

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Kristýna Paichlová

Aspekty kvality života osob s duševním onemocněním

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Aspekty kvality života osob s duševním onemocněním“ vypracovala samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedla v seznamu literatury.

V Olomouci dne

.....

Kristýna Paichlová

Poděkování

Děkuji vedoucímu bakalářské práce Mgr. Martinu Dominiku Polínkovi, Ph.D. za odbornou pomoc a cenné rady při zpracování této bakalářské práce. Děkuji také lidem z centra sociální rehabilitace Labyrint a všem respondentům výzkumu.

OBSAH

ÚVOD	6
I TEORETICKÁ ČÁST	7
ÚVOD TEORETICKÉ ČÁSTI	8
1. KVALITA ŽIVOTA	9
1.1. PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY OSOB S DISABILITOU	10
1.1.1 Maslowova pyramida potřeb.....	10
1.1.2 Pesso – Boyden psychomotorický systém	11
1.2 KVALITA ŽIVOTA A ZDRAVÍ	12
1.3 KVALITA ŽIVOTA Z POHLEDU SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY	13
2. KLASIFIKACE DUŠEVNÍCH PORUCH	14
2.1 BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHA.....	14
2.2 DEPRESE	16
2.3 SCHIZOFRENIE.....	17
2.3.1 Typy schizofrenie.....	18
2.4 REAKCE RODINY NA DIAGNÓZU PSYCHICKÉ PORUCHY	19
3. STIGMATIZACE	21
3.1 POSTAVENÍ LIDÍ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM VE SPOLEČNOSTI V PRŮBĚHU HISTORIE	21
3.2 STIGMATIZACE OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM	22
3.3 STIGMA U SCHIZOFRENIE.....	23
3.4 STIGMA U BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHY	23
3.5 STIGMA U DEPRESIVNÍ PORUCHY	24
3.6 BOJ PROTI STIGMATU VE SPOLEČNOSTI	24
4. PRACOVNÍ UPLATNĚNÍ OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM	27
4.1 INVALIDNÍ DŮCHODOVÉ POJIŠTĚNÍ.....	29
5. SOCIÁLNÍ SLUŽBY A LIDÉ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	30
5.1 SOCIÁLNÍ SLUŽBY	30
5.2 VYMEZENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.....	31
5.3 JEDNOTLIVÉ SLUŽBY SOCIÁLNÍ PÉČE	33
5.4 JEDNOTLIVÉ SLUŽBY SOCIÁLNÍ PREVENCE	34
5.5 SVÉPOMOC LIDÍ SE STEJNÝM OSUDEM	36
5.6 PSYCHIATRICKÁ REFORMA.....	37
II PRAKTICKÁ ČÁST	40
ÚVOD PRAKTICKÉ ČÁSTI.....	41
6. KVALITATIVNÍ VÝZKUM	42
6.1 CÍL ŠETŘENÍ	42
6.2 VÝBĚR A CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	42
6.3 METODIKA ŠETŘENÍ U OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	43
6.4 VÝSLEDKY VÝZKUMU	43

7. KVANTITATIVNÍ METODA VÝZKUMU KVALITATIVNÍHO CHARAKTERU	46
7.1 CÍL ŠETŘENÍ	46
7.2 METODIKA VÝZKUMU	46
7.3 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	47
7.4 POROVNÁNÍ VÝSLEDKŮ OBOU VÝZKUMNÝCH METOD	61
7.5 DISKUZE.....	63
ZÁVĚR	65
ZDROJE	67
SEZNAM PŘÍLOH	72

ÚVOD

Člověk s duševním onemocněním je nucen naučit se žít se svou psychickou poruchou, vyrovnat se s ní nebo alespoň smířit. Často musí přijmout omezení svých možností a změnit celý svůj dosavadní život. Duševní poruchy představují „záhadu“, ke které se společnost často brání přiblížit a pochopit ji. Lidem s duševním onemocněním stavíme bariéry. Měli bychom volit cestu pochopení, empatie a více se zajímat o jejich potřeby. Měli bychom jim zajistit deinstitucionalizační proces a dát jim potřebnou společenskou oporu.

Pro téma „Aspekty kvality života osob s duševním onemocněním“ své bakalářské práce jsem se rozhodla v době, kdy jsem blíže poznala osoby s duševním onemocněním a trávila čas v jejich společnosti. Působila jsem v centru sociální rehabilitace Labyrint pro osoby s duševním onemocněním jako praktikantka. Od klientů jsem se dozvěděla, jaký šok a ostych u většiny lidí přiznání psychiatrické diagnózy vyvolává. Cílem mé bakalářské práce je více pochopit a poznat různé oblasti života, které těmto lidem mohou život zkvalitnit nebo ho naopak činí obtížnějším. Prostřednictvím stanovených výzkumných metod je mými cíli zjistit, jak samotné osoby s duševním onemocněním vnímají kvalitu svého života, jaké postoje ze strany majoritní společnosti k osobám s duševním onemocněním převládají. Výsledky obou výzkumů chci mezi sebou porovnat.

Na úplném začátku své práce jsem přemýšlela, jestli věnujeme svému duševnímu zdraví dostatek pozornosti. Jakým způsobem o něj pečujeme. Světová zdravotnická organizace předvídá, že za dalších dvacet let to budou právě deprese, které budou lidstvo nejvíce sužovat. Nikdo z nás si nemůžeme být úplně jistí, že právě jeho se nějaké duševní onemocnění jistě vyhne.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Jednotlivé kapitoly teoretické práce se opírají o získané poznatky z výzkumných metod popsanych v praktické části. Je vypracována s pomocí odborné literatury a elektronických odkazů, které jsem uvedla v závěru své práce v seznamu zdrojů. Velká míra pozornosti je věnována stigmatizaci těchto osob, se kterou se v České republice silně potýkáme. Stigma je častou příčinou neúčinnosti terapeutického působení. Může vyústit v záměrnou izolaci jedince a jeho neochotu změnit své ne zcela vhodné stereotypy v životě.

„V říši za zrcadlem se doporučuje mít své spojence!“

Motto centra Labyrint

I. TEORETICKÁ ČÁST

ÚVOD TEORETICKÉ ČÁSTI

Teoretická část bakalářské práce je dělena na kapitoly a podkapitoly. První kapitolu věnuji samotnému pojmu kvalita života, který není lehce uchopitelný a jeho univerzální definice neexistuje. V rámci oblastí kvality života, podle kterých můžeme při zjišťování postupovat, kapitola uvádí jako „návod“ Maslowovu pyramidu potřeb a Pessu – Boyden psychomotorický systém. Druhá část této kapitoly nahlíží na kvalitu života z pohledu zdraví a speciální pedagogiky.

Druhá kapitola čtenáře seznamuje s klasifikací duševních poruch podle Mezinárodní klasifikace nemocí (současné 10. revize). Dále se zaměřuje na tři konkrétní diagnózy, a to na schizofrenii, depresi a bipolární poruchu, které byly diagnostikovány účastníkům rozhovorů kvalitativního výzkumu bakalářské práce.

Následující třetí kapitola se zabývá stigmatizací osob s duševním onemocněním, jejími důsledky. Například mediální obraz psychických poruch je často negativní a nevyvážený. Kapitola se zabývá postoji veřejnosti k osobám s duševním onemocněním z historického pohledu, ale také současnými snahami bojovat proti stigmatizaci, která kvalitu života osob s duševním onemocněním snižuje.

Čtvrtá kapitola se zaměřuje na pracovní uplatnění osob s duševním onemocněním, invalidními důchody a možnostmi podpory těchto osob na trhu práce. Protože ztráta zaměstnání, sociální izolace a stigmatizace jsou sociální aspekty, které se podílí na dalším vývoji onemocnění.

Poslední kapitola teoretické části se zaměřuje na stručný popis jednotlivých zařízení sociálních služeb poskytující své služby lidem s duševním onemocněním, ve kterých se podle současné platné legislativy profese speciálního pedagoga může uplatnit. Část kapitoly se zabývá svépomocnými skupinami, ve kterých se účastníci kvalitativního výzkumu bakalářské práce realizují. Kapitola se věnuje také připravované psychiatrické reformě, která plánuje na celém území České republiky vybudování tzv. Center duševního zdraví.

1. KVALITA ŽIVOTA

Pojem kvalita života není lehce uchopitelný. Měřením a chápáním kvality života se zabývá velká řada různých vědeckých disciplín zabývající se člověkem, společností a vnějším prostředím. Pod pojmem kvalita života tak lze zahrnout materiální pojetí (tj. vlastnictví a dostupnost určité míry konzumu), pojetí psychologické (tj. pocity subjektivní pohody, radosti, životní spokojenosti či otázka sebehodnocení), pojetí kulturně antropologické (tj. odlišnost chápání kvality života v různých kulturách), pojetí morální či sociologické (tj. odlišnosti kvality života v různých sociálních skupinách). (Heřmanová, 2012) V současné době můžeme zahrnout i pojetí medicínské, které se zaměřuje například na fyzické a duševní zdraví, délku života. V dnešní době se při měření kvality života obrací pozornost na vnímání subjektivní, emoční prožívání a hodnocení vlastního života. Současné výzkumy věnované subjektivní kvalitě života se obrací na tři hlavní oblasti. „*První z nich je celková spokojenost se životem, druhou spokojenost s dílčími oblastmi života (např. rodina, práce, bydlení, seberealizace, sociální vazby, společenské uznání). V neposlední řadě je výzkum zaměřen na oblast hledání nejvýznamnějších faktorů, které podmiňují vznik subjektivního pocitu kvalitního a smysluplného života.*“ (Heřmanová, 2012, s. 17)

Zůstává otázkou, jestli je vůbec možné jednotně kvalitu života definovat. Univerzální definice dosud neexistuje. Současným trendem je duální pojetí:

- Objektivní
- Subjektivní

Objektivní kvalita života

Při měření objektivní kvality života se zaměřujeme na konkrétní a měřitelné životní podmínky, dosaženou životní úroveň populace. Výzkum se může zajímat o následující oblasti vycházející z geografické polohy: dostupnost služeb, zdravotní péče, dostupnost vzdělání, bydlení nebo také nabízejícími možnostmi trhu práce. Tyto aspekty objektivní kvality života a další jako jsou například materiální podmínky, stabilita rodiny či zdravotní stav mohou svým působením ovlivnit subjektivní vnímání kvality života jedince. (tamtéž)

Subjektivní vnímání kvality života

Mezi faktory ovlivňující subjektivní hodnocení kvality života jedince patří: věk a s ním související životní zkušenosti jedince, úroveň vzdělanosti, typ profese a celkový rozhled.

Individuální hodnotová orientace člověka určuje motiv jeho jednání a životní styl. Každá společnost uznává určité hodnoty, které se stávají prostředkem identifikace osob k této společnosti. Důsledkem proměny společnosti se mění i hierarchie převažujících hodnot v dané společnosti. Marková (2012, s. 10) uvádí: „*Celková spokojenost nesouvisí s pouhým souhrnem oblastí, ve kterých je jedinec spokojen, ale se spokojeností v oblasti, kterou on sám hodnotí jako důležitou.*“ Centrum pro podporu zdraví při Univerzitě Toronto vytvořilo nejznámější model subjektivní kvality života. Ve zmíněném modelu jedinec hodnotí osobní charakteristiku (zdraví, pohyb, celkový vzhled, osobní hodnoty), spojení s konkrétním prostředím (domov, rodina, pracoviště, přátelé, pracovní příležitosti) a schopnost realizovat se a dosahovat stanovených cílů. (Heřmanová, 2012)

1.1. Psychosociální potřeby osob s disabilitou

Důsledkem neschopnosti účastnit se určitých aktivit, které jsou pro jedince důležité, dochází ke snížení kvality života. Každé duševní onemocnění je spojeno s různými stresory, které na každého jedince působí různou intenzitou a vyvolávají jinou zátěž. Maslowova pyramida potřeb a Pessu – Boyden psychomotorický systém se mohou stát „pomocníkem“ v určení potřeb, které kvalitu života ovlivňují.

1.1.1 Maslowova pyramida potřeb

Americký psycholog Abraham Maslow vytvořil hierarchii psychosociálních potřeb. Maslowova pyramida se skládá z pěti základních typů potřeb, které stavíme do pomyslné pyramidy. Mezi tyto potřeby patří: základní existenční fyziologické potřeby organismu (dýchání, pití, jídlo, spánek, sex, vylučování), potřeba bezpečí (pořádek, bezpečí své a členů rodiny, jistota zdrojů, zajištění zdravotní péče), sociální potřeby (emocionální naplnění, přátelství, partnerství, identita), potřeba úcty (respekt, pozitivní hodnocení, seberealizace), růstové potřeby = seberealizace (potřeba realizace svých schopností, tvořit, rozvíjet se). (Heřmanová, 2012) Platí zde pravidlo, že vyšší potřeby jsou uspokojovány až ve chvíli, kdy jsou naplněny nižší potřeby pyramidy. Růstové potřeby u jedince nemusí být nikdy úplně naplněny. Případné nenaplnění totiž nemusí u jedince vyvolat frustraci. Uspokojení může jedinec pocítit při snaze dosáhnout určeného životního cíle. Heřmanová (2012, s. 53) ve své knize uvádí: „*Jinými slovy, důležité je o něco usilovat, být na cestě k něčemu, bez ohledu na to, zda někdy daného cíle dosáhneme či nedosáhneme.*“ První dvě úrovně pyramidy považujeme za potřeby nižšího řádu, tedy existenčního charakteru. Zbylé tři úrovně tvoří potřeby vyššího řádu, duchovnější charakter.

Lidé mají individuální potřeby, uznávané hodnoty i míru aspirace. Psycholog Martin E. P. Seligman mluví o třech způsobech či životních stylech, díky kterým jedinec může nalézt štěstí a životní spokojenost. První možností je vést příjemný život, tj. snaha získat velké množství příjemných a radostných zážitků. Druhou možností je vést dobrý život, tj. schopnost prožívat život se zaujetím pro něco, někoho, a to tak, že se oprostí od každodennosti. Jde o stav vnitřního naplnění. Poslední možností je vést smysluplný život, tj. vést život pro něco, co přesahuje život jednotlivce. (Heřmanová, 2012)

1.1.2 Pesso – Boyden psychomotorický systém

Manželé Albert a Diana Boyden – Pesso ze Spojených států přišli v 60. letech minulého století s novým psychomotorickým terapeutickým konceptem. Principem a současně cílem Pesso – Boyden psychomotorického systému (PBSP) je emoční převýchova. PBSP je účinná při léčbě úzkostí, deprese, závislosti na návykových látkách (drogy, alkohol) a jiných traumat. Pesso terapie aktivně pracuje s tělem. Zážitky a vzpomínky z minulosti často už nevnímáme v tělové úrovni, i když by nám to mohlo pomoci k lepšímu porozumění a pochopení zdravotních problémů. Manželé Pesso se věnovali tanci. *„Při jejich práci s profesionálními tanečnicemi se jasně ukázalo, že neschopnost předvést určité výrazové pohyby měla často vztah k potlačovaným emocím. Metoda byla dále rozvíjena během léčby psychiatrických pacientů v McLeanově nemocnici a ve Vládní nemocnici pro veterány v Bostonu.“* (Perquin) Pesso terapie rozeznává pět základních vývojových potřeb, a to potřebu místa, bezpečí, péče, podpory a hranic (limitu). Nejprve jsou tyto potřeby naplňovány doslovně, později na symbolické úrovni, které jsme schopni naplnit sami. Pesso terapie klientům přináší naplnit nenaplněné potřeby z dětství v terapii. Na základě nové pozitivní zkušenosti se změní naše vnímání, prožívání i očekávání. Klienti se na konci terapie cítí šťastnější, jsou více aktivní, cítí se silnější a jsou schopni nalézt smysl v životě. PBSP je realizována formou individuální terapie v prostředí skupiny. Členové skupiny jsou jedinci tzv. k dispozici. Mohou představovat důležité postavy z jeho minulosti. Tím mu napomůžou znovu prožít si konfliktní situaci a poté ji obměňovat.

1.2 Kvalita života a zdraví

Zdraví bývá pokládáno za určitou samozřejmost. V poslední době se staví do předních míst hodnotového žebříčku. Zdraví významně ovlivňuje kvalitu života jedince. Je to podmínka určující plnohodnotné prožití života. Je to hodnota podílející se na dosahování cílů. Na formování zdraví se podílí nejen životní styl daného jedince, ale také biologické (genetické) faktory, zdravotní péče a prostředí (mezilidské vztahy). V roce 1947 Světová zdravotnická organizace navrhla definici zdraví: „*Zdraví je stav úplné tělesné, psychické a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci.*“ (Marková, 2012, s. 8) Medicína operuje s termínem „kvalita života ovlivněna zdravím“. Pojem je zaměřen na pacienta a jeho vnímání životní pohody, která je asociována s nemocí, typem léčby a jejími vedlejšími účinky. V oblasti péče o duševně nemocné se kvalita života stala prostředkem změny přístupu k těmto lidem z důvodu nedosažitelnosti úplného uzdravení. (Payne a kol., 2005) Proto se také pojem kvality života začal používat nejdříve v medicíně a později se stal využívaným i v dalších vědních disciplínách. V současné době je medicínské pojetí kvality života vnímáno za zdůrazňovanou problematiku. Ve zdravotnictví jde samozřejmě do popředí oblast psychosomatického a fyzického zdraví. Lékaři se orientují více na dopad zvolené léčby u pacienta, z toho vyplývající psychický stav pacienta a jeho vnímání kvality života. Tento přístup je aktuální právě u pacientů s psychiatrickou diagnózou. Oddělení psychické a somatické roviny během léčby je totiž nepřirozené. Cílem zvolené terapie (léčby) je zvýšení kvality života pacienta. Lékaři se už nezajímají pouze o záchranu lidského života, ale více se zamýšlejí na kvalitou roků, měsíců či dnů, které pacientům ještě zbývají. Pohled lékaře na léčbu je doplňován i pohledy samotného pacienta a jeho rodiny.

Jeden z využívajících se konceptů ve zdravotnictví je koncept Health Related Quality of Life (HRQOL). Koncept obsahuje aspekty, které mohou prokázat svůj vliv na fyzické i duševní zdraví pacienta. Otázky HRQOL zabývající se vnímáním fyzického a duševního zdraví se staly důležitou součástí pozorování zdraví a jsou obecně považovány za platné indikátory potřeb služeb a intervenčních výsledků. (HRQOL Concepts, 2011) HRQOL souvisí s vlastním hodnocením chronických onemocnění a jejich rizikových faktorů. Koncept může pomoci ve zjištění pokroku vytýčených cílů v oblasti zdraví.

1.3 Kvalita života z pohledu speciální pedagogiky

Studenti oboru speciální pedagogiky by měli k jedincům se zdravotním postižením, zdravotním či sociálním znevýhodněním přistupovat s úctou, vnímat je jako bytosti, jejichž životy jsou individuálně utvářeny různými faktory, a to vnitřními i vnějšími. Měření kvality života ve speciální pedagogice může speciálním pedagogům posloužit jako prostředek hlubšího vhledu do problematiky života a potřeb osob s duševním onemocněním a jejich rodin. Znalost, subjektivního hodnocení společenských, ale i biologických aspektů naplňující kvalitu života jedince, může pozitivně ovlivnit efektivitu intervencí. (Michalík, 2013) Cílem hodnocení kvality života je volba adekvátní míry poskytované podpory a péče. I přesto se můžeme v oblasti zdravotního postižení setkat s podceňováním podobných měření (to má souvislost s vnitřní biopsychickou situací daného člověka a také s nedostatečným využíváním výsledků podobných měření v minulosti).“ (tamtéž)

Cíle speciální pedagogiky vychází ze svébytnosti každého člověka. „*Jejich naplnění s důrazem na respekt k osobnosti by mělo osobám se speciálními potřebami zajistit co nejúplnější rozvoj, vzdělání a odpovídající pracovní zařazení, které jim v co nejvyšší míře umožní uplatnit jejich schopnosti a dovednosti a dosáhnout tak maximální úrovně socializace.*“ (Šarátková, 2006, s. 7) Metody využívané ve speciální pedagogice mají za úkol zmírnit následky narušení psychosociálních vazeb mezi osobami se speciálními potřebami a intaktní společností. Mezi tyto metody řadíme: metody reedukace, metody kompenzační a metody rehabilitace. Zmíněné metody mohou ovlivnit život jedince s postižením. Mohou některé působící determinanty (vnitřní a vnější) ovlivnit, kompenzovat nebo eliminovat jejich negativní působení na jedince.

„*Komplexní rehabilitace jako interdisciplinární obor v sobě zahrnuje nejen lékařskou péči, ale i sociálně – právní a pedagogicko – psychologickou. V rámci komplexní rehabilitace se v různé míře uplatňují jednotlivé složky: léčebná, pracovní, pedagogická, sociální, psychologická, ale i technická, právní a ekonomická.*“ (tamtéž, s. 11) Na komplexní rehabilitaci se podílí interdisciplinární tým odborníků. Užitečným členem týmu je i speciální pedagog. U osob s psychiatrickým onemocněním se hranice mezi zdravím a nemocí často velmi těžce stanovuje. Těžiště rehabilitace je ve vytváření chráněného prostředí v rodině, ve společnosti a v pracovním začlenění. (Votava a kol., 2003) Cílem rehabilitace je začlenění jedince s duševním onemocněním (zdravotním postižením) do společnosti. To souvisí i se současnou snahou o deinstitucionalizaci, tzn. změna směřující z ústavní izolace do přirozeného prostředí jedince.

2. KLASIFIKACE DUŠEVNÍCH PORUCH

V České republice se využívá Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, současná 10. revize) vydána Světovou zdravotnickou organizací (WHO). Výčet základních diagnostických kategorií duševních poruch podle MKN-10 je následující: F 00 – F 09 = Organické duševní poruchy včetně symptomatických, F 10 – F 19 = Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek, **F 20 – F 29** = Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy, **F 30 – F 39** = Afektivní poruchy, F 40 – F 48 = Neurotické, stresové a somatoformní poruchy, F 50 – F 59 = Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory, F 60 – F 69 = Poruchy osobnosti a chování dospělých, F 70 – F 79 = Mentální retardace, F 80 – F 89 = Poruchy psychického vývoje, F 90 – F 98 = Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a dospívání, F 99 = Neurčená duševní porucha. (in Probstová, Pěč, 2014)

Duševní porucha může být způsobena vnějšími i vnitřními příčinami, které se často prolínají. „*Příčinou vzniku tak mohou být úrazy hlavy, poporodní trauma, radioaktivní záření, intoxikace léky, drogami a průmyslovými jedy, napadení mozku infekcí, poruchy štítné žlázy, nádory mozku, důsledky hladovění, nezvládnuté konflikty, neuspokojení vlastních potřeb, psychické přepětí a vysoké nároky na jedince v rodině, zaměstnání, škole.*“ (Ederová, 2015)

V této kapitole jsou uvedeny vybrané psychické poruchy, které se vztahují k praktické části bakalářské práce. (viz 6. a 7. kapitola)

2.1 Bipolární afektivní porucha

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize se bipolární afektivní porucha řadí do skupiny afektivních poruch (poruchy nálad) F30 – F39. Bipolární afektivní porucha je v MKN – 10 označena kódem F31. Tato porucha, dříve zvaná jako maniodepresivní psychóza, se vyznačuje tím, že za určitých okolností je patrná zvýšená nálada, energie a aktivita (hypomanie nebo manie), jindy zase zhoršení nálady, snížená aktivita (deprese). Jedinec, u kterého dochází k opakovaným stavům manie nebo hypomanie, se označuje jako bipolární. (Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize) Rozeznáváme i třetí variantu tzv. smíšenou. Ta se vyznačuje rychle se střídajícími příznaky hypomanickými, manickými a depresivními. Obraz onemocnění se liší od jedince. Různí lidé trpí různými variantami průběhu.

Klinické projevy

- **Manická epizoda**¹- Jedince v manické fázi poznáme podle jeho živého způsobu chování, veselosti ve tváři. Je nevázaný, sdílný v komunikaci s jinými lidmi. Jedinec se během manické fáze cítí dobře, jak po stránce fyzické, tak i duševní. Díky pocitu spokojenosti se pouští do nových činností, snižují potřebu spánku, jídla i tekutin, a přesto mohou nějakou dobu fungovat. Organismus je ohrožen a vystaven vyčerpanosti. V tomto období často riskují, konají nepromyšlené a impulzivní činy, které mohou mít v budoucnu vážné následky. I jejich řeč je zrychlená, hlasitá. Nemají hranice ve způsobu vlastního chování. Jsou sociálně neomalení, netaktní. Nemají společenské zábrany a důsledkem takové chování si dělají ostudu. Tato epizoda může být spojena s bludy a halucinacemi.
- **Hypomanická epizoda** – neúplné příznaky mánie. Jedinec v hypomanické fázi má povznesenou náladu, prožívá pocity pohody a nenucenosti. Fáze je doprovázena nárůstem energie, zvýšenou hovorností a sníženou potřebou spánku. Všechny popsané symptomy nejsou natolik výrazné, aby jedince omezovaly v každodenním životě a jeho činnostech. (Látalová, 2010) Nedochází k sociální izolaci. Tuto poruchu nálady nedoprovází bludy a halucinace.
- **Depresivní epizoda** – se vyznačuje pokleslou náladou, sníženou aktivitou, neschopností se rozhodnout. Jedinec je nemotivovaný, bezradný, ztrácí smysl bytí, a to vede k zoufalé beznaději. Toto prožívání zamezuje jedinci věnovat se činnostem, které mu dříve dělaly radost. Jedinec trpí nechutenstvím (změny tělesné hmotnosti), nedokáže si během spánku kvalitně odpočinout. Obviňuje se, uvažuje o ukončení života. Sebevražda je největším rizikem této poruchy. (tamtéž) V mnoha případech začíná bipolární porucha depresivní epizodou.
- **Smíšená epizoda** – může vznikat při přechodu z jedné fáze do druhé, nebo se jedná o svébytný stav. Tato epizoda může být těžce rozpoznatelné, zejména pro nezkušeného psychiatra.

¹ Z řeckého a posléze latinského slova *mania*, které znamená „vášeň, zbláznění“.

Včasná diagnóza může snížit riziko rozpadu společenských vztahů a zlepšit efektivitu léčby. Proces odborné léčby výrazně snižuje riziko sebevraždy, usnadňuje resocializaci jedince a může předcházet rizikovému chování. Do etiologického hlediska řadíme vliv dědičných faktorů, pacientovu minulost (např. citová deprivace, traumata z dětství) a prostředí jedince. Bipolární porucha může být vzácně spojena s organickou příčinou nebo s užíváním toxických látek a některých léků. (Gay, 2010) K léčbě bipolární poruchy² se využívá lithium. Tomáš Novák z Národního ústavu duševního zdraví sdělil: „*Nasadit cíleně léčbu lithiem jen těm pacientům s bipolární poruchou, kterým zabere, umožní objev, na němž se podíleli také čeští vědci. Nyní lékaři účinnost lithia jen odhadují, mimo jiné z průběhu onemocnění a z toho, zda se někdo z příbuzných pacienta úspěšně lithiem léčil. Studie nyní genetickou souvislost potvrdila.*“ (ČTK, 2016) Významnou složku v procesu léčby zastává i psychoterapie. „*Sociální a profesní důsledky bipolární poruchy jsou pochopitelné, když uvážíme opakované stavy oslabení po odeznění epizody a chronický vývoj nemoci. Pouze u 40 % pacientů dochází k příznivému vývoji a k návratu do práce.*“ (Gay, 2010, s. 46) Výzkumy ukazují, že vysoké procento osob s touto diagnózou nemá stálý pracovní poměr. S bipolární poruchou souvisí i protizákonné chování (trestné činy).

2.2 Deprese

Depresivní porucha je psychická porucha, která se vyznačuje ztrátou energie, smutnou až úzkostnou náladou, poruchou spánku, sníženou výkonností a schopností soustředit se. Jedinec může pociťovat lehkou sklíčenost nebo naopak úplné zoufalství. Intenzita obtíží se může měnit v průběhu dne. U jedince s diagnostikovanou depresí se objevují výčitky svědomí, nízké sebevědomí, pocity méněcennosti, které mohou vést k záměrné izolaci. (Praško, Kyrálová, Minaříková, Prašková, 1997) Deprese často jedinci brání radovat se a těšit se z různých věcí. Honzák (1999, s. 20) ve své knize uvádí: „*Chtít rozveselit depresivního pacienta tím, že ho vezmeme na veselohru, je projevem surovosti.*“ Tento jedinec by naopak prohloubil své pocity beznaděje, neschopnosti a vnitřního napětí. Depresi mohou doprovázet somatické projevy jako bušení srdce, pocení, třes, bolesti břicha nebo hlavy, závratě, nechutenství. Deprese se od běžného smutku odlišuje za těchto podmínek: hlubší a intenzivnější prožívání v delším časovém trvání,

² Příznaky bipolární poruchy lze zmírnit léky tzv. thymoregulátory nebo normothymiky (normalizují náladu).

nepříznivě zasahuje do každodenního života jedince. (tamtéž, 1997) Deprese se může projevit u každého člověka bez ohledu na věk. Depresivní porucha postihuje celý organismus. Příznaky u osob trpící depresí jsou individuální. Není doposud jasné, jestli genetické vlivy hrají významnou roli ve vzniku poruchy. Vážné životní ztráty (či jen jejich hrozba), změny životního stylu jako například změna zaměstnání, narození dětí, menopauza, odchod do důchodu, se mohou stát spouštěči depresivní poruchy. K léčbě se používají nejčastěji antidepresiva nebo psychoterapeutická intervence. (tamtéž, 1997)

2.3 Schizofrenie

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize se schizofrenie řadí do skupiny F20 – F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy. Schizofrenie je v MKN – 10 označena kódem F20. Schizofrenické poruchy jsou charakteristické narušenou funkcí myšlení a vnímání. Psychotické znaky schizofrenie se obvykle objevují mezi pozdní adolescencí a 35. rokem života. U mužů přichází první psychotická epizoda mezi 20. až 25. rokem, u žen je to před 30. rokem života. (Raboch, Hrdlička, Mohr, Pavlovský, Ptáček, 2015) Nástup onemocnění může být nečekaný nebo naopak se plíživě projevují symptomy onemocnění. Jen malé procento jedinců se úplně vyléčí. Většina pacientů potřebuje každodenní podporu. „*Mnozí z nich zůstávají chronicky nemocnými se zhoršováním a remisemi aktivních příznaků, zatímco u jiných může docházet k progresivnímu zhoršování.*“ (tamtéž, s. 107) Onemocnění doprovází symptomy jako bludy, halucinace, dezorganizovaná řeč, narušené chování, snížení vůle a vyjádření emocí. Tyto znaky se mohou objevit i u dětí, u kterých je obtížné schizofrenii diagnostikovat z důvodu méně vypracovaných bludů a halucinací.

Bludy jsou hluboká přesvědčení, za kterými si jedinec pevně stojí, i když jsou mu předkládány protiřečící důkazy. Bludy obsahují různá témata. Několik příkladů k přiblížení: jedinec je přesvědčen, že jsou okolní podněty namířeny proti němu nebo je naopak přesvědčen, že má výjimečné schopnosti, je zahrnut slávou. Může se jednat i o bizarní charakter bludů, kdy si je jedinec jistý, že nějaká vnější síla mu odebrala vnitřní orgán a nahradila ho orgánem jiné cizí osoby.

Halucinace jsou podobné smyslovým vjemům bez vnějšího podnětu. Nejsou pod kontrolou vůle a objevují se za plného vědomí jedince. U schizofrenie je jedinec postižen nejčastěji sluchovými halucinacemi v podobě hlasů.

Dezorganizovaná řeč se může projevit přebíháním z jednoho tématu na druhé, odpovědi na otázky jsou irelevantní. Někdy může být řeč natolik dezorganizovaná, že je téměř posluchači nesrozumitelná.

2.3.1 Typy schizofrenie

- **Paranoidní schizofrenie** – jedinec trpí bludy s charakterem pronásledování, ovlivňování a megalomanskými tendencemi. Bludy mohou být doprovázeny sluchovými halucinacemi. U pacienta s touto formou schizofrenie nedochází k přílišnému citovému oploštění jako u dalších forem. Běžné jsou volní poruchy a poruchy nálady. (Valenta, Müller, 2013)
- **Hebefrenie** – touto formou jsou postihnuti zejména adolescenti. Klienti se vyznačují bizarním chováním, chichotáním, pseudofilozofováním. Jejich emoční reakce jsou nepřiměřené. Nálada je plochá. Chování klienta je nepředvídatelné, často nezodpovědné. Klient s hebefrenií má silně narušeno myšlení. Symptomy bludů a halucinací nejsou u tohoto typu významné.
- **Katatonní schizofrenie** – má dvě formy. Produktivní forma se vyznačuje zvýšenou motorickou aktivitou, vzrušením. Druhá forma stuporózní je naopak charakterizována u jedince negativismem, strnulostí a rigidním chováním. Obě formy se mohou náhle střídat. (tamtéž)
- **Simplexní schizofrenie** – má progresivní vývoj. Klient je pasivní a citově oploštělý. Je závislý na pomoci. Postupem času se objevují poruchy myšlení, ztráta vůle a demence.

2.4 Reakce rodiny na diagnózu psychické poruchy

Rodina by měla představovat optimální prostředí, které je uzpůsobeno po stránce emocionální, materiální, sociální i psychologické. Rodina by měla být znakem bezpečí a jistoty. (Michalík, 2013) Dunovský (in Michalík, 2013, s. 10) vnímá rodinu jako „malou primární společenskou skupinu, která je založena na svazku muže a ženy, na pokrevním vztahu rodičů a jejich dětí či vztahu jej substituujícím.“

Psychická porucha se stává nedílnou součástí života jedince, která ho ve všech směrech lidského bytí ovlivňuje, a to nejen ho samotného, ale i jeho rodinu či partnera. Osoby blízké mohou být z diagnózy vyděšeni a tento strach se projevuje v jejich postojích. Častou první reakcí rodinných příslušníků bývá šok, kdy se ocitnou tváří v tvář neočekávané realitě. Jejich další reakce na diagnózu ovlivňují životní zkušenosti nebo typ osobnosti. Na postojích rodiny se významně podílí charakter a závažnost nemoci. Stává se, že příbuzní svého člena od psychiatrické léčby odrazují. Mají strach z jeho stigmatizace i stigmatizace celé rodiny. Postupem času si rodina uvědomí, že se jedná o zdravotní problém, i přesto se snaží chování člena s duševním onemocněním co nejvíce skrýt. Důsledkem toho rodina poskytuje jedinci s psychickou poruchou příliš velkou míru úlev. Cílem těchto snah je také zamezit jeho společenské izolaci. Podpora nejbližších je pro osoby s psychickou diagnózou velmi důležitá. Lidé s duševním onemocněním často zůstávají žít u svých rodičů. Vyplývá to z problémů v oblasti interakce se společností, navázání vztahů. Opora pozitivních mezilidských vztahů však pomáhá lidem nemoc lépe zvládat. Lidé s rozvinutými sociálními vazbami disponují lepším duševním i fyzickým zdravím. „Sociální integrace, sociální začlenění člověka do sociální struktury je významnou determinantou jeho psychické pohody a zdraví.“ (Kebza, 2005, s. 151)

Stanovení psychické diagnózy může v některých rodinách vyvolat konflikty. Na blízké osoby dopadá mnoho emocí jako strach spjatý s nevědomostí ohledně nemoci, zlost pramenící z vyčerpání nad celou situací, sebeobviňování v situaci, kdy on sám je zdravý a jeho příbuzný nemocný. Mohou pociťovat obavy ze stigmatizace a pocity úzkosti. Významným krokem samotných rodin pacientů s psychickými poruchami bylo vytvoření svépomocných skupin a organizací rodin mající jedince s psychickou poruchou. Tento krok se stal cestou, jak pomoci rodinám, aby zajistily stabilitu zdraví svého člena. „Na základě vyjadřování emocí v rodinách byly vyvinuty rodinné psychoedukační programy. Jsou založeny na zjištění, že pacienti propuš-

tění z hospitalizace do rodin s vysokou mírou kritiky a emočního zahlcení mají vyšší pravděpodobnost zhoršení příznaků a relapsů.“ (Ocisková, Praško, 2015, s. 96) Absolvování těchto programů nese svůj smysl a význam, a to z důvodu zjištění snížení počtu relapsů.

Rodina nadále zůstává skupinou, která své příslušníky s psychickou poruchou stigmatizuje méně než ostatní lidé, kteří nemají blízký vztah k těmto jedincům.

3. STIGMATIZACE

Lidé trpící psychickými poruchami se denně potýkají nejen se svou nemocí, ale také s diskriminací, která úzce souvisí se stigmatizujícími postoji společnosti. Stigmatizace jako psychosociální aspekt se výrazně podílí na kvalitě života osob s duševním onemocněním. Stigma negativně působí na účinnost terapie. Polínek (in Müller a kol., 2014, s. 189) uvádí, že „*mnohdy bývá jakákoli psychoterapie klienty odmítána z důvodu předsudků a společenské stigmatizace.*“ Dílčím cílem v kvalitativním výzkumu směřujícím k osobám s duševním onemocněním bylo téma diskriminačních postojů ze strany společnosti k jejich onemocnění. (viz 6. kapitola)

3.1 Postavení lidí s duševním onemocněním ve společnosti v průběhu historie

Postavení duševně nemocného jedince se odvíjí od dané doby a její úrovně kulturní vyspělosti. Společnost na osoby s duševním onemocněním pohlížela jako na posedlé či prokleté zlým duchem. Vníмали to jako trest bohů, posedlost démony. „*Patrně prvním doloženým konceptem duševní poruchy v literatuře je deprese popsána v lékařském dokumentu tzv. Eberova papyru datovaného do doby kolem roku 1900 před Kristem.*“ (Valenta, Müller, 2013, s. 18)

V 5. století před našim letopočtem přichází řecký lékař Hippokrates (460 – 377 př. n. l.) s teorií, že duševní onemocnění vzniká z nerovnováhy tělesných šťáv v mozku.³ Vyvinul i nové terapeutické přístupy v léčbě jako aktivizační činnost, dieta či rostlinné odvary. (Ocisková, Praško, 2015) Starověká, antická společnost měla poměrně bohatou teorii duševních poruch. Antický lékař Galenos Claudius rozlišoval slabomyslnost vrozenou a získanou. Náзор starověké společnosti k lidem s duševním onemocněním či jiným zdravotním postižením je patrný ve výroku římského filozofa Seneky: „*My usmrcujeme mrzáky a topíme ty děti, které přicházejí na svět neuživé a znetvořené. Nejednáme tak z hněvu a zlosti, ale řídíme se zásadami rozumu – oddělit tak špatné od dobrého.*“ (Valenta, Müller, s. 18)

Ve středověku nastal úpadek vědeckého myšlení. U moci byla církev a duševní poruchy se staly předmětem jejího hodnocení. Duševní poruchy byly chápány jako „posedlost d'áblem“

³ Hippokrates rozlišoval mezi čtyřmi tělesnými šťávami: sanquis, chole, melanchole a flegma → podle něj vzniká první osobnostní typologie: sangvinik, choleric, melancholik a flegmatik.

nebo jako trest boží. Tato společnost zacházela s lidmi trpícími duševním onemocněním krutě. Věznili je, mučili, bili i upalovali. (Ocisková, Praško, 2015)

V renesanci, v roce 1621 vyšla první psychiatrická kniha Anatomie melancholie od Bur-
tona, který popsal typické projevy psychických poruch. Nejednalo se zde ještě o klasifikaci.
(tamtéž) Felix Platter (17. století) vymežil rozdíl mezi poruchami intelektu a ostatními dušev-
ními poruchami. Vznikaly ústavy pro duševně nemocné, které měly vězeňský charakter, což
měla za následek izolaci nemocných. Byli potupně a za úplatek ukazováni veřejnosti jako zá-
bavné atrakce. Významnou změnu učinil v 18. století Filip Pinel, který duševně postiženým
sejmul okovy. „*Ukázalo se, že psychicky nemocné je možné léčit nebo jim alespoň neškodit,
pokud se pro ně vytvoří příznivé prostředí a zachází se s nimi lidsky.*“ (Ocisková, Praško, 2015,
s. 15) Do 19. století nebyla psychiatrie samostatnou vědeckou disciplínou, k jejímu rozšíření
došlo ve 20. století, a to přetrvává do dnešní doby.

3.2 Stigmatizace osob s duševním onemocněním

Ocisková, Praško (2015, s. 21) ve své knize uvádí: „*Goffman chápe stigma jako ozna-
čení pro situaci, kdy je člověk vyloučen z plného přijetí většinou společností.*“ Psychologický
slovník definuje stigma následujícími slovy: „*znamení hanby či odsuzující společenský postoj
pro údajnou duševní, tělesnou nebo sociální méněcennost, následně vedoucí k odmítání a vy-
loučení jedince, skupiny či organizace z okolní společnosti.*“ (Hartl, Hartlová, 2010, s. 553)
Stigmatizovaným jedincům mohou být odepřena v určité míře práva, jsou vystavováni odmíta-
ným reakcím veřejnosti. Duševní onemocnění v naší společnosti pacienta výrazně stigmatizuje.
Nese si s sebou předsudek nebezpečí, předpoklad jejich morální slabosti. Mechanismus nálep-
kování a stigmatizace vychází z toho, že „postižení“ není osobní vlastností, nýbrž vlastností
připsanou okolím. Tato „nálepka“ svádí k schematickému vnímání druhého člověka, a tím
ovlivňuje první dojem. Lidé se shodnou na určitém pojmenování, způsobech chování a na zna-
cích pro daný typ onemocnění. Důsledkem toho je vznik „nálepky“, která se připevní na je-
dince, který těmto znakům odpovídá. „*Vyrovnat se s vážným duševním onemocněním je složité.
Situaci navíc pacientům stěžují postoje okolí. Ve společnosti přežívá řada mýtů a polopravd.
Pacienti si tak životem nesou stigma nebezpečných jedinců a bláznů. Hrozně málo lidí má před-
stavu o tom, co nemoc obnáší,*“ popsala Blanka Novotná. (Burdová, 2016) Lidé trpící duševním
onemocněním mají obavy z reakcí svého okolí. Často to pacienty odradí od vyhledání odborné
lékařské péče. Problému stigmatizace přispívá i současný zdravotnický systém se svou stále
častější formou, a to institucionalizovanou péčí. „*Studenti medicíny se o obor psychiatrie velmi*

zajímají, je to vděčný obor a dobře se učí. Zajímavé ale je, že i oni sdílejí předsudky s obecnou veřejností,“ tvrdí psychiatricka Lucie Bankovská Motlová, proděkanka 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze. (Navrátilová, Čihák, 2016) Diskriminace duševních poruch je celosvětovým problémem.

3.3 Stigma u schizofrenie

Schizofrenie je psychická porucha, která je stigmatizací nejvíce zasažena. Společnost tento pojem zná, ale jen malé procento lidí si umí představit, co toto onemocnění doopravdy obnáší. Zahrnuje ho předsudky. Lidé se schizofrenií považuje za nevypočitatelné a potenciálně nebezpečné, kteří by měli být izolováni. Pacienti mají strach z negativních reakcí okolí, a proto často nevyhledávají psychiatrickou pomoc. Pokud se podíváme do denního tisku, slova jako „psychicky narušený“ nebo „šílenec“, která jsou stigmatizující, jsou zdůrazněny při trestném činu spáchaném jedincem s psychickou poruchou. Zatímco u většiny trestních činů není zdůrazněno, že jsou spáchány „psychicky zdravým jedincem. Většina těžkých kriminálních případů, vražd je spáchána lidmi bez psychické poruchy. (Ocisková, Praško, 2015) Mediální obraz psychických poruch je často negativní a nevyvážený. Jedinec s duševním onemocněním může postupem času začít věřit a chovat se podle stigmatizujících názorů společnosti, a tím dochází k poklesu jeho kvality života v mnoha oblastech. Toto stigma brání k návratu do společnosti, k práci a má významný negativní vliv na remisi pacienta. Míra stigmatizace je ovlivnitelná vnějšími změnami. Terapeutická práce může jedinci trpícím psychickou poruchou pomoci k zvýšení odolnosti ke stigmatu. Cílem destigmatizace je změnit často jednotvárný život člověka s duševním onemocněním, aby nedocházelo ke společenské izolaci.

3.4 Stigma u bipolární afektivní poruchy

Bipolární afektivní porucha (BAP) patří také do skupiny silně stigmatizujících psychických poruch. Onemocnění je charakteristické střídáním manické, hypomanické a depresivní epizody se změnami v myšlení a aktivitě. Lidé trpící bipolární afektivní poruchou se setkávají se stigmatizujícím pojmem maniak. *„Lidé s bipolární poruchou se často cítí stigmatizováni. Cítí se jako cíle posměchu. Je tomu tak kvůli nezvyklým činnostem, které dělali v mánii a které jsou pro ostatní „šílené“ nebo nemravné, i kvůli depresivním propadům, které bývají pokládány za známku slabosti charakteru či nedostatku vůle.“* (tamtéž, s. 80) I toto onemocnění společnost vnímá se strachem, předsudky a obavami z možného nebezpečí ze strany jedince s BAP.

Pro jedince s BAP jsou zážitky z psychiatrické hospitalizace často velmi traumatizující. Důvodem se stávají dramatické okolnosti, za kterých tato osoba skončí na psychiatrii, často hospitalizovaná proti své vůli.

3.5 Stigma u depresivní poruchy

Podle Světové zdravotnické organizace trpí ve světě depresivní poruchou kolem 350 miliónů lidí. Deprese je čtvrtou nejčastější příčinou invalidity. Odhaduje se, že v roce 2020 bude už druhou nejčastější. Výskyt deprese u žen je dvakrát vyšší než u mužů. Stigmatizace deprese se liší s různými kulturami. (tamtéž) Jedinci potýkající se s depresí, kteří se pokusili spáchat sebevraždu, jsou více stigmatizováni. „*Výsledky finské studie ukazují, že mnoho depresivních pacientů se samo stigmatizuje. Alternativním vysvětlením těchto výsledků je deprese, která sama o sobě vede k sebeobviňování.*“ (tamtéž, s. 91) Častým předsudkem kolujícím ve společnosti je názor, že osoba s depresí se může svou vůlí dát dohromady. Lidé s depresí se často pokoušejí svůj stav zvládat vlastními silami. Obávají se vyhledat psychiatrickou pomoc z důvodu toho, že budou označeni negativním stigmatem. Nechtějí být hospitalizováni na psychiatrii, i když to jejich stav vyžaduje. To je důvodem zpoždění zahájení léčby nebo naopak přerušování léčebného procesu.

3.6 Boj proti stigmatu ve společnosti

Povědomí populace o specifických projevech psychických poruch je relativně malé. Je ovlivňováno médii a řadou předsudků o chování a léčbě lidí s psychickou diagnózou. Je proto důležité zvyšovat informovanost populace o psychických poruchách prostřednictvím kampaní zacílených na destigmatizaci, zdravotnické osvěty a výchovy. Stigmatizace se drží i samotného lékařského oboru psychiatrie. Boje proti stigmatizaci můžou být úspěšnější, pokud budou podporovány vládními i nevládními organizacemi za účasti samotných jedinců s duševním onemocněním a jejich rodinných příslušníků. Zaměří se na širokou veřejnost, na jednotlivé skupiny populace (zdravotní personál, mládež, sociální pracovníky atd.). Čím lidé více rozumí psychickým příznakům, kterými jedinec trpí, tím lépe mu rozumí. Následkem toho se zvětšují tendence integrovat ho mezi sebe. (Ocisková, Praško, 2015)

Stigmatizace psychických poruch může být snižována následujícími přístupy: edukace, protest a kontakt. **Edukační přístup** vychází z pohledu nedostatečných vědomostí o duševní nemoci. Druhý možný přístup – **protest** – je založen na předpokladu, že způsob stigmatizace se podobá reklamě. Lidé mohou reagovat opačně. Nikdo nemá rád, když se mu říká,

co má dělat. **Kontakt** je charakterizován přímým kontaktem lidí s duševním onemocněním a širokou veřejností. Lidé s duševním onemocněním otevřeně mluví o svých potížích, což vede ke snížení obav a k zvýšení empatie. (tamtéž)

Ve Velké Británii existuje program s názvem „Time to Change“ fungující od roku 2007. Tento program se řadí mezi největší programy v Anglii poukazující a bojující s diskriminací a stigmatizací duševních poruch. Umožňují lidem označeným stigmatem otevřeně hovořit o jejich zkušenostech s duševním onemocněním. Snaží se o změnu postojů a chování veřejnosti k lidem trpícím psychickou poruchou. V České republice jsou lidé s duševním onemocněním stále stigmatizováni a vystavováni diskriminaci, a to nejen ze strany laické veřejnosti, ale i ze strany odborníků – psychiatrů či zdravotního personálu. Od roku 1990 se u nás každoročně konají na různých místech ČR „Týdny pro duševní zdraví“. Hlavním pořadatelem je Fokus Praha o. s. Akce nabízí výstavy, koncerty, happeningy. V období od 24. září do 8. října 2015 probíhala v městě Zlínského kraje v Uherském Hradišti tato kampaň pod názvem „Dny duševního zdraví“. Kampaň byla pořádána Oblastní charitou Uherské Hradiště a centrem sociální rehabilitace Labyrinth pro osoby s duševním onemocněním. Této kampaně se zúčastnilo několik respondentů kvalitativních rozhovorů této bakalářské práce (viz 7. kapitola). Cílem Dnů duševního zdraví bylo zvýšit povědomí o potřebách osob s duševním onemocněním, snížit předsudky vůči duševnímu onemocnění a informovat o dostupné pomoci v regionu. Kampaň se skládala z komponovaných večerů, výstav jako například „Mýty a reality“ nebo výstava fotografa Jindřicha Štreita, jehož fotografie znázorňovaly život pacientů psychiatrické léčebny v Kroměříži. Součástí kampaně bylo promítání dokumentů, koncerty, rozhovory a diskuse s různými lidmi, kteří odborně pracují s jedinci s duševním onemocněním. (Pašková, 2015)

Další destigmatizační kampaní je festival „Mezi ploty“, který každoročně probíhá v areálech psychiatrických léčeben na území ČR za účasti různých hudebních kapel. Festival je určen široké veřejnosti, probíhá po dobu dvou dní v měsíci květnu. Destigmatizační charakter mají také tréninkové kavárny a obchody, kde se lidé s duševním onemocněním dostávají do kontaktu s veřejností jako obsluha nebo ve funkci prodavače. Tuto službu nabízí například nestátní, nezisková organizace Green Doors o. s., která se zabývá pracovní a sociální rehabilitací lidí trpících schizofrenií. „*Snažíme se co nejvíce propojovat sociální služby s životem v komunitě. Vycházíme z myšlenky, že obeznámenost veřejnosti s problematikou duševního zdraví usnadňuje klientům jejich zařazení do běžného zaměstnání či do školy. Pořádáme kulturní a osvětové akce, realizujeme takové projekty, kde je propojena rehabilitace se službami pro širokou veřejnost.*“ (Green Doors, 2016) V rámci edukačního přístupu destigmatizace u nás fungují také programy

pro studenty středních škol, kteří se nachází na přechodu mezi dětstvím a dospělostí. V tomto období jsou mladí lidé křehcí, utváří svou identitu. Program jim přináší vědomosti ohledně duševního zdraví. Studenti se dozvídají, co dělat v duševní krizi, na koho se v takových situacích mohou obrátit. Tento projekt s názvem „Blázníš? No a!“ zajišťuje Fokus Praha o. s.⁴ Další organizace zabývající se lidmi s duševním onemocněním v České republice: Česká asociace pro duševní zdraví, Asociace denních stacionářů a krizových center, Občanské sdružení Vida a Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, které poskytuje internetový portál „Stopstigma“.

⁴ Fokus Praha o. s. je nestátní, nezisková organizace fungující od roku 1990, která poskytuje komplexní komunitní péči o lidi s duševním onemocněním v neústavních podmínkách. Posláním organizace je podpora lidí se zkušeností s duševní nemocí spokojeně zvládat život a nalézat možnosti osobní realizace ve společnosti.

4. PRACOVNÍ UPLATNĚNÍ OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Návrat do pracovního procesu znamená pro osoby s duševním onemocněním jednu z podmínek integrace do společnosti. Přispívá to i ke snížení stigmatizace. Například lidé s bipolární afektivní poruchou jsou často kvůli svým střídajícím se epizodám často propouštěni ze zaměstnání. Mají omezené pracovní příležitosti, novou práci hledají s obtížemi. Pracovní uplatnění je jedním z významných faktorů podílejících se na kvalitě života jedince s duševním onemocněním. Práce není významná jen z pohledu ekonomického, ale také z pohledu dalších důležitých výhod jako je uspokojení a radost, kterou může v lidském životě přinášet. Práce může jedinci naplnit jeho potřebu sociálního kontaktu, seberealizace a otevřené budoucnosti. Oddělení od rodiny, přátel a zaměstnání vede k pocitu sociální izolace a samoty. Skloubit osobní zájmy a přání do vykonávané profese není snadné. V tzv. antidiskriminačním zákoně, a to zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů, je zdravotní postižení vymezeno následovně: „*Zdravotním postižením se pro účely tohoto zákona rozumí:*

- a) *ztráta nebo omezení tělesných, smyslových nebo duševních funkcí,*
- b) *anatomická ztráta, včetně znetvoření nebo zmrzačení části těla,*
- c) *přítomnost mikroorganismů, organismů nebo jiných cizorodých předmětů v těle, jež způsobují nebo mohou způsobit chronickou nemoc,*
- d) *nemoc nebo funkční porucha, způsobující nutnost uplatňování zvláštních forem, metod a postupů při vzdělávání, nebo duševní poruchy nebo poruchy chování,*

a to i tehdy, pokud stav podle písmen a) až d) pominul nebo pokud lze podle poznatků lékařské vědy předpokládat, že se navenek teprve projeví.“ (Ludíková, 2013, s. 15)

Dojde-li k porušení práv vycházejících ze zákona, má ten, kdo byl tímto jednáním dotčen, právo se soudně domáhat odstranění následků diskriminace, tzn. domáhat se přiměřeného zadostiučinění.

Situace v oblasti zaměstnávání není jednoduchá. Osoby s duševním onemocněním mají jistá omezení ve výkonu práce. Pracovních míst na trhu práce je obecně velmi málo. Organizace Fokus Praha s. o. zajišťuje Centrum programů podpory zaměstnávání a hlavním cílem je: „*poskytnout klientovi potřebné informace a osobní podporu při výběru, získání a udržení vhodného zaměstnání, a to takovým způsobem, aby byly využity a rozvíjeny stávající pracovní zkušenosti, dovednosti a jiné individuální zdroje klienta.“* (Fokus Praha, 2016)

V zákoně č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti, § 21 stanovuje: „*Fyzická osoba, které krajská pobočka Úřadu práce poskytuje služby podle tohoto zákona, je povinna krajské pobočce Úřadu práce sdělit údaje o svých zdravotních omezeních v rozsahu potřebném pro vyhledání vhodného zaměstnání, rekvalifikaci a pro stanovení vhodné formy pracovní rehabilitace a dále sdělit, zda je osobou se zdravotním postižením.*“ (Zákon č. 435/2004 Sb.) Osobám se zdravotním postižením se poskytuje zvýšená ochrana na trhu práce. Osobami se zdravotním postižením jsou fyzické osoby, které jsou orgánem sociálního zabezpečení uznány: **a)** invalidními ve třetím stupni, **b)** invalidními v prvním nebo druhém stupni, **c)** zdravotně znevýhodněnými, kterým není přiznán žádný stupeň invalidity. (tamtéž) Osobou zdravotně znevýhodněnou je fyzická osoba, která může vykonávat soustavné zaměstnání a je schopná zůstat v pracovním procesu. „*Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se pro účely tohoto zákona považuje zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok a podstatně omezuje tělesné, smyslové nebo **duševní schopnosti**, a tím i schopnost pracovního uplatnění.*“ (tamtéž, § 67) Termín „osoby se zdravotním postižením“ užívaný v současně platném zákonu o zaměstnanosti je novým označením dříve využívaného označení „osoby se změněnou pracovní schopností“.

Osoby se zdravotním postižením mají právo na pracovní rehabilitaci, kterou zabezpečuje krajská pobočka Úřadu práce podle místa bydliště jedince. Pracovní rehabilitace je činnost zaměřená na získání a udržení pracovního místa osobou se zdravotním postižením. Zahrnuje poradenskou činnost v rámci volby povolání. Toto zaměstnání zabezpečuje krajská pobočka úřadu práce a hradí náklady s ní spojené. Mezi její další dvě formy se řadí tzv. příprava k práci a specializované rekvalifikační kurzy, které jsou poskytovány za stejných podmínek jako rekvalifikace. Příprava k práci probíhá na základě uzavřené písemné dohody jedince s úřadem práce ČR. Tato příprava trvá nejdéle 24 měsíců a je prováděna za podpory asistenta. Na základě písemné dohody s Úřadem práce ČR může zaměstnavatel vytvořit tzv. chráněná pracovní místa pro osoby se zdravotním postižením (tzn. i pro osoby s duševním onemocněním). Chráněné pracovní místo musí být obsazeno po dobu 3 let. Úřad práce může poskytovateli chráněného pracovního místa poskytnout příspěvek na zřízení a na částečnou úhradu provozních nákladů. (MPSV)

Onemocnění duševní poruchou ještě automaticky neznamená, že jedinec nebude schopen plného pracovního uplatnění. Projev negativního vlivu nemoci na výkon práce nemusí být vždy přítomen. Důležitým faktorem pro jedince je podpora k adaptování se na pracovní prostředí, tj. vytvoření tolerantní atmosféry na pracovišti. Osoby s duševním onemocněním často pracují na zkrácený úvazek podle svých zdravotních možností. Při volbě pracovního místa by

bylo žádoucí, aby svůj záměr jedinec nejprve projednal a poradil se se svým specializovaným lékařem.

4.1 Invalidní důchodové pojištění

Ze základního důchodového pojištění se vyplácí tyto důchody: starobní, **invalidní**, vdovský/vdovecký, sirotčí. O nároku na důchod rozhoduje Česká správa sociálního zabezpečení.

Od 1. 1. 2010 je v zákoně č. 155/1995 Sb. o důchodovém pojištění⁵ nepatří mezi druhy důchodů plný invalidní a částečný invalidní důchod. Je zavedena dávka pouze jedna, a to invalidní důchod. Rozlišuje se podle stupně invalidity. Rozdíl mezi jednotlivými stupni invalidity spočívá v míře poklesu pracovní schopnosti, který nastal z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. (Česká správa sociálního zabezpečení, 2015) Miroslava Janoušková z Národního ústavu duševního zdraví pro časopis Psychiatrie uvedla: „*Duševní onemocnění se podílejí na celkovém počtu nově přiznaných invalidních důchodů zhruba dvaceti procenty a představují nejrychleji rostoucí příčinu pro udělení invalidního důchodu v ČR.*“ (Válková, 2015) Důvodem zvyšujícího se počtu žadatelů s duševním onemocněním o invalidní důchody může být rostoucí počet pacientů, kteří častěji vyhledávají ambulantní psychiatrickou pomoc. Ženy pobírají invalidní důchod především kvůli afektivním poruchám, u mužů dominuje diagnóza schizofrenie nebo poruchy s bludy. Podle WHO představují duševní onemocnění druhou největší zdravotně sociální zátěž v Evropě. Situaci může změnit psychiatrická reforma.

⁵ Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění nabyl účinnosti dnem 1. ledna 1996. Od té doby byla přijata řada legislativních změn - většina z nich směřující k úpravě parametrů tak, aby byla zabezpečena finanční udržitelnost důchodového systému při zachování adekvátní úrovně dávek.

5. SOCIÁLNÍ SLUŽBY A LIDÉ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Tato kapitola se zaměřuje na sociální služby poskytující své služby lidem s duševním onemocněním, ve kterých se podle současné platné legislativy profese speciálního pedagoga může uplatnit. Kapitola obsahuje stručný popis jednotlivých zařízení sociálních služeb, které mohou osoby s duševním onemocněním využít. Na popis služby sociální rehabilitace je kladen větší důraz, a to z důvodu, že realizace kvalitativního výzkumu praktické části bakalářské práce probíhala s klienty navštěvující centrum sociální rehabilitace Labyrint v Uherském Hradišti. (viz 6. kapitola) Část kapitoly se zabývá svépomocnými skupinami, ve kterých se účastníci výzkumu této bakalářské práce angažují. Výše zmíněné centrum Labyrint podporuje svépomocné skupiny. Kapitola se věnuje také připravované psychiatrické reformě, která plánuje na celém území České republiky vybudování tzv. Center duševního zdraví. Tyto centra se mohou významně podílet na zvýšení kvality života osob s duševním onemocněním.

5.1 Sociální služby

Odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka má i člověk, který získal „*vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku, akreditovaném podle zvláštního právního předpisu.*“ (zákon č. 108/2006 Sb., § 110)

Systém sociálních služeb v ČR je zakotven v zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Mezi základní formulované zásady zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách patří: bezplatné sociální poradenství pro každého, individuální přístup, rovnoprávnost, dobrovolnost, vedení k samostatnosti, zachování důstojnosti a respekt k lidským a občanským právům, podpora při zakotvení v přirozeném sociálním prostředí. (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011) Při jednání se zájemcem o poskytování sociální služby se setkáváme a pracujeme i s dalšími právními předpisy, a to s vyhláškou č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Mezi tato ustanovení řadíme: poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla, podle kterých postupuje, projednává se zájemcem jeho požadavky, cíle a očekávání, poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro postup při odmítnutí zájemce o sociální službu. Dalšími právními předpisy jsou: Listina základních práv a svobod, zákon

č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. (Chloupková, 2013) Systém sociálních služeb je rozdělen do kategorií na: služby sociální péče, služby sociálního poradenství a služby sociální prevence.

Na komplexnosti sociálních služeb se podílí Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR (MPSV), Ministerstvo zdravotnictví ČR (MZ), Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR (MŠMT) a další resorty státní správy. „*Sociální služby v uvedeném širším vymezení spadají do mnoha resortů státní správy a týká se jich široká oblast právních norem.*“ (Matoušek, 2007, s. 10) Psychiatrická zařízení spadají pod MZ ČR, ve kterých sociální pracovníci zajišťují sociálně – právní poradenství, pomoc v krizových situacích, které by mohly ohrozit zdravotní stav pacienta s duševním onemocněním, zaměřují se na řešení sociálních problémů této skupiny. Do náplně práce patří i činnosti podporující resocializaci klientů jako například nácvik sociálních dovedností, činnostní terapie či další formy expresivních terapií (arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie atd.)

5.2 Vymezení sociálních služeb

Sociální služba je specializovaná forma podpory člověka, který řeší svou sociální nepříznivou situaci. Tato podkapitola se věnuje vymezení sociálních služeb se zaměřením na osoby s duševním onemocněním, které mohou tyto služby využít.

- **Sociální poradenství** se dělí na základní a odborné. Odborné sociální poradenství poskytují specializované poradny zaměřené podle cílové skupiny, např. pro osoby s duševním onemocněním.
- **Sociální péče** – cílem je v co nejvyšší možné míře zapojit uživatele do společnosti. Pečovatelská služba, průvodcovské a předčitatelské služby (lidé s duševním onemocněním využijí tuto službu v případě, jestliže mají kombinované postižení), podpora samostatného bydlení, tísňová péče, denní a týdenní stacionáře, chráněné bydlení, domovy se zvláštním režimem, sociální služby ve zdravotnických zařízeních ústavní péče (patří sem psychiatrické léčebny nebo nemocnice). (Mahrová, Venglářová a kol., 2008)
- **Sociální prevence** – raná péče (pro děti do sedmi let věku s duševním onemocněním), telefonická krizová pomoc, služby následné péče, terapeutické komunity, sociální rehabilitace, sociálně terapeutické dílny, noclehárny, krizová pomoc, nízkoprahová zařízení, azylové domy. (tamtéž)

Součástí sociálního světa duševně nemocného tvoří jeho rodina, přátelé a komunita, ve které žije. Lidé s duševním onemocněním ve většině případů vyhledají službu sami. „*Základní vlastností sociálního systému služeb o duševně nemocné by mělo být aktivní vyhledávání. Do širokého systému služeb o duševně nemocné totiž patříme všichni, kdo v pomáhajících profesích pracujeme.*“ (tamtéž, s. 45) Problémem často bývá nedostupnost sítě zařízení v blízkosti bydliště osoby s duševním onemocněním.⁶ Následkem této situace může být využití pobytové péče v zařízení s nepřetržitým provozem. Jedná se o psychiatrické oddělení nemocnice, psychiatrickou kliniku, psychiatrickou léčebnu apod. Náplní práce sociálních pracovníků v těchto typech zařízení je obnovovat sociální dovednosti, zdravé sociální návyky, udržovat nebo zvyšovat úroveň interpersonálních vztahů osob s duševním onemocněním. Sociální pracovník se stává součástí multidisciplinárního týmu v zařízení. (tamtéž) Pro klienta, po dlouhodobém pobytu v léčebném ústavu, může být často velmi náročné rychlé navrácení se do běžného chodu života. V tomto případě mohou využít klienti ambulantní péči nebo specializovaná zařízení. Úkolem sociálního pracovníka je v této situaci resocializace⁷ klienta.

Při práci s lidmi s duševním onemocněním je potřeba se orientovat ve specifikách jednotlivých duševních poruch. Znalost nebo neznalost symptomů psychiatrických poruchy může zásadně ovlivnit rozhodnutí sociálního pracovníka v rámci posouzení stupně závislosti u lidí s duševním onemocněním na příspěvek na péči. Během komunikace se chováme přirozeně, projevíme zájem a respekt ke klientovi. Snažíme se přizpůsobit projevům klienta, jeho každé tvrzení neschvalujeme, ani nevyvracíme. Jednáme podle jeho aktuálního rozpoložení a průběhu nemoci. Nebereme ho jen jako diagnózu, ale pohlížíme na něj jako na člověka, který má specifické potřeby. Podle Brickheada patří mezi základní přístupy podporující vztah mezi klientem a sociálním pracovníkem následující postoje: „*opravdovost, respekt, vřelost, otevřenost, blízkost, empatie a profesionální chování.*“ (in Mahrová, Venglářová, 2008, s. 98)

Profesionalita sociálního pracovníka stojí na celoživotním vzdělávání. Zaměstnanec v sociálních službách je povinen věnovat v průběhu kalendářního roku 24 hodin dalšímu vzdělávání za účelem obnovení, upevnění nebo doplnění své kvalifikace. (zákon č. 108/2006 Sb.) Sociální

⁶ Řešením by se mohla stát výstavba Center duševního zdraví na území ČR. (viz podkapitola 5.6)

⁷ Podle Psychologického slovníku od Hartla a Hartlové je resocializace = „*opětná socializace u člověka propuštěného z dlouhodobé péče ústavní, vězeňské, nemocniční.*“

pracovníci jsou pod dohledem supervize. „*Supervizí v kontextu sociálních služeb zpravidla rozumíme podporu pracovníka či pracovního týmu při řešení obtížných situací prostřednictvím nezávislého odborníka.*“ (Michalík a kol., 2008, s. 65) Cílem supervize je zabránit u sociálního pracovníka syndromu vyhoření. Supervize by měla naplňovat následující funkce, a to funkci vzdělávací (supervizor rozvíjí dovednosti a vědomosti sociálního pracovníka), normativní (funkce se naplňuje za podmínky, když supervizor pomáhá pracovníkovi v uvědomování si norm) a podpůrnou (supervizor věnuje pracovníkovi pozornost). (tamtéž)

5.3 Jednotlivé služby sociální péče

Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich psychickou i fyzickou soběstačnost, socializovat je do běžného života společnosti a zajistit jim důstojné prostředí a zacházení, pokud toto jejich stav nedovoluje. (Krejčířová, Treznerová, 2013) Služby sociální péče upravuje v České republice zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

Podpora samostatného bydlení = terénní služba sociální péče, která se snaží zamezit sociálnímu vyloučení. Je poskytována s podporou sociálního pracovníka či opatrovníka. Cílem služby je posilování nezávislosti uživatele, zodpovědnosti, rozvoj sociálních dovedností a nácvik praktických dovedností kolem chodu domácnosti. Službu si uživatel hradí sám.

Chráněné bydlení = je pobytová služba na dobu přechodnou s podporou asistenta. Chráněné bydlení je realizováno formou individuální nebo skupinovou. Cílem služby je pomoci klientovi obnovit schopnosti pro běžný život v oblasti péče o domácnost, navazování sociálních kontaktů, vyřizování osobních záležitostí a hledání práce. Službu a pobyt si klient hradí sám.

Domovy se zvláštním režimem = pobytová služba sociální péče hrazená klientem. Činnostmi zařízení jsou: poskytování ubytování, stravy, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, sociálně terapeutická a aktivizační činnost, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Cílem je rozvoj schopností vést samostatný život. (tamtéž)

V průběhu současných snah deinstitucionalizace a v rámci potřeby zabezpečení nových podmínek bydlení pro propuštěné osoby s duševním onemocněním z institucionální péče, vznikly výše popsané druhy služeb v oblasti bydlení pro osoby s duševním onemocněním. Řada klientů, po dlouhodobé hospitalizaci v psychiatrických zařízeních, musí začít znovu fungovat v přirozeném prostředí, tj. mimo zdi psychiatrických zařízení. Probstová s Pěčem (2014, s. 235)

ve své knize uvádí, že deinstitutionalizace je: „*Je v péči o lidi s duševním onemocněním definována jako snižování počtu tradičních institucionálních zařízení spolu se souběžným rozvojem mimo nemocničních komunitních zařízení.*“

Další služby v oblasti sociální péče, které klienti s duševním onemocněním využívají, jsou například stacionáře.

Denní stacionáře = ambulantní forma sociální péče komunitního charakteru v zařízení poskytující sociální služby. Místo, kde lidé s duševním onemocněním mohou trávit svůj volný čas. Denní stacionáře nabízí zájmové aktivity pro klienty, nabízí možnost setkat se s lidmi trpící stejným problémem. Existuje i forma pobytového týdenního stacionáře. Služby jsou hrazené. Psychologický slovník uvádí: „*Denní stacionář je zařízení, které poskytuje specializovaný program pro dlouhodobě duševně nemocné, a to jak během terapie v akutním stavu nemoci, tak i během následné rehabilitace, pacient dochází do zařízení asi jako do práce.*“ (Hartl, Hartlová, 2015, s. 559) Denní stacionáře mohou poskytovat specializované programy pro určité skupiny psychiatrických diagnóz. Zařazení do denních programů například není vhodné u stavů agresivity, poruch vědomí, při vysokém riziku suicidálního jednání, u akutní intoxikaci návykovými látkami, při těžké a hluboké mentální retardaci nebo v raném dětském věku. (Probstová, Pěč, 2014)

5.4 Jednotlivé služby sociální prevence

Služby sociální prevence napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob nacházejících se v krizové životní situaci. Služby sociální prevence upravuje v České republice zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

Azylové domy = pobytová sociální služba na dobu přechodnou, kdy se jedinec ocitá v sociální krizové situaci, které je spojená se ztrátou bydlení.

Sociálně terapeutické dílny = ambulantní forma služby sociální prevence pro osoby, které nemohou být z důvodu zdravotního postižení umístěny na otevřeném a chráněném trhu práce. Cílem je nácvik pracovních návyků. Služba se poskytuje bez úhrady.

Krizová pomoc – terénní, ambulantní i pobytová služba sociální prevence poskytovaná bez úhrady. Cílovou skupinou jsou osoby nacházející se v situaci ohrožení života, kdy nejsou schopni v danou chvíli tuto situaci řešit vlastními silami. Cílem je podpořit uživatele v řešení krizové situace.

Služby následné péče – ambulantní, pobytová a terénní služba sociální prevence pro osoby s chronickým duševním onemocněním a osoby závislé na návykových látkách. Služba poskytuje sociálně terapeutické činnosti, podporuje klienty při integraci do společnosti a také je motivuje k dokončení léčebných programů. Služba je hrazena u pobytové formy, preventivní součást služeb je poskytována bezplatně. (Krejčířová, Treznerová, 2013)

Sociální rehabilitace – široká škála služeb (soubor specifických činností) zaměřená na nácvik dovedností, které směřují k dosažení nejvyšší míry soběstačnosti jedince v rámci samostatného fungování v životě. Cíle služby jsou: podporovat pracovní uplatnění, zvyšovat míru samostatnosti, posilovat osobní kompetence a dovednosti, poskytovat služby podle přání uživatele, spolupráce s rodinou uživatele služeb. (tamtéž) Podle zákona o sociálních službách vykonává sociální rehabilitace tyto základní činnosti: nácvik dovedností pro zvládnutí péče o svou osobu, soběstačnost, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, výchovné, aktivizační a vzdělávací činnosti a pomoc při uplatňování práv. (zákon č. 108/2006 Sb., § 70) Sociální rehabilitace staví spolupráci s klientem na tom, že v maximální možné míře využívá jeho zachovaných schopností a kompetencí, které se snaží posilovat, upevňovat a dále je rozvíjet. (Odbor sociálních služeb a sociální práce, 2012) Sociální rehabilitace je poskytována formou terénní, ambulantní a pobytové, která je za úhradu.

Smysl tohoto typu služby je možné spatřit i v definici rehabilitace od Světové zdravotnické organizace, která zní: *„Rehabilitace obsahuje všechny prostředky směřující ke zmenšení tlaku, překážek způsobených zdravotním stavem a usiluje o společenské začlenění postiženého jedince.“* (Jankovský, Pfeiffer, Švestková, 2005, s. 9)

Terapeutická komunita – pobytová služba sociální prevence je poskytována osobám závislým na návykových látkách nebo osobám s duševním chronickým onemocněním, které se chtějí resocializovat. Služba poskytuje: poskytnutí stravy a ubytování, zprostředkování se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv a sociálně terapeutické činnosti. (tamtéž) Cílem služby je, aby klient změnil způsob svého životního stylu, byl odpovědný za své jednání, získal nové sociální dovednosti, našel psychickou stabilitu. Komunita je místo, kde člověk může zažít ocenění, získat emocionální podporu. Služba je hrazena uživatelem na základě uzavřené smlouvy v písemné podobě.

Existují faktory, které mohou výběr druhu sociální služby jedinci ztížit. V nepříznivé životní situaci jedince mohou ovlivnit následující faktory: špatný ekonomický stav, nulové vyjádření podpory blízkých členů rodiny, emoční nevyrovnanost (časté střídání protikladných emocí) nebo odmítavý postoj samotného jedince. (Mahrová, Venglářová, 2008)

5.5 Svépomoc lidí se stejným osudem

Psychologický slovník definuje termín svépomocný následujícími slovy: „*pomáhající si vlastní silou, bez cizího přispění → skupina svépomocná.*“ (Hartl, Hartlová, 2010, s. 562) Jednou z podob svépomoci jsou svépomocné skupiny spadající do systému terciární prevence, ve které se kontakt lidí se stejnou zkušeností považuje za základní. Vznik svépomocných skupin může být chápán jako reakce na chybějící či nedokonalé profesionální služby. Pozitivním faktorem je i jejich finanční nenáročnost realizace.

Role sociálního pracovníka je v současné době zastoupena i ve svépomocných skupinách. Sociální pracovníci se v nich zabývají poskytováním konzultací nebo tu zastávají klíčové pozice v oblasti pomoci vedení. Svépomocné skupiny propojují přirozeně a uměle vytvořené skupiny, protože je vytváří sami klienti. „*Svépomocné skupiny představují pozitivní sociální fenomén poukazující k emancipaci člověka i k proměně chápání vztahu odborník – laik.*“ (Matoušek, 2013, s. 187) Lipson (in Bútora, 1991, s. 32) uvádí: „*Svépomocné skupiny jsou založeny na předpokladu, že postižené osobě může nejlépe pomoci osoba, která prošla, anebo prochází v současnosti podobnou situací.*“

Hnutí svépomocných skupin se rozvíjí od 70. let 20. století. Historie svépomocných skupin začala už dříve, a to v roce 1935 založením svépomocné organizace Anonymních alkoholiků. Nastupující společenské změny u lidí vyvolávají potřebu někam patřit. Dnešní moderní doba se vyznačuje uspěchaností, především anonymita ve velkých městech způsobuje častou izolaci a pocity osamocení. „*Členství ve svépomocné skupině není stigmatizující. Je založena na demokratických principech.*“ (tamtéž, s. 187) Svépomocné skupiny mohou být pozitivním aspektem kvality života pro osoby s duševním onemocněním. Člen ve skupině se zbavuje pocitu bezmoci a závislosti. Naopak získává naději a pochopení se svou tíživou životní situací. Lidé spojují stejné problémy. Selhání člena neznamená okamžité vyloučení ze skupiny. „*Skupinové sdílení zkušeností se ukazuje i jako výborná metoda sociální práce.*“ (Gulová, 2011, s. 61) Podstatnými prvky jejich činnosti jsou: oslabení pocitů izolace, vzájemná podpora mezi členy skupiny, zvládání těžkostí, které jsou členům skupiny osobně známé, prosazování zájmů skupiny ve veřejném prostoru. (Matoušek, 2012)

Killileová (in Bútor, 1991) identifikovala sedm charakteristik svépomocných skupin: *společná zkušenost členů, vzájemná pomoc a podpora* (členové o sebe projevují zájem a pravidelně se setkávají), *princip „pomáhajícího“* (pomoci druhému = pomoci sám sobě, pomáhající vnímá sebe jako méně závislého), *teorie „přidružení se“* k novému chování prostřednictvím *„odlišování se“* od původního jednání, *kolektivní vůle, energie a víra, význam informací* (získané informace umožňují lépe se vyrovnat s problémy) a *konstruktivní jednání* (skupiny jsou orientovány na jednání).

TYPOLOGIE SVÉPOMOCNÝCH SKUPIN

Moellerova typologie vyčleňuje sedm druhů svépomocných skupin. Prvním typem jsou tzv. *psychologicko – terapeutické skupiny*, kde členové skupiny za účasti terapeuta řeší své osobní konflikty a duševní poruchy (např. Skupina pro lidi s fobiemi a depresí). Dalším typem jsou tzv. *medicínské skupiny*. Charakteristické jsou hledáním pomoci zvenčí, fungují jako organizace. Třetím typem jsou tzv. *skupiny zaměřené na změnu vědomí* (např. skupina složená z jedinců homosexuálně orientovaných). Dalšími typy jsou: tzv. *skupiny orientované na utváření způsobu života* (v USA svépomocné skupiny chudých lidí), *skupiny orientované na práci, skupiny orientované na vzdělání* (reagují na nedostatky ve výchovně vzdělávacích systémech). Posledním typem jsou *skupiny mající podobu občanských iniciativ*, které se zabývají nečinností ústředních orgánů (např. výstavba města). Každá skupina musí mít stanovený svůj cíl, ke kterému směřuje. Pokud ho nemá, nefunguje efektivně. (Bútor, 1991)

Svépomocné skupiny pro osoby s duševním onemocněním (i jiné) přispívají svým členům ke změně vnímání sebe sama. Důvodem této změny je výše zmíněné scházení lidí nacházejících se ve stejné životní situaci. Je to jeden z možných způsobů destigmatizace.

Dosud není exaktně definováno, co je tou silou a zdrojem změn ve svépomocných skupinách. Je však prokázáno, že svépomocné skupiny jsou účinnou pomocí, jak se zbavit bezmoci, adaptovat se či změnit svou životní situaci. (Matoušek, 2013)

5.6 Psychiatrická reforma

V České republice stále převládá institucionální péče o osoby s duševním onemocněním. Častěji tyto osoby hospitalizujeme. *„Dostupnost psychiatrické péče je neuspokojivá, obor psychiatrie je v ČR dlouhodobě nedostatečně finančně zajištěn a jeho rozvoj je ve srovnání s většinou zemí Evropské unie zanedbán a opožděn. Z hlediska výdajů na duševní zdraví v ČR je podíl finančních prostředků vyčleněných na duševní zdraví v rámci zdravotnictví okolo*

2,91 % (ostatní členské země EU mezi 5–10 %).“ (Winkler, 2013) V západních zemích Evropy je dlouhodobě trendem budování komunitních služeb, tzn. poskytovat služby co nejbližší místu bydliště osoby s duševním onemocněním. Ministerstvo zdravotnictví si je vědomo tohoto problému, a proto před třemi lety začalo pracovat na reformě psychiatrické péče. Cílem reformy je humanizace psychiatrické péče, její komplexnější pojetí, reforma by se neměla týkat jen problematiky financování. Dne 11. 1. 2016 proběhl tiskový briefing, který se konal na pozvání ministra zdravotnictví Svatopluka Němečka. „*Je důležité, aby zde zůstaly psychiatrické nemocnice, které se zaměřují na dlouhodobou a následnou péči, aby v nemocnicích vznikala oddělení akutní psychiatrické péče a aby fungovala komunitní péče především v centrech duševního zdraví. Největší objem psychiatrické péče pak poskytuje samozřejmě sféra ambulantní,*“ na briefingu dodal ministr Němeček. (MZ ČR, 2016)

Centra duševního zdraví, centra komunitního charakteru, tvoří jeden z pilířů reformy psychiatrické péče. Plánuje se vznik sto takových center na území České republiky. Dalšími významnými kroky je rozšíření stávajících ambulantních pracovišť a vybudování psychiatrických oddělení v rámci všeobecných nemocnic. Vedení psychiatrické nemocnice Bohnice a organizace Fokus Praha takové centrum pro Prahu 8 na konci roku 2015 založilo. Cílem Centra duševního zdraví je nabídnout sociální i zdravotnickou péči, bojovat proti stigmatizaci osob s duševním onemocněním. „*Snažíme se jedna ku jedné spojit zdravotní a sociální péči o klienty, což je v Česku setrvalý problém. Část služeb poskytuje ministerstvo práce a sociálních věcí a část ministerstvo zdravotnictví. Jednotlivé služby spolu nekomunikují, jsou neprůchozí a nejde je propojit,*“ vysvětlila jedno z úskalí současného systému Blanka Novotná, vedoucí psychiatrických sester Centra duševního zdraví pro Prahu 8. (Burdová, 2016) Sociální a zdravotní pracovníci budou mít možnost vyměňovat si mezi sebou zkušenosti, také komunikace mezi nimi bude jednodušší, protože se stanou součástí jednoho týmu. Cílem budování těchto center je snížit počet hospitalizací a umožnit jedincům s duševním onemocněním fungovat ideálně ve vlastním bytě, pomoci klientům navrátit se do pracovního procesu. Při správném fungování může centrum zvýšit kvalitu života těchto osob. Vztah a navázání důvěry mezi klientem a terénním pracovníkem centra může předcházet krizovým situacím klienta. Klient se může v krizové situaci obrátit na svého přiděleného pracovníka a situaci s ním řešit. Často se stává, že osoba s duševním onemocněním ze strachu z hospitalizace na psychiatrickém oddělení, odbornou lékařskou pomoc raději nevyhledá. Cílem je pomoci klientům dosáhnout takového způsobu života, který se nejvíce podobá běžnému životu. V některých případech je hospitalizace nutná. U jiných může být prospěšnější pomoc v domácím prostředí. (Burdová, 2016)

Strategie reformy psychiatrické péče je rozdělena do tří oblastí. Tou první je Vznik strategického dokumentu, který byl k dispozici v roce 2013. Je to materiál živý, na kterém se stále pracuje a podle něj se postupuje v dalších krocích. Druhou oblast tvoří Národní plán péče o osoby s duševním onemocněním, tj. realizace strategie. Poslední oblastí je Implementace strategie, což znamená realizaci jednotlivých projektů. Jejich spuštění je plánováno v roce 2020. (Reforma péče o duševní zdraví, 2016)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

ÚVOD PRAKTICKÉ ČÁSTI

Praktická část bakalářské práce je rozdělena do dvou kapitol. Je vystavěna na dvou výzkumných metodách. První část výzkumu je založena na rozhovorech s osobami s duševním onemocněním. Cílem této kvalitativní metody je zjistit subjektivní vnímání kvality života respondentů trpících duševním onemocněním. Druhá část výzkumné činnosti je založena na anketních lístcích pro majoritní společnost. Analýza dat této části výzkumu je kvantitativní, jinak má výzkum bakalářské práce kvalitativní charakter. Hlavním cílem tohoto šetření je zjistit, jaké postoje v majoritní společnosti převládají k osobám s duševním onemocněním.

Šestá kapitola obsahuje cíl šetření, výběr a charakteristiku výzkumného souboru a výsledky výzkumu rozdělené do kategorií. Sedmá kapitola obsahuje cíl šetření, metodiku výzkumu, analýzu a interpretaci výsledků, porovnání výsledků obou výzkumů uvedené v tabulce a diskuzi.

6. KVALITATIVNÍ VÝZKUM

Kvalitativní výzkum je vystavěn na rozhovorech s lidmi trpícími psychickou poruchou. Zaměřuje se na kvalitu života osob s duševním onemocněním. Na kvalitativní metodu formou rozhovorů je v této bakalářské práci kladen větší důraz. Výsledky této kvalitativní metody jsou doplněny o informace získané prostřednictvím kvantitativní metody kvalitativního charakteru. (viz 7. kapitola)

6.1 Cíl šetření

Hlavním cílem kvalitativního výzkumu bakalářské práce je zjistit subjektivní vnímání kvality života respondentů trpících duševním onemocněním.

Dílčími cíli je zjistit, jak jednotlivé faktory obsažené ve výzkumných otázkách jednotliví respondenti s duševním onemocněním vnímají, jak ovlivňují jejich kvalitu života. Zmíněné faktory se zaměřují na oblasti pracovního uplatnění, zdravotní péče, nezdravotnických zařízení a diskriminačních postojů ze strany majoritní společnosti.

6.2 Výběr a charakteristika výzkumného souboru

Pro výběr výzkumného vzorku byla zvolena metoda záměrného výběru přes instituce. „*Jedná se o metodu, kdy využíváme určitého typu služeb nebo činnosti nějaké instituce, určené pro cílovou skupinu, která nás výzkumně zajímá.*“ (Miovský, 2006, s. 138) Záměrný výběr je z hlediska času a nákladů pro výzkumníka velmi efektivní.

Metoda individuálních rozhovorů byla uskutečněna v zařízení sociální rehabilitace Labyrint pro osoby s duševním onemocněním, která od 12. února 2016 sídlí nově v centru města Uherského Hradiště. Poskytovatelem této sociální služby je Oblastní charita Uherské Hradiště.

Základní vzorek byl tvořen osobami s duševním onemocněním, kteří využívají služby sociální prevence v centru sociální rehabilitace Labyrint.

Výzkumný soubor se skládal celkem z pěti osob s duševním onemocněním, a to ze čtyř žen a jednoho muže ve věku od 26 let do 45 let. Respondent č. 1 – žena, 26 let, bipolární porucha, respondent č. 2 – žena, 45 let, schizofrenie + deprese, respondent č. 3 – žena, 34 let, schizofrenie, respondent č. 4 – žena, 27 let, schizofrenie, respondent č. 5 – muž, 36 let, deprese.

Před začátkem každého rozhovoru bylo účastníkovi vysvětleno, že výzkum je realizován jako součást této bakalářské práce. Účastníci šli do rozhovorů dobrovolně. Byli obeznámeni s cílem výzkumu i záměrem bakalářské práce. Individuální rozhovory jsou anonymní.

6.3 Metodika šetření u osob s duševním onemocněním

Pro klienty s duševním onemocněním byl zvolen kvalitativní výzkum. Kvalitativní přístup využívá principů jedinečnosti, kontextuálnosti, dynamiky a procesuálnosti využívající kvalitativních metod. (Miovský, 2006) Byla zvolena metoda polostrukturovaného (semistrukturovaného) rozhovoru. Polostrukturované interview je nejrozšířenější podobou metody rozhovoru. Výzkumník musí vytvořit schéma, které je pro něj závazné a specifikovat okruh otázek.

Při rozhovoru se pořadí otázek může měnit podle potřeby, také styl pokládání otázek.

U této metody máme definované tzv. jádro interview, tzn. výzkumník (tazatel) si zvolí minimum témat a otázek, které během rozhovoru musí probrat s respondentem. (tamtéž) Výhodou je možnost klást doplňující otázky během rozhovoru.

Při analýze kvalitativních dat z interview byla použita **metoda vytváření trsů**. Odpovědi účastníků šetření autorka bakalářské práce rozčlenila do kategorií (trsů) pro lepší orientaci. „Metoda vytváření trsů obvykle slouží k tomu, abychom seskupili a konceptualizovali určité výroky do skupin.“ (tamtéž, s. 221) Na základě získaných výsledků se v teoretické části bakalářské práce zaměřila na oblasti života, které respondenti uváděli.

6.4 Výsledky výzkumu

- Kategorie č. 1: **Prvky diskriminace, podmínky přijetí společnosti**

„Onemocněla jsem v roce 1997 – tenkrát mě lidé nazývali bláznem, přijímali mě s odporem a pohrdáním. V dnešní době je to jiné, už se na mě s takovým odporem nedívají. Pokud to nejde vidět, lidé si nemyslí, že ti něco je.“ Žena, 45 let, schizofrenie – deprese. Ze získaných výsledků jsem došla k závěru, že pokud se osoba s duševním onemocněním cítí ve společnosti dobře a přijata, žije se jí dobře. Některé psychiatrické diagnózy budí v lidech obavy, a proto není tolik příležitostí k seznámení. I když respondenti uvedli, že se kulturním akcím (kino, divadlo, koncerty) nevyhýbají. Reakce okolí na diagnózu (často jde o šok) bývá často negativní, je to však velice individuální. Na otázku, jestli společnost vytváří vhodné podmínky pro začlenění, mi žena, 27 let s diagnózou schizofrenie odpověděla: „Ne. Vlastně trochu. Kamarádi i rodina se na mě vykašlala.“

- Kategorie č. 2: **Podpora v životě**

Tři z pěti respondentů uvedli, že v životě je posiluje rodina a centrum sociální rehabilitace Labyrinth. Labyrinth jim nabízí určitou míru podpory a sdílení svých pocitů mezi přáteli, kteří se potýkají se stejnou či podobnou situací.

- Kategorie č. 3: **Začlenění do pracovního procesu**

Tři respondenti jsou registrovaní na Úřadu práce, dva respondenti nejsou. Čtyři z pěti respondentů by chtěli být začlenění do pracovního procesu. Muž, 36 let s Aspergerovým syndromem a diagnózou deprese odpověděl: „*Zkušenosti s pohovory jsou spíše negativní. Výjimečně se k pohovorům dostanu.*“ Osoby s duševním onemocněním shání práci velmi obtížně. Stav onemocnění jim nedovoluje pracovat na plný úvazek. Všichni respondenti pobírají invalidní důchod, který jim umožňuje určitou míru finanční i sociální jistoty.

- Kategorie č. 4: **Lékařské služby a nezdravotnická zařízení**

Všichni respondenti navštěvují psychiatra. Z nezdravotnických zařízení je to denní centrum sociální rehabilitace Labyrinth pro osoby s duševním onemocněním. Centrum Labyrinth respondentům přináší spokojenost, určitou jistotu sdílení, možnost socializace a možnost popovídat si s přáteli. Žena, 34 let s diagnózou schizofrenie se o Labyrintu zmínila těmito slovy: „*Na Labyrintu mám ráda třeba svépomocné uzavřené skupiny, pomáhají mi. Přemýšlím nad tím, co slyším od ostatních.*“

Osobně si myslím, že taková zařízení mají pro osoby s duševním onemocněním velký význam.

- Kategorie č. 5: **Význam zvýšení povědomí o potřebách a životě lidí s duševním onemocněním**

Od 24. září do 8. října 2015 se v Uherském Hradišti konala kampaň s názvem Dny duševního zdraví, která měla za cíl zvýšit povědomí o potřebách osob s duševním onemocněním, informovat o dostupné pomoci v regionu. Sama jsem se této kampani účastnila. Má otázka na respondenty byla zaměřena konkrétně na tuto kampaň, na které se centrum Labyrinth podílelo.

Tři z pěti respondentů se této kampaně zúčastnilo. Získali i osobní zkušenost, když vystoupili před veřejností s Cirkusem Paciento.⁸ Odpovědi mě přivedly k závěru, že podobné akce mají svůj smysl. Citát od Franze Kafky, který s sebou kampaň nesla, zní: „*V mých očích jsou zdi, oddělující zdravé a nemocné, jen výrazem slepoty vůči skutečné hodnotě člověka, která je tam i zde stejná.*“

⁸ Cirkus Paciento je vícedenní socializační a aktivizační program pro pacienty psychiatrických léčeben nebo psychiatrických oddělení nemocnic. Vyvrcholením programu bývá společné cirkusové představení před veřejností.

7. KVANTITATIVNÍ METODA VÝZKUMU KVALITATIVNÍHO CHARAKTERU

Druhá část výzkumu byla realizována prostřednictvím anonymní a dobrovolné ankety směřující k majoritní společnosti. Anketa se zaměřila na vnímání osob s duševním onemocněním ve společenském kontextu.

7.1 Cíl šetření

Hlavním cílem šetření je zjistit, jaké postoje v majoritní společnosti převládají k osobám s duševním onemocněním.

Díložními cíli je zjistit míru informovanosti společnosti o psychických poruchách, o jejich potřebách, a názor v rámci začlenění osob s duševním onemocněním do majoritní společnosti. Na základě stanovených cílů šetření byly stanoveny výzkumné otázky. (viz příloha)

7.2 Metodika výzkumu

Metoda analýzy dat výzkumu byla kvantitativní, jinak má výzkum kvalitativní charakter.

Anketa byla koncipována za účelem zjištění postojů majoritní společnosti k osobám s duševním onemocněním. Anketa nese doplňující informace. Byla realizována se záměrem získání informací doplňujících první kvalitativní výzkum. (viz příloha)

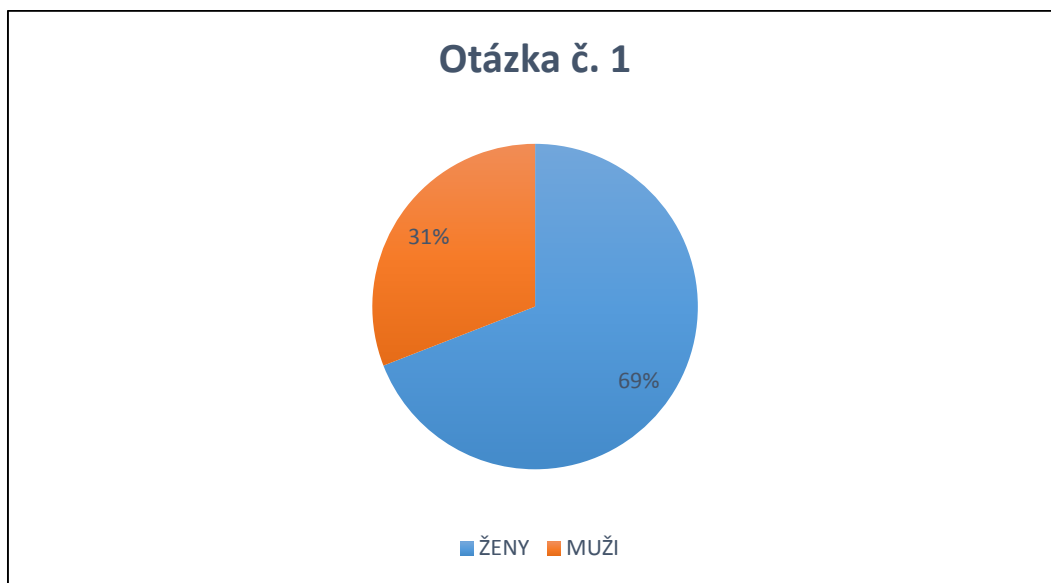
Šetření probíhalo od prosince 2015 do konce ledna 2016 prostřednictvím vyplňování předem připravených anketních lístků pro majoritní společnost. Na anketu odpovědělo celkem 55 respondentů, a to 38 žen a 17 mužů ve věku od 15 do 80 let, žijící na území České republiky. Výběr výzkumného vzorku byl založen na metodě samovýběru a ochotě jednotlivců participovat na šetření. Tato metoda je založena na principu dobrovolnosti.

Anketa se skládala převážně z uzavřených otázek, kdy respondenti volili mezi odpověďmi Ano, Ne nebo Nevím. Poslední otázka ankety vyžadovala doplněnou odpověď samotných respondentů.

7.3 Analýza a interpretace výsledků

Výsledné hodnoty byly zpracovány do grafické podoby a pro lepší přehlednost byly uvedeny v procentuálním i v hodnotovém zastoupení.

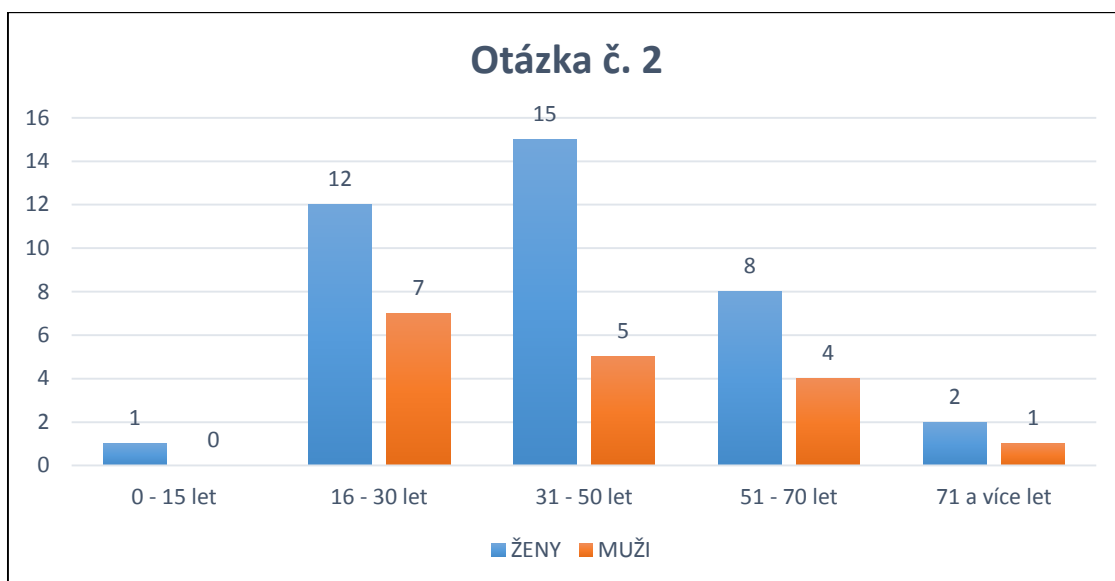
1. Položka: Pohlaví



Graf 1: Grafické znázornění procentuálního zastoupení pohlaví dotazovaných osob

Výzkumu se zúčastnilo celkem 55 respondentů, z toho 38 žen (69 %) a 17 mužů (31 %).

2. Položka: Věk



Graf 2: Grafické znázornění věkových kategorií respondentů v hodnotovém zastoupení

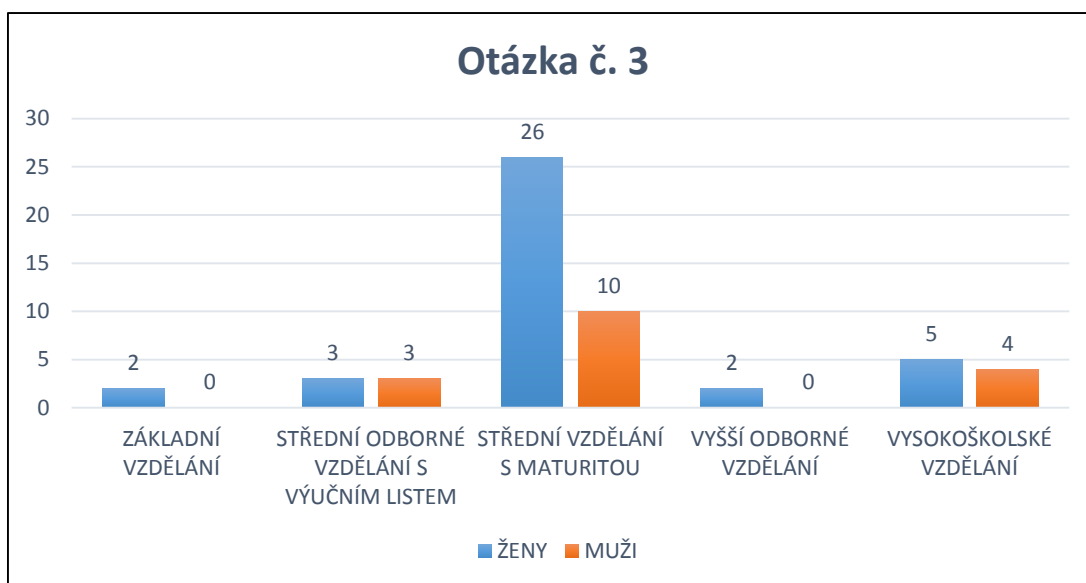
Věkové kategorie a jejich obsazení vyjádřené v hodnotách u ženského pohlaví:

0 – 15 let = 1 respondentka, 16 – 30 let = 12 respondentek, 31 – 50 let = 15 respondentek, 51 – 70 let = 8 respondentek, 71 a více = 2 respondentky.

Věkové kategorie a jejich obsazení vyjádřené v hodnotách u mužského pohlaví:

0 – 15 let = žádný respondent, 16 – 30 let = 7 respondentů, 31 – 50 let = 5 respondentů, 51 – 70 let = 4 respondenti, 71 a více = 1 respondent.

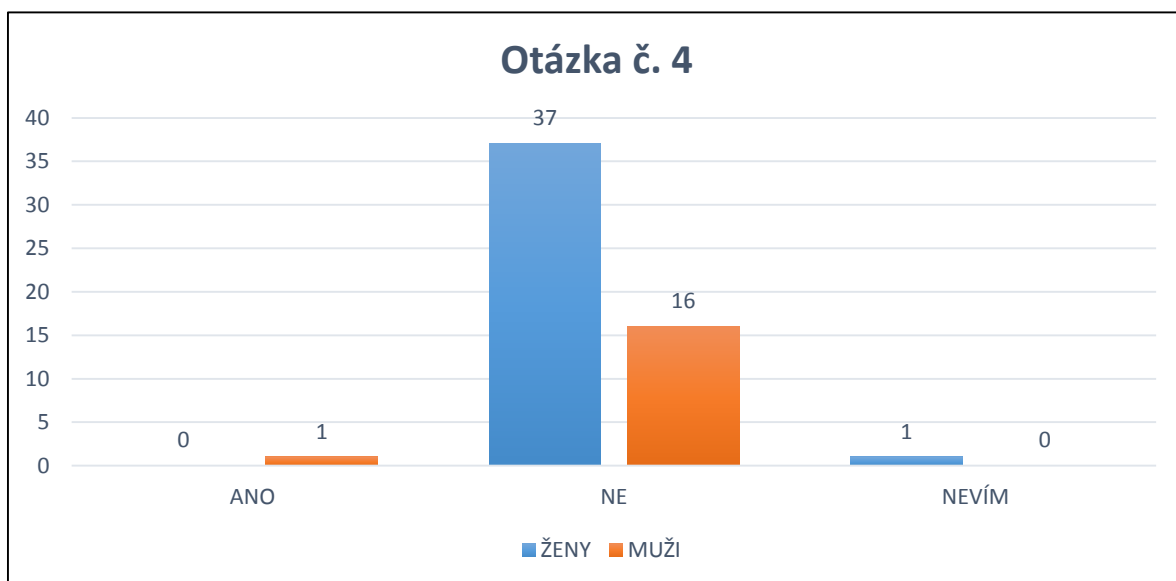
3. Položka: Nejvyšší dosažené vzdělání



Graf 3: Grafické znázornění nejvýše dosaženého vzdělání respondentů obou pohlaví

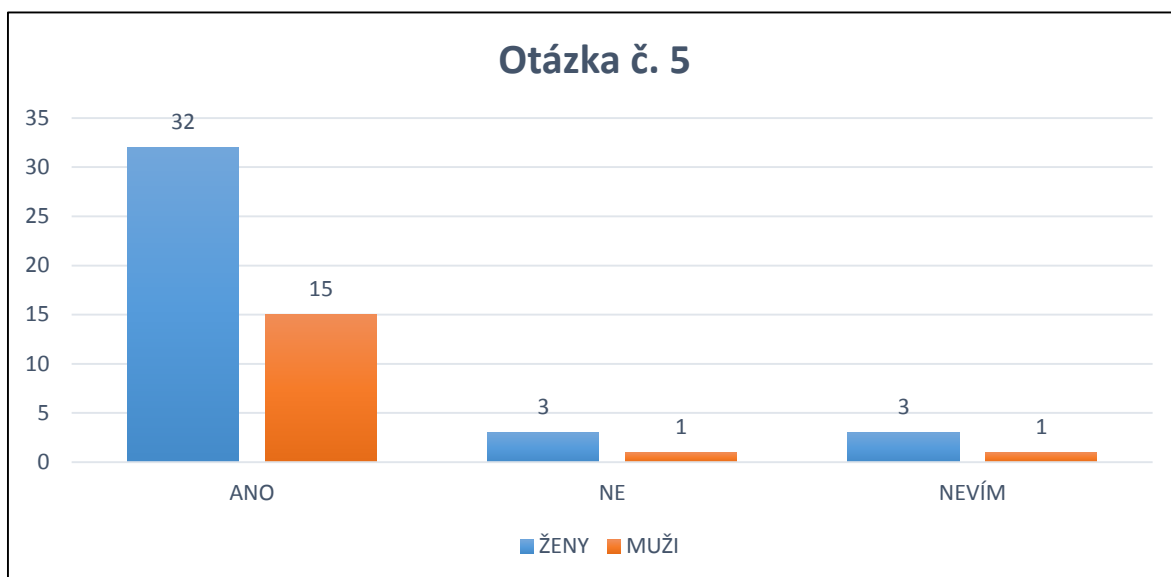
Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů uvedeno v hodnotách. V zastoupení respondentů dosáhly základního vzdělání 2 ženy, středního odborného vzdělání s výučním listem dosáhly 3 ženy i 3 muži, středního vzdělání s maturitou dosáhlo 26 žen a 10 mužů, vyššího odborného vzdělání dosáhly 2 ženy a vysokoškolského vzdělání dosáhlo 5 žen a 4 muži.

4. Položka: Léčil/a jste se nebo léčíte s diagnózou patřící do kategorie duševního onemocnění?



Graf 4: Grafické znázornění odpovědí obou pohlaví na otázku č. 4 v hodnotovém zastoupení
37 žen a 16 mužů se neléčilo nebo neléčí s duševním onemocněním. 1 muž se léčil nebo léčí s duševním onemocněním. 1 žena neví o svém současném zdravotním stavu.

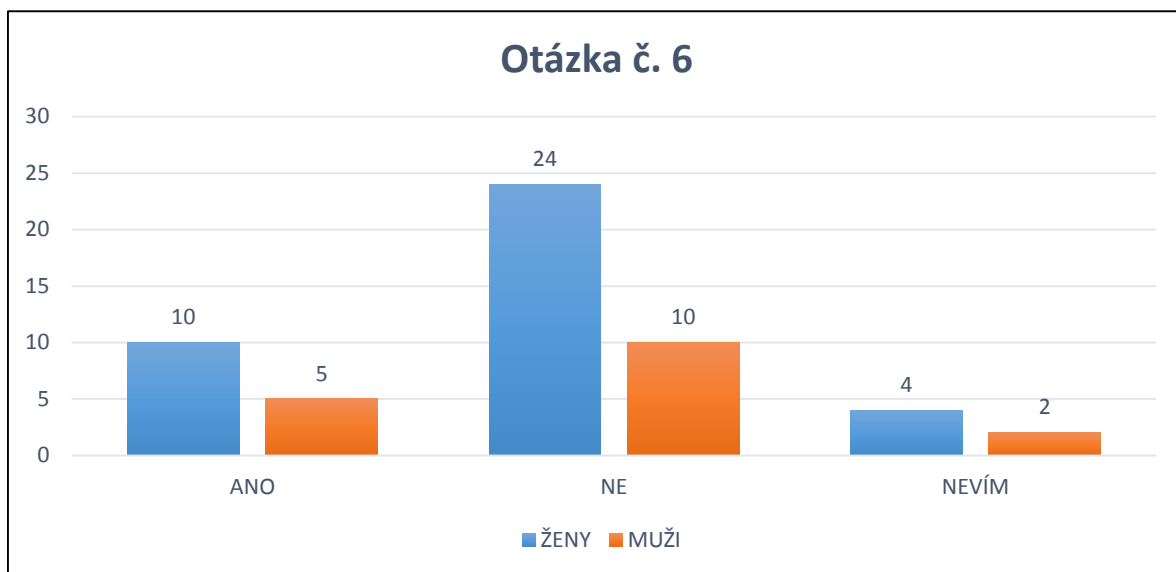
5. Položka: Setkal/a jste se někdy s osobou s duševním onemocněním?



Graf 5: Grafické znázornění odpovědí obou pohlaví na otázku č. 5 v hodnotovém zastoupení

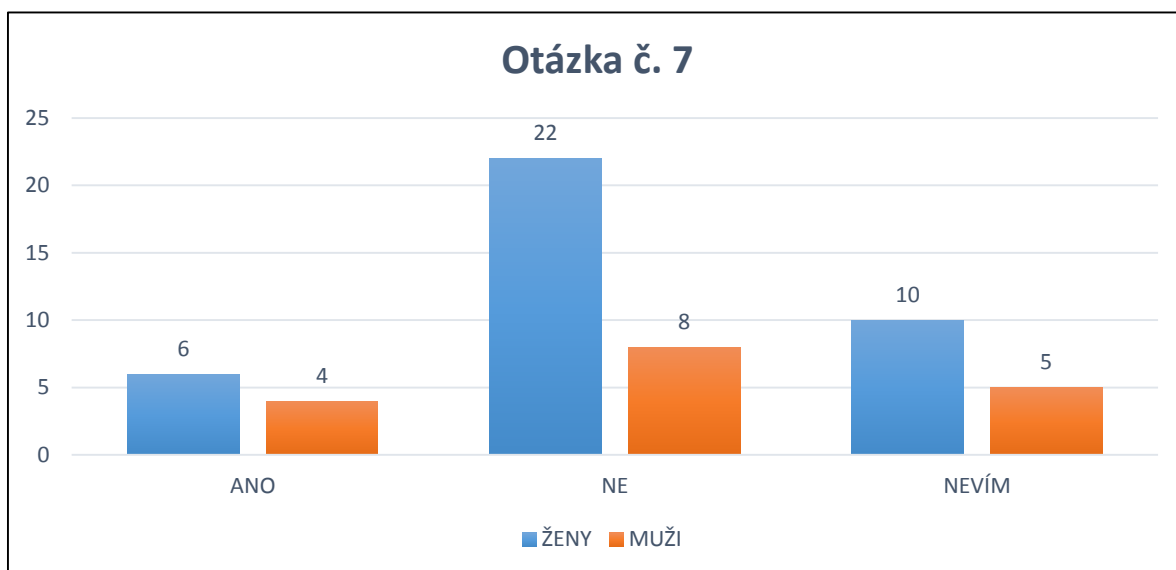
32 žen a 15 mužů z celkového počtu 55 respondentů se setkala s osobou s duševním onemocněním, naopak 3 ženy a 1 muž ví, že se nesečkali. 3 ženy a 1 muž neví, jestli s osobou s duševním onemocněním přišli do kontaktu.

6. Položka: Vyskytuje se ve Vašem okolí osoba s duševním onemocněním, se kterou máte bližší vztah?



Graf 6: Grafické znázornění odpovědí obou pohlaví na otázku č. 6 v hodnotovém zastoupení
10 žen a 5 mužů uvedlo, že se v jejich okolí osoba s duševním onemocněním vyskytuje, 24 žen a 10 mužů odpovědělo, že nevyskytuje. 4 ženy a 2 muži neví, že by se v jejich okolí osoba s duševním onemocněním vyskytovala.

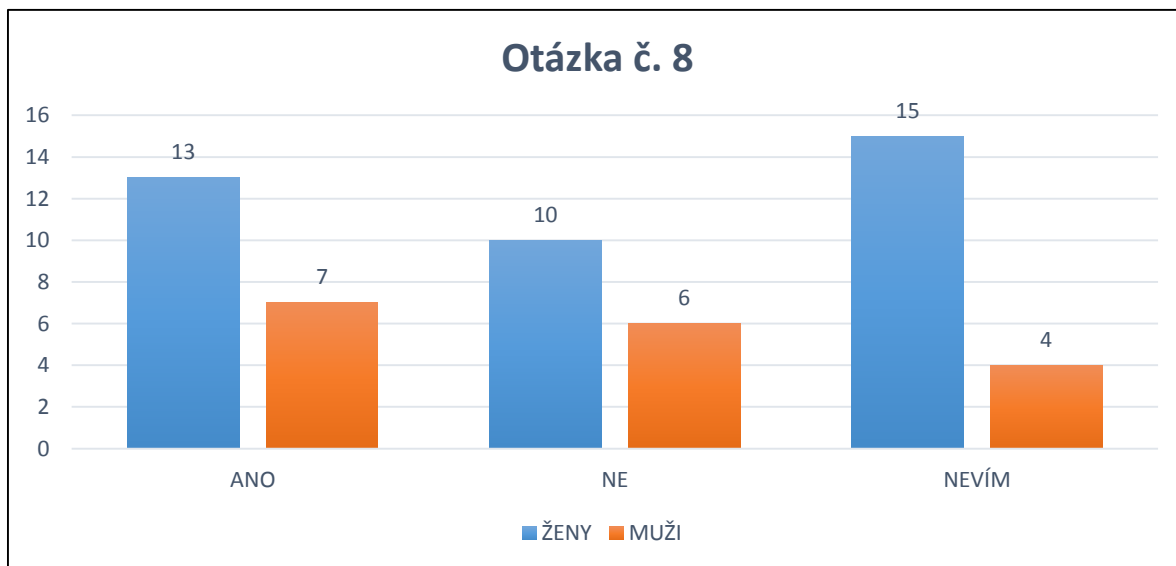
7. Položka: Vadilo by Vám pracovat s osobou s duševním onemocněním?



Graf 7: Grafické znázornění odpovědí obou pohlaví na otázku č. 7 v hodnotovém zastoupení

6 ženám a 4 mužům by vadilo pracovat s osobou s duševním onemocněním, 22 ženám a 8 mužům by to nečinilo potíže. 10 žen a 5 mužů zvolilo třetí odpověď nevím.

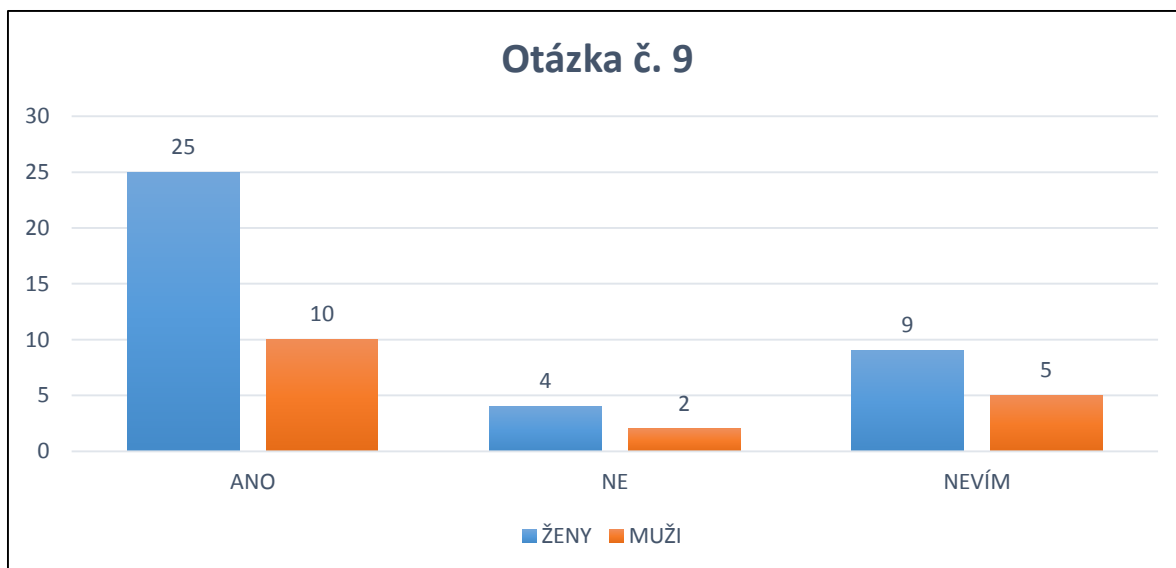
8. Položka: Nabídl/a byste pracovní místo jedinci s duševním onemocněním?



Graf 8: Grafické znázornění odpovědí obou pohlaví na otázku č. 8 v hodnotovém zastoupení

13 žen a 7 mužů by osobě s duševním onemocněním pracovní místo nabídlo, 10 žen a 6 mužů by tak neučinilo. 15 žen a 4 muži neví, jestli by volné pracovní místo nabídli osobě s duševním onemocněním.

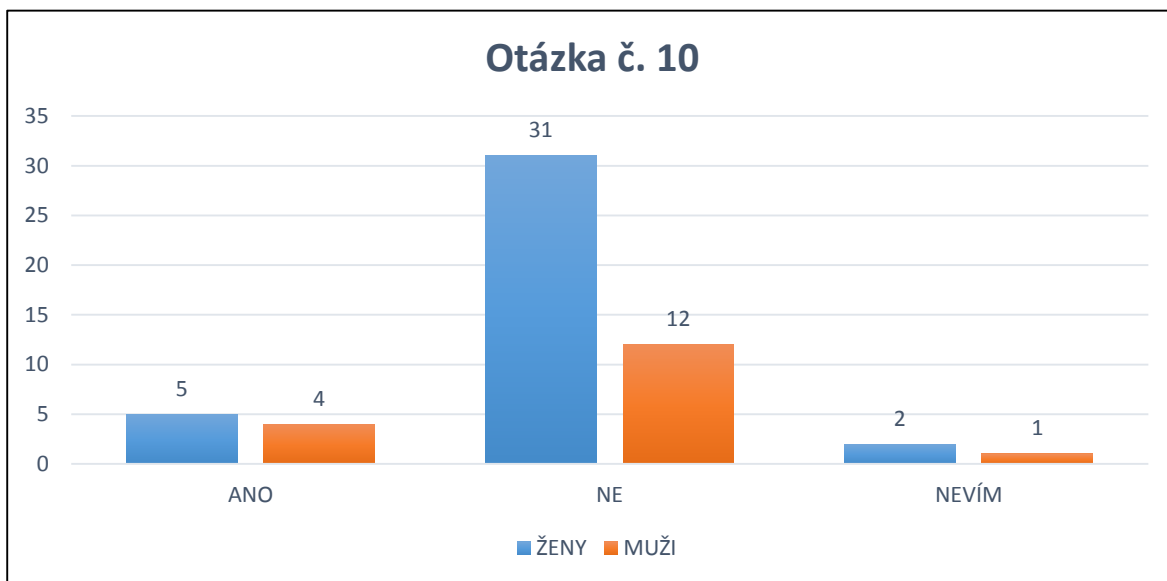
9. Položka: Je podle Vašeho názoru člověk s duševním onemocněním schopen začlenit se do pracovního procesu?



Graf 9: Grafické znázornění odpovědí obou pohlaví na otázku č. 9 v hodnotovém zastoupení

25 žen a 10 mužů jsou názoru, že člověk s duševním onemocněním je schopen začlenit se do pracovního procesu. 4 ženy a 2 muži si nemyslí, že by toho byla osoba s duševním onemocněním schopna. 9 žen a 5 mužů zvolilo třetí odpověď nevím.

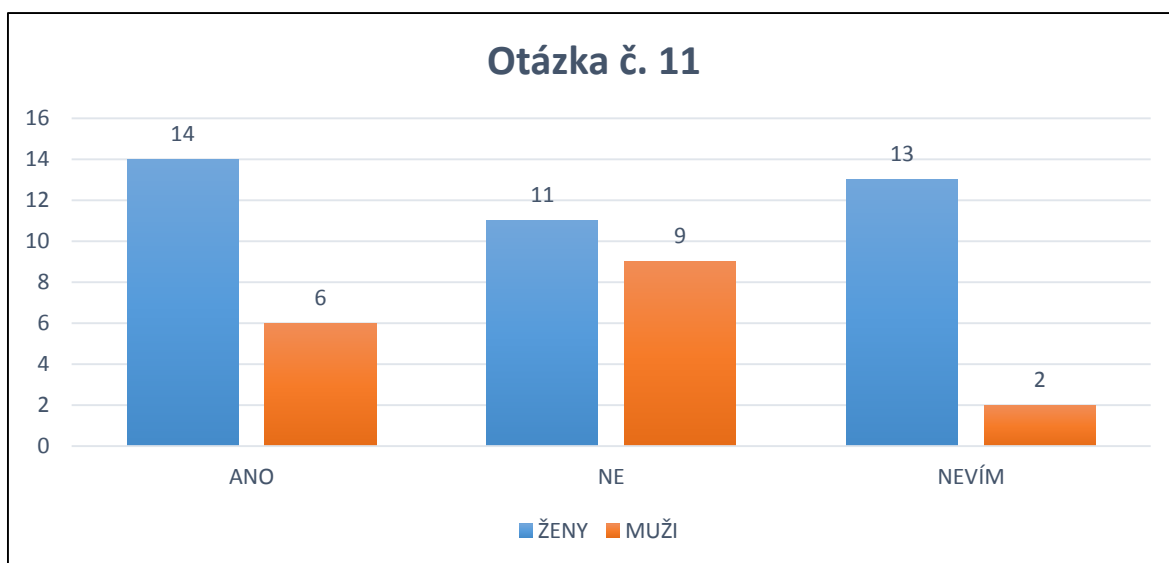
10. Položka: Vadil by Vám člověk s duševním onemocněním žijící ve Vašem sousedství?



Graf 10: Grafické znázornění odpovědí obou pohlaví na otázku č. 10 v hodnotovém zastoupení

5 ženám a 4 mužům by vadil člověk s duševním onemocněním žijící ve stejném sousedství, 31 ženám a 12 mužům by nevadilo žít ve stejném sousedství s osobou s duševním onemocněním, 2 ženy a 1 muž zvolili poslední možnost, a to neví.

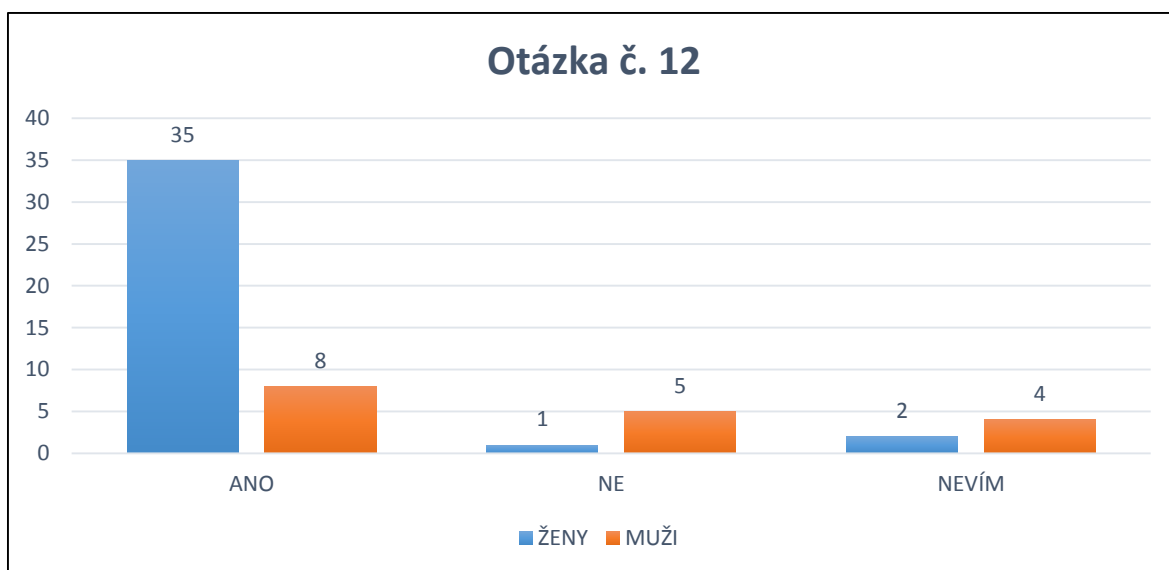
11: Položka: Uměl/a byste si představit sdílet domácnost s osobou s duševním onemocněním?



Graf 11: Grafické znázornění odpovědí obou pohlaví na otázku č. 11 v hodnotovém zastoupení

14 žen a 6 mužů si umí představit sdílet domácnost s osobou s duševním onemocněním, 11 žen a 9 mužů si to představit neumí, 13 žen a 2 muži odpověděli nevíím.

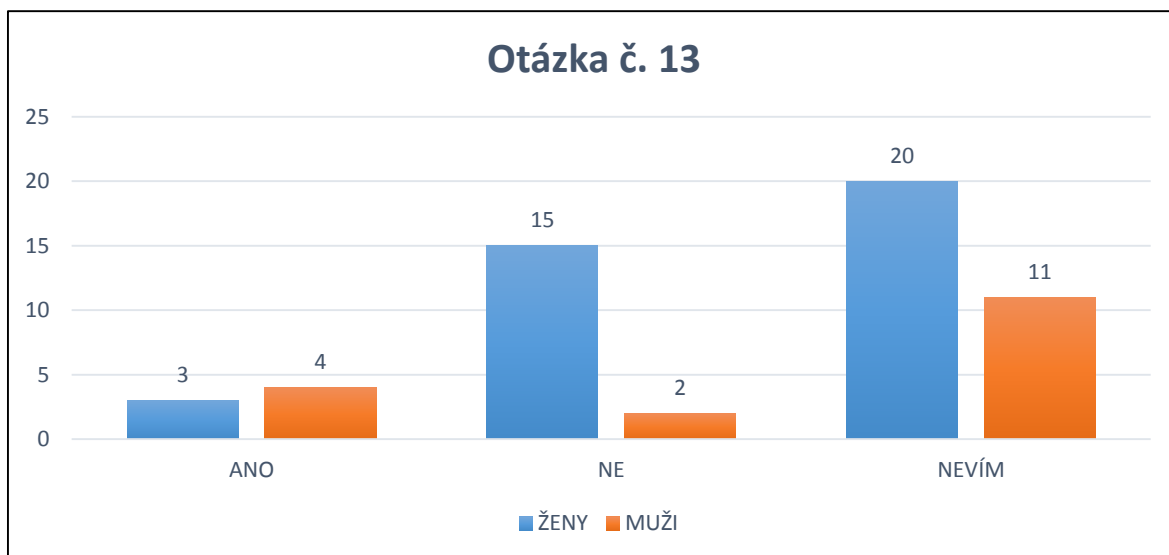
12. Položka: Podpořil/a byste kampaň zacílenou na zvýšení povědomí o potřebách a životě lidí s duševním onemocněním?



Graf 12: Grafické znázornění odpovědí obou pohlaví na otázku č. 12 v hodnotovém zastoupení

35 žen a 8 mužů by kampaň zacílenou na zvýšení povědomí o potřebách a životě lidí s duševním onemocněním podpořilo, 1 žena a 5 mužů by kampaň nepodpořilo, 2 ženy a 4 muži zvolili odpověď nevíím.

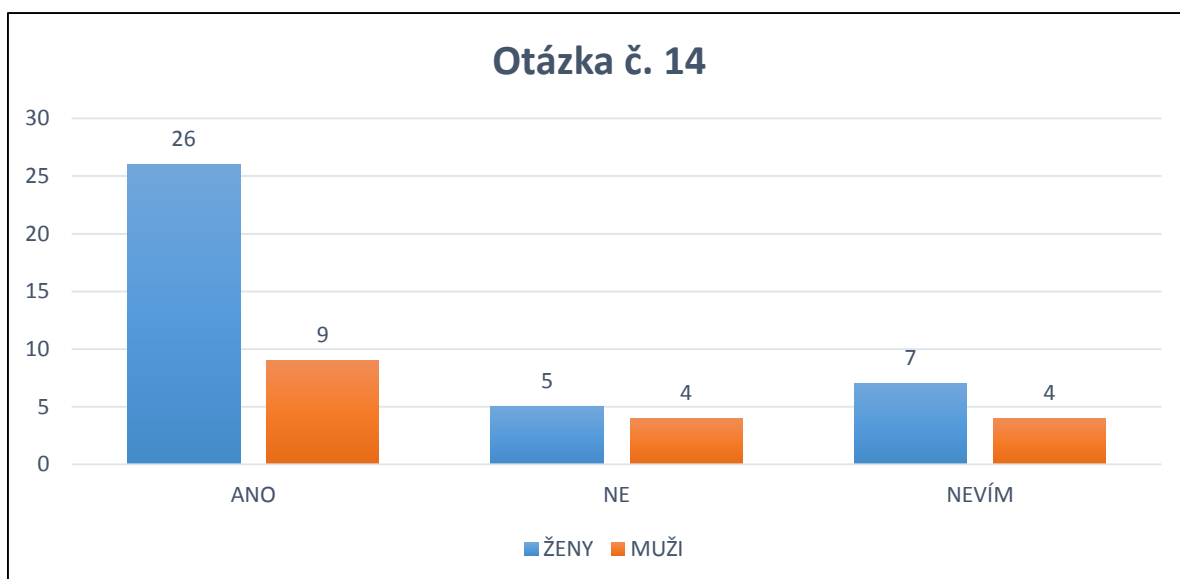
13. Položka: Domníváte se, že zdravotní péče v České republice o tyto osoby odpovídá jejich potřebám?



Graf 13: Grafické znázornění odpovědí obou pohlaví na otázku č. 13 v hodnotovém zastoupení

3 ženy a 4 muži se domnívají, že zdravotní péče v České republice o tyto osoby odpovídá jejich potřebám, 15 žen a 2 muži se nedomnívají, že zdravotní péče v České republice o tyto osoby odpovídá jejich potřebám, 20 žen a 11 mužů zvolilo odpověď nevím.

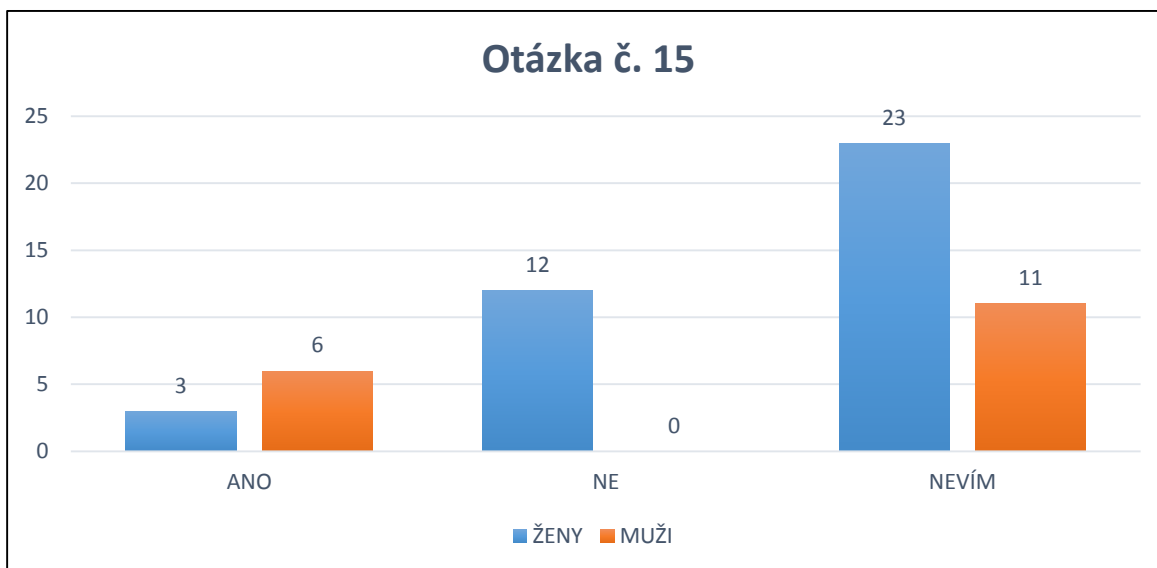
14. Položka: Zastáváte začlenění osob s duševním onemocněním do většinové společnosti?



Graf 14: Grafické znázornění odpovědí obou pohlaví na otázku č. 14 v hodnotovém zastoupení

26 žen a 9 mužů zastávají začlenění osob s duševním onemocněním do většinové společnosti, 5 žen a 4 muži nezastávají začlenění osob s duševním onemocněním do většinové společnosti, 7 žen a 4 muži zvolili odpověď nevím.

15. Položka: Jste názoru, že lidem s duševním onemocněním vytváříme vhodné podmínky a prostředí k jejich začlenění do většinové společnosti?



Graf 15: Grafické znázornění odpovědí obou pohlaví na otázku č. 15 v hodnotovém zastoupení

3 ženy a 6 mužů jsou názoru, že vytváříme vhodné podmínky k začlenění osob s duševním onemocněním do většinové společnosti, 12 žen si nemyslí, že vytváříme vhodné podmínky k začlenění, 23 žen a 11 mužů zvolilo odpověď nevíím.

16. Položka: Jaké služby k jejich podpoře mohou podle Vás lidé s duševním onemocněním využívat? (prosím vypište)

Výpis anketních odpovědí žen: psychiatr, různé stacionáře, denní zařízení pro lidi s duševním onemocněním, psycholog, léčení, stacionář, spolky pro duševně choré – ve velkých městech a obcích (dle mě už nemají žádnou možnost), psychiatrická a psychologická ambulantní péče, pomáhat při přípravě a realizaci kulturních akcí, ošetrovatelská péče, centra denních služeb (Charita), zájmové „kroužky“, psychoterapie, odborná péče, chráněné dílny, chráněné bydlení, poradenství, expresivní terapie, skupinové programy, podporované zaměstnávání, azylový dům, zařízení, která nabízí sociální, speciálněpedagogické a terapeutické služby, všechna zařízení (kde se budou cítit dobře).

10 žen na otázku č. 16 neodpovědělo, 6 žen napsalo odpověď „nevím“. Nejčastější odpovědi u žen byla odpověď psychiatr a psycholog.

Výpis anketních odpovědí mužů: chráněné bydlení, chráněné dílny, ambulantní psychiatrie, poradny, marihuana, lékařská pomoc, terapeutické dílny, pečovatelská služba, podporující neziskové organizace např. Naděje Otrokovice, zapojení se do příprav různých akcí, ústavy pro osoby s duševním onemocněním, nevím, kde by našli uplatnění (jsou totiž psychicky labilní), všechna zařízení, která ale nejsou uzpůsobena, což je problém, odborná péče, služby, které je nakopnou k částečné seberealizaci.

4 muži na otázku č. 16 neodpověděli, 2 muži napsali odpověď „nevím“.

7.4 Porovnání výsledků obou výzkumných metod

Výsledky obou výzkumných metod byly zpracovány do tabulky za účelem lepší přehlednosti.

Tabulka je rozdělena do tří sloupců. První sloupec znázorňuje jednotlivé kategorie vycházející z výzkumů, které ovlivňují kvalitu života osob s duševním onemocněním. Druhý sloupec obsahuje hodnotové zastoupení výsledků výzkumů za jednotlivé kategorie. Poslední sloupec obsahuje závěry vycházející z porovnání výsledků výzkumů.

Kvalitativního výzkumu se zúčastnilo 5 osob s duševním onemocněním. Anketní lístky vyplnilo celkem 55 osob, a to 38 žen a 17 mužů.

JEDNOTLIVÉ KATEGORIE	HODNOTOVÉ ZASTOUPENÍ VÝSLEDKŮ	ZÁVĚR
STIGMATIZACE	<p>Celkem 43 osobám by nevadil člověk s duševním onemocněním žijící v jejich sousedství.</p> <p>Celkem 47 osob se za svůj život setkalo s osobou s duševním onemocněním, z toho 15 osob s ní má bližší vztah.</p>	<p>Psychiatrická diagnóza stále vyvolává šok.</p> <p>Současný stav vnímání osob s duševním onemocněním je pozitivnější oproti minulosti.</p>
KAMPANĚ ZACÍLENÉ NA ZVÝŠENÍ POVĚDOMÍ O POTŘEBÁCH A ŽIVOTĚ LIDÍ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM	<p>Celkem 43 respondentů ankety by kampaně podpořilo, 6 osob volilo odpověď ne.</p> <p>Účastníci rozhovorů by tyto kampaně podpořili.</p>	<p>Veřejnost není dostatečně informovaná o specifikách jednotlivých psychických poruch.</p> <p>Kampaně boří bariéry mezi uměle vytvořenými světy → mají smysl.</p>

<p>PRACOVNÍ UPLATNĚNÍ OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM</p> <p>X</p> <p>NABÍDKA PRACOVNÍHO MÍSTA OSOBĚ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM</p>	<p>4 účastníci rozhovorů by chtěli být začleněni do pracovního procesu.</p> <p>Z ankety vyplývá, že 30 osobám by nevadilo sdílet pracovní prostředí s osobou s duševním onemocněním, pouze 10 lidem ano.</p> <p>X</p> <p>20 respondentů volilo odpověď ano a 16 respondentů ne.</p>	<p>Lidé s duševním onemocněním by byli rádi začleněni do pracovního procesu, příležitostí není mnoho.</p> <p>35 respondentů ankety je názoru, že lidé s duševním onemocněním jsou schopni začlenit se do pracovního procesu.</p>
<p>SDÍLENÍ DOMÁCNOSTI S OSOBOU S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM</p>	<p>20 respondentů ankety volilo odpověď ano a současně 20 respondentů ne.</p>	<p>Diagnóza duševní poruchy zasáhne do života nejen samotnému jedinci, ale i jeho blízkých příbuzných.</p> <p>Tři účastníci rozhovorů uvedli, že je to právě rodina, která je v životě posiluje.</p>
<p>KLADNÝ POSTOJ K ZAČLENĚNÍ OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM DO MAJORITNÍ SPOLEČNOSTI</p>	<p>35 respondentů ankety zastává kladný postoj, 9 osob uvedlo odpověď ne, 11 osob uvedlo odpověď nevím.</p>	<p>Z výsledků vyplývá mírný pocit nejistoty mezi respondenty ankety v pozitivní výsledek této cesty.</p>
<p>ZDRAVOTNÍ PÉČE O OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM</p>	<p>Celkem 31 respondentů ankety neví, zdali zdravotní péče odpovídá potřebám osob s duševním onemocněním. 17 respondentů je názoru, že neodpovídá jejich potřebám a jen 7 respondentů je názoru, že ano.</p>	<p>Malá informovanost majoritní společnosti o zdravotní péči o osoby s duševním onemocněním v ČR.</p>

<p>VYTVÁŘÍME VHODNÉ PODMÍNKY PRO ZAČLENĚNÍ OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM DO MAJORITNÍ SPOLEČNOSTI</p>	<p>9 respondentů zastává názor, že ano, 12 respondentů tento názor nezastává.</p> <p>34 respondentů, z toho 23 žen a 11 mužů, nebyli schopni situaci posoudit natolik, aby zvolili předcházející odpovědi.</p>	<p>Z výsledků vyplývá, že oblast vytvoření vhodných podmínek pro začlenění osob s duševním onemocněním není u veřejnosti natolik známá.</p>
---	--	---

Tabulka 1: Porovnání výsledků obou výzkumných metod

7.5 Diskuze

Cílem bakalářské práce bylo poznat a více porozumět různým oblastem života, které mohou lidem s duševním onemocněním život zkvalitnit nebo ho naopak činit obtížnějším. Praktická část bakalářské práce byla vystavěna na kvalitativním výzkumu formou rozhovorů s osobami s duševním onemocněním. Výzkum byl doplněn o informace získané kvantitativní metodou kvalitativního charakteru, a to anketou pro majoritní společnost. Cílem ankety bylo zjistit, jaké postoje společnost k osobám s duševním onemocněním zastává.

Z výzkumu vyplývá, že jedinci s duševním onemocněním jsou stále veřejností stigmatizováni. Jejich psychiatrická diagnóza vyvolává u lidí šok a poté následují obavy. Pokud bychom současný stav porovnali s minulostí, je zřejmé, že současný stav ve vnímání osob s duševním onemocněním je pozitivnější, jsou společností více přijímáni. Podle autorky bakalářské práce je důvodem této změny postojů větší informovanost o psychických poruchách a množství kampaní, které bojují proti stigmatizaci a seznamují veřejnost se specifiky jednotlivých psychických poruch. Tyto kampaně boří bariéry mezi uměle vytvořenými světy, o kterých ve svém citátu mluví Franz Kafka: „*V mých očích jsou zdi, oddělující zdravé a nemocné, jen výrazem slepoty vůči skutečné hodnotě člověka, která je tam i zde stejná.*“

Ze získaných výsledků jsem došla k závěru, že pokud se osoba s duševním onemocněním cítí ve společnosti dobře a přijata, žije se jí dobře. Účastníci rozhovorů uváděli, že rodina a centrum sociální rehabilitace Labyrint, kde byl výzkum realizován, jsou jejich oporami v životě. Centrum Labyrint jim přináší možnost být mezi lidmi se stejnou či podobnou životní situací. Cítí se být v tomto kolektivu přijati.

4 z 5 respondentů rozhovoru by chtěli být začlenění do pracovního procesu. S přijímacími pohovory mají spíše negativní zkušenost. Z ankety také vyplývá, že 30 osobám by nevdalo sdílet pracovní prostředí s osobou s duševním onemocněním, pouze 10 lidem ano. 20 respondentů by jedinci s duševním onemocněním práci nabídlo, za to 16 respondentů ne. I přes velkou míru ochrany těchto osob na trhu práce, není pro osoby s duševním onemocněním lehké najít vhodné pracovní místo.

Výsledky výzkumu ukázaly, že majoritní společnost není dostatečně informovaná ohledně zdravotní péče o osoby s duševním onemocněním. V současné době jsou stigmatizací postihnuty nejen osoby s duševním onemocněním, ale také celkově psychiatrická péče.

Získané informace z výzkumných metod bychom mohli využít jako základní kámen sestavení činností v oblasti terciální prevence pro osoby s duševním onemocněním. Terciální prevencí usilujeme o zmenšení nepříznivých dopadů životních událostí, postižení nebo nemocí. Výsledky nám přináší vhled do různých oblastí života jedince s duševním onemocněním. Na základě jednotlivých výsledků bychom mohli učinit taková opatření, která jsou potřebná k zařazení nebo návratu člověka do společenského prostředí. Lidé mají potřebu někam patřit.

Další výzkumy týkající se osob s duševním onemocněním by se mohly zaměřit na stigmatizaci těchto osob za účelem vymezení rozdílů v postojích majoritní společnosti k osobám s duševním onemocněním, a to v kontextu jednotlivých evropských států. Také připravovaná psychiatrická reforma České republiky by mohla být zajímavým námětem pro další výzkumnou činnost.

Znalost specifík jednotlivých psychických poruch je pro osobu pracující s osobami s duševním onemocněním důležitá. Poznatky o kvalitě života osob s duševní poruchou je významným základním kamenem kvalitní odborné práce, také v rámci stanovení pracovních cílů a empatického přístupu k těmto lidem.

ZÁVĚR

Málokdo si umí představit stav, kdy se bojí vyjít mezi lidi, má strach přiznat svou diagnózu. Mohl by být společností označen za šílence patřící na uzavřené oddělení. Někteří lidé s duševním onemocněním se ve společnosti takto cítí. Mnoho lidí neví, co život s psychickou poruchou obnáší. Duševní porucha nejde vidět. Mediální obraz psychických poruch je často negativní a nevyvážený. Právě tato nevědomost a nevyváženost informací je základem strachu a nejistoty.

Bakalářská práce na téma „Aspekty kvality života osob s duševním onemocněním“ přináší vhled do života těchto lidí. Cílem mé bakalářské práce bylo poznat a více porozumět různým oblastem života, které mohou těmto lidem život zkvalitnit nebo ho naopak činit obtížnějším.

Zdraví je cennou hodnotou našeho života. Často ji považujeme jako samozřejmost. Zdraví s vnímáním kvality života úzce souvisí. To je patrné i z definice Světové zdravotnické organizace, která zdraví definuje jako „*stav úplné tělesné, psychické a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci.*“ Zkoumáním kvality života se věnuje mnoho vědeckých disciplín. Ve své práci jsem se zaměřila na pojetí speciální pedagogiky a pojetí medicínské.

Teoretická část bakalářské práce obsahuje teoretické zpracování tří psychiatrických poruch, a to schizofrenie, deprese a bipolární afektivní poruchy. Právě tyto diagnózy byly respondentům rozhovorů diagnostikovány. Představte si, kdybyste pocit zoufalství a beznaděje měli v celém těle, ve své hlavě, celý život, jako mívají lidé trpící depresí.

Lidem se zdravotním postižením je na trhu práce věnována vyšší ochrana. Výzkum ukázal, že většině respondentů ankety by nevadilo sdílet pracovní prostředí s osobou s duševním onemocněním. Čtyři z pěti účastníků rozhovoru potvrdili, že by byli rádi začleněni do pracovního procesu. Ztráta zaměstnání, sociální izolace a stigmatizace jsou sociální aspekty, které se podílí na dalším vývoji onemocnění.

Ve své bakalářské práci se zabývám systémem sociálních služeb, které považuji za jeden z významných aspektů podílející se na kvalitě života osob s duševním onemocněním. Z rozhovorů s účastníky výzkumu vyšlo najevo, že rodina a centrum sociální rehabilitace Labyrint, kde výzkumné šetření bylo realizováno, jsou podporujícími činiteli v jejich životě.

Došla jsem k závěru, že osoby s duševním onemocněním jsou ze strany veřejnosti stále silně stigmatizovány. Denně čelí prvkům diskriminace. V porovnání s minulostí je situace po-

zitivnější. Současné postoje veřejnosti nesou více empatie a pochopení. Veřejnost je díky realizovaným kampaním bojujícím proti stigmatizaci informovanější. Tyto kampaně boří bariéry mezi uměle vytvořenými světy, o kterých ve svém citátu mluví Franz Kafka: „*V mých očích jsou zdi, oddělující zdravé a nemocné, jen výrazem slepoty vůči skutečné hodnotě člověka, která je tam i zde stejná.*“ Postavení osob s duševním onemocněním ve společnosti prochází a bude procházet vývojem. Kvalitu života by osobám s duševním onemocněním mohla přinést výstavba Center duševního zdraví, které jsou jedním z pilířů připravované psychiatrické reformy.

Téma mé bakalářské práce mi upevnilo a zejména doplnilo informace o potřebách a životě lidí s duševním onemocněním. V budoucnu bych se s těmito lidmi chtěla pracovně setkávat. Fjodor Michajlovič Dostojevskij napsal: „*Lásku, vlídnost a bratrský soucit potřebuje nemocný někdy více než všechny léky.*“

ZDROJE

Seznam použité literatury

BÚTORA, Martin. *Překročit svůj stín: kluby abstinujících a jiné svépomocné skupiny v péči o zdraví*. 1. vyd. Překlad Lubor Pok. Praha: Avicenum, 1991. Život a zdraví (Avicenum). ISBN 80-201-0086-5.

ČÁMSKÝ, Pavel, SEMBDNER, Jan, KRUTILOVÁ, Dagmar. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0027-7.

GAY, Christian. *Bipolární porucha: rady pro rodiny a blízké osob s maniodepresivními stavy*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-668-1.

GULOVÁ, Lenka. *Sociální práce: pro pedagogické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3379-1.

HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. 3. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0873-0.

HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena. *Velký psychologický slovník*. 4. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.

HEŘMANOVÁ, Eva. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2012. ISBN 978-80-7419-106-0.

HONZÁK, Radkin. *Deprese: depresivní nemocný v nepsychiatrické ordinaci*. 1. vyd. Praha: Galén, 1999. ISBN 80-85824-95-7.

CHLOUPKOVÁ, Soňa. *Jednání se zájemcem o službu sociální péče od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4678-4.

JANKOVSKÝ, Jiří, PFEIFFER, Jan, ŠVESTKOVÁ, Olga. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005. ISBN 80-7040-826-X.

KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.

KREJČÍŘOVÁ, Olga, TREZNEROVÁ, Ivana. *Sociální služby*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3692-0.

- LÁTALOVÁ, Klára. *Bipolární afektivní porucha*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3125-4.
- LUDÍKOVÁ, Libuše. *Kvalita života osob se speciálními potřebami*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3827-6.
- MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0213-4.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0211-0.
- MARKOVÁ, Marie. *Determinanty zdraví*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. ISBN 978-80-7013-545-7.
- MICHALÍK, Jan. *Poradenství uživatelům sociálních služeb*. 1. vyd. Olomouc: Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených - sekce vzdělávání, 2008. ISBN 978-80-903658-2-7.
- MICHALÍK, Jan. *Rodina pečující o člena se zdravotním postižením - kvalita života*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3643-2.
- MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
- MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4172-7.
- PRAŠKO, Ján a kol. *Co je to deprese a jak se léčí?: příručka pro nemocné*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1997. ISBN 80-85121-17-4.
- PRAŠKO, Ján, OCISKOVÁ, Marie. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5199-3.
- PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
- PROBSTOVÁ, Václava, PĚČ, Ondřej. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.

RABOCH, Jiří, HRDLIČKA, Michal, MOHR, Pavel, PAVLOVSKÝ, Pavel, PTÁČEK, Radek. *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. 1. vydání. Praha: Hogrefe - Testcentrum, 2015. ISBN 978-80-86471-52-5.

ŠARÁTKOVÁ, Anna. Speciální pedagogika a její mezioborové vztahy. In Ludíková a kol. *Základy speciální pedagogiky*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1479-1.

VALENTA, Milan, MÜLLER, Oldřich. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 5., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta, 2013. ISBN 978-80-7320-187-6.

VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0708-5.

Seznam elektronických zdrojů

BURDOVÁ, V. (2016): *Léčba duševních nemocí? Jsou třeba léky, důvěra i reforma*. [online]. [cit. 2016-03-06]. Dostupné z <http://prazsky.denik.cz/zpravy_region/lecba-dusevnych-nemoci-jsou-treba-leky-duvera-i-reforma-20160122.html>.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. (2011): *Health-Related Quality of Life (HRQOL)*. [online]. [cit. 2016-03-07]. Dostupné z <<http://www.cdc.gov/hrqol/concept.htm>>.

ČESKÁ TISKOVÁ KANCELÁŘ. (2016): *Češi přispěli k objevu genetické souvislosti u bipolární poruchy*. [online]. [cit. 2016-03-06]. Dostupné z <<https://www.ozdravotnictvi.cz/zpravodajstvi/cesi-prispeli-k-objevu-geneticke-souvislosti-u-bipolarni-poruchy/>>.

ČIHÁK, O., NAVRÁTILOVÁ, I. (2016): *I budoucí lékaři a sestry mají bohužel předsudky vůči duševně nemocným, říká psychiatricka*. [online]. [cit. 2016-03-11]. Dostupné z <http://www.rozhlas.cz/leonardo/dnes/_zprava/i-budouci-lekari-a-sestry-maji-predsudky-vuci-dusevne-nemocnym-rika-psychiatricka--1571772>.

ČESKO. Zákon č. 435 ze dne 13. května 2004 o zaměstnanosti. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 143. Dostupný také z <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-435#cast3>>.

ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37. Dostupné také z <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast8>>.

ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. (2015): *Invalidní důchody*. [online]. [cit. 2016-03-26]. Dostupné z <<http://www.cssz.cz/cz/duchodove-pojisteni/davky/invalidni-duchody.htm>>.

EDEROVÁ, H. (2015): *11 nejčastějších duševních poruch*. [online]. [cit. 2016-03-10]. Dostupné z <<http://eurodenik.cz/zdravi/11-nejcastejsich-dusevnych-poruch>>.

FOKUS PRAHA. (2016): *Tým podpory zaměstnávání Praha*. [online]. [cit. 2016-03-27]. Dostupné z <<http://www.fokus-praha.cz/index.php/vstup-do-sluzeb/priprava-na-praci-a-zamestnavani/centrum-programu-podpory-zam-praha>>.

GREEN DOORS. *Kdo jsme*. [online]. [cit. 2016-03-27]. Dostupné z <<http://www.greendoors.cz/kdo-jsme>>.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Druhy dávek*. [online]. [cit. 2016-03-26]. Dostupné z <<http://www.mpsv.cz/cs/3#dd>>.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Zaměstnávání osob se zdravotním postižením*. [online]. [cit. 2016-03-26]. Dostupné z <<http://www.mpsv.cz/cs/8#zozp>>.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. (2016): *Reforma psychiatrické péče je v rukou garantů, ministerstvo je podporuje*. [online]. [cit. 2016-03-19]. Dostupné z <http://www.mzcr.cz/dokumenty/reforma-psychiatricke-pece-je-v-rukou-odbornych-garantumministerstvo-je-podporu_11248_1.html>.

ODBOR SOCIÁLNÍCH SLUŽEB A SOCIÁLNÍ PRÁCE. (2012): *Cíl a účel sociální služby a prostředky k jeho dosahování*. [online]. [cit. 2016-04-14]. Dostupné z <<http://www.mpsv.cz/cs/13929>>.

PAŠKOVÁ, I. (2015): *Dny duševního zdraví otevrou lidem oči*. [online]. [cit. 2016-04-10]. Dostupné z <<http://www.idobryden.cz/kultura/dny-dusevniho-zdravi-lidem-otevrou-ocirn/94e9a27c-5eed-11e5-8372-005056ab0011/>>.

PERQUIN, L. *Pesso Boyden Systém Psychomotor: Specializace v psychoterapii*. Sborník Capita Selecta. [online]. [cit. 2016-02-25]. Dostupné z <<http://www.pbsp.cz/texty/txtprq1.htm>>.

REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ. (2016): *Strategie*. [online]. [cit. 2016-03-18]. Dostupné z <http://www.reformapsychiatrie.cz/strategie/#.VwX_XfmLTIV>.

VÁLKOVÁ, H. (2015): *Každý pátý chce invalidní důchod kvůli duševní nemoci, žadatelů přibývá*. [online]. [cit. 2016-03-14]. Dostupné z <http://zpravy.idnes.cz/invalidni-uchod-dusevni-nemoc-nudz-db8-/domaci.aspx?c=A150216_140450_domaci_hv>.

WINKLER, P. Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení. In Psychiatrické centrum Praha. *Základní komparace jednotlivých evropských zemí v základních ukazatelích stavu péče o duševní zdraví*. [online]. Praha, 2008. [cit. 2016-03-19] Dostupné z <http://www.nudz.cz/files/common/reforma_systemu_psychiat_pece.pdf>.

SEZNAM PŘÍLOH

A Anketa	73
B Seznam grafů	76
C Seznam tabulek	77
D Seznam použitých zkratk a symbolů	78

A ANKETA

Vážené respondentky, vážení respondenti,

obracím se na Vás s prosbou o vyplnění ankety, která poslouží jako podklad pro mou bakalářskou práci na téma „Aspekty kvality života osob s duševním onemocněním“.

Anketa je dobrovolná a anonymní. Nezabere Vám mnoho času.

Pro účely ankety:

V anketě se pod termínem „duševní onemocnění“ zaměřuji na: Psychické procesy, projevující se v myšlení, prožívání a chování člověka, znesnadňující jeho fungování ve společnosti.

(např. schizofrenie, deprese, úzkostné poruchy atd.). Nezaměřuji se na osoby s mentálním postižením.

Děkuji Vám.

Kristýna Paichlová, studentka Speciální pedagogiky-dramaterapie Univerzity Palackého v Olomouci.

Zvolené odpovědi prosím zakroužkujte.

1. Jakého jste pohlaví? a) ŽENA b) MUŽ
2. Kolik je Vám let?
3. Označte Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:
 - a) Základní vzdělání
 - b) Střední odborné vzdělání s výučním listem
 - c) Střední vzdělání s maturitou
 - d) Vyšší odborné vzdělání
 - e) Vysokoškolské vzdělání
4. Léčil/a jste se nebo léčíte s diagnózou patřící do kategorie duševního onemocnění?
 - a) ANO b) NE c) NEVÍM
5. Setkal/a jste se někdy s osobou s duševním onemocněním?
 - a) ANO b) NE c) NEVÍM

6. Vyskytuje se ve Vašem okolí osoba s duševním onemocněním, se kterou máte bližší vztah?
a) ANO b) NE c) NEVÍM
7. Vadilo by Vám pracovat s osobou s duševním onemocněním?
a) ANO b) NE c) NEVÍM
8. Nabídl/a byste pracovní místo jedinci s duševním onemocněním?
a) ANO b) NE c) NEVÍM
9. Je podle Vašeho názoru člověk s duševním onemocněním schopen začlenit se do pracovního procesu?
a) ANO b) NE c) NEVÍM
10. Vadil by Vám člověk s duševním onemocněním žijící ve Vašem sousedství?
a) ANO b) NE c) NEVÍM
11. Uměl/a byste si představit sdílet domácnost s osobou s duševním onemocněním?
a) ANO b) NE c) NEVÍM
12. Podpořil/a byste kampaň zacílenou na zvýšení povědomí o potřebách a životě lidí s duševním onemocněním?
a) ANO b) NE c) NEVÍM
13. Domníváte se, že zdravotní péče v České republice o tyto osoby odpovídá jejich potřebám?
a) ANO b) NE c) NEVÍM
14. Zastáváte začlenění osob s duševním onemocněním do většinové společnosti?
a) ANO b) NE c) NEVÍM

15. Jste názoru, že lidem s duševním onemocněním vytváříme vhodné podmínky a prostředí k jejich začlenění do většinové společnosti?

a) ANO b) NE c) NEVÍM

16. Jaké služby k jejich podpoře mohou podle Vás lidé s duševním onemocněním využívat?
(prosím vypište)

Děkuji Vám za Vaši ochotu a Váš čas, který jste věnovali vyplnění ankety.

„V mých očích jsou zdi, oddělující zdravé a nemocné, jen výrazem slepoty vůči skutečné hodnotě člověka, která je tam i zde stejná.“

Franz Kafka

B SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Grafické znázornění procentuálního zastoupení pohlaví dotazovaných osob

Graf 2: Grafické znázornění věkových kategorií respondentů v hodnotovém zastoupení

Graf 3: Grafické znázornění nejvýše dosaženého vzdělání respondentů obou pohlaví

Graf 4: Grafické znázornění odpovědí obou pohlaví na otázku č. 4 v hodnotovém zastoupení

Graf 5: Grafické znázornění odpovědí obou pohlaví na otázku č. 5 v hodnotovém zastoupení

Graf 6: Grafické znázornění odpovědí obou pohlaví na otázku č. 6 v hodnotovém zastoupení

Graf 7: Grafické znázornění odpovědí obou pohlaví na otázku č. 7 v hodnotovém zastoupení

Graf 8: Grafické znázornění odpovědí obou pohlaví na otázku č. 8 v hodnotovém zastoupení

Graf 9: Grafické znázornění odpovědí obou pohlaví na otázku č. 9 v hodnotovém zastoupení

Graf 10: Grafické znázornění odpovědí obou pohlaví na otázku č. 10 v hodnotovém zastoupení

Graf 11: Grafické znázornění odpovědí obou pohlaví na otázku č. 11 v hodnotovém zastoupení

Graf 12: Grafické znázornění odpovědí obou pohlaví na otázku č. 12 v hodnotovém zastoupení

Graf 13: Grafické znázornění odpovědí obou pohlaví na otázku č. 13 v hodnotovém zastoupení

Graf 14: Grafické znázornění odpovědí obou pohlaví na otázku č. 14 v hodnotovém zastoupení

Graf 15: Grafické znázornění odpovědí obou pohlaví na otázku č. 15 v hodnotovém zastoupení

C SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Porovnání výsledků obou výzkumných metod

D SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK A SYMBOLŮ

Tzn.	To znamená
Tzv.	Takzvaný
Tj.	To jest
Např.	Například
PBSP	Pesso – Boydem psychomotorický systém
HRQOL	Health Related Quality of Life
MKN – 10	Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize
WHO	Světová zdravotnická organizace
ČTK	Česká tisková kancelář
BAP	Bipolární afektivní porucha
ČR	Česká republika
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Kristýna Paichlová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Martin Dominik Polínek, Ph.D.
Rok obhajoby:	2016

Název práce:	Aspekty kvality života osob s duševním onemocněním
Název v angličtině:	The aspects of quality of life of people with mental illness
Anotace práce:	<p>Bakalářská práce se zabývá kvalitou života osob s duševním onemocněním. Cílem práce bylo porozumět různým oblastem života, které mohou těmto lidem život zkvalitnit nebo ho naopak činit obtížnějším. Jednotlivé kapitoly teoretické části se opírají o získané poznatky z výzkumných metod. Práce se zabývá stigmatizací, pojmem kvalita života, pracovním uplatněním osob s duševním onemocněním a sociálními službami, které mohou využít.</p> <p>Praktická část se zabývá vyhodnocením a shrnutím výzkumných metod. Hlavním cílem kvalitativních rozhovorů bylo zjistit subjektivní vnímání kvality života respondentů trpících duševním onemocněním. Hlavním cílem ankety bylo zjistit, jaké postoje v majoritní společnosti převládají k osobám s duševním onemocněním.</p>
Klíčová slova:	duševní onemocnění, kvalita života, stigma, pracovní uplatnění, sociální služby

Anotace v angličtině:	<p>This thesis deals with the quality of life of people with mental illness. The aim of study was to understand the different areas of life that can improve these people's lives or to which it make it more difficult. Individual chapters of the theoretical part are based on knowledge gained from research methods. The thesis deals with stigma, the concept of quality of life, job opportunities and welfare services for people with mental illness.</p> <p>The practical part deals with the evaluation and summary of research methods. The main of the qualitative interviews was to assess the subjective perception of the quality of life of respondents suffering from mental illness. The main of the survey was to identify the attitudes of society towards people with mental illness.</p>
Klíčová slova v angličtině:	mental illness, quality of life, stigma, employment, welfare services
Přílohy vázané v práci:	<p>A Anketa</p> <p>B Seznam grafů</p> <p>C Seznam tabulek</p> <p>D Seznam použitých zkratk a symbolů</p>
Rozsah práce:	78 s.
Jazyk práce:	Český jazyk