, pomáhá mu převzít odpovědnost, a nakonec i nalézt plnohodnotné životní role. Tyhle čtyři fáze popisují, jelikož jsou důležitou součástí konceptu recovery:

Naděje

Práce s nadějí je prvním krokem k důvěře ke zlepšení, v lepší budoucnost. Ragins sám poznamenává, že naděje je obrovským motivačním prvkem, díky níž se dá pracovat s úhlem pohledu nemocného, aby si dokázal představit jasnou a konkrétní budoucnost.

Zplnomocnění

Dalším stupněm je zplnomocnění, kdy pracovník nechá klienta, aby svůj život převzal do svých rukou a sám pokračoval dál, naučil se rozhodovat, měl přístup k informacím, byl asertivní a měl zdravou sebeúctu. Ragins (2018) uvádí, že tato fáze přináší spoustu benefitů, je to klient sám, který bude dělat pokroky, na které bude moct být hrdý. V této fázi role sociálního pracovníka už není tolik významná a funguje jen jako podpora klienta, kterého na cestě k zotavení doprovází se stále menšími zásahy.

Zodpovědnost

Třetí etapou zotavení je převzetí zodpovědnosti za sebe samého Klient už má dost síly na to, aby mohl pokračovat se stále menší podporou sociálního pracovníka (nebo jiných členů týmu). Musí se ale naučit přijímat odpovědnost za své jednání, poučit se z chyb a pracovat s hněvem a zklamáním. Rozhodující je klienty podpořit, ale však je do ničeho nenutit.

Ragins (2018) toto dilema mezi pomocí a kontrolou popisuje následovně: jako odborníci na duševní zdraví musíme v první řadě usilovat o to, abychom podporovali zotavení a přijetí sebezodpovědnosti. Nelze pouze o lidi pečovat, mírnit jejich utrpení a chránit je. Musíme si dávat pozor na to, kdy ve jménu pomoci a péče o druhé ničíme jejich naději, bereme jim sílu nebo snižujeme jejich odpovědnost za sebe sama.“

Životní role

Posledním krokem je nalezení životní role, která nesouvisí s jejich duševním onemocněním. Ragins tuto roli metaforicky nazývá jako nalezení vlastního místa ve světě. Před propuknutím duševního onemocnění byli klienti, normální lidé“ a žili běžný každodenní život. Nemoc je ale o tuto zkušenost připravila a v případě zhoršeného stavu nejsou schopni pokračovat v tom, co dělají (studium, zaměstnání, výkon rodinné role.).

Proto je kladen důraz na tyto role a cílem je pomoci klientům se do nich navrátit. (Ragins,2018)

Uživatel není jen a pouze duševně nemocný člověk, je to člověk, který má nové postoje nový žebříček hodnot a větší důvěru ve vlastní schopnosti. Rozvíjí se oblast zájmů, rodinného života, pracovní oblast a jiné struktury, které napomáhají vytvářet klientovi jeho nový obraz. Důraz je kladen hlavně na čtyři pozitivně nahlížené oblasti, kterými je práce, láska a sexualita, rodina a děti, a spiritualita. (Ragins, 2018)

Při prevenci sebestigmatizace u jedinců s duševním onemocněním může být zotavení účinným nástrojem k posílení jejich soběstačnosti a sebevědomí v oblasti zdraví a zdravého životního stylu. Kromě toho může zotavení přispět k tomu, že lidé s duševním onemocněním budou vnímat své onemocnění spíše jako součást svého života než jako identitu. Tento přístup může pomoci překonat stigmatizaci ze strany okolí a zabránit vzniku sebestigmatizace.

Důležitou roli v této oblasti může sehrát i osvěta klientů s duševním onemocněním o svém zdravotním stavu, což může zabránit internalizaci stigmatizace a vzniku sebestigmatizace. Kromě toho může technika Open dialogu poskytovat užitečnou podporu při budování pozitivních vztahů a zlepšení duševního zdraví klientů s duševním onemocněním.

4.5.2 Open Dialogue

Je inovativní síťový přístup k psychiatrické péči, který byl poprvé vyvinutý v 80.letech 20.století. multidiscplinárním týmem v nemocnici Keropudas ve finském Torniu.Jedná se o nový přístup k psychiatrické péči. Na rozdíl od normální léčby psychóz, klade Open Dialogue důraz na naslouchání a porozumění a zapojuje sociální síť od samého počátku – namísto toho, aby se pouze spoléhal na medikaci a hospitalizaci.

Základním prostředkem otevřeného dialogu je jeho radikálně pozměněná verze léčebného setkání, která se obvykle koná do 24 hodin od prvního zavolání na krizovou službu. Na tomto terapeutickém sezení se setkají všichni, kdo jsou s krizí nebo s problémem spojeny, včetně osoby v centru, její rodiny a sociální sítě a všech profesionálních pomocníků, který jsou s touhle krizí spjaty. (dialogicpractice, 2022 [online])

V čem se například liší od zotavení je to, že důraz je kladen hlavně na vztahy, které klient navázal s ostatními lidmi a na otevřený a upřímný léčebný rozhovor. To je hlavní rozlišení mezi Open dialoguem a Zotavením, který se zabývá čtyřmi fázemi. Jelikož proces zotavení je dlouhodobý, a není primárně zaměřen na krizové stavy.

Co však má open dialog a zotavení jako společný rys, je to, že usiluje o co největší zapojení klienta do centra pozornosti, a nahlížení na něj jako osobu, nikoliv případ. Jelikož pracovníci nejsou specialisté na problém, ani na vztahy v rodině, nehodnotí kvalitu vztahů a nesnaží se o převzetí kontroly ve skupině. (Open Dialogue,2014, [online])

Z Finska se Open dialogue proslavil zejména ve Velké Británii a další úspěchy sklízí i v ostatních skandinávských zemích. V českém prostředí můžeme techniku Otevřeného dialogu nalézt v Zahradě 2000 v Jeseníku, která společně s brněnskou skupinou Narativ nabízí i pětiletý akreditovaný psychoterapeutický výcvik této metody. První workshopy se objevily již v roce 2017 a spolupracoval na nich tým českých, norských a polských pracovníků. (Otevřený dialog,2022, [online])

Z článku Daniela Macklera, který na dva týdny navštívil Laponsko za účelem sledování techniky Open dialogue vyplývá, že jsou s touto metodou spokojeni i klienti a jejich rodinní příslušníci. Ceněné bylo jejich zapojení do programu léčby a rozhodovacích procesů, klienti se cítili respektováni, zplnomocnění a měli pocit, že jejich hlas je slyšen. Klienti byli v psychiatrické nemocnici na otevřeném oddělení, přesto se cítili bezpečně a cítili respekt od ostatních klientů i personálu. To vše jsou výsledky otevřeného dialogu. (Mackler, 2011, [online])

Na praktické rovině se pozorovalo, že open dialogue se začal poměrně úspěšně rozvíjet v sociálních službách v oblasti péče duševního zdraví. Této skutečnosti nejspíše napomohla blízkost s psychiatrií odkud přístup pochází, jeho zakotvení je v psychiatrii a v probíhající strategii reformy psychiatrické péče. (Novák, Nepustil, Fukala,2021, [online])

Otevřený dialog může pomoci takovým klientům tím, že do procesu léčby zahrne jejich rodinu a sociální síť, což může být užitečné při podpoře jejich příbuzného tým, že mu poskytnou pozitivní zpětnou vazbu a podpoří ho.

Díky tomu se klient může cítit méně izolovaný. Dalším bodem je získání rychlé a efektivní pomoci. Pokud se vyskytne sebestigmatizace, snaží se otevřený dialog co nejrychleji reagovat na situaci a poskytnout klientovi pomoc při zpracování negativního myšlení a zlepšení jeho sebeúcty.

5 Propojení s tématem se sociální politikou

Sebestigmatizaci u lidí s duševním onemocněním lze propojit s principy a funkcemi sociální politiky. Principy a funkce sociální politiky mohou klientům s duševním onemocněním pomoci zlepšit jejich přístup ke kvalitní zdravotní péči a podpořit inkluzivní vzdělávání, které umožňuje všem studentům nastolit stejné podmínky bez ohledu na jejich zdravotní stav. Také mohou být prospěšné v oblasti podpory zaměstnanosti, jelikož práce může pomoci klientům zlepšit jejich sebevědomí a sebeúctu a naučit se novým dovednostem.

Nadále se mohou využít v podpoře komunitního zapojení. V oblasti komunitního zapojení mohou principy a funkce vytvořit prostředí, které vyvolává rovnocennou účast lidí s duševním onemocněním v různých komunitách. Jednou z klíčových faktorů může být například podpora při sociálním začleňování, které zahrnuje zajištění dostupnosti služeb a aktivit pro všechny lidi v komunitě (včetně duševně nemocných).

5.1 Principy sociální politiky

a) Princip sociální spravedlnosti je klíčovým principem sociální politiky. Spravedlnost se dá definovat jako obvykle stavěna proti křivdě a bezpráví. Je považována za měřítko mezilidských vztahů, za základní mravní i náboženskou hodnotu, za základ právního řádu, základ státu a veřejných politik. Spravedlnosti lze rozumět jednak v právním slova smyslu (tj. souhrn právních norem a zásad), také ji lze rozumět ve smyslu sociálním. Sociální spravedlnost lze vymezit pravidly, podle nichž jsou ve společnosti rozdělovány příjmy a bohatství a také životní příležitosti a předpoklady (např. vzdělávat se, uplatnit se na trhu práce atp.) mezi jednotlivé občany nebo sociální skupiny (Krebs, 2015, s. 28).

Sociální spravedlnosti se může využívat k podpoře klientů s duševním onemocněním, trpící sebestigmatizací, tím že se zaměří na spravedlivé rozdělování zdrojů a příležitostí ve společnosti. Pokud některé skupiny lidí jsou výrazněji znevýhodněny v rámci společnosti, může to vést k většímu pocitu sebestigmatizace, které následně může mít větší dopad na jejich blaho a zdraví. Princip sociální spravedlnosti se především snaží zajistit, aby příležitosti a zdroje byly rozdělené rovnoměrně a spravedlivě, kvůli stejným šancím na úspěch pro každého.

b) Princip solidarity (vzájemná podpora, sounáležitost) souvisí především s utvářením životních podmínek a rozdělováním životních podmínek a prostředků jedinců a sociálních skupin (zejména rodin) v zájmu naplňování ideje sociální spravedlnosti. Základem tohoto myšlenkového konceptu je poznání o harmonické spolupráci mezi lidmi. Solidarita je výrazem toho, že člověk je sociální (=společenská bytost). Proto je vždy a za každé okolností v jisté míře odkázán i na druhé, je závislý na soužití jako celku.

Solidarita je výrazem lidské pospolitosti a porozumění, vzájemné soudržnosti, ale také odpovědnosti. Je výrazem toho, že na světě nejsme sami pro sebe, ale současně i pro druhé (Krebs, 2015, s. 31).

Princip se především zaměřuje na podporu sociální soudržnosti a pomoc, těm lidem kteří jí potřebují. Pokud jde o podporu klienta se sebestigmatizací, tak by mohl znamenat podporu ze strany společnosti a také aby se mu poskytovaly příležitosti na společenské životě bez odsuzování. Tato pomoc by mohla zahrnovat například. Podporu ze strany neziskových organizací a ostatních institucí, které by mohli klientovi pomoc nabít nové sebevědomí a sebeúctu a poskytnout mu rovné příležitosti k rozvoji svých dovedností a schopností.

c) Při principu participace, lidé mají mít možnost se účastnit procesu tvorby a realizace opatření, která se pak týkají jich samotných. Jde o dlouhodobý proces, který lze ve zkratce nazvat jako „přechod od člověka jako převážně objektu sociální politiky k člověku jako plnoprávnému, odpovědnému a respektovanému subjektu“. Člověk přestává být pasivním příjemcem sociálně-politických opatření (převážně státu), ale sám se na jejich tvorbě podílí a spolurozhoduje o jejich realizaci (Krebs, 2015, s. 39)

Při podpoře klientů s duševním onemocněním může princip participace pomoc tak, že by se mohli zapojit do tvorby programů a služeb, které jsou pro ně tvořené. Také mohli by být pozváni k vyjádření svých potřeb, priorit a nápadů, které by mohly být zakomponovány do práce a realizace těchto programů. Jelikož když se klienti zapojí do tvorby iniciativ a vyjádření svých potřeb, co by například se jim v tom různém programu, projektu hodilo, tak by např. sociální pracovníci a další odborníci v té dané službě mohli lépe je realizovat. Například v oblasti sebestigmatizace, jsi klienti budou přát, aby se do procesu zapojili i rodinní příslušníci, z důvodu toho, aby se lépe informovaly a zlepšily svůj přístup k této cílové skupině.

5.2 Funkce sociální politiky

a) Funkce ochranná řeší vzniklou situaci, kdy jedinec či skupina je znevýhodněna ve vztahu k ostatním či sociálnímu smyslu. V podstatě jde o zmírnění nebo odstranění důsledků určitých sociálních událostí, jako jsou nezaměstnanost, stáří, invalidita apod. Jde o funkci historicky nejstarší, která tvoří stabilní prvek sociální politiky, kterou je potřeba neustále posilovat. Primárně plyne z humanitní snahy společnosti a sekundárně z potřeby ochrany člověka jako pracovní síly (Krebs,2015).

Tato funkce může pomoci klientům s duševním onemocněním tím, že umožňuje identifikovat a přehodnotit jejich chování a poskytuje sociální programy, které zlepšují jejich přístup ke zdravotní péči, medikamentům a terapii a zvyšují kvalitu života. Klienti s duševním onemocněním se často potýkají s předsudky a stereotypy, které mohou způsobovat stigmatizaci. Proto je tato funkce pro ně důležitá, neboť umožňuje získat kvalitní zdravotní péči bez ohledu na jejich zdravotní stav.

b) Funkce stimulační má za úkol podporovat, podněcovat a vyvolávat žádoucí sociální jednání jednotlivců a sociálních skupin, jak v oblasti ekonomické, tak i mimo ni. Je tedy zaměřena na ovlivňování žádoucího a chtěného, zamyšleného vývoje sociálních a ekonomických procesů, jevů a vztahů (Krebs,2015).

Funkce stimulační může pomoci při podpoře klienta s duševním onemocněním, který trpí sebestigmatizací, tím, že pomáhá vytvářet pozitivní a podporující prostředí. Toto prostředí může být vytvořeno prostřednictvím aktivit a programů, které podporují sociální interakci a komunikaci s ostatními lidmi. Například, organizování skupinových aktivit a diskusí, které se zaměřují na zvládání stresu, sebedůvěru a sebeúctu, může pomoci klientovi s duševním onemocněním překonat pocit sebestigmatizace a zlepšit jeho sociální interakce.

Podporování klienta k vytváření pozitivních sociálních vztahů může také pomoci při zlepšování jeho duševního zdraví. Jako další může být například podpora při tvoření klientových zájmů a dovedností. V praxi se dá tahle funkce využít například k realizaci projektu, který bude podporovat sebevědomí a sebeúctu, integraci do společnosti a celkovou informovanost o této problematice. V navazující bakalářské práci chci do projektu zapojit aktivitu, která bude zlepšovat sebejistotu a lepší přístup k sobě u této konkrétní cílové skupiny.

c) Funkce preventivní se snaží předcházet určitým škodám na životě a zdraví. Jejím cílem je předcházet sociálně nepříznivým situacím, jako je chudoba, nezaměstnanost, zdravotní problémy a další. Tato funkce se vyvinula z původních hygienických a bezpečnostních opatření do rozsáhlé sociální prevence. Cílem je zabránit vzniku nežádoucích situací, jako je poškození zdraví, chudoba, nezaměstnanost, bída, kriminalita a další. Sociální politika musí směřovat k odstraňování příčin těchto nepříznivých situací, aby byla tato funkce naplněna (Krebs,2015).

Preventivní funkce může pomoci při podpoře klienta s duševním onemocněním trpícím sebestigmatizací tím, že se snaží předcházet situacím, které by mohli vést k prohlubování tohoto jevu. Je potřeba začít pracovat na odstraňování příčin a rizikových faktorů a podporovat zdravé prostředí ve kterém se klient může cítit dobře. Prevence může být proti sociální izolaci, zmírňování sebestigmatizace, zlepšení pracovních a životních podmínek.

5.3 Nástroje pro zlepšení duševního zdraví pro lidi s duševním onemocněním:

a) Národní akční plán pro duševní zdraví do roku 2030

Národní akční plán pro duševní zdraví do roku 2030 (NAPDZ), je implementačním dokumentem hned tří strategických dokumentů. Tento plán stanovuje konkrétní postupy pro plánování těch částí Strategie psychiatrické reformy péče 2013-2023, u kterých existují implementační deficity. Je jedním z implementačních dokumentů vládou ČR schváleného Strategického rámce Česká republika 2030 (mžp, 2017) a v neposlední řadě také rozpracovává konkrétní oblast paralelně vznikajícího Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030 „Zdraví 2030“ (t. č. v přípravě k předložení vládě ČR ke schválení) vč. implementačního plánu (Implementace modelů integrované péče, integrace zdravotní a sociální péče – část za reformu péče o duševní zdraví) (reformapsychiatrie, [online]).

NAPDZ stanovuje finanční nároky na dosažení cílů a mechanismy, kterým se bude realizace opatření promítat do rozpočtu (státního rozpočtu a rozpočtu ostatních veřejných rozpočtů, resp. rozpočtů ostatních zúčastněných rezortů a institucí), a v relevantních případech identifikuje alternativní zdroje financování (EU fondy apod.) (reformapsychiatrie, [online])

Vychází z nadřazených strategických dokumentů a mezinárodních úmluv, respektuje rovněž sektorové či průřezové strategické dokumenty téže úrovně. (reformapsychiatrie, online)

Jeho implementace může při podpoře klienta trpícího sebestigmatizací, tak že například zlepší informovanost o duševním zdraví a odbourání stigmatu vůči lidem s duševním onemocněním. Toho se může dosáhnout prostřednictvím programů osvěty nebo veřejných kampaní.

Důležitou součástí NAPDZ je také, že usiluje o podporu začlenění do společnosti a inkluzivního přístupu. V tomto případě to znamená, že se bude dávat důraz na to, aby osoby s duševním onemocněním byly začleněny do společnosti a měli rovný přístup ke vzdělání jako ostatní lidé.

b) Projekt destigmatizace (NUDZ)

Projekt Destigmatizace (NUDZ) se zaměřuje na destigmatizaci lidí s duševním onemocněním a psychiatrické péče v ČR. Hlavním cílem je vytvořit plán destigmatizace a následně implementovat opatření, které pomohou změnit negativní postoje společnosti k této problematice (reformapsychiatrie, [online]).

Projekt také zahrnuje trénink pracovníků sociálních a zdravotních služeb, aby byli schopni efektivně komunikovat s lidmi s duševním onemocněním a jejich rodinnými příslušníky. Důraz je kladen na zapojení uživatelů služeb a jejich rodinných příslušníků do procesů destigmatizace, aby se zvýšila informovanost a povědomí o této problematice a aby se lidé s duševním onemocněním necítili izolovaní a odcizení od společnosti (reformapsychiatrie, [online]).

Evaluační projekt bude sledovat průběh a účinnost destigmatizačních a komunikačních programů a opatření, aby se zajistilo, že projekt splní své cíle. Celkově je cílem projektu poskytnout lidem s duševním onemocněním a psychiatrické péče v ČR důstojnost a respekt, které si zaslouží, a pomoci tak ke zlepšení jejich kvality života a integraci do společnosti. (reforma psychiatrie, [online])

Tento projekt může při podpoře klienta trpícího sebestigmatizací přispět tak, že přispěje k vytvoření pozitivního vnímání duševního zdraví v celé společnosti, sníží riziko výskytu stigmat.

Projekt destigmatizace může poskytnout také klientům příležitost k tomu, aby se zapojili aktivně do procesu boje proti stigmatizaci duševních onemocnění a také aby byly hrdí na své vlastní úsilí a pokroky při léčbě své diagnózy duševního onemocnění. Tato aktivní účast může pomoci klientům zlepšit své sebevědomí.

6 Legislativa dané problematiky

V této kapitole se budu zabývat legislativou týkající se lidí s duševním onemocněním. Bude zde popsáno několik zákonů a nařízení, které mají za cíl chránit práva těchto lidí a zajistit jim rovné zacházení v různých oblastech života.

- 1) **Antidiskriminační zákon** (č.198/2009.Sb.) -o rovném zacházení a o právních prostředcích chrání před diskriminací a o nezměnění některých zákonů. (Manuál práv lidí se zkušenosti s duševním onemocněním,2020, [online])
- 2) **Zákon o důchodovém pojištění** 155/1995 Sb.- pokud je člověk ve dlouhodobě nevýhodnějším zdravotním stavu, tak mu pomůže zákon o důchodovém pojištění, který také mimochodem vysvětluje, jak se přiznává invalidní důchod. (Manuál práv lidí se zkušenosti s duševním onemocněním,2020, [online])
- 3) **Zákon o zdravotních službách 372/2011 Sb.**- vysvětluje práva, která se pojí s lidmi s duševním onemocněním, jakou jsou právo na nedobrovolnou hospitalizaci, právo na důvěrníka, právo na soukromé jednání, právo na nezávislý přezkum, právo na vysvětlení léčby, právo určit kdo z vašich blízkých smí být informován o vašem zdravotním stavu, právo na nahlížení do zdravotní dokumentace. Tyto práva by se měli například uplatňovat při průběhu léčby duševně nemocného. (Manuál práv lidí se zkušenosti s duševním onemocněním,2020, [online])
- 4) **Podle zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník**, může soud omezit svéprávnost člověka nejdéle na dobu 3 let opakovaně. K omezení svéprávnosti se přistupuje pouze tehdy, kdy nelze použít jiný z mírnějších a méně omezujících opatření (např. nápomoc při rozhodování, zastoupení členem domácnosti). (ombudsmanprozdravi,2018, [online])
- 5) **Zákon o péči o zdraví lidu (Zákon č. 86/1992 Sb.)** - Tento zákon především stanovuje indikace k nedobrovolné hospitalizaci a povinnost ohlásit převzetí nemocného do péče bez jeho písemného souhlasu do 24 hodin soudu. Dále upravuje podmínky souhlasu s léčbou vedení zdravotnické dokumentace a přístup k ní a stížnostní procedury na způsob výkonu lékařské péče. (Zákonyprolidi,2023, [online])

7 Analýza potřebnosti

Projekt prevence sebestigmatizace u osob s duševním onemocněním, kteří využívají služby center duševního zdraví, byl vytvořen s cílem řešit závažnou problematiku sebestigmatizace.

Tento jev může mít negativní dopad na fyzické i psychické zdraví jedinců a vést k izolaci, diskriminaci a omezenému přístupu k zdravotní péči a dalším službám. Výzkumy ukazují, že tento jev může snižovat motivaci k léčbě.

Centra duševního zdraví se specializují na podporu lidí s duševním onemocněním a na učení se zvládání symptomů s tím spojených. I když jsou centra primárně určena k poskytování zdravotní péče, mohou být také místy, kde se klienti s duševním onemocněním cítí sebevědomě a přijatí.

Nicméně, zápornou stránkou může být setkání s neporozuměním a předsudky ze strany jiných klientů využívajících služeb.

Cílem projektu je tedy pomoc zaměřit se na preventivní stránku sebestigmatizace, která bude zahrnovat zlepšení sebeúcty a sebevědomí, naučení se lépe zvládat tento jev, a zlepšit jejich celkovou kvalitu života.

7.1 Příčiny problému a jeho dopady na cílovou skupinu

Sebestigmatizace má negativní vliv na vnitřní integritu jedince s duševním onemocněním. Výzkumy ukazují, že internalizované stigma vyplývající z duševního onemocnění souvisí s pocity beznaděje a nízkým sebevědomím, jelikož se cítí ze zvnitřněného stigmatu špatně, protože nemůže být produktivním občanem společnosti. Snížené sebevědomí a pocity beznaděje se pak odrážejí ve snížené výkonnosti a celkovém zhoršení kvality životní úrovně. (Livingston & Boyd, 2010)

Meta analýza 45 studií ukázala, že žádná ze sociodemografických proměnných (pohlaví, zaměstnání, rodinný stav) nesouvisela s úrovní internalizovaného stigmatu. Naopak odhalila nápadný a silný negativní vztah mezi internalizovaným stigmatem a řadou psychosociálních proměnných (např. pocity naděje, sebeúcta, sebeúčinnost). Pokud jde o psychiatrické proměnné, internalizované stigma pozitivně souviselo se závažností psychiatrických symptomů a negativní s dodržováním léčby. (Livingston & Boyd, 2010) Novější studie podporují také tato zjištění. (Holubova et al., 2019; Szcześniak et

7.2 Příklady řešení dané problematiky v ČR nebo zahraničí

V kontextu prevence sebestigmatizace uvedu, jak se řeší tahle problematika v ČR ale i zahraničí.

V Kanadě existuje program s názvem Partners for Mental health, který se snaží snížit sebestigmatizaci prostřednictvím kampaní a vzdělávacích materiálů, zaměřených na změnu vnímání duševního zdraví .(Partners for Mental health, Canada,2021, online)

V USA existuje organizace s názvem Active minds, který je založený studenty a snaží se zaměřovat na podporu duševního zdraví a boji proti stigmatizaci na vysokých školách a univerzitách. Projekt poskytuje nástroje a zdroje pro podporu studentů a lidí s duševním onemocněním a zlepšení klimatu na vysokých školách. (Active Minds,2003-2023, online)

Za zmínku stojí také zahraniční projekt s názvem Time to change, který běží od roku 2012 ve Spojeném království. Je to rostoucí sociální hnutí, které se snaží změnit myšlení společnosti o lidech s duševním onemocněním. Tento projekt spolupracuje s osmi sty zaměstnavateli na vytvoření přívětivého pracovního prostředí pro osoby s duševním onemocněním. Tento projekt podporuje více než dva tisíce škol v edukaci o duševních nemocích a životě s nimi, a také se snaží vytvořit na školách prostor, aby se studenti nebáli mluvit o duševních onemocněních. Dále se snažit motivovat lidi, aby se ke kampani přihlásili a začali více mluvit o duševních nemocech, také mírnit problémy s tímto spjaté .(Time to change,2019, online)

Co se týče České republiky, tak byl realizován destigmatizační projekt, jehož příjemcem byl NUDZ (Národní ústav duševního zdraví). Tento projekt destigmatizace usiluje o snížení stigmatizace a diskriminace lidí s duševním onemocněním a zlepšovat přístup k těmto lidem. Projekt řeší nutnost zajištění efektivní a na poznacích založené destigmatizace lidí s duševním onemocněním a její komunikaci v ČR.

Projekt destigmatizace se začal realizovat v roce 2017 a byl oficiálně dokončen po prodloužení v listopadu roku 2022.(NUDZ,2021)

V rámci projektu destigmatizace probíhá iniciativa NA ROVINU. Ta usiluje o snížení stigmatizace a diskriminaci lidí s duševním onemocněním a zlepšení přístupu k nim. Vytváří prostředí, kde se mluví otevřeně o duševních onemocněních, zdraví, staví na jednu rovinu práva lidí se zkušeností s duševním onemocněním a lidmi bez zkušenosti, nedělá rozdíly mezi zdravým člověkem a duševně nemocným a vyrovnává vztah pomáhajícího profesionála a klienta s duševním onemocněním. Cílem působení iniciativy je přispívat k lepší kvalitě života lidí s duševním onemocněním ve společnosti. (projekt destigmatizace, online)

Další destigmatizační aktivitou v ČR jsou kampaně Týdny pro duševní zdraví, které jsou pořádány Fokusem Praha, organizací zacílenou na podporu lidí s duševním onemocněním. Od roku 1990 se konají pravidelně na mnoha místech republiky koncerty, filmová a divadelní představení, besedy lidí s duševním onemocněním za účelem obeznámení veřejnosti s problematikou duševních onemocnění, jejich prevencí v podobě mentální hygieny i o dalších aktivitách v této organizaci v sociálně zdravotní sféře. (Fokus ČR, 2022, [online])

Celorepubliková organizace s názvem VIDA, která podporuje rozvojově uživatelského hnutí a proces destigmatizace osob s duševním onemocněním. VIDA smysluplně využívá osobní zkušenosti s duševním onemocněním, také v pomoci handicapovaným klientům jejich rodičům a příbuzným i široké veřejnosti. Organizace poskytuje sociální služby, poradenství v oblasti integrace (zaměstnání, bydlení, vzdělání), další integrační, vzdělávací a rehabilitační programy pro osoby s duševním onemocněním. Nedílnou součástí je také vynaložené úsilí o vzdělávání veřejnosti právě v oblasti duševního zdraví a podpora destigmatizace osob s duševním onemocněním. (vida.cr, 2022, [online])

Název diagnóza F je pořad, který jsi můžeme poslechnout v rádiu Wave. Písmeno F vychází z mezinárodní klasifikace duševních onemocnění. Tento pořad vznikl v roce 2011 a moderátorka tam rozebírá nelehká témata s jednotlivými odborníky jako jsou Cyril Hoschl, Radkin Honzák atp. (Diagnóza F, Rádio Wave, [online])

Projekt "Blázníš? No a!" realizovaný pod záštitou Fokusu Praha, z.ú., vznikl v roce 2007 na základě německého modelu a zaměřuje se především na prevenci duševních onemocnění u dětí školního věku. Během programového dne ve škole odborníci poskytují žákům ve věku 15-20 let informace o duševních krizích a nabízejí jim bezpečné prostředí pro sdílení vlastních zkušeností. Tento program není pouze vzdělávací, ale také interaktivní a zážitkový, což umožňuje studentům získat lepší porozumění psychickým problémům a možnostem, jak najít pomoc.

Kromě toho se mladí lidé učí, jak pečovat o své psychické zdraví a jak lépe porozumět druhým bez předsudků. Ke konci školského dne pak sdílejí své osobní příběhy

s duševním onemocněním s celou třídou jako tzv. experti na vlastní zkušenost. Celkově je tento program důležitým krokem k podpoře duševního zdraví a prevenci duševních onemocnění u mladých lidí. (blaznis-no-a.cz, [online])

Den duševního zdraví se zaměřuje i na problematiku sebestigmatizace. Součástí dne duševního zdraví, který se konal 6.10.2022 v Divadle na cucky. Je i arteterapeutický workshop a beseda s názvem Moje jméno není diagnóza. Tato beseda se zaměřovala na zkušenosti lidí, kteří zažili nebo stále zažívají duševní onemocnění. Věnovala se především životu s nemocí, osobním cestám k zotavení, ale i problému stigmatizace a sebestigmatizace. (CDZ Olomouc, [online])

Stopstigma je webová stránka s cílem zvýšit povědomí o duševním zdraví a duševních poruchách, snížit stigmatizaci lidí s těmito poruchami a změnit postoje veřejnosti k nim a k oboru péče o duševní zdraví. Stránka nabízí informace, naději a podporu jak lidem s duševními problémy, tak odborníkům i širší veřejnosti. Je unikátní tím, že spolupracuje jak s odborníky, tak s peer pracovníky – lidmi, kteří mají osobní zkušenost s duševními poruchami a úspěšně je zvládli. Hlavním cílem Stopstigma je zlepšit přístup k odpovídající péči a podpoře pro osoby s duševními poruchami. (cmhcd,2021, [online])

Na počátku roku 2015 byl vytvořen v psychiatrické léčebně Šternberk projekt pro rozšíření zdravotní péče s názvem "START-KRS (komplexní rehabilitace k soběstačnosti)". Celkovým cílem projektu je zvýšení komplexnosti a kvality poskytované péče o nemocné s vážným psychiatrickým onemocněním, a to rozšířením a zkvalitněním terapeutické činnosti v psychiatrické péči. V rámci tohoto projektu vznikl 4.5.2015 program START, který už aktuálně přibližně absolvovalo 450 pacientů. V tomto programu se jedná o aktivizačně-resocializační program sloužící k nácviku soběstačnosti a navázání na regionální sociální služby. Spolupráce s těmito organizacemi je klíčová. V průběhu programu dochází k navázání osobně-profesionálního vztahu (pacient-terapeut), v jehož rámci jsou co nejlépe plněné klientovi tužby, přání. Program se zaměřuje na kvalitu života lidí, kteří se ocitli v ohrožení jak v oblasti duševního zdraví, tak i v sociální oblasti. (plstkb, 2015, [online])

7.3 Základní informace o velikosti cílové skupiny vzhledem k řešenému problému

Podle výroční zprávy společnosti Mana, která se zapojila do reformy psychiatrické péče se snažila také o vytvoření nového typu služby CDZ, jelikož společnost Mana a CDZ spolu spolupracují. Z roku 2021 podle statistických dat měli počet klientů s duševním onemocněním 80 a počet hodin přímé péče bylo 2180.(Mana,2021, online)

Po emailové komunikaci s CDZ Olomouc mají momentálně 80 zmluvených klientů s duševním onemocněním (CDZ Olomouc,2023). V projektu navazujícím na tuto absolventskou práci budu počítat s 40 (50%) edukovanými klienty CDZ Olomouc o sebestigmatizaci, jak k ní celkově přistupovat a řešit jí.

V současnosti je 30 rozmístěných CDZ v České republice. Ty fungují v omezeném režimu jako testovací centra. Ke konci roku 2023 se vyhodnotí jejich fungování a efektivita. Předpokládá se, že CDZ budou úspěšná a dostaví se z nich 70 center z nichž některá budou krizová. (reformapsychiariie,2013, [online])

7.4 Popis metod získání předložených dat a vyhodnocení výchozího stavu

Ke zpracování dat jsem využila výzkum, který byl uskutečněn Národním ústavem duševního zdraví v roce 2017 mělo 21,9 % populace potíže, které by bylo možné diagnostikovat jako duševní onemocnění. Z tohoto celkového počtu tvořily 4 % případů závažné deprese, 1,5 % případů psychotických poruch, 7,3 % případů úzkostných poruch a 6,6 % případů závislosti na alkoholu (NUDZ,2021, [online]). Výzkum poukazuje na vysokou prevalenci duševních onemocněních v populaci. Tento výzkum jsem získala z destigmatizačního projektu, který je pod záštitou Národního ústavu duševního zdraví.

Další studie, z níž jsem vycházela, je porovnávací studie míry sociální distance v České republice a Velké Británii. Bylo zjištěno, že ve VB se ukázalo, že 8% by nechtělo duševně nemocného za kolegu, za svého souseda 6% a za blízkého přítele 5%. V ČR Necelých 36 % českých respondentů by nechtělo pracovat s takovou osobou, 30,8 % by si nepřálo mít takovou osobu jako souseda a 26,4 % by se s takovou osobou nechtělo ani přátelit (Medical Tribune,2023, [online]). Z výzkumu vyplývá že ve Velké Británii je daleko běžnější kontakt s duševně nemocným než v České republice.

Rozšířila jsem své poznání s emailovou komunikací s pracovníkem v sociálních službách CDZ Olomouc. V rámci této komunikace jsem se ptala, jak pracují s klienty, kteří jsou ovlivňováni předsudky a stereotypy, které mohou později internalizovat a projevovat na sobě. „Pracovník mi vysvětlil, že se především snaží pracovat s každým

klientem individuálně a respektovat jeho specifické potřeby, vlastnosti, cíle, kompetence atd.

Dále se snaží porozumět projevům duševního onemocnění a společně s klientem identifikovat jeho silné a slabé stránky“.,, Silné stránky se snaží posilovat a slabé stránky se učí s klientem zvládat“. Dalším důležitým prvkem v práci s klienty je využívání metody care, která spočívá v poslechu a respektování příběhů klientů a může být účinnou metodou při snižování stigmat a sebestigmat“. Ptala jsem se také, zda by bylo pro CDZ Olomouc užitečné, kdyby vznikl projekt prevence sebestigmatizace využívajících center duševního zdraví? „Odpověď byla taková, že v rámci CDZ Olomouc se propaguje Den duševního zdraví, který se zaměřuje na danou problematiku. Ale co se týče realizace vlastního projektu CDZ Olomouc jsou otevření spolupráci na projektu prevence sebestigmatizace, pokud by byli osloveni z jejich pohledu rozumným návrhem a za splnění konkrétních podmínek a aspektů“ (CDZ Olomouc,2023).

Jako dalším podkladem byla pro mě dvouměsíční praxe v Maltézké pomoci v sociálně aktivizační službě pro seniory a osoby se zdravotním postižením a jedním z cílových skupin byli lidé s duševním onemocněním. Co se mi v praxi potvrdilo v interakci s touto skupinou, bylo to, že sebestigmatizace byla se v kontaktu s klientem objevila a co nejvíce pomohlo byla podpora a postupné systematické plnění individuální potřeb, cílů apod.

Ptala jsem se v maltézké pomoci, jak pracují s klienty s duševním onemocněním při podpoře se sebestigmatizací? Bylo mi sděleno, že určitě je důležitá podpora toho klienta a aby se ten klient naučil překonávat a motivovat ho v vykonávání určitých činností, o kterých ten sociální pracovník ví, že ten klient umí. S tím ruku v ruce jde posilování jeho silných stránek. (Maltézká pomoc, 2022)

Dále jsem využila knižní literaturu zabývající se tématy stigmatizace a sebestigmatizace a výroční zprávu MANAOL a destigmatizační projekt pod záštitou NUDZ, které mi poskytly další informace k zpracování této problematiky. Díky těmto zdrojům jsem si rozšířila své znalosti v této oblasti a lépe porozuměla tématu sebestigmatizace.

7.5 Specifikace stakeholderů

V kontextu bakalářské práce plánuji vytvořit projekt zaměřený na prevenci sebestigmatizace pro klienty využívající služby Centra duševního zdraví (CDZ) v Olomouci. CDZ představuje důležitý mezičlánek mezi primární péčí, včetně ambulantní psychiatrické péče, a nápomocí k reintegraci dlouhodobě hospitalizovaných pacientů zpět do běžných komunit.

V mé spádové oblasti CDZ vytváří potřebné programy a zajišťuje funkční propojení ambulantní a lůžkové péče. Tuto službu poskytuje multidisciplinární tým složený z různých profesí, jako jsou psychiatři, psychologové, zdravotní sestry specializující se na psychiatrickou péči, sociální pracovníci nebo pracovníci v sociálních službách. V rámci týmu je také peer konzultant s vlastní zkušeností s duševním onemocněním, který pacientům poskytuje podporu v různých oblastech života, např. v reformě psychiatrické péče nebo prostřednictvím online komunikace.

CDZ poskytuje flexibilní individualizovanou službu všem klientům v rámci své spádové oblasti a je popsán v zákoně o sociálních službách 108/2006 Sb. v § 70a

Spolupracující organizací může být Mana Olomouc, která cílí na osoby s duševním onemocněním, s podporou jejich silných stránek, zvyšování kompetencí a zodpovědnosti a kompetencí, zdrojů, což jsou indicie, které vedou k jejich důstojnému a kvalitnímu životu v přirozeném prostředí (manaol, [online])

Další kooperační organizací může být i Charita Olomouc, která má služby pro lidi s duševním onemocněním jako je Dům sv.Vincence, Bydlení sv.Vincence, Sociálně-terapeutickou dílnu. Také nabízí podporu samostatného bydlení, které nabízí pomoc této cílové skupině (charita olomouc,online).

V oblasti prevence sebestigmatizace může klienta s duševním onemocněním ovlivňovat i rodina. Rodina může pomoci vytvořit bezpečné a podpůrné prostředí, ve kterém klienti s duševním onemocněním budou moci mluvit o svých pocitech, jaké mají problémy bez různých předsudků a odsuzování. Dále se rodina může zapojovat do procesu CDZ a iniciativy, v kontextu sebestigmatizace u lidí s duševním onemocněním a tím může rodina přispět, aby se o duševním zdravím a problémy s nimi spjaté více mluvilo.

Díky snížení sebestigmatizace u lidí s duševním onemocněním, že jsi například díky tomu budou moct najít zaměstnání a tím Česká správa sociálního zabezpečení nebude muset vyměřovat takové důchody, jelikož u lidí s duševním onemocněním může docházet k pracovních neschopnosti, která poté vede k invalidizaci.

Pokud člověk zvýší své sebevědomí a sebeúctu a schopnost pracovat, může se u něj snížit závislost na dávkách z úřadu práce. Samozřejmě je velmi důležité posoudit klientův zdravotní stav kvalifikovanými odborníky, ale celkově práce se sebestigmatizací a změny sebepojetí může vést ke stabilnějšímu pracovnímu výkonu a tím se, jak už jsem zmínila se sníží potřeba dalších dávek.

Sociálně terapeutické dílny mohou lidem s duševním onemocněním pomoci při získání a obnovení pracovních a sociálních dovedností. Touto podporou můžou klientům s duševním onemocněním nalézt pravidelné a smysluplné činnosti, které jim zlepšují kvalitu života.

Rešerše literárních zdrojů a výzkumu

Knížní literatura na tohle téma byla adekvátní, primárně jsem také vycházela ze zdrojů webových stránek, organizací, projektů a odborných článků. Odborné zdroje byly hledány pomocí vyhledávačů Google Scholar a Databází Medvik za pomoci klíčových slov sebestigmatizace u lidí s duševním onemocněním, sebestigmatizace a duševní onemocnění, stigmatizace duševně nemocných. Velká řada publikací se vztahuje na propojenost stigmatizace a sebestigmatizace.

Tyto zdroje byly zpracovány a byly z nich využity relevantní informace.. Na základě těchto nalezených zdrojů a zjištěných informací pro propojení teorii a metod sociální práce a sociální politiky byla použita řada dalších slov např., Zotavení“, Principy sociální politiky“, Metoda CARE“ apod. V rámci rešerše byl použit i internetový vyhledávač k identifikaci jednotlivých projektů a organizací. Dvě organizace jsem kontaktovala. S jednou jsem mluvila osobně a s druhou prostřednictvím emailové komunikace. Pro podklady bakalářské práce jsem využila emailovou komunikace s pracovníkem z CDZ Olomouc. Nadále se využila webové stránky k definování jednotlivých pracovn

8 Cíl Projektu

Cílem bakalářské práce je zvyšování povědomí o sebestigmatizaci u lidí s duševním onemocněním v rámci vytvoření sociálních sítí a edukativních letáků. Pod CDZ Olomouc by měl vzniknout z tohoto důvodu, že se soustředí na klienty s duševním onemocněním, kteří trpí různými psychózami.

CDZ Olomouc se snaží o integraci lidí do společnosti, pracuje na jejich silných a slabých stránkách, přičemž silné stránky u klientů s duševním onemocněním posiluje. Když jde o edukativní letáky a sociální sítě, tak by měly vzniknout pod CDZ z toho důvodu, že by mohlo dojít k lepší propagaci, a hlavně dle mého názoru jsou nejvíce zasaženi sebestigmatem, protože se jich takhle daná problematika týká.

Díky zvyšování povědomí o sebestigmatizaci v kontextu edukativních letáků a sociálních sítích se klientům s duševním onemocněním může zlepšit sebevědomí a sebeúcta, může se jim zlepšit přístupnost ke kvalitní léčbě, lépe se mohou integrovat do společnosti a zlepši se jim celková kvalita jejich života. V rámci edukativních letáků budou popsány i příběhy několika klientů s duševním onemocněním, kteří na tom budou chtít participovat. V těchto příbězích by sdělili svou diagnózu, jak jim to duševní onemocnění propuklo a co je motivuje k tomu, aby se z té nemoci zotavili. To znamená, že mohou i přes překážky v životě a s duševními obtížemi začít žít plnohodnotný život.

Co se týče začlenění projektu do sociální politiky, tak by tento projekt mohl sloužit jako zdroj informací a podpory pro klienty s duševním onemocněním. Což také může vést ke zlepšené přístupnosti k celkové léčbě a integrace do společnosti.

9 Cílové skupiny

V případě zvyšování povědomí o sebestigmatizaci jsou přímými příjemci klienti s duševním onemocněním CDZ, kteří se této klíčové aktivity účastní. Nepřímými příjemci jsou odborníci z multidisciplinárního týmu, kteří v rámci vzdělávacích prezentací edukují o této problematice.

V rámci přímých příjemců by byl předpoklad z 80 klientů CDZ Olomouc, 40 zájemců klientů s duševním onemocněním z CDZ Olomouc o edukativní letáky a propagaci sociálních sítí.

10 Klíčové aktivity a jejich indikátory splnění

Klíčové aktivity, dále také (KA), které povedou k naplnění preventivního programu DUŠE se zaměřením na prevenci sebestigmatizace pro lidi s duševním onemocněním a snížení toho jevu bude následující:

1.Sestavení týmu

Prvním krokem bude sestavení týmu z psychologa, sociálního pracovníka, koordinátora projektu, reklamní agentury. Sociálního pracovníka a koordinátora projektu bude na poloviční úvazek. Psycholog na dohodu o provedení práce. Zbytek budou dobrovolníci. Tato aktivita bude trvat 3 měsíce.

Sociální pracovník je člověk vysokoškolsky vzdělaný, který zaštituje a zodpovídá v sociální práci v sociálních službách, již od prvního kontaktu se zájemcem o sociální službu či jeho rodinou. Je to člověk, který informuje veřejnost o sociálních službách, poskytuje poradenství, uzavírá smlouvy, sjednává s klientem druh a rozsah poskytovaných služeb a vede veškerou dokumentaci o jednotlivých klientech v organizaci. (Včelka, [online]) v rámci edukativních letáků a sociální sítě se bude dívat na zvyšování povědomí z hlediska sociálního dopadu na jedince, bude poskytovat klientům s duševním onemocněním z CDZ podporu při snižování sebestigmatizace. Sociální síť bude vytvářet bezpečný prostor mezi odborníkem a klientem s duševním onemocněním ke komunikaci.

Psycholog je odborník, který pomáhá lidem s psychickými (duševními problémy) jako jsou např. důsledky stresu nebo obtížné životní situace apod.

Psycholog poskytuje poradenství a na rozdíl od psychiatra nepředepisuje léky-psychofarmaka.

Psycholog také na rozdíl od psychiatra nemá lékařské vzdělání. V rámci edukativních letáků a sociální sítě bude řešit zvyšování povědomí o sebestigmatizaci v kontextu dopadu psychiku člověka, co to s ním dělá ta sebestigmatizace, může řešit i to kdy to u klienta s duševním onemocněním vzniklo nebo na základě čeho. Stejně jako sociální pracovník bude tvořit na sociální síti bezpečný prostor pro komunikaci mezi klientem s duševním onemocněním a odborníkem.

Koordinátor projektu zajišťuje, že budou projekty plněny včas a v souladu se stanoveným rozpočtem. Očekává se od nich, že zvládnou řídit svěřené projekty, vést tým pracovníků, komunikovat se zákazníky(uživateli) a pravidelně zpracovávat projektovou dokumentaci. (Lamael, [online])

Reklamní agentura je organizace, která se zabývá vymýšlením, navrhováním, vytvářením, správou a distribucí a vyhodnocováním reklam. Hlavním cílem reklamní agentury je propagace a zviditelnění myšlenek, zboží, či značky klienta.

Reklamní agentury také budují vztahy klientům s vnějším světem tak, aby pro ně získaly dobré jméno a dobré vztahy. (Lesensky, [online])

Indikátor splnění: Bude existovat tým, který bude zvyšovat povědomí o sebestigmatizaci v kontextu edukativního materiálu

2. Vytvoření edukativního letáků a sociálních sítě

Druhým krokem bude vytvoření 30 edukativních letáků a sociálních sítě, které budou zaměřeny na sebestigmatizaci klientů s duševním onemocněním. Edukativní letáky budou obsahovat typy, jak se s tímto jevem vypořádat, jak zlepšit přístup k sobě. Sociální sítě budou hlavně sloužit k rozšíření informací do širší společnosti. Trvání aktivity bude 2 měsíce

Indikátor splnění: Vytvoření 30 edukativních letáků a sociální sítě, která bude vytvářet prostor mezi odborníky a klienty s duševním onemocněním.

3. Propagace zvyšování povědomí o sebestigmatizaci v rámci edukativních letáků a sociálních sítí

Třetím krokem bude samotná propagace edukativních letáků a sociálních sítí v rámci zvyšování povědomí o sebestigmatizaci. Trvání této aktivity bude 1 měsíc

Indikátor splnění: zvyšování povědomí o sebestigmatizaci prostřednictvím sociálních sítí a edukativních letáků

4. Evaluace

Čtvrtým krokem bude vytvoření a zhodnocení 10 evaluačních zpráv. Evaluace bude trvat 1 měsíc.

Indikátor splnění: Vytvoření a zhodnocení 10 evaluačních zpráv.

11 Management Rizik

Identifikace předpokládaných rizik	Hodnocení rizika	Návrhy preventivních opatření
Nedostatek finančních prostředků	Střední pravděpodobnost	Minimalizace nákladů Plánování rozpočtu Efektivní propagace
Nedostatečný zájem	Nízká pravděpodobnost	Využití evaluačních dotazníků Dokončení analýzy potřeby
Nedostatek dobrovolných odborníků	Středně vysoká pravděpodobnost	Propagace projektu Poskytnutí jasných úkolů Pravidelná komunikace
Nízká účast cílové skupiny	Středně vysoká pravděpodobnost	Oslovení cílové skupiny Zajímavý obsah Zpětná vazba
Nedostatečná propagace edukativních letáků a sociálních sítí	Nízká pravděpodobnost	Zlepšení celkového designu edukativních letáků
Nízká spolupráce s ostatními organizacemi	Střední pravděpodobnost	Dostatečná komunikace Vytvoření partnerství Společná řešení problémů

12 Výstupy a předpokládané výsledky

Výstupem projektu bude vytvoření sociálních sítí a edukativních letáků zaměřených na zvyšování povědomí na sebestigmatizaci klientů s duševním onemocněním a propagaci těchto materiálů za účelem zvyšování povědomí o sebestigmatizaci.

Předpokládaným výsledkem bude snížení sebestigmatizace mezi klienty s duševním onemocněním z CDZ Olomouc. Nadále předpokládaným výsledkem je rozšířit povědomí o sebestigmatizaci v širší společnosti a změny přístupu klientům s duševním onemocněním.

13 Popis přidané hodnoty

Přidaná hodnota projektu spočívá ve zvýšení povědomí o sebestigmatizaci klientů s duševním onemocněním a poskytnout konkrétní prostředky k tomu, jak se s tímto jevem vypořádat a zlepšit přístup k sobě. Tento projekt může také přispět k větší informovanosti širší společnosti a přispět k většímu porozumění.

Na základě vytvoření propagačních materiálů a sociálních sítí mohou klienti s duševním onemocněním lépe porozumět sebestigmatizaci, díky kterým mohou aplikovat některé z tipů do svého běžného každodenního života.

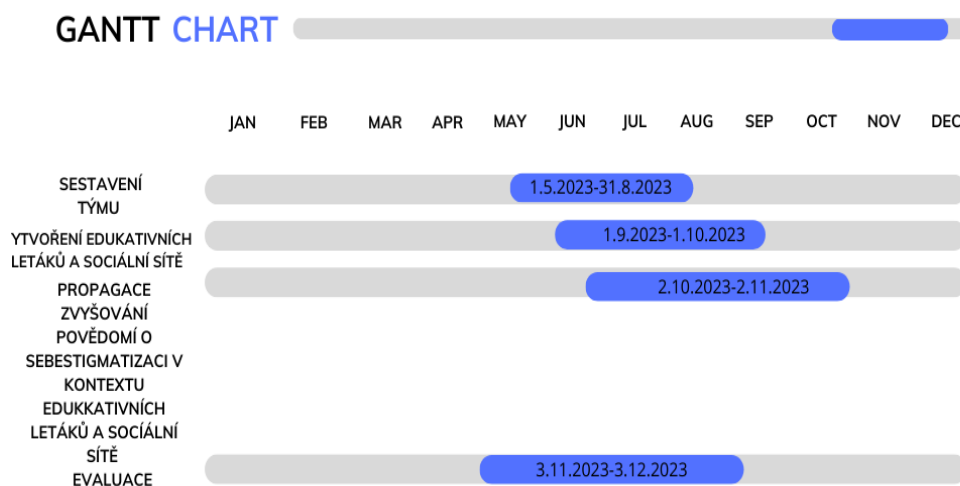
Evaluace může poskytnout informace o užitečnosti programu.

14 Rozpočet

Kategorie nákladů	Rozpočet nákladů a výnosů	
Výnosy celkem	210 800 Kč	
Dary a příspěvky	100 800 Kč	
Dotace	10 000 Kč	
Grant	100 000 Kč	
Náklady celkem	210 800 Kč	
Osobní náklady celkem	200 800 Kč	
Sociální pracovník	76 800 Kč	Poloviční úvazek
Koordinátor projektu	76 800 Kč	Poloviční úvazek
Reklamní agentura	40 000 Kč	3 měsíce
Psycholog	7 200 Kč	DPP
Nákladní provozní celkem	10 000 Kč	
Kancelářské potřeby	10 000 Kč	Tisk propagačního materiálu

15 Harmonogram

V rámci harmonogramu mám rozplánované aktivity na určitá období. Sestavení týmu mám nastaveno na 3 měsíce. Vytvoření edukativních letáků a sociálních sítě mám nastaveno na 1 měsíc. Zvyšování povědomí o sebestigmatizaci v rámci edukativních letáků a sociální sítě bude trvat 1 měsíc. Zhodnocení evaluace bude trvat 1 měsíc.



Obr.1. Harmonogram projektu

Zdroj: Canva

16 Logframe projektu

	Logika intervence	Objektivní ověřitelné ukazovatele úspěchu	Prostředky pro ověření	Předpoklady a rizika
Záměr projektu	Zvyšování povědomí o sebestigmatizaci u klientů s duševním onemocněním v rámci CDZ Olomouc	40 zájemců klientů s duševním onemocněním z CDZ Olomouc	Evaluace	
Cíle projektu	Zvyšování povědomí o sebestigmatizaci v rámci sociálních sítí a edukativních letáků	Kvalitní a odpovídající edukativní materiál.	Materiály ve formě edukativních letáků Vytvořena sociální síť	Zájem o sociální síť a edukativních letáků u klientů s duševním onemocněním v CDZ Olomouc
Výstupy	Výstupem projektu bude vytvoření sociálních sítí a edukativních letáků zaměřených na zvyšování povědomí na sebestigmatizaci klientů s duševním onemocněním a propagaci těchto materiálů za účelem zvyšování povědomí o sebestigmatizaci.	40 účastníků klientů s duševním onemocněním z CDZ	Evaluace	
Klíčové činnosti	Sestavení týmu Vytvoření edukativních letáků a sociálních sítí Propagace sebestigmatizace v rámci edukativních	Finanční zdroje		Spolupráce týmu Propagace edukativního materiálu Správná koordinace projektu

	letáků a sociálních sítí Evaluace			
--	---	--	--	--

Závěr

Hlavním cílem absolventské práce byla konceptualizace tématu sebestigmatizace u lidí s duševním onemocněním. V první části absolventské práce jsem popisovala důležité pojmy spojené s touto problematikou. Mezi které patří duševní onemocnění, a to z toho důvodu, že lidé ve společnosti jsi mnohdy tento pojem nesprávně definují nebo to zaměňují s něčím jiným. Proto je důležité tento pojem vysvětlit, tak aby přinášela komplexní formulaci.

Dále jsem vysvětlovala pojmy stigmatizace a sebestigmatizace, a zjistila jsem, že když jsi jedinec s duševním onemocněním na sebe internalizuje stigmata může vzniknout jev zvaný sebestigmatizace.

Neznamená to však, že když člověk trpí duševním onemocněním, tak je automaticky sebestigmatizován, ke každému klientovi se v tomto případě přistupuje individuálně, tak aby bylo nastavené adekvátní řešení jeho problému a také motivaci potřebnou k jednotlivým krokům spojenými s léčbou.

Ve druhé části absolventské práce jsem popisovala propojení s jednotlivými sociálními oblastmi, jakou je propojení se sociální politikou, legislativou, teoriemi a metodami sociální práce a technikami. U sociální politiky mi vyšlo, že nástroj, jak snížit sebestigmatizaci je edukovat společnost o stigmatěch a sebe stigmatěch, propagovat edukační brožury, aby i lidé s duševním onemocněním lépe pochopily svou diagnózu. Co se týče teorií a metod tak jsem tam popisovala zotavení, jednotlivé techniky, jak se dá se sebestigmatizací a lidmi s duševním onemocněním spolupracovat. Zmínila jsem i etický kodex sociálních pracovníků, jelikož je důležité, aby se využívaly etické zásady při práci s lidmi s duševním onemocněním.

Posledním bodem byla analýza potřebnosti, kde se zkoumala potřebnost sebestigmatizace v jednotlivých oblastech a také k napsání projektu, který se bude zaměřovat na prevenci sebestigmatizace u lidí s duševním onemocněním, využívající služeb centra duševního zdraví. Jako preventivní prostředky při podpoře klienta se sebestigmatizací by se dala využít informovanost o jeho duševní diagnóze a proč má takové příznaky, z jakého důvodu musí brát léky a chodit na psychoterapii apod. Tímto způsobem se může lépe adaptovat na svoji léčbu a může být s ní snadnější spolupráce. Dalším účinným prostředkem je podpora komunikace, protože těmto klientům by se měla nabídnout možnost mluvit o svých pocitech a myšlenkách bez obav z odsouzení a kritiky. Také jim může pomoci podpora v rámci skupin. Podle mého názoru je pro tyto klienty Centrum duševního zdraví ideální, protože při účasti na různých společných setkáních se mohou potkat s lidmi s podobnými příběhy a také mohou dostat podporu nejenom od nich, ale i od pracovníků v CDZ.

Dalším faktorem je důležité podpořit pozitivní myšlenky a způsob, jakým klient s duševním onemocněním hovoří o sobě, protože když v něm budeme posilovat pozitivní věci, tak to může vést ke snížení sebestigmatizace a také mu to může umožnit změnit svůj pohled na svět. Z mého osobního prožitku z praxe v Maltézské pomoci v sociálně aktivizační službě pro seniory a lidi se zdravotním omezením se také ukázalo, že je důležité při práci s klientem s duševním onemocněním přizpůsobit komunikaci jemu, aby mi porozuměl, a netlačit na něj v rámci tvorby individuálních potřeb a cílů, jelikož poté může dojít k tomu, že ten klient se stáhne a přestane s vámi například spolupracovat. Tento poznatek může být také faktorem ke zredukování sebestigmatizace.

Došla jsem k závěru, že je důležité zabývat se prevencí sebestigmatizace, aby se klienti s duševním onemocněním dokázali lépe integrovat do společnosti, cítili se sebevědoměji, dokázali otevřeně mluvit o svých problémech a zlepšila se jejich celková kvalita života.

Bakalářská práce se zabývá preventivním programem DUŠE pro klienty s duševním onemocněním využívajících služeb CDZ Olomouc, který je podkladem pro mou absolventskou práci. Cílem projektu bylo zvyšování povědomí o sebestigmatizaci v rámci edukativních letáků a sociální sítě. Tento program má sloužit jako edukativní materiál pro klienty s duševním onemocněním, kteří si chtějí zvýšit povědomí o sebestigmatizaci, naučit se s ní zacházet nebo ji umět předejít či překonat. Věřím, že tyto edukativní letáky a sociální síť pomůže nejen klientům s duševním onemocněním, ale i širší společnosti zvýšit povědomí a zlepšit informovanost o sebestigmatizaci.

Bibliografie

- About Dialogic Practice | Institute For Dialogic Practice. Institute For Dialogic Practice - Training Courses NYC,2014. [online]. [cit. 2023 04-21]. Dostupné z: <http://www.dialogicpractice.net/dialogic-practice/about-dialogic-practice/>
- Active Minds. [online]. [cit. 2023-04-21]. Dostupné z: https://www.activeminds.org/?gclid=CjwKCAjw6IiiBhAOEiwALNqncfnLmuJ-wENGL6vRMp9GJr_YTZSJTK4LJp6WCuJgAjB4APcNQ8gSIhoCF4wQAvD_BwE
- Aktuální kurzy, 2021. Cmhcd.cz [online]. [cit. 2023-04-16]. Dostupné z: <https://www.cmhcd.cz/vzdelavaci-institut/vzdelavaci-kurzy/aktualni-kurzy>
- Antidiskriminační zákon 189/2009 In Manuál práv lidí se zkušeností s duševním onemocněním[online]. [cit. 2023-04-21] Dostupné z: https://narovinu.org/wp-content/uploads/2020/06/NA-ROVINU_Manua%CC%81-pr%C3%A1v-lid%C3%AD-s-du%C5%A1evn%C3%ADm-onemocn%C4%9Bn%C3%ADm_2020-kv%C4%9Bten_2.pdf
- BERANOVÁ, Nela, 2017. (Ne)možnost pracovního uplatnění. In: Fokus ČR [online]. Praha: Fokus ČR, [cit. 2023 04-21]. Dostupné z: http://www.fokuscr.cz/images/Brozura_Nemoznost_pracovniho_uplatneni.pdf
- CABISHOVÁ, Kateřina, 2021. Etická problematika postavení lidí trpících duševním onemocněním na trhu práce [online]. [cit. 2023-04-21] Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/128022/120387857.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- CDZ Olomouc, Dotaz na téma závěrečné práce. Datum odeslání e-mailu(2023, únor 17) Soukromá komunikace e-mailem
- CORRIGAN, P.W. and D. RAO, 2012. On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), pp.464-469.
- Česká a slovenská psychiatrie, 2016. [online]. Galén, 112(5) [cit. 2023-04-16]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1113>
- Dobrá psychiatrie, 2016. PSYCHOZY. [online]. [cit. 2023-04-21]. Dostupné z: <http://www.dobrapsychiatrie.cz/psychozy/psychoza-a-rodina>
- Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1992-86>
- Fokus Praha [online]. [cit. 2023-04-21]. Dostupné z: <https://www.fokus-praha.cz/>
- HALL, Will., 2010. Open Dialogue: Alternative Care for Psychosis In Finland Developed By Jaakko Seikkula. *Beyondmeds.com* [online]. [cit. 2023 -04-21]. Dostupné z: <https://beyondmeds.com/2010/01/04/alternative-for-psychosis/>
- Holubova, M., Prasko, J., Ociskova, M., Kantor, K., Vanek, J., Slepecky, M., & Vrbova, K. (2019). Quality of life, self-stigma, and coping strategies in patients with

neurotic spectrum disorders: A cross-sectional study. *Psychology Research and Behavior Management*, 12, 81– 95. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S179838>

Charita Olomouc[online]. [cit. 2023 04-16]. Dostupné z: <https://www.olomouc.charita.cz/nase-sluzby/lide-s-dusevnim-onemocnenim/>

Chat OpenAI [online]. OpenAI, n. d. [cit.2023-04-21]. Dostupné z: <https://chat.openai.com/>

JANOUSHKOVÁ, M. a WINKLER, P,2015. Národní ústav duševního zdraví, Klecany. [online] [cit.2023-04-21].Dostupné z: <https://docplayer.cz/24553051-Miroslava-janouskova-petr-winkler-narodni-ustav-dusevniho-zdravi-klecany.html>

KREBS, Vojtěch. 2015. Sociální politika. 6., přepracované a aktualizované vydání. Praha: Wolters Kluwer.ISBN: 978-80-7478-921-2

LEBEL, Thomas. 2008. Perceptions of and Responses to Stigma. *Sociology Compass*. Dostupné z: <https://compass.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1751-9020.2007.00081.x>

LIVINGSTON, James D. a Jennifer E. BOYD, 2010. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and metaanalysis. *Social Science & Medicine* [online]. [cit.2023-04-16]. Dostupné z: <https://isiarticles.com/bundles/Article/pre/pdf/69999.pdf>

MAHROVÁ, Gabriela and Martina VENGLÁŘOVÁ. 2008. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada. .ISBN 978-80-247-2138-5

Maltézská pomoc Olomouc, Dotaz na téma závěrečné práce.Den komunikace (10.11.2022).Soukromá komunikace

MALÝ PRŮVODCE REFORMOU PSYCHIATRICKÉ PÉČE. In: Reforma péče o duševní zdraví: Strategie reformy psychiatrické péče. [online]. Praha: Galén, 2017, duben 2017 [cit 2023 04-16]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wpcontent/uploads/2017/04/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf

MATOUŠEK, Oldřich. 2001 Základy sociální práce. Praha: Portál,. ISBN 80-7178-473-7.

MedNews.cz., 2014.Studie vědců: stigma je horší než samotné duševní onemocnění [online]. [cit. 2023-04-16]. Dostupné z: <https://www.mednews.cz/studie-vedcu-stigma-je-horsi-nez-samotne-dusevni-onemocneni/>

NA ROVINU,2017.Projekt destigmatizace-Analýza potřeb [online]. Praha: Národní institut duševního zdraví, [cit.2023 04-21]. Dostupné z: <http://narovinu.net/projekt-destigmatizace/>

Národní akční plán pro duševní zdraví. Reforma psychiatrické péče [online]. [cit. 2023-04-16]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/reforma/narodni-akcni-plan-pro-dusevni-zdravi-napdz>.

NAROVINU,2020. Manuál práv pro lidi se zkušeností s duševním onemocněním. [online]. [cit. 2023-04-16]. Dostupné z: https://narovinu.net/wp-content/uploads/2022/04/TISK_A5_Manual-prav_tisk_2020-rijen.pdf.
Narovinu.net/dusevni-zdravi-a-nemoc/[online]. NUDZ 2021 [cit. 2023-04-21] Dostupné z: <https://narovinu.net/dusevni-zdravi-a-nemoc/>

NOVÁK, NEPUŠTIL, FUKALA, 2021. Otevřený dialog v české sociální práci [online] [cit. 2023-04-21]. Dostupné z: <https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=01cd6f94-1759-477d-8dfd-3f521c0ea0a4%40redis>

NOVÁKOVÁ, Iva. 2011. Zdravotní nauka: učebnice pro obor sociální činnost. 1. díl. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-3708-9.

OCISKOVÁ, M a PRAŠKO, J. 2015. Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN: 978-80-247-5199-3

Ombudsman pro zdraví [online]. 2023 [cit. 2023-04-16]. Dostupné z: <https://www.ombudsmanprozdravi.cz/omezeni-svepravnosti/>.

Open Dialogue., 2014. International Mental Health Collaborating Network [online]. [cit. 2023-04-21]. Dostupné z: <https://imhc.org/bibliography/recent-innovations-and-goodpractices/open-dialogue/>

Otevrenedialogy.cz/otevreny-dialog [online]. [cit. 2023-04-21]. Dostupné z: <http://otevrenedialogy.cz/index.php/otevreny-dialog>

Otevřený dialog., 2022. Zahrada2000.cz [online]. [cit. 2023-04-21]. Dostupné z: <https://www.zahrada2000.cz/o-nas/6-otevreny-dialog.html>

PĚČ, Ondřej and Václava PROBSTOVÁ 2009. Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče [online]. V Praze: Triton

Personal Stories – Partners for Mental Health Canada. Partners for Mental Health Canada [online]. 2023 [cit. 2023-04-16]. Dostupné z: <https://www.partnersformh.ca/category/personal-stories/>

Platforma CARE., 2021. Cmhcd.cz [online]. [cit. 2023-04-21]. Dostupné z: <https://www.cmhcd.cz/vzdelavaci-institut/platforma-care/>

PRAŠKO, J a LÁTALOVÁ, K. Psychiatrie v somatické medicíně. 2015. Praha: Mladá fronta., Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-3739-6

Program pro učitele. Blázníš? No a! [online]. [cit. 2023-04-16]. Dostupné z: http://www.blaznis-no-a.cz/program_pro_skoly.php

Program START. Psychiatrická léčebna Šternberk [online]. [cit. 2023-04-16]. Dostupné z: <https://www.plstbk.cz/program-start>

Projekt START. Psychiatrická léčebna Šternberk [online]. [cit. 2023-04-16]. Dostupné z: <http://www.plstbk.cz/index.php/uvodprojektu-nf>

Rádio Wave, 2017. O pořadu diagnózy F [online]. Český rozhlas, 2017 [cit. 2023-04-16]. Dostupné z: <https://wave.rozhlas.cz/diagnoza-f-5183697/o-poradu>

RAGINS, Mark,2018. Cesta k zotavení.Praha: Fokus, . Marco Cavallo. ISBN 978-80-902741-1-2.

SALAMON, Petr,2022. Pokrokové organizace u nás společně rozvíjejí metodu CARE. Produsevnizdravi.cz [online]. [cit. 2023-04-21]. Dostupné z: <https://www.produsevnizdravi.cz/odbornici/390-pokrokovve-organizace-u-nas-spolecnerozvijeji-metodu-care>

Semily [online]. [cit. 2023-04-21]. Dostupné z: https://www.semily.cz/assets/File.ashx?id_org=14724&id_dokumenty=3726

SLADE, Mike.,2023. 100 Ways to support recovery [online]. 2nd edition. [cit. 2023-04-21]. Dostupné z: <https://www.rethink.org/factsheetdownload/?f=https://www.rethink.org/Factsheets/6735/100%20Ways%20to%20Support%20Recovery%20factsheetsupport-recovery/>

Společnost Mana, o.p.s. Nemusíte na to být sami [online]. [cit. 2023-04-16]. Dostupné z: <https://manaol.cz/wp-content/uploads/2023/02/vyrocnizprava-2021-1.pdf>

Stopstigma. 2021. Stopstigma [online]. [cit. 2023-04-16]. Dostupné z: <https://www.cmhcd.cz/stopstigma/uvod/>

THORNICROFT, Graham,2011. Ti, kterým se vyhýbáme: diskriminace lidí s duševním onemocněním. . Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví,. ISBN 978-80-260-0302-1.

Time To Change | let's end mental health discrimination. Time To Change | let's end mental health discrimination [online]. Time To Change. Time to Change is led by Mind and Rethink Mental Illness. [cit. 2023-04-16]. Dostupné z: <https://www.time-to-change.org.uk>

Vidacare, s.r.o. [online]. [cit. 2023-04-21]. Dostupné z: <http://www.vidacr.cz/o-nas/>

WILLIAM,Anthony. Toward,2007.a Vision of Recovery. .Boston, MA: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation, ISBN 978-1-878512-21-5

Zákon 89/2012 Občanský zákoník Sb. In Ombudsman pro zdraví [online]. [cit. 2023-04-21] Dostupné z: <https://www.ombudsmanprozdravi.cz/vase-pravo/>

Zákon o důchodovém pojištění 155/1995 Sb. In Manuál práv lidí se zkušeností s duševním onemocněním[online]. [cit. 2023-04-21] Dostupné z: https://narovinu.org/wp-content/uploads/2020/06/NA-ROVINU_Manua%CC%811-pr%C3%A1v-lid%C3%AD-s-du%C5%A1evn%C3%ADm-onemocn%C4%9Bn%C3%ADm_2020-kv%C4%9Bten_2.pdf

Zákon o péči o zdraví lidu 86/1992 Sb. In Zákony pro lidi[online]. [cit. 2023-04-21]

Zákon o zdravotních službách 372/2011 Sb. In Manuál pro lidi se zkušeností s duševním onemocněním [online]. [cit. 2023-04-21] Dostupné z: https://narovinu.org/wp-content/uploads/2020/06/NA-ROVINU_Manua%CC%811-pr%C3%A1v-lid%C3%AD-s-du%C5%A1evn%C3%ADm-onemocn%C4%9Bn%C3%ADm_2020-kv%C4%9Bten_2.pdf

Canva[cit 2023-04-30] [online] Dostupné z: <https://www.canva.com/>

Cdzolomouc[cit 2023-04-30] [online] Dostupné z: <https://www.cdzolomouc.cz/>

Kdojeto.superia[cit 2023-04-30] [online] Dostupné z: <https://kdojeto.superia.cz/psychologie/psycholog.php>

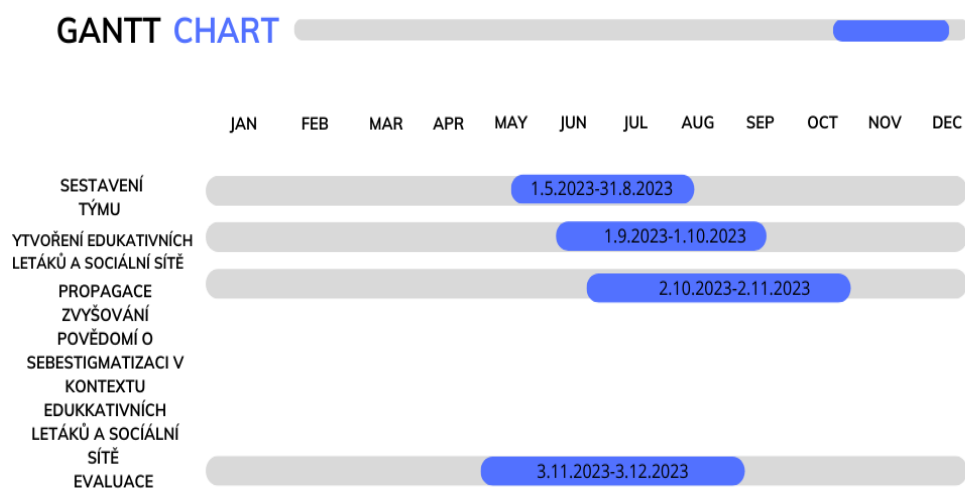
Lamael [cit 2023-04-30] [online] Dostupné z: <https://www.lamael.cz/5-vlastnosti-bez-kterych-se-koordinator-projektu-neobejde/>

Lesensky [cit 2023-04-30] [online] Dostupné z: <https://www.lesensky.cz/reklamni-agentura>

Včelka[cit 2023-04-30] [online] Dostupné z: <https://www.pecevcelka.cz/vssl/socialni-pracovnik-a-jeho-role/>

Seznam tabulek a grafů

Obrázek 1: Harmonogram projektu



Anotace

Tento bakalářský projekt se zabývá preventivním programem DUŠE pro klienty s duševním onemocněním, využívajících služeb CDZ Olomouc. Cílem projektu je zvyšování povědomí o sebestigmatizaci v rámci edukativních letáků a sociální sítě. V rámci edukativních letáků se bude zvyšovat povědomí o sebestigmatizaci a v kontextu sociální sítě bude moci klient s duševním onemocněním komunikovat s odborníkem na danou problematiku. Tento edukativní materiál může nejen klientům s duševním onemocněním z CDZ, ale i širší společnosti zlepšit informovanost o sebestigmatizaci.

Klíčová slova: preventivní program, duše, sebestigmatizace

Annotation

This bachelor project deals with the preventive program SOULS for clients with mental illness, using the services of CDZ Olomouc. The aim of the project is to raise awareness of self-stigmatization through educational leaflets and social networking.

Within the framework of educational leaflets, awareness of self-stigmatisation will be raised and in the context of the social network, the client with mental illness will be able to communicate with an expert on the issue. This educational material can improve awareness of self-stigmatisation not only for clients with mental illness from CDZ, but also for the wider society.

Keywords: prevention program, soul, self-stigmatization