



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Problematika duševního zdraví populace České republiky

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **VEŘEJNÉ ZDRAVOTNICTVÍ**

Autor: Bc. Silvie Ondráčková

Vedoucí práce: doc. MUDr. Lidmila Hamplová, PhD.

České Budějovice 2017

Prohlášení

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

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

V Českých Budějovicích dne 10. 8. 2017

.....

(Bc. Silvie Ondráčková)

Poděkování

Děkuji doc. MUDr. Lidmile Hamplové, PhD. za odborné vedení diplomové práce, za ochotu, vstřícnost a cenné rady při jejím vypracování. Dále děkuji paní Ivě Ryznerové ze společnosti STEM/MARK při zajištění profesionálního statistického zpracování dotazníků a poradenství. Na závěr chci poděkovat ambulantním lékařům, kteří zajistili vyplnění a sběr dotazníků.

Problematika duševního zdraví populace České republiky

Abstrakt

Cílem diplomové práce bylo v teoretické části zmapovat problematiku duševního zdraví populace České republiky. Hlavním cílem výzkumné práce bylo upozornit na problematiku poruch duševního zdraví a zkoumat léčbu duševního zdraví z pohledu pacientů v ambulantní psychiatrické péči. Problematika duševního zdraví populace je široké téma, které jsem zpracovala s využitím mnoha relevantních podkladů, uvedených v analytických, statistických a jiných materiálech a oficiálních mezinárodních i českých dokumentech.

Výsledkem je zjištění, že přes některé nesporné klady systému je dostupnost psychiatrické péče v naší republice neuspokojivá a rozvoj oboru psychiatrie je ve srovnání s většinou zemí Evropské unie zanedbán a opožděn. Zásadní pozitivní změna se očekává od implementace dvou klíčových materiálů, Strategie reformy psychiatrické péče a Akčního plánu Duševní zdraví.

Pro splnění hlavního cíle výzkumu jsem vytvořila nestandardizovaný písemný dotazník pomocí kterého jsem zjišťovala pohled depresivních a úzkostných pacientů na léčbu jejich nemoci. Kvantitativní výzkum byl vyhodnocen s pomocí statistického programu SPSS. Hypotézy byly testovány pomocí Chí kvadrátu.

Z jeho závěrů vyplývá pro první a druhý vedlejší cíl konstatování, že obavy ze stigmatizace psychiatrickou léčbou i dobu rozhodování navštívit ambulanci psychiatra ovlivňují druh nemoci a konkrétní zdravotní obtíže. Významnější souvislost než sociodemografickým charakteristikám přisoudil výzkum typu osobnosti a rodinnému prostředí. Odpovědí na třetí vedlejší cíl je konstatování, že genderové rozdíly nemají vliv na pravidelné užívání psychiatrem předepsaných léků.

Komplexní výstupy z výzkumu léčby duševního zdraví z pohledu pacientů nabízejí možné využití zadáním nepožadovaných, ale zjištěných souvislostí a korelací.

Klíčová slova

Deprese; duševní zdraví; prevence; psychiatrie; reforma; terapie; úzkosti.

Mental Health Problems in the Population of the Czech Republic

Abstract

The aim of the thesis in the theoretical section was to describe the mental health problems in the Czech Republic. The main goal of the research work was to draw attention to these problems and to explore the psychiatric treatment from the outpatients' perspective. Mental health is a vast topic which I elaborated using many relevant sources mentioned in analytical, statistical and other materials as well as the official Czech and international documents.

The findings show that in spite of undisputable pluses of the Czech system, the accessibility of the psychiatric care is unsatisfactory and the promotion of the mental health services has been seriously neglected and delayed in the Czech Republic compared with most EU countries. A fundamental positive change has been expected with the implementation of two key agendas - the Psychiatric Care Reform Strategy and the Mental Health Action Plan. For the thesis an original, non-standardized written questionnaire was used to evaluate depressed and anxious patients' point of view of their treatment. The quantitative research was later evaluated using statistical methods. The quantitative research was evaluated with the SPSS statistical software. Hypotheses were tested using the chi-square.

The results suggest that the fear of stigmatisation by psychiatric care as well as the time to a psychiatrist visit are influenced by diagnosis and specific health problems. The results also suggest that the personality type and family milieu are more important than socio-demographic factors. Gender differences do not influence the compliance either.

The complex outcomes of the patients' attitude research can be later used in designing better mental health care.

Key words

Depression; mental health; prevention psychiatry; reform; therapy; anxiety

Obsah

Úvod.....	7
1. Současný stav.....	9
1.1 Zdraví populace.....	9
1.2 Duševní zdraví populace	11
1.2.1 Historie a vývoj oboru psychiatrie.....	11
1.3 Současný stav duševního zdraví populace a systému péče v ČR	13
1.3.1 Ambulantní psychiatrická péče.....	14
1.3.2 Lůžková psychiatrická péče	15
1.4 Pozitiva a negativa současného systému psychiatrické péče v ČR.....	16
1.4.1 Vývoj struktury zařízení psychiatrické péče.....	19
1.5 Dokumenty ve vztahu k péči o duševní zdraví v ČR a Evropě.....	19
1.5.1 Strategie reformy psychiatrické péče	24
1.5.2 Akční plán MZ ČR č. 3: Duševní zdraví.....	26
1.6 Problematika duševních poruch, stav a trendy vývoje v ČR.....	27
1.6.1 Příčiny vzniku duševních poruch.....	27
1.6.2 Diagnostika a terapie v psychiatrii	29
1.6.3 Rehabilitace jako terapie i prevence	30
1.6.4 Klasifikace duševních poruch	31
1.6.5 Vybrané skupiny duševních poruch	33
1.7 Duševní hygiena a prevence poruch duševního zdraví.....	36
1.7.1 Primární prevence	37
1.7.2 Sekundární prevence.....	38
1.7.3 Terciární prevence	38
2. Cíle práce a hypotézy.....	39
2.1 Cíle práce.....	39
2.2 Hypotézy.....	39
3. Metodika.....	40
3.1 Výběrový soubor.....	41
3.2 Testování hypotéz	41
4. Výsledky.....	43
4.1 Výsledky analýzy dotazníků	43
4.2 Testování hypotéz	69
5. Diskuze	75
ZÁVĚR	86
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	88
Přílohy.....	95
Seznam tabulek.....	122
Seznam obrázků	123
Seznam použitých zkratk	125

Úvod

Téma diplomové práce Problematika duševního zdraví populace České republiky jsem si vybrala na základě vztahu, který jsem si vytvořila k této oblasti našeho zdraví v průběhu mé pracovní praxe po zakončení bakalářského studia. Pro moderní společnost se prevence a terapie poruch duševního zdraví a obecně podpora duševního zdraví stávají prioritou.

Teoretická část diplomové práce se stěžejně věnuje období od počátku devadesátých let minulého století, kdy společenské změny v naší vlasti přinesly také nové možnosti a výzvy v oblasti psychiatrické péče, přičemž nově se zejména změnila organizace systému zdravotnictví. Celkově ovšem k velkému zklamání odborné veřejnosti psychiatrická péče v ČR v následujících letech nedoznala žádné zásadní pozitivní systémové změny a potýká se s dlouhodobou podfinancovaností. Přestože jsou klady stávajícího systému psychiatrické péče nesporné, dostupnost psychiatrické péče je neuspokojivá a rozvoj oboru psychiatrie je ve srovnání s většinou zemí Evropské unie zanedbán a opožděn. V období kolem vstupu ČR do EU se naše země připojila k několika klíčovým dokumentům WHO a současně v tomto období byly zpracovány zásadní analytické materiály, které se staly podkladem pro Strategii reformy psychiatrické péče, představenou MZ ČR v říjnu 2013. Na Strategii navazuje Akční plán č. 3 Duševní zdraví, který byl zpracován MZ ČR v roce 2015 a jehož úlohou je včasný záchyt projevů duševních nemocí, jejich léčba a zvýšení kvality života duševně nemocných osob prostřednictvím preventivních aktivit (primární, sekundární a terciární prevence).

Dále je hlavní pozornost věnována problematice afektivních (zejména depresivních) a neurotických (zejména úzkostných) nemocí. Je to proto, že patří mezi nejčastější psychiatrická onemocnění s nárůstem prevalence, velkou skrytou nemocností (zejména u depresí), ale současně s mimořádnou možností ovlivnění těchto nemocí prostřednictvím primární prevence u praktických lékařů.

Z tohoto důvodu jsem se v praktické části zaměřila právě na zkoumání léčby duševního zdraví z pohledu pacientů trpících depresivními a úzkostnými nemocemi,

kteří se léčí v ambulantní psychiatrické péči.

Konkrétními, specifickými cíli bylo zjistit vliv demografických faktorů na subjektivní vnímání stigmatizace psychiatrickou léčbou, dále zjistit faktory ovlivňující dobu rozhodování navštívit ambulantního psychiatra a konečně zjistit genderové rozdíly v užívání léků ovlivňujících duševní zdraví.

Výstupy z programového zpracování dotazníkových podkladů nabídly k úvahám další, původně nezamýšlené souvislosti a korelace.

1. Současný stav

1.1 Zdraví populace

Zdraví tělesné i duševní je základní společenskou a ekonomickou hodnotou. V Ústavě WHO je uvedeno: „*Dosažení co nejvyšší možné úrovně zdraví je jedním ze základních práv každé lidské bytosti*“ (WHO, 2013a, s.13).

Současným klíčovým dokumentem WHO pro oblast zdraví je program Zdraví 2020. Tento program vznikl za spolupráce regionálního úřadu WHO pro Evropu s dalšími organizacemi a institucemi a byl schválen regionálním výborem WHO pro Evropu v září 2012, a to ve dvou verzích.

Kratší verze má sloužit politikům a pracovníkům veřejné správy a popisuje hlavní současné zdravotní problémy a možnosti jejich zvládnání. Uvádí stěžejní politické a ekonomické argumenty pro péči o zdraví a vybízí k nadefinování vlastních cílů a priorit zdravotní politiky.

Delší verze je určena zejména pro odborné pracovníky, kteří se zabývají problematikou studia zdravotního stavu obyvatelstva, podporou zdraví, prevencí nemocí, zdravotní politikou a dalšími okolnostmi, které mají vliv na zdraví lidí. Poskytuje podrobnější analýzu a uvádí hlavní metody a opatření, jejichž účinnost již byla prokázána (MZ ČR, 2014a).

Do společných cílů všech evropských států patří „*výrazné zlepšení zdraví a životní pohody obyvatelstva, snížení rozsahu nerovností v oblasti zdraví, posílení péče o zdraví lidí, a to zejména ochrany a podpory zdraví i prevence nemocí a vytvoření všeobecně dostupných, spravedlivých, udržitelných a vysoce kvalitních zdravotních systémů zaměřených na lidi*“ (WHO, 2013a, s. 11).

Program Zdraví 2020 má čtyři hlavní priority:

- *celoživotní investice do zdraví, posilování role občanů a vytváření podmínek pro růst jejich osobní odpovědnosti za zdraví,*

- *čelit největším zdravotním problémům Evropy — infekčním i neinfekčním nemocem,*
- *posilovat zdravotnické systémy zaměřené na lidi, rozvíjet kapacity veřejného zdravotnictví, zajistit krizovou připravenost, průběžně monitorovat zdravotní situaci a zajistit vhodnou reakci při mimořádných situacích*
- *podílet se na vytváření odolných sociálních skupin žijících v prostředí, které je příznivé pro jejich zdraví (MZ ČR, 2014b, s. 17)*

Hlavní cíle programu Zdraví 2020

1. *Do roku 2020 snížit předčasnou úmrtnost*
2. *Zvýšit naději dožití (střední délku života)*
3. *Snížit nerovnosti v oblasti zdraví*
4. *Zvýšit životní pohodu obyvatel*
5. *Zajistit všeobecnou dostupnost zdravotní péče a respektovat právo na nejvyšší dosažitelnou úroveň zdraví*
6. *V jednotlivých členských státech stanovit národní zdravotní cíle a záměry (WHO, 2013a, s. 16)*

Program Zdraví 2020 zohledňuje variabilitu jednotlivých zemí v rámci regionu, respektuje jejich rozdílné výchozí pozice, specifika i jejich možnosti. Současná evropská zdravotní politika vychází z několika základních myšlenek, a to, že zdraví je důležitou hodnotou sociální, ekonomickou, humánní a individuální. Dle WHO by měl každý stát pečovat o co nejlepší zdraví svých obyvatel. WHO upozorňuje, že zdraví člověka ovlivňují okolní podmínky, ve kterých se po celý život nachází, a proto WHO doporučuje výrazně posílit oblast prevence nemocí a podpory zdraví (MZ ČR, 2014a).

V dosažení a udržení dobrého zdraví hraje klíčovou roli osobní přístup každého jednotlivce. Nezbytná je podpora ochrany a udržení zdraví v rodinách, školách, na pracovištích a všude jinde, kde žijí lidé. Pouze lidé informovaní o rizikových faktorech mohou zodpovědně pečovat o své zdraví a k zajištění této informovanosti je nezbytné soustavně zvyšovat zdravotní gramotnost všech skupin populace od nejtělejšího období

života až po seniorský věk. Adekvátní úroveň zdravotní gramotnosti je nástrojem pomáhajícím posilovat schopnosti lidí příznivě ovlivňovat svůj životní a zdravotní osud.

1.2 Duševní zdraví populace

Duševní zdraví je dle WHO definováno jako stav duševní pohody (tzv. well-being), při které je jedinec schopný uvědomovat si a realizovat svoje jedinečné možnosti a schopnosti, vypořádat se s běžnými stresujícími situacemi, produktivně a úspěšně vykonávat činnost a práci. Nejedná se pouze o nepřítomnost duševní poruchy. Na duševní zdraví člověka má zásadní vliv kvalita života, kulturní, sociální a ekonomické prostředí a také jeho samotný přístup k životu. Stejně tak jeho duševní kondice vymezuje a ovlivňuje kvalitu jeho života (Kebza a Šolcová, 2005).

Prevence a terapie poruch duševního zdraví a obecně podpora duševního zdraví spolu s odpovídající péčí se pro WHO a Evropskou unii stávají prioritou, jak to dokládají rezoluce přijaté WHO a Radou Evropské unie. Tyto rezoluce se naléhavě obračejí na členské státy, aby podnikly kroky ke zmírnění zátěže spojené s poruchami duševního zdraví a ke zlepšení pocitu duševní pohody (Raboch a Wenigová, 2012).

Problematika duševního zdraví a nemoci nabývá na stále větším významu. Duševní choroby dle údajů WHO a Světové banky představují v rozvinutých státech největší společensko-ekonomickou zátěž (duševní poruchy 22,0 %, kardiovaskulární choroby 20,4 %, nádorová onemocnění 13,7 %). Počet pacientů přicházejících do psychiatrických ambulancí v ČR se od roku 2000 do roku 2007 zvýšil o více než jednu třetinu, nejvíce v oblasti poruch nálady (nárůst o 109 %) a neurotických obtíží (o 53 %) (Raboch a Wenigová, 2012).

1.2.1 Historie a vývoj oboru psychiatrie

Psychiatrie byla na přelomu 19. a 20. století potvrzena jako medicínský obor, který se dnes dělí na psychiatrii dospělých, dětskou a dorostovou a dále na gerontopsychiatrii, psychiatrickou adiktologii, psychiatrickou sexuologii a psychiatrickou rehabilitaci. Její náplní je prevence, diagnostika, léčba, rehabilitace a výzkum duševních poruch. Psychoterapie jako společná funkční specializace ji úzce

propojuje s oborem klinické psychologie, se kterým bude moci poskytovat kvalitní diferencovanou péči.

Od počátku lidstva byl duševně nemocný člověk považován za méněcenného, který by neměl žít s ostatními. Ve středověku převažoval výklad, kdy být psychicky nemocný znamenalo být šílený a to se blížilo čarodějnictví. U nemocných se pak pátralo po stigmatěch, známkách toho, že postižený byl v nějakém kontaktu s ďáblem. Vlna čarodějnických procesů proběhla v 15. století i u nás. I když v té době začala fungovat některá zařízení, kde se o pacienty s duševními poruchami starali, z velké části zejména proto, aby je izolovali z tzv. „normální“ společnosti. Byli však zastánci i druhého trendu, který říkal, že duševní poruchy jsou poruchy zdraví a je nutno je diagnostikovat a léčit. Duševní poruchu jako nemoc chápal již Hippokrates a snažil se ji také léčit (Raboch a Pavlovský, 2012; Ocisková a Praško, 2015).

V historii psychiatrie jsou výrazně problematická dvě období: čarodějnické procesy ve středověku a 2. světová válka, kdy v Německu byly účelově přijaty a následně zneužity některé zákony, například zákon o eutanázii. Na jeho základě bylo na dětských psychiatrických odděleních zavražděno 10 000 dětí. Během Hitlerova režimu bylo celkem zavražděno 180 000 psychiatrických pacientů (Raboch a Pavlovský, 2012).

Na první psychiatrické léčebně vzniklé v 18. století se již praktikoval terapeutický režim a léčba prací. Došlo také ke klasifikaci různých poruch. Velká psychiatrická zařízení s kapacitou mnoha set lůžek vznikají později i v Čechách. K drastickým metodám léčby patřila například léčba šoková. Pacient byl zavřen do klece a ponořen pod vodní hladinu, přičemž přidušením mělo dojít k zabránění přísunu kyslíku a tím vyvolání šoku. Představa, že pacientům taková terapie může pomoci přetrvala až do 20. století.

Psychiatrie se stává součástí medicíny na přelomu 19. a 20. století, kdy dochází k uznávání duševních poruch coby poruch zdraví. Negativní vnímání psychických onemocnění ovšem přetrvává až do dneška. Existuje názor, že duševně nemocní by měli být izolováni a žít stranou společnosti

V roce 1938 se do lékařské praxe jako terapie zavádějí elektrošoky a přes mnohé kontroverzní názory na tuto metodu se v moderní úpravě používají dodnes. Stále častěji však převládá snaha ovlivňovat činnost mozku méně razantními stimulačními metodami (Raboch, 2015).

Od počátku 20. století se ve světě začíná uplatňovat psychologický individuální přístup, začíná se věnovat pozornost také prevenci těchto onemocnění a aplikuje se psychoanalýza a stále více různých druhů psychoterapií. Důležitější roli začíná hrát vztah mezi pacientem a terapeutem či ošetřujícím lékařem a pacientem. Od 2. poloviny 20. století dochází k obrovskému rozvoji nových léčebných postupů a prostředků a v rozvinutých státech se začíná klást stále větší důraz na prevenci těchto onemocnění a podporu duševního zdraví. V USA, ale i ve většině evropských zemí, jsou v posledních letech stále běžnější sociální přístupy k osobám s duševními poruchami. Upouští se od koncepce velkých léčebných zařízení a dává se přednost ambulantní léčbě, vzniká více linek důvěry, krizových center, chráněných dílen, rozvíjí se síť nejrůznějších zařízení a služeb, které pacientům pomáhají duševním chorobám čelit. V posledních letech se v rámci reformy psychiatrické péče i Česká republika snaží orientovat tímto směrem. Doporučením Evropské unie pro Českou republiku je snížení počtu psychiatrických léčen (od roku 2013 psychiatrických nemocnic) a počtu lůžek a vybudování systému převážně ambulantní péče. Současně začíná být v centru pozornosti též primární prevence poruch duševního zdraví (Raboch, 2013). Duševních poruch přibývá a přicházejí v mladším věku. Roste spotřeba antidepresiv (Raboch, 2015).

1.3 Současný stav duševního zdraví populace a systému péče v ČR

Od roku 1960 vydává Ústav zdravotnických informací a statistiky prostřednictvím zdravotnických ročenek ucelené přehledy o českém zdravotnictví. Informace čerpá z Národního zdravotnického informačního systému a demografických údajů Českého statistického úřadu. Psychiatrická péče v ČR se potýká s dlouhodobou podfinancovaností a nedoznala od počátku 90. let 20. století žádné zásadní systémové

změny.

Po roce 1989, kdy došlo ke změnám společenského systému v tehdejší Československu, se změnila organizace systému zdravotnictví. Zdravotnická zařízení získala právní subjektivitu, ambulantní zařízení byla z velké části privatizována. Stát, který je garantem zdravotní péče, ji zajišťuje prostřednictvím krajských úřadů. Klíčovou pozici mají v systému zdravotní pojišťovny, které financují psychiatrické ambulance na základě vykázaných výkonů (Hosák et al., 2015).

Další text se bude věnovat současnému stavu duševního zdraví populace.

1.3.1 Ambulantní psychiatrická péče

V roce 2015 bylo v České republice registrováno 1 137 ambulantních oddělení a pracovišť psychiatrie, ve kterých bylo evidováno 875 lékařů.

V rámci ambulantní péče bylo provedeno 3 045 659 vyšetření nebo ošetření a v porovnání s rokem 2013 byl zaznamenán nárůst o více než 5 % (o 149 101 vyšetření více). V rámci této ambulantní péče bylo léčeno 650 566 pacientů a ve srovnání s rokem 2013 došlo k nárůstu počtu evidovaných pacientů o téměř 8 % (o 47 361 pacientů).

Psychiatrickou péči vyhledaly častěji ženy než muži, a to jak v roce 2015, tak i v letech předchozích. Podíl žen na celkovém počtu vyšetření i na počtu pacientů se pohybuje dlouhodobě kolem 60 %.

Nejčastějšími diagnózami v psychiatrických ambulancích byly stejně jako v letech předešlých neurotické poruchy (cca 40 % z celkového počtu léčených pacientů) a afektivní poruchy (18 %). Další časté diagnostikované poruchy duševního zdraví byly poruchy vyvolané návykovými látkami a schizofrenie, jejich výskyt byl ale v porovnání s předchozími skupinami diagnóz nižší (obě skupiny diagnóz tvořily cca 8 %).

V porovnání s rokem 2013 byl zaznamenán u většiny sledovaných skupin diagnóz mírný pokles počtu pacientů, zejména u afektivních poruch (o 6 %), poruch osobnosti (o 6 %) a sexuálních poruch/deviací (o 43 %). Naopak k nárůstu počtu pacientů došlo u poruch způsobených užíváním návykových látek (o 2 % u alkoholu, téměř o 13 % u ostatních návykových látek), vývojových poruch v dětství a adolescenci (o 4 %), neurotických poruch (o 2 %) a patologického hráčství (o 2 %).

Při porovnání jednotlivých skupin psychiatrických diagnóz se u žen častěji objevují afektivní, neurotické a organické duševní poruchy, kde ženy tvoří od 64 % do 68 % z celkového počtu pacientů, a schizofrenie (téměř 53 %). U diagnózy poruchy příjmu potravy tvořily ženy dokonce 88 % z léčených pacientů pro tuto diagnózu.

U mužů jsou výrazně častěji zastoupeny sexuální poruchy/deviace, poruchy vyvolané alkoholem a ostatními psychoaktivními látkami a vývojové poruchy v dětství a adolescenci. Vysoký podíl byl u mužů pozorován také u diagnózy patologické hráčství (86 % z 1 457 pacientů) a sexuální dysfunkce (téměř 71 % z 8 891 pacientů).

U dětí ve věku 0–14 let najdeme nejčastěji vývojové poruchy (v dětství a adolescenci), mentální retardace a neurotické poruchy, které byly diagnostikovány u více než 97 % z celkového počtu pacientů této věkové kategorie (ÚZIS, 2016).

1.3.2 Lůžková psychiatrická péče

V roce 2015 v oblasti lůžkové péče zajišťovalo psychiatrickou péči 30 psychiatrických oddělení nemocnic s 1 308 lůžky, 18 psychiatrických léčeben pro dospělé s 8 583 lůžky a 3 psychiatrické léčebny pro děti s 250 lůžky.

V psychiatrických léčebnách (nemocnicích) připadlo 58 % na oddělení všeobecné psychiatrie, 20 % na pracoviště gerontopsychiatrická, 15 % na pracoviště pro léčbu alkoholismu a ostatních závislostí, více než 5 % na pracoviště dětské a dorostové psychiatrie a 2 % na pracoviště sexuologická.

V roce 2015 bylo evidováno v psychiatrických lůžkových zařízeních celkem 60 106 hospitalizací, z toho 19 955 hospitalizací na psychiatrických odděleních nemocnic, 38 787 hospitalizací v psychiatrických léčebnách (nemocnicích pro dospělé, 1 078 hospitalizací v psychiatrických léčebnách pro děti a 286 v ostatních psychiatrických lůžkových zařízeních. Oproti roku 2014 došlo k nepatrnému poklesu počtu hospitalizací, a to o 1 686 (cca 3 %).

Nejčastější diagnózy u hospitalizovaných pacientů byly poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (více než čtvrtina z celkového počtu hospitalizací, 15 844 hospitalizací), dále schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy (necelá pětina z celkového počtu hospitalizací, 10 999

hospitalizací) a neurotické, stresové, somatoformní poruchy, syndromy poruch chování spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (9 823 hospitalizací).

U hospitalizovaných mužů tvořily největší podíl poruchy vyvolané psychoaktivními látkami, dále schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy. Ženy byly nejčastěji hospitalizovány pro neurotické poruchy, dále pro léčbu schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy a léčbu poruch způsobených užíváním psychoaktivních látek.

U dětí do 15 let tvořily největší podíl hospitalizace pro léčbu poruch psychického vývoje a poruch chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a dospívání (téměř tři čtvrtiny hospitalizací) a neurotické, stresové a somatoformní poruchy a syndromy poruch chování (14 % hospitalizací) (ÚZIS, 2016).

1.4 Pozitiva a negativa současného systému psychiatrické péče v ČR

Stávající systém psychiatrické péče má přes nesporné klady (např. vyšší dostupnost psychofarmak, zlepšující se odborná úroveň pracovníků), také četné nedostatky. Neuspokojivá je dostupnost psychiatrické péče a celkově je rozvoj oboru psychiatrie ve srovnání s většinou zemí Evropské unie zanedbán a opožděn. Projevuje se ve všech jeho hlavních složkách – ambulantní, lůžkové i komunitní. Celý obor psychiatrie je v ČR dlouhodobě nedostatečně finančně zajištěn.

Podíl finančních prostředků vyčleněných na duševní zdraví v rámci našeho zdravotnictví činí necelá 3 % (u ostatních členských zemí EU se jedná o 5-10 %). Na HDP se obor psychiatrie podílí hodnotou 0,26 % (v EU jsou to průměrně 2 % HDP), s tím, že zdravotní rozpočet je v těchto státech rovněž vyšší. Podhodnocen je i ve srovnání s tuzemskými somatickými medicínskými obory i proto, že psychiatrie nevykazuje množství finančně nákladných instrumentálních výkonů.

Stejně tak diagnostická i léčebná práce v psychiatrii, která je vysoce specializovaná a psychicky náročná není adekvátně hodnocena (MZ ČR, 2013).

V rámci vymezení pozice mezi ostatními medicínskými obory se psychiatrii nedostává dlouhodobě zaslouženého a potřebného zájmu.

Chronologický vývoj psychiatrické péče od devadesátých let dvacátého století ukazuje, že struktura ambulantní, ale zvláště lůžkové péče neprošla zásadní restrukturalizací reagující na soudobý společenský vývoj (MZ ČR, 2012).

Lůžková péče

Stávající poměr mezi akutními lůžky a lůžky následné a dlouhodobé péče (jak v psychiatrických nemocnicích, tak v rámci psychiatrických oddělení všeobecných nemocnic) není v současné době optimální.

Významnou měrou převažují lůžka následné a dlouhodobé péče, kdežto akutních lůžek ve všeobecných nemocnicích je s ohledem na jejich potřebnost - nutnost zajistit pacientům konsiliární péči - nedostatek. Svým rozsahem i funkcí je síť psychiatrických oddělení v nemocnicích nedostatečná. Část psychiatrických oddělení v nemocnicích není schopna poskytovat péči pacientům s vážnější duševní poruchou z důvodu nedostatečné personální a technické kapacity. Proto velkou část akutní péče musí provádět rovněž psychiatrické nemocnice/léčebny. Z celkového počtu psychiatrických lůžek jich pro akutní péči v psychiatrických nemocnicích a psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic slouží cca 30 %. Nutnost revize současného modelu péče o duševní zdraví si navíc vynucuje i každoročně se zvyšující počet pacientů vyhledávajících psychiatrickou péči (Raboch a Wenigová, 2012; Winkler et al., 2013).

Mezi jednotlivými (nasmlouvanými) poskytovateli akutní lůžkové péče je zřejmý rozdíl. Existují oddělení, která jsou schopna nepřetržitě přijímat pacienty v akutním stavu z celého spektra psychiatrických diagnóz (protože jsou k tomu vybaveny jak personálně, tak věcně a technicky), ale existuje také řada oddělení, která mají sice nasmlouvanu akutní péči, ale z různých důvodů ji reálně neprovozují. Takový stav ovšem zkresluje počet a potřebu akutních psychiatrických lůžek a současně je dalším faktorem, který vytváří rozpor ve financování akutní péče (MZ ČR, 2013).

Rozložení lůžkové péče je v ČR velmi nerovnoměrné. V některých krajích se nachází jak psychiatrické nemocnice, tak lůžkové psychiatrické oddělení ve všeobecné nemocnici. Minimum lůžek se nachází tam, kde psychiatrickou nemocnici nemají. V moravských krajích je situace výrazně lepší než v krajích českých, např. kraj

Karlovarský disponuje pouhými 45 lůžky, Liberecký kraj 51 lůžky (Raboch a Wenigová, 2012). Kromě velkých měst je ve většině regionů patrný nedostatek sociálně-psychiatrických služeb. Chybí dostatečná nabídka variantních terapií, zejména psychoterapie, kterou by poskytovali kvalifikovaní psychiatři a kliničtí psychologové.

Psychiatrická léčba je tak zajišťována kvalitním způsobem psychofarmaky. Podstata péče tak spočívá v psychofarmakologii, která je sice na kvalitní úrovni, ale jednostranná – biologická a nikoliv bio-psycho-sociální, jak standardy moderní psychiatrické péče doporučují a požadují (Raboch a Wenigová, 2012).

Další urgentní problémy, které rezultují v bezpodmínečnou realizaci reformy psychiatrické péče, vyjádřenou ve Strategii reformy psychiatrické péče a Akčním programu č. 3, je možno vyjádřit následovně:

- specializované ambulance nejsou dostatečně rozvinuty,
- krizová psychiatrická pomoc v terénu je nedostupná,
- nedokonalá je provázanost péče z hlediska spolupráce mezi ambulancemi a lůžkovými zařízeními i z hlediska kooperace s praktickými lékaři, klinickými psychology apod.,
- existuje nedostatek specialistů na klinickou psychologii a zejména dětskou klinickou psychologii a dětskou psychiatrii,
- pozice ambulantních lékařů je tristní a petrifikovaný systém úhrad je nutí ošetřovat vysoký počet pacientů, na které se jim nemůže dostávat potřebný čas.

Podle analýzy MZ ČR má každý ze současných 733 ambulantních psychiatrů v průměru 10 minut na jednu návštěvu pacienta. Nemohou tedy mít dostatečný prostor pro komunikaci s pacientem a případnou psychoterapii. Vysoká skrytá nemocnost je také rizikem systému, který zvyšuje tlak na kvantitu péče na úkor její kvality. Kvalifikovaný odhad tzv. skryté psychiatrické nemocnosti je okolo 1 až 1,5 mil. jedinců, lze tedy konstatovat, že každý pátý člověk v ČR může být duševně nemocný (MZ ČR, 2013).

1.4.1 Vývoj struktury zařízení psychiatrické péče

Tabulka č. 1: Vývoj sítě ambulantních zařízení ve vybraných letech (počet zařízení)

ROK	1997	2000	2004	2008	2012	2015
Počet zařízení	757	761	897	967	1015	1137

Zdroj: ÚZIS 2015, s. 39

Tabulka číslo jedna ukazuje, že ve sledovaných letech počet ambulantních zařízení roste.

Tabulka č. 2: Vývoj sítě léčeben/nemocnic ve vybraných letech (počet zařízení)

ROK	1997	2000	2004	2008	2012	2015
Počet zařízení	16	17	17	16	18	18

Zdroj: ÚZIS 2015, s. 34

V průběhu sledovaných let počet léčeben v ČR poskytující psychiatrickou lůžkovou péči stagnoval, resp. se zvýšil o dvě zařízení.

Tabulka č. 3: Vývoj sítě psychiatrických oddělení ve všeobecných nemocnicích ve vybraných letech

ROK	1997	2000	2004	2008	2012	2015
Počet oddělení	26	32	33	32	30	30

Zdroj: ÚZIS 2015, s. 36

Vývoj sítě psychiatrických oddělení v nemocnicích v průběhu sledovaných let se v podstatě nezměnil.

1.5 Dokumenty ve vztahu k péči o duševní zdraví v ČR a Evropě

Po rozdělení Československa panovala shoda nutnosti zlepšení systému psychiatrické péče v ČR. Naše země patřila mezi menšinové země v EU, které neměly vládní program péče o duševní zdraví. Důsledkem byla nesystematičnost při zřizování psychiatrických institucí, chybějící a nerovnoměrně rozmístěné ambulantní služby, zastaralá struktura kapacity lůžek, nedostatečná komunitní péče (Winkler et al., 2013).

Koncepce oboru psychiatrie (2000, ČLS JEP)

V roce 2000 byla poprvé publikována Koncepce oboru psychiatrie, která měla poskytovat podklad pro nezbytná politická rozhodování, která by zlepšení systému umožňovala. Navržená revize koncepce psychiatrie ČR vycházela z níže uvedených strategických dokumentů.

Světová zpráva o zdraví [The world health report] (WHO, 2001)

Publikace WHO, která se od roku 1995 každoročně soustředí na některé z aktuálních zdravotnických témat. V roce 2001 bylo tímto tématem právě duševní zdraví.

Mental Health Atlas WHO (WHO, 2011)

Od roku 2001 shromažďuje WHO průběžně údaje o základním souboru ukazatelů z oblasti duševního zdraví. Atlasy vydané v letech 2001, 2005, 2011, 2014 umožňují porovnání vývojových trendů na globální, regionální a národní úrovni u cca 80 zemí.

Deklarace o duševním zdraví v Evropě [Mental Health Declaration for Europe]
(WHO, 2005)

Akční plán duševního zdraví pro Evropu [Mental Health Action Plan for Europe]
(WHO, 2005)

Primárními cíli obou těchto dokumentů bylo zlepšení duševní kondice obyvatel a změna systému poskytované péče.

Zelená kniha Evropské komise [Green Paper] (EU, 2005)

Jednalo se o strategický materiál reflektující klíčové analýzy stavu péče o duševní zdraví v EU.

Politika a praxe duševního zdraví v Evropě (WHO, 2008)

Dokument vydaný WHO v roce 2008 srovnával péči o duševní zdraví v různých zemích Evropy.

Evropský pakt duševního zdraví a well-beingu, European Pact for Mental Health and Well-being (EU, 2008)

Vytváří možnosti informací, podpory dobrých praxí, společných výzev a měl by také usnadňovat monitoring trendů a aktivit u členských států a vydávat doporučení.

Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí) (Raboch a Wenigová, 2012).

V tomto materiálu z roku 2012 byl zhodnocen stávající systém poskytování psychiatrické péče. Tento dokument se stal podkladem pro zahájení reformy péče v ČR v roce 2013.

Vstupní zpráva ke Strategii reformy psychiatrické péče (MZ ČR, 2012)

Obsahovala potvrzení hypotéz vyplývajících z materiálu „Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)“.

The European Mental Health Action Plan 2013-2020 (WHO, 2013c)

Plán se zaměřuje na čtyři klíčové cíle: posílit efektivní vedení a řízení pro duševní zdraví, poskytovat komplexní, integrované a citlivé služby duševního zdraví a sociální péče v komunitním prostředí, zavedení strategie podpory a prevence v oblasti duševního zdraví a posilování informačních systémů, evidenci a výzkum duševního zdraví.

Zpracování statistických dat pro odbornost 305 (psychiatrie) a 901 (psychologie) za roky 2011 a 2012 (Morcinek, 2013)

Dokument obsahující výsledky analýzy potvrdil značné přetížení psychiatrických a psychologických ambulancí a nedostatek ambulantních specialistů v logické návaznosti na nárůst počtu pacientů, vyhledávajících tento typ péče.

Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenosti a doporučení
(Winkler et al., 2013)

V této studii autora Winklera et al. (2013) byly identifikovány státy, které jsou si strukturou psychiatrické péče vzájemně nejbližší a naopak. Zpracování formou tzv. sociomap umožňuje vyčíst nejen mezi jakými státy se ČR v parametru struktury psychiatrické péče nachází, ale také kde by se vzhledem k výši HDP na obyvatele nacházet měla. V tomto materiálu je uveden též odkaz na souhrn doporučení od odborníků i nadnárodních institucí působících na poli duševního zdraví.

Z analýzy provedené Winklerem vyplynuly základní závěry potvrzující nutnost reformy psychiatrické péče v ČR:

- vnitřní uspořádání psychiatrické péče v ČR je nejpodobnější některým zemím bývalého Sovětského svazu a Balkánu, od těchto států se však lišíme značně vyšším HDP per capita,
- v tomto klastru států je jednotícím prvkem nízký podíl psychiatrie na celkových zdravotních výdajích, koncentrace péče v psychiatrických léčebnách a nedostatečně rozvinutá komunitní péče,
- rozdíly ve vnitřním uspořádání psychiatrické péče mezi ČR a vyspělými státy Evropy jsou propastné (Winkler et al., 2013).

V roce 2007 vyhlásil výbor Psychiatrické společnosti ČLS JEP ve spolupráci s regionální kanceláří WHO ČR „Národní psychiatrický program 2007“ na podporu reformy psychiatrické péče v ČR. Program vychází ze znalostí a potřeb nemocných s duševní chorobou v ČR a přitom je v souladu s výše uvedenými dokumenty WHO a EU (Raboch a Wenigová, 2012).

V roce 2008 byla provedena 1. revize dokumentu Koncepce psychiatrické péče z roku 2000.

Reforma psychiatrické péče byla v březnu 2013 schválena jako součást Národního programu reform (MZ ČR, 2013). Reforma psychiatrické péče byla výchozím krokem pro realizaci komplexní reformy péče o duševní zdraví. Komplexní

reforma péče o duševní zdraví totiž zahrnuje mnohem širší podporu, zapojení a součinnost více aktérů a orgánů státní správy (zapojení také ostatních resortů) a územních samospráv.

V dokumentu byly stanoveny hlavní cíle reformy:

- *zlepšení kvality péče a kvality života pacientů s psychickými poruchami – zrovnoprávnění úrovně péče s ostatními medicínskými obory, důraz na humánní podmínky péče a destigmatizaci,*
- *zajištění dostupnosti psychiatrické péče se zaměřením na její nízkoprahovost a redukci skryté nemocnosti,*
- *redukce rizik vyplývajících z psychických onemocnění – suicidia, závažná psychická i tělesná poškození, sociální izolace, invalidizace,*
- *podpora primární psychiatrické péče,*
- *rozvoj komunitní péče,*
- *modernizace lůžkového fondu (MZ ČR, 2015, s. 11).*

V evropských státech se Česká republika řadí mezi minoritní podíl zemí, které dosud nedisponují legislativní úpravou ochrany duševního zdraví. Samostatný zákon o duševním zdraví bude všechna současná právní ustanovení koncentrovat v jedné právní úpravě a významnou měrou legislativně podpoří vymahatelnost lidských práv duševně nemocných osob. Protože je téma duševního zdraví nadresortní povahy, je nutné, aby všechny aktivity byly zastřešeny vládou ČR jako je tomu v zemích, kde reforma péče o duševní zdraví již úspěšně proběhla či probíhá, např. v Norsku či ve Spojeném království Velké Británie a Severního Irska (MZ ČR, 2015).

Strategie reformy psychiatrické péče (MZ ČR, 2013)

Hlavním cílem tohoto klíčového dokumentu je zvýšení kvality psychiatrické péče populace ČR.

Národní Akční Plán Duševní zdraví (MZ ČR, 2015)

Akční Plán navazuje na národní Strategii reformy psychiatrické péče a jeho úlohou je včasný záchyt projevů duševních nemocí, jejich léčba a zvýšení kvality života duševně nemocných osob prostřednictvím preventivních aktivit (primární, sekundární a terciární prevence).

1.5.1 Strategie reformy psychiatrické péče

V říjnu 2013 byla na MZ ČR představena Strategie reformy psychiatrické péče, jejímž hlavním cílem bylo zlepšení kvality života duševně nemocných. Vzniku Strategie předcházely několikaleté diskuze na straně odborné Psychiatrické společnosti ČLS JEP a také mezi zástupci z řad uživatelů a poskytovatelů psychiatrické péče. Koordinátorem tvorby Strategie reformy psychiatrické péče bylo MZ ČR a na procesu formulace Strategie se podíleli zástupci odborné společnosti, uživatelé péče, MPSV, nestátní neziskové organizace, zdravotní pojišťovny a další. Výsledný dokument představuje cíle, úkoly a rozpočtový rámec pro období let 2014 až 2023.

Strategie obsahuje specifické dílčí cíle, kam patří:

1. zvýšení kvality psychiatrické péče systémovou změnou organizace při jejím poskytování,
2. omezení stigmatizace duševně nemocných a stigmatizace oboru psychiatrie,
3. zvýšení spokojenosti uživatelů s poskytovanou psychiatrickou péčí,
4. zvýšení efektivity psychiatrické péče pomocí včasné diagnostiky a identifikací skryté psychiatrické nemoci,
5. zvýšení úspěšnosti při začleňování duševně nemocných do společnosti (zlepšení podmínek pro vzdělávání, zaměstnanost, bydlení a jiné),
6. zlepšení provázanosti mezi zdravotními, sociálními a dalšími souvisejícími službami,
7. humanizace psychiatrické péče (MZ ČR, 2013).

Strategie se opírá o čtyři základní pilíře, které tvoří ambulantní péče, Centra duševního zdraví, psychiatrická oddělení nemocnic a psychiatrické nemocnice.

Ambulantní péče

Péči pro většinu klientů psychiatrických služeb zajišťují psychiatrické a klinickopsychologické ambulance, které tvoří primární psychiatrickou péči a umožňují pravidelnou kontrolu zdravotního stavu, sledování případných komplikací, úpravu medikace apod. Tento typ péče je určen především docházejícím pacientům a většina subjektů poskytujících péči je soukromého charakteru. Tyto subjekty uzavírají smlouvy se zdravotními pojišťovnami a péče je pak z velké části hrazena z veřejného zdravotního pojištění (MZ ČR, 2013).

Centra duševního zdraví (CDZ)

Jedná se o soustavu vzájemně provázaných služeb (psychiatrických zdravotnických a přímo navazujících sociálních služeb), které poskytují organizace orientované na osoby s vážným psychickým onemocněním. Hlavním cílem CDZ je maximální podpora klientů při jejich začlenění do vlastního sociálního prostředí. Patří sem např. denní stacionáře, krizová centra a také terénní týmy, které pečují o nejzávažněji duševně nemocné v místě jejich bydliště. Strategie určuje, že do roku 2023 by měla vzniknout síť CDZ o celkovém počtu 100. V první fázi implementace Strategie reformy psychiatrické péče bude dosažitelné a přiměřené, aby vznikla síť 30 CDZ (MZ ČR, 2013).

Psychiatrická oddělení nemocnic

Poskytují akutní lůžkovou psychiatrickou péči u klientů, jejichž stav vyžaduje hospitalizaci – například bezprostředně po vzniku či zhoršení psychické poruchy. Hospitalizace může být provedena jednak se souhlasem hospitalizované osoby, ale také bez jejího souhlasu za zákonem stanovených podmínek. Tato oddělení poskytují také konsiliární servis pro nemocnici (MZ ČR, 2003).

Psychiatrické léčebny (od roku 2013 psychiatrické nemocnice)

Jedná se o lůžková zdravotnická zařízení, která zajišťují komplexní psychiatrickou péči pro pacienty, kteří s hospitalizací souhlasí i pro ty, kteří s hospitalizací nesouhlasí (MZ ČR, 2013).

Očekávané přínosy reformy

Reforma systematicky a cíleně (s ohledem na regionální potřebnost) ustavuje Centra duševního zdraví jako komunitní pilíře péče, které kombinují zdravotně-sociální péči a napomáhají pacientům k integraci do majoritní společnosti a zajišťují péči v jejich přirozeném prostředí.

Komunitní péče dále snižuje riziko časných pracovních absencí u duševně nemocných, redukuje i přiznávání trvalých invalidních důchodů, jejichž počet se za posledních 10 let výrazně zvýšil (z 15 % na 20 % podílu z celkového koláče invalidity). Přitom důchody z důvodu novotvarů či somatických poruch stagnují, resp. klesají. Reforma dále zajistí, aby ČR plnila mezinárodní úmluvy o zajištění lidských práv duševně nemocných a vytváří prostor pro možnost zavedení samostatného zákona o duševním zdraví.

Definuje a zavádí dlouhodobé preventivní programy, které dosud v ČR téměř neexistovaly. Aktivity obsažené ve strategii mají za úkol stírat vysokou míru stigmatizace duševně nemocných a psychiatrie jako lékařského oboru obecně (MZ ČR, 2015).

1.5.2 Akční plán MZ ČR č. 3: Duševní zdraví

Problematice duševního zdraví v ČR se věnuje Akční plán Duševní zdraví, který byl zpracován MZ ČR, navazuje na národní Strategii reformy psychiatrické péče a je jedním ze 13 akčních plánů, které rozpracovávají strategii Zdraví 2020, jejímž cílem je realizace účinných a dlouhodobě udržitelných mechanismů ke zlepšení zdravotního stavu populace. Úlohou akčního plánu je včasný záchyt projevů duševních nemocí, jejich léčba a zvýšení kvality života duševně nemocných osob prostřednictvím

preventivních aktivit (primární, sekundární a terciární prevence).

Akční plán Duševní zdraví je odvozen ze Strategie reformy psychiatrické péče a koresponduje a vychází z těchto relevantních veřejně politických dokumentů:

- Health 2020 (WHO, 2013a)
- Comprehensive Mental Health Action Plan (WHO, 2013b)
- European Mental Health Action Plan 2013-2020 (WHO, 2013c).

Akční plán Duševní zdraví si v souladu se Strategií reformy psychiatrické péče klade za globální cíl zvýšit kvalitu života duševně nemocných osob, a to;

- *prostřednictvím preventivních aktivit (primární, sekundární a terciární prevence), které významným způsobem napomohou k včasnému zachytu projevů duševních nemocí,*
- *systematickým vybudováním sítě komunitního pilíře péče (tzv. Center duševního zdraví), které skrze multidisciplinární tým budou poskytovat zdravotně sociální intervence duševně nemocným v jejich přirozeném prostředí,*
- *novými a inovovanými typy péče (rozšířené ambulance, stacionáře apod.).*
- *rozvojem akutních oddělení psychiatrické péče ve všeobecných nemocnicích*
- *destigmatizačními a edukačními aktivitami, které z výše naznačeným procesem úzce souvisí a navzájem se podmiňují (MZ ČR, 2015 s. 1).*

Implementace tohoto akčního plánu je plánována do roku 2020 v souladu s programovým obdobím EU 2014-2020.

1.6 Problematika duševních poruch, stav a trendy vývoje v ČR

1.6.1 Příčiny vzniku duševních poruch

Příčiny vzniku duševních poruch jsou různorodé a mnohdy často stále neznámé. Člověk je komplexní bytost a tvoří jej složka tělesná, duševní, sociální a spirituální. Svou roli a vliv na člověka má také individuální čas a prostor, kultura, společnost a doba.

Lidský život a psychika se formuje na základě interakcí mezi dispozicemi vrozenými a faktory, které působí na člověka po narození např. vliv prostředí, rodiny a dalších osob, okolností, událostí, apod. (Orel, 2016).

Mezi známé příčiny duševních poruch můžeme zařadit: genetické vlivy, nervový, hormonální a imunitní systém a jejich dysbalance, stres, exogenní faktory – chemické (jedy, léky, toxiny, alkohol), fyzikální (úrazy hlavy, záření), biologické (infekce), endogenní faktory (mozkové nádory, degenerace mozkové tkáně, onemocnění metabolická, kardiovaskulární, endokrinní, vlivem hypoxie, ischemie, apod.).

Při působení vlivu faktorů prostředí hraje důležitou roli časové období, ve kterém faktor na lidský organismus působí. Během vývoje člověka existují kritická období, kdy je organismus citlivější a zranitelnější k negativním vlivům. Vlivy prostředí tak mohou zasahovat do vývoje prenatálně i postnatálně.

Příčiny vzniku duševních poruch a stavů jsou často vysvětlovány na základě dějů, které se odehrávají v mozkových neuronech a nervových synapsích za účasti neuromediátorů, receptorů, v některých teoriích hraje roli jejich metabolismus, tvorba, interakce a regulace. Pro příklad lze jmenovat jedny z nejznámějších mediátorů, které se účastní přenosu informace v synapsích lidského mozku: serotonin, dopamin, noradrenalin, adrenalin, histamin, glutamát, kyselina gama-aminomáselná (GABA), endorfíny, enkefaliny, oxytocin, acetylcholin, oxid dusnatý (Orel a Facová, 2009).

Poruchy nálady, bolest, celková kondice a vitalita bývají spojovány s mediátorem serotoninem a jeho receptory. Mediátor dopamin a jeho receptory se vážou například k poruchám schizofrenního okruhu, k poruchám hybnosti, ke vzniku závislosti. Mediátor acetylcholin a jeho receptory mají důležitou roli v paměťových funkcích a pojí se s demencí Alzheimerova typu. Noradrenalin a adrenalin mají vztah k náladě a aktivaci. Endorfíny, enkefaliny mají vliv na vnímání bolesti a pocit uspokojení.

Příkladem teorie vázané ke vzniku duševních poruch jsou neuromediátorové hypotézy, které dávají do souvislosti duševní poruchy s nedostatkem některého z neuromediátorů v mozku nebo se změnami v poměru jejich zastoupení.

Další jsou membránové hypotézy, které spatřují klíčovou roli při vzniku

duševních nemocí ve změnách skladby a vlastností membrán nervových buněk v určitých částech mozku.

Transportní hypotézy považují duševní poruchy za důsledek změny transportu iontů a dalších látek přes neuronální membránu, kdy dochází ke změně v excitabilitě a metabolismu nervových buněk. Receptorové hypotézy spojují duševní nemoci s vlivem receptorových systémů, postreceptorové hypotézy řeší procesy v postsynaptickém neuronu (Orel, 2016).

1.6.2 Diagnostika a terapie v psychiatrii

Diagnostické postupy u jednotlivých skupin duševních poruch se liší. Obor psychiatrie od historie do současnosti prošel řadou změn a zaznamenal výrazný pokrok, přičemž se i nadále rozvíjí. Při léčbě psychických poruch je nutné vycházet ze soudobých znalostí a respektovat postup *lege artis*, který je v souladu s medicínskými poznatky, výsledky lékařské vědy a lékařskou etikou.

Postupy léčby psychických poruch, které zpracovala Psychiatrická společnost ČLS JEP (České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně) odpovídají současným světovým standardům. Léčba by měla být ideálně komplexní, tedy měla by zahrnovat jak působení v úrovni biologické (působení na mozek a mozkové procesy), tak v úrovni psychologické a současně respektovat sociální i spirituální stránku každého jedince. Potřebná je také správná edukace pacienta i jeho rodiny a blízkých nebo ošetřujících osob. Ta má za úkol poskytnout adekvátní informace o onemocnění, možnostech léčby, případných nežádoucích účincích léků apod. (Orel, 2016).

Terapie v psychiatrii zahrnuje řadu metod, kromě farmakoterapie využívá psychoterapii, elektrokonvulzivní terapii, fototerapii (léčbu světlem), transkraniální magnetickou stimulaci, stimulaci bloudivého nervu, metodu spánkové deprivace, akupunkturu, relaxační techniky, hypnózu a rehabilitaci, ale i využití léčivých rostlin, homeopatickou terapii a některé další (Polách, 2016). Americký autor Ilardi (2015) navrhuje jako velice účinné terapeutické změny životního stylu, nazvané metoda TLC (Therapeutic Lifestyle Change – terapeutická změna životního stylu).

Z biologického přístupu se nejvíce využívají psychofarmaka, mezi které

se řadí antidepresiva, antipsychotika, anxiolytika, thymoprofylaktika, hypnotika, kognitiva, atd. Psychoterapie patří nebiologickému přístupu a používá psychologické metody, např. psychoanalýzu, kognitivně-behaviorální terapii, gestalt terapii a další.

1.6.3 Rehabilitace jako terapie i prevence

Psychiatrická rehabilitace je součástí terapie i následných preventivních opatření. Cílem psychiatrické rehabilitace je pomoci pacientům zapojit se optimálně do společenského života. Důležité je rovněž posílení jejich autonomie při zvládnání různých situací ve společnosti. Cílem je také obnova schopnosti, které pacienti měli před svým onemocněním (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015).

Rehabilitace je léčebná, pracovní, sociální a pedagogická. Pracovní rehabilitace zahrnuje například chráněné pracovní dílny, dobrovolnou práci, podporované zaměstnání. Do léčebné rehabilitace je zahrnována arteterapie, muzikoterapie, ale také léčba pohybem, hippoterapie, canisterapie a jiné.

Do sociální a pedagogické rehabilitace se započítává například nácvik sociálních dovedností a sociálních vztahů, poskytování poradenské služby, zájmové a společenské aktivity. Ty mohou probíhat v denních stacionářích, psychosociálních centrech, v socioterapeutických klubech, v chráněných dílnách, chráněném bydlení a svépomocných skupinách (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015; Raboch a Pavlovský, 2012). Součástí rehabilitace v psychiatrii může být i lázeňská léčba (balneopsychiatrie). Balneopsychiatrie zahrnuje komplexní soubor lázeňských terapeutických postupů, které se snaží obnovit nebo alespoň částečně kompenzovat narušené psychické funkce organismu (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015).

1.6.4 Klasifikace duševních poruch

Podle MKN-10 jsou seřazeny psychiatrické diagnózy následovně:

Organické duševní poruchy včetně symptomatických	F00-09
Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu	F10
Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním ostatních psychoaktivních látek	F11-19
Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy	F20-29
Afektivní poruchy (poruchy nálady)	F30-39
Neurotické, stresové a somatoformní poruchy a syndromy poruch chování spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory	F40-48,F50-59
Poruchy osobnosti a chování u dospělých (mimo sexuálních poruch)	F60-63,F68-69
Sexuální poruchy	F64-66
Mentální retardace	F70-79
Poruchy psychického vývoje a poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství	F80-98
Neurčená duševní porucha	F 99

(Praško, 2011)

Trendy vývoje poruch duševního zdraví

Tabulka č. 4 Afektivní a neurotické poruchy v ČR v letech 2010, 2013 a 2015

Rok / Typ poruchy	Celkem	Z toho ženy v %	Z toho nově zjištěná onemocnění (počet)	Incidence v %
2010/ Afektivní poruchy	94285	67,5	17346	18,40
2010/Neurotické poruchy	192646	68,2	51001	26,50
2013/ Afektivní poruchy	111127	68,4	19219	17,30
2013/Neurotické poruchy	234648	67,7	58191	24,80
2015/ Afektivní poruchy	104298	67,4	15239	14,61
2015/Neurotické poruchy	238307	67,3	50168	21,10

Zdroj: UZIS ČR, 2016

Trendy spotřeby psychofarmak v České republice od roku 2000 do roku 2015

Tabulka č. 5 Dodávky psychofarmak do lékáren a zdravotnických zařízení v ČR

5a Antidepresiva

Rok	Počet balení v kusech	Celkem Kč, bez OP a DPH
2000	2464768	není k dispozici
2005	4410563	988749700
2010	5612037	1181233636
2013	6264953	962074455
2015	6659183	833113901

5b Anxiolytika

Rok	Počet balení v kusech	Celkem Kč, bez OP a DPH
2000	6909826	není k dispozici
2005	6608138	185397353
2010	5217862	230462267
2013	4544171	269601365
2015	4331158	263630457

5c Hypnotika Sedativa

Rok	Počet balení v kusech	Celkem Kč, bez OP a DPH
2000	4143378	není k dispozici
2005	3768495	272674363
2010	2897829	306248193
2013	2659091	291563807
2015	2532144	293698789

Zdroj: SUKL, 2017

Jak je vidět z tabulky č. 5 spotřeba antidepresiv (5a) v ČR má za posledních patnáct let výrazně stoupající trend. Oproti tomu spotřeba anxiolytik (5b) a hypnotik (5c) klesá.

1.6.5 Vybrané skupiny duševních poruch

Afektivní poruchy (poruchy nálady)

Manická epizoda (F30)

Je charakterizována poruchou nálady, která je buď povznesená, expanzivní nebo podrážděná. U nás je diagnostikována méně často než deprese.

Hypomanie (F30.0)

Základním příznakem hypománie je mírně povznesená (v některých případech však i podrážděná) nálada, kterou provází nárůst energie a aktivity. Člověk se cítí často v dobré pohodě a fyzicky i duševně výkonný (Praško, 2011; Dušek a Večeřová-Procházková, 2015).

Bipolární afektivní porucha (F31)

Je to onemocnění většinou celoživotní a pacienti jsou trvale ohroženi rizikem suicidia. Její léčba patří k nejkomplicovanějším. Bipolární afektivní porucha je charakterizována střídáním manických a depresivních epizod a stavem remise.

Depresivní epizoda (F32)

Základním projevem onemocnění je skleslá nálada, snížení energie a ztráta zájmu o příjemné aktivity. Duševní stav pacienta je možno charakterizovat projevy psychickými jako zhoršení soustředění, snížení zájmu a aktivit, neschopnost se radovat, únava a nevykonnost, nezájem o sex, beznaděj a marnost, neschopnost odpočinku, i somatickými jako jsou zažívací potíže, nespavost i ospalost, změny chuti k jídlu, hmotnosti (Křivohlavý, 2013).

Znaky těžších forem bývají pocity viny a zbytečnosti, úvahy o sebevraždě, bludná přesvědčení, paranoidní obsah myšlení, halucinace. Současná klasifikace dělí depresivní epizody podle závažnosti na lehké, středně těžké, těžké a těžké s psychotickými příznaky (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015).

Z hlediska typů depresivních poruch rozlišujeme depresivní epizodu, periodickou depresivní poruchu, psychotickou depresi, dystýmii, bipolární poruchu, cyklotymii, smíšenou úzkostně depresivní poruchu, adaptační poruchu s depresivní reakcí, krátkou rekurentní depresivní poruchu, depresivní poruchu v šestinedělí, depresi

spojenou se somatickými poruchami a sezónní afektivní poruchu (Praško, 2011). Depresivní porucha je čtvrtá nejčastější nemoc a předpokládá se, že v roce 2020 postoupí na druhé místo.

Trvalé poruchy nálady (F34)

Do této kategorie byly zařazeny diagnózy, které byly dříve uváděny ve skupině poruch osobnosti.

Dystýmie (F34.1)

Dystýmie je dlouhodobá, nejméně dva roky trvající subdeprese. Je to depresivní porucha mírného stupně, která se projevuje nedostatkem energie, nízkým sebevědomím, sníženou schopností prožívat radost a potěšení (anhedonie). Pacienti jsou většinou schopni zvládat požadavky běžného života. Každý pacient s dystýmií potřebuje minimálně podpůrnou psychoterapii, která je kombinovaná s farmakoterapií.

Neurotické poruchy (poruchy úzkosti)

Úzkost a strach jsou běžné emoce ochranného charakteru. Upozorňují nás na hrozící nebezpečí, které vyplývá z vnějších okolností, nebo ze změn uvnitř organismu. Zároveň podporují prostřednictvím zvládacích mechanismů přizpůsobení se nové situaci. Poruchou se úzkost stává tehdy, kdy není přítomen skutečný důvod pro úzkostnou reakci, nebo v situaci, kdy je úzkostná reakce s ohledem na vyvolávající podnět nepřiměřená v intenzitě (příliš silná), nebo v délce trvání (příliš dlouhá). Úzkostné poruchy jsou nejběžnějšími ze všech psychiatrických poruch a jsou důvodem značného psychického postižení v životě člověka.

Vyznačují se stavy úzkosti či strachu, při kterých se bez vazby na reálné nebezpečí objevují tělesné a psychické projevy aktivace k nebezpečí. Až čtvrtina populace trpí někdy během svého života úzkostnou poruchou. Vyšší riziko výskytu je u pacientů, kteří trpí chronickým somatickým onemocněním (hypertenze, obstrukce plicní, diabetes) a naopak úzkostní pacienti jsou “náchylnější” ke vzniku somatického onemocnění (Praško, 2005).

Fobické úzkostné poruchy (F40)

Pro ně platí, že úzkost vyvolává jen konkrétní, dobře definovaná situace, která v dané chvíli není nebezpečná. Tuto úzkost nazýváme fobií a může se vystupňovat až do panické ataky (Hosák a Hrdlička at al. 2015; Praško a Laňková, 2006).

Agorafobie (F40.0)

Projevuje se strachem z otevřených nebo přeplněných míst a prostranství, z opuštění domova, z obchodů, cestování dopravními prostředky, z jízdy výtahem, z uzavřených prostor, apod. Úzkost je vyvolána jak přítomností fobického podnětu, tak vzdálením se z místa bezpečí.

Sociální fobie (F40.1)

Projevuje se strachem a vyhýbáním se situacím, v nichž může být člověk pozorován a posuzován druhými. Tato fobie může mít formu strachu z mluvení na veřejnosti, z jedení a pití před lidmi, strachu z psaní před druhými, ze setkání s neznámými lidmi apod.

Specifické fobie (F40.2)

Jde o nepřiměřený strach z určitého konkrétního objektu nebo situace. Nemocný si je však vědom, že jeho strach není racionálně odůvodněný, čímž se liší např. od paranoidního pacienta. Mezi nejčastější specifické fobie patří fobie ze zvířat, zvláště ze psů, hadů, hmyzu a myší. Dalšími běžnými fobiemi jsou klaustrofobie (strach z uzavřených prostor) a akrofobie (strach z výšek), z bouřky apod.

Jiné úzkostné poruchy (F 41)

Jedná se o poruchy, u kterých dominující úzkost není vázána na žádnou určitou situaci.

Panická porucha (F 41.0)

Projevuje se náhlými epizodami intenzivního strachu až hrůzy, které přicházejí nečekaně a objevují se bez zjevné vnější příčiny. V průběhu ataku se objeví intenzivní tělesné příznaky, jako je bušení srdce, sevření nebo bolest na hrudi, závratě a pocity dušení. Záchvaty trvají obvykle 5-20 minut. Člověk má strach z omdlení, ze smrti, ze ztráty sebeovládání nebo ze zešílení.

Generalizovaná úzkostná porucha (F 41.1)

Projevuje se nejčastěji u citlivých osob po dlouhotrvajícím stresu. Typickým projevem této poruchy je nadměrné zaobírání se stresujícími myšlenkami. Ty se týkají většinou běžných každodenních starostí, ale i obav o zdraví svoje a svých blízkých, ze selhání v práci a obecně obav z budoucnosti. Nemocný často cítí, že si dělá nepřiměřené starosti, ale nedokáže se jim ubránit. To vede k úzkostnosti, únavě a nepříjemným tělesným pocitům, zejména svalovému napětí, závratím, nevolnostem, roztřesenosti, bolestem hlavy, bušení srdce, nadměrnému pocení apod. Příznaky se objevují pozvolna a nenápadně. Většinou je zhoršen spánek, zejména večer. Stav je proměnlivý a většinou trvá léta. U řady lidí se potíže zhoršují o dovolené a o víkendech, tedy v období, kdy nejsou pracovně vytíženi (Praško, 2011; Praško a Laňková, 2006).

Smišená úzkostně depresivní porucha (F41.2)

U této poruchy se projevují příznaky úzkosti i deprese, nicméně příznaky nemusí být tak výrazné, aby indikovaly diagnózu deprese či některé z úzkostných poruch.

Obsedantně kompulzivní porucha (F42)

Tato porucha je charakterizována nutkavými myšlenkami (obsesemi), nápady a impulzy, které se vtírají na mysl proti vůli postiženého a způsobují mu výrazný neklid, napětí a tíseň. Pacient se pak snaží bránit různými způsoby nutkavého chování (kompulzemi či rituály), které obsese dočasně snižují. Léčí se kognitivně behaviorální terapií či farmakoterapií a v těžších případech jejich kombinací (Praško, 2011; Praško a Laňková, 2006).

1.7 Duševní hygiena a prevence poruch duševního zdraví

Pojem duševní hygiena poprvé vyslovil profesor Sweetstera z Vermontu ve své knize z roku 1843 a tento výraz označuje schopnost zachovat si duševní zdraví a označuje metody, které k tomu napomáhají. Obor duševní hygiena sleduje biologické a sociální podmínky, které působí na psychiku člověka (Petr a Marková, 2014).

Základem prevence poruch duševního zdraví je nepodceňování příznaků a nevyvozování závěru, že projevy deprese patří k následkům somatického onemocnění

a k věku. Deprese často nebývá odhalena právě z toho důvodu, že pozornost lékaře se soustředí na somatické onemocnění.

U pacientů je třeba se soustředit na predisponující faktory, jejichž přítomnost definuje pacienta jako rizikového. U těchto pacientů by pak měla být zaměřena pozornost nejen na tělesné a psychické faktory, ale i na sociální a osobnostní (Komárek a Provazník, 2011).

1.7.1 Primární prevence

Primární prevence má za cíl zabránit vzniku onemocnění, ještě než se objeví a snaží se vyhledávat ohrožené jedince. Může mít formu nspecifickou, která se orientuje na zdravý životní styl, vhodné formy chování apod. anebo formu specifickou, která se zaměřuje na konkrétní rizika a patří sem např. osvěta, informovanost a šíření veřejného povědomí o nemoci a možnostech její léčby (Orel, 2016). Důležitou složkou primární prevence je zvyšování zdravotní gramotnosti populace.

Zdravotní gramotnost znamená kognitivní a sociální dovednosti, které určují motivaci a schopnost jedinců získávat přístup ke zdravotním informacím, rozumět jim a využívat je způsobem, který rozvíjí a udržuje zdraví (Holčík, 2010, s. 56).

Aplikace preventivních programů podpory duševního zdraví poskytne mnoho pozitivních dopadů v podobě poklesu počtu poruch duševního zdraví, snížení stigmatu postižených osob a zlepšení úrovně veřejného zdraví (WHO, 2002). Strategie koncepce psychiatrické péče a Akční plán č. 3 si kladou za úkol ve svých projektech v průběhu čtyř let zajištění vzdělávacích akcí pro podporu:

- odborného a personálního zabezpečení funkce CDZ,
- komunitní péče (specializační kurzy v oblasti komunitní sestra, sociální pracovník),
- odbornostního zajištění v oblastech krizové intervence a psychoterapie,
- gramotnosti v oblasti symptomů a prevence duševních chorob.

Realizace podpory prevence spočívá na vytvoření funkčního systému osvětových aktivit ve vztahu k možnostem včasného rozpoznání příznaku duševní

poruchy u osob ohrožených vznikem duševní poruchy (děti s rodinnými či výchovnými problémy, osoby pod stresem apod.), dále pak u vrstevníků těchto osob a jejich rodinných příslušníků.

Zvláštní přístup představuje vzdělávání ve specifické duševních poruch mezi specialisty a osobami, které mají potenciál rozvíjející se duševní poruchu zachytit (lékaři prvního zachytu a pedagogičtí pracovníci). Budou realizovány specializované kurzy (očekává se podpora cca 900 osob) a specializovaný program pro dotčené skupiny (vytvoření programu s využitím webového rozhraní a distribuce preventivních materiálů do příslušných pracovišť, ordinací či škol) (MZ ČR, 2015).

1.7.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence se zaměřuje na jedince, kteří již duševní poruchou trpí a snaží se zajistit jejich včasnou léčbu, případně zabránit dalšímu zhoršení onemocnění. S primárním odhalením psychických onemocnění mohou pomoci i odborníci z dalších medicínských oborů, např. praktický lékař, pediatr, internista, neurolog (Petr a Marková, 2014; Marková a Venglářová, 2006).

1.7.3 Terciární prevence

Terciární prevence zahrnuje činnosti, které snižují zdravotní postižení, zvyšují rehabilitaci a předcházejí recidivám onemocnění. Do terciární prevence řadíme destigmatizační aktivity. Terciární prevence se také snaží eliminovat následky psychických onemocnění na co nejnižší úroveň (Petr a Marková, 2014).

Destigmatizace se stala vedle obecného zlepšování kvality péče o duševně nemocné hlavním cílem psychiatrie v posledních deseti letech (Hosák at al., 2015). Vedle schizofrenie postihuje stigmatizace také pacienty s bipolární afektivní poruchou, s poruchami osobnosti, poruchami příjmu potravy, úzkostí a obsedantně kompulzivní poruchou (Jelenová et al., 2012).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Hlavním cílem diplomové práce je upozornit na problematiku poruch duševního zdraví a zkoumat léčbu poruch duševního zdraví z pohledu pacientů v ambulantní psychiatrické péči.

Prvním vedlejším cílem je zjistit vliv demografických faktorů na subjektivní vnímání stigmatizace psychiatrickou léčbou.

Druhým vedlejším cílem je zjistit faktory ovlivňující dobu rozhodování navštívit ambulantního psychiatra.

Třetím vedlejším cílem je zjistit genderové rozdíly v užívání léků ovlivňujících duševní zdraví.

2.2 Hypotézy

V souvislosti se stanovenými cíli byly stanoveny tyto hypotézy:

H1.1: Statisticky významné rozdíly existují v obavě ze stigmatizace psychiatrické léčby mezi pohlavími.

H1.2: Statisticky významné rozdíly existují v obavě ze stigmatizace psychiatrické léčby mezi věkovými kategoriemi.

H1.3: Statisticky významné rozdíly existují v obavě ze stigmatizace psychiatrické léčby podle místa bydliště v závislosti na počtu obyvatel.

H1.4: Statisticky významné rozdíly existují v obavě ze stigmatizace psychiatrické léčby v závislosti na vzdělání pacientů.

H1.5: Dobu rozhodování k návštěvě psychiatra ovlivňují zdravotní obtíže.

H1.6: Dobu rozhodování k návštěvě psychiatra ovlivňuje nejvyšší dosažené vzdělání.

H1.7: Dobu rozhodování k návštěvě psychiatra ovlivňuje místo bydliště.

H1.8: Předpokládáme, že pohlaví má vliv na pravidelné užívání psychiatrem předepsaných léků.

3. Metodika

K vypracování teoretické části diplomové práce byla použita metoda studia odborné literatury, konzultace odborných lékařů – ambulantních psychiatrů a sekundární analýza dat z ÚZIS.

Pro dosažení stanovených cílů a ověření hypotéz bylo v empirické části práce provedeno kvantitativní výzkumné šetření metodou dotazování, s využitím techniky anonymního dotazníku. Metoda dotazování byla zvolena především pro možnost rychlého sběru dat od většího množství respondentů. Dotazníky pro získání dat k této diplomové práci jsou anonymní, dobrovolné a byly vyhotoveny v písemné formě. Celý dotazník tvoří 23 otázek, 18 je uzavřených a 5 je polootevřených. Otázka 1 zjišťuje, co vedlo respondenty k rozhodnutí navštívit psychiatrickou ambulanci, otázka 2 zjišťuje, kdo návštěvu psychiatrické ambulance respondentům doporučil, otázky 3, 4 a 5 se dotazují, jak dlouho se respondenti rozhodovali, než poprvé navštívili psychiatrickou ambulanci, jak dlouho se léčí a jak dlouho užívají předepsané léky. Otázky 6, 7 mapují, zda se respondenti při užívání léků řídí pokyny lékaře a jaký mají na účinek léků názor. Otázka 8 se věnuje problematice stigmatizace. Otázky 9 a 10 zjišťují názory na přínos léčby a důvěru v lékaře. Otázka 11 se dotazuje, zda respondent navštívil někdy také psychologa. Otázka 12 je polootevřená a monitoruje, zda respondenti navštěvují nějaké svépomocné skupiny a důvody proč nenavštěvují, případně které skupiny navštěvují. Otázky 13 a 14 zjišťují, zda respondentům návštěvy psychiatra pomohly znovu nabýt duševní pohody a zda se léčil také někdo z blízkých příbuzných na psychiatrii. Otázka 15 se zaměřuje na zjištění, co má největší vliv na duševní zdraví respondenta. Posledních osm otázek se věnuje identifikačním údajům respondentů a dalším osobním charakteristikám (pohlaví, věk, dosažené vzdělání, status, stav, bydlení, místo bydliště, počet obyvatel v místě bydliště).

Sběr dat se uskutečnil u jedenácti vybraných ambulantních psychiatrů prostřednictvím vlastního nestandardizovaného dotazníku pro pacienty. Dotazník je uveden v přílohách (viz. Příloha č. 29) diplomové práce. Metodou náhodného výběru losováním byly vybrány regiony Jihomoravský a Plzeňský kraj a z dostupného seznamu

psychiatrických ambulantních lékařů na webu bylo vylosováno a telefonicky požádáno o spolupráci 10 psychiatrů v každém kraji. Z Plzeňského kraje byli ochotni ke spolupráci 4 ambulantní psychiatři a z Jihomoravského 7 ambulantních lékařů. Do každé ambulance bylo předáno 30 dotazníků, rozdáno tedy bylo 330 dotazníků. Dotazníky byly lékaři předány k vyplnění pacientům, u nichž byla diagnostikována některá z afektivních (zejména depresivních) nebo neurotických (převážně úzkostných) poruch. Osloveni k dotazníkovému šetření byli pacienti, kteří se dostavili do psychiatrických ambulancí v době od 2. 5. 2017 do 30. 6. 2017. Na konci dotazníkového šetření bylo z ambulancí vráceno 307 dotazníků, z nichž 292 bylo použitelných s ohledem na kompletní bezchybné vyplnění. Celkem 15 dotazníků muselo být z důvodu nekompletnosti údajů vyřazeno. Po ukončení terénního sběru dat došlo k přepisu papírových dotazníků do elektronické podoby (xls) a následnému zpracování. Data byla zkontrolována, popsána a statisticky vyhodnocena. Statistický výpočet provedla bezúplatně firma STEM/MARK, a.s. pomocí statistického softwaru SPSS. Hypotézy byly testovány pomocí testování Chí kvadrátu.

3.1 Výběrový soubor

Výběrový soubor tvořili pacienti psychiatrických ambulancí z Plzeňského a Jihomoravského kraje s diagnostikovanou afektivní nebo neurotickou poruchou, kteří se dostavili na ošetření do ambulance v době realizace dotazníkového šetření, tedy v době od 2. 5. 2017 do 30. 6. 2017 a byli ochotni na základě žádosti ošetřujícího lékaře vyplnit dotazník.

3.2 Testování hypotéz

Předem formulované nosné hypotézy H1.1 až H1.8 byly testovány na základě rovnoměrného rozdělení pomocí Chí kvadrát – testu dobré shody. Hladina významnosti pro testování hodnoty testovaného kritéria s kritickými hodnotami při rozhodování o nulové hypotéze byla stanovena $\alpha = 0,05$. Pro statistické testování byly stanoveny

nulové hypotézy a alternativní hypotézy. Dle výsledku statistického testu pak byly stanovené nosné hypotézy přijaty nebo zamítnuty.

H1.1: Existují statisticky významné rozdíly v obavě ze stigmatizace psychiatrické léčby mezi pohlavími.

H0.1: Statisticky významné rozdíly v obavě ze stigmatizace psychiatrické léčby mezi pohlavími neexistují.

H1.2: Existují statisticky významné rozdíly v obavě ze stigmatizace psychiatrické léčby mezi věkovými kategoriemi.

H0.2: Statisticky významné rozdíly v obavě ze stigmatizace psychiatrické léčby mezi věkovými kategoriemi neexistují.

H1.3: Existují statisticky významné rozdíly ze stigmatizace psychiatrické léčby podle místa bydliště v závislosti na počtu obyvatel.

H0.3: Statisticky významné rozdíly ze stigmatizace psychiatrické léčby podle místa bydliště v závislosti na počtu obyvatel neexistují.

H1.4: Existují statisticky významné rozdíly v obavě ze stigmatizace psychiatrické léčby v závislosti na vzdělání pacientů.

H0.4: Statisticky významné rozdíly v obavě ze stigmatizace psychiatrické léčby v závislosti na vzdělání pacientů neexistují.

H1.5: Dobu rozhodování k návštěvě psychiatra ovlivňují zdravotní obtíže.

H0.5: Dobu rozhodování k návštěvě psychiatra zdravotní obtíže neovlivňují.

H1.6: Dobu rozhodování k návštěvě psychiatra ovlivňuje nejvyšší dosažené vzdělání.

H0.6: Dobu rozhodování k návštěvě psychiatra nejvyšší dosažené vzdělání neovlivňuje.

H1.7: Dobu rozhodování k návštěvě psychiatra ovlivňuje velikost místa bydliště.

H0.7: Dobu rozhodování k návštěvě psychiatra velikost místa bydliště neovlivňuje.

H1.8: Předpokládáme, že pohlaví má vliv na pravidelné užívání psychiatrem předepsaných léků.

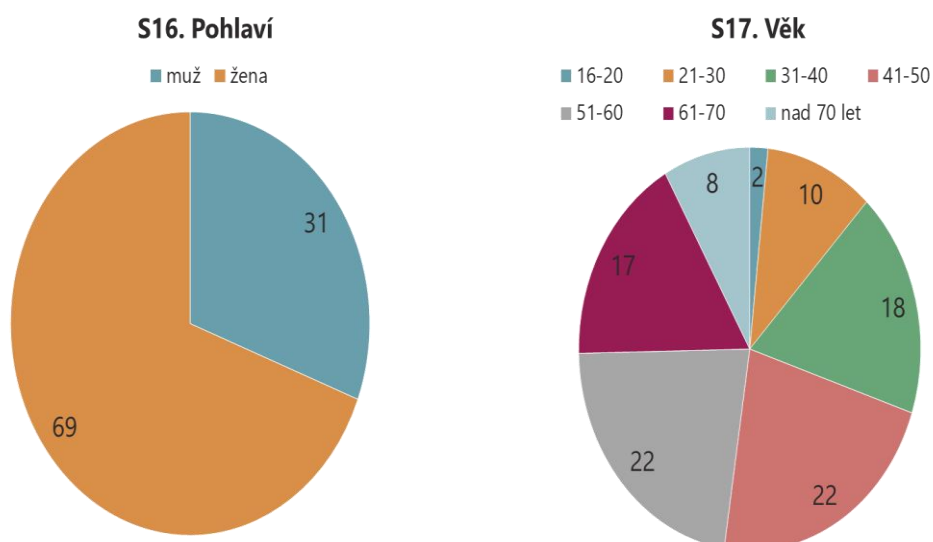
H0.8: Předpokládáme, že pohlaví nemá vliv na pravidelné užívání psychiatrem předepsaných léků.

4. Výsledky

4.1 Výsledky analýzy dotazníků

Výsledky dotazníkového šetření jsou zpracovány do podoby komentovaných obrázků a tabulek. Zdrojem dat bylo vlastní výzkumné šetření autorky diplomové práce.

Obrázek č. 1: Charakteristika souboru respondentů dle pohlaví a věku (v %)

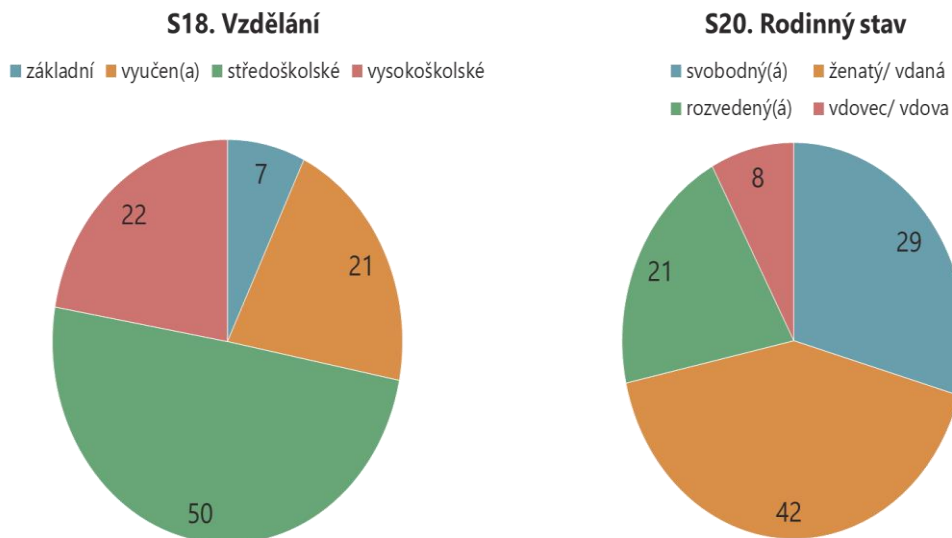


ZÁKLAD: Všichni respondenti, n=292

Zdroj: Vlastní výzkum

Výsledný soubor pacientů (n=292) tvoří 69 % žen a 31 % mužů. Věk pokrývá všechny věkové kategorie. Největší část souboru tvoří pacienti ve věku 41-70 let (62 %), pacientů do 40 let je 30 % a pacientů nad 70 let je 8 %.

Obrázek č. 2: Charakteristika respondentů dle vzdělání a rodinného stavu (v %)

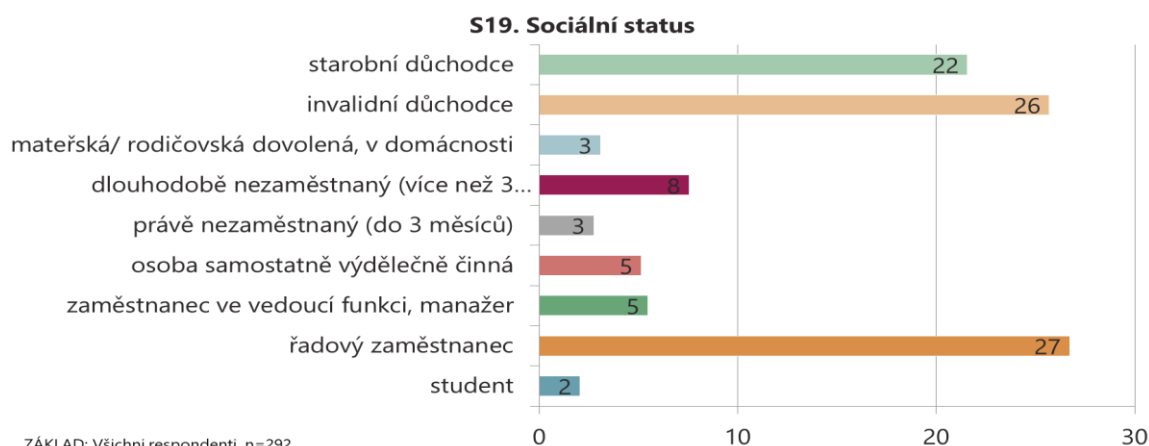


ZÁKLAD: Všichni respondenti, n=292

Zdroj: Vlastní výzkum

Z hlediska vzdělání je 28 % dotázaných s nižším stupněm vzdělání (základní + vyučen), 50 % se středoškolským vzděláním a 22 % s vysokoškolským vzděláním. Z hlediska rodinného stavu jsou nejvíce zastoupeni pacienti ženatí a vdané (42 %), následují svobodní (30 %), rozvedení (20 %) a vdovci/ vdovy (8 %).

Obrázek č. 3: Charakteristika souboru respondentů dle sociálního statutu (v %)



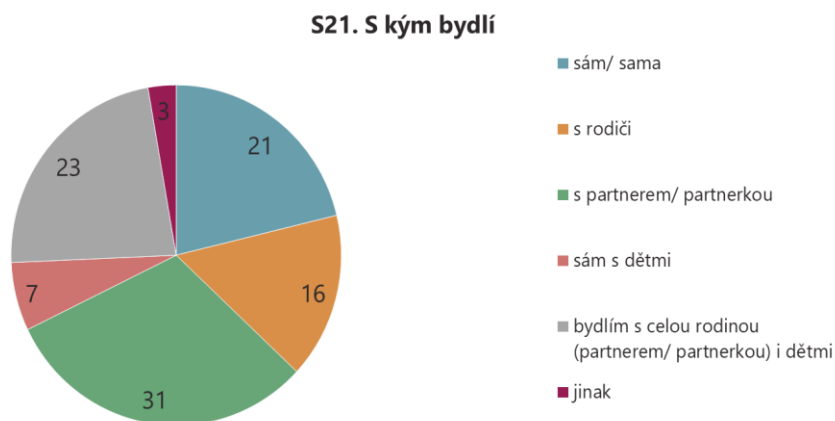
ZÁKLAD: Všichni respondenti, n=292

Zdroj: Vlastní výzkum

Zastoupeny jsou různé skupiny dle sociálního statusu: řadový pracovník (27 %),

zaměstnanec v řídicí funkci (5 %), OSVČ (5 %), nezaměstnaný (10 %), mateřská dovolená MD/RD (3 %), student (2 %). Téměř polovinu vzorku tvoří důchodci, a to jak starobní (22 %) tak i invalidní (26 %).

Obrázek č. 4: Způsob bydlení respondenta (v %)

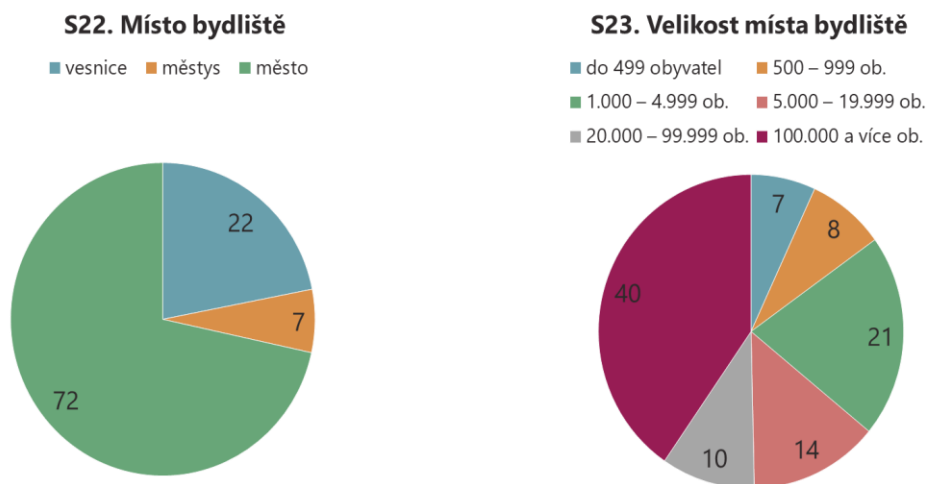


ZÁKLAD: Všichni respondenti, n=292

Zdroj: Vlastní výzkum

Jak je z obrázku č. 4 patrné, způsob bydlení respondentů je různorodý.

Obrázek č. 5: Charakteristika respondentů dle místa a velikosti bydliště (v %)



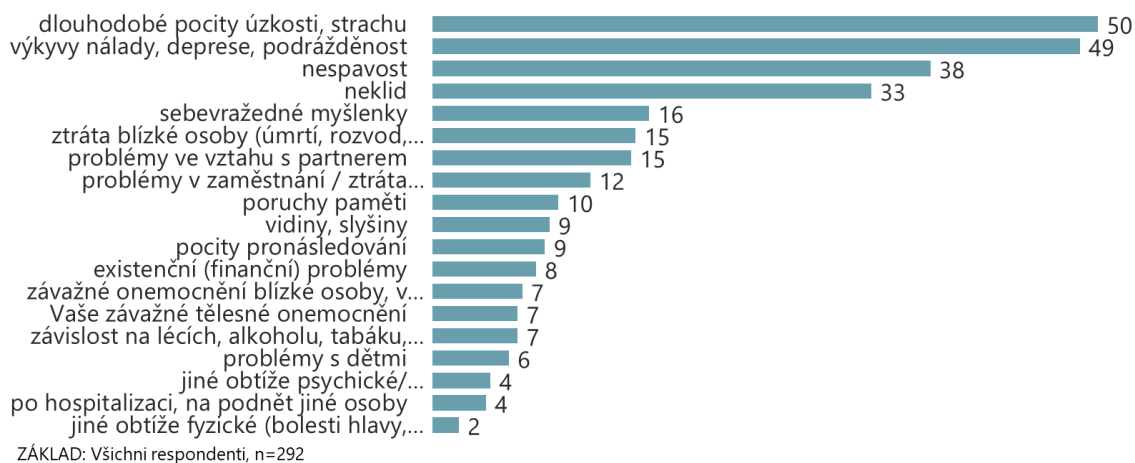
ZÁKLAD: Všichni respondenti, n=292

Zdroj: Vlastní výzkum

Většina pacientů je z měst (72 %, přičemž 40 % z velkoměst nad 100 000 obyvatel), menšina z vesnic a obcí (28 %).

Obrázek č. 6: Důvody rozhodnutí navštívit psychiatrickou ambulanci (v %)

1. Co Vás vedlo k rozhodnutí navštívit psychiatrickou ambulanci?



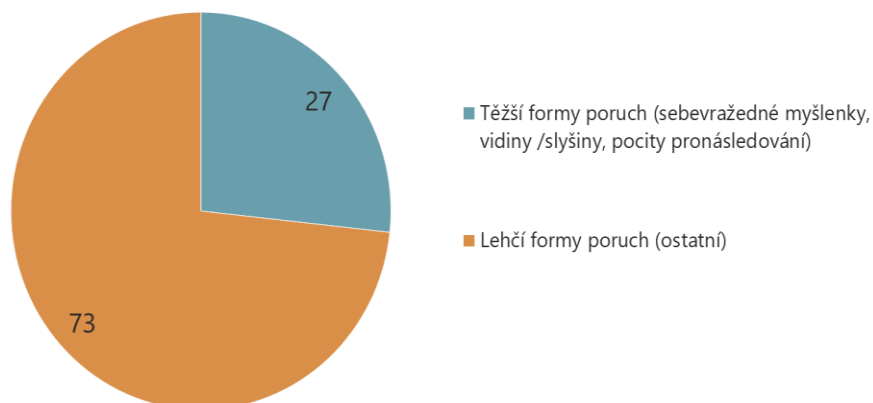
Zdroj: Vlastní výzkum

Poznámka: respondenti mohli označit více možností.

Otázka č. 1 dotazníku nám identifikuje důvody vedoucí k rozhodnutí navštívit ambulanci psychiatra. Jsou to především dlouhodobé pocity úzkosti a strachu (což jmenuje 50 % pacientů) a výkyvy nálad, deprese a podrážděnost (49 %). Následují nespavost (38 %) a neklid (33 %). Další oblastí problémů, které mohou vést k psychiatrické léčbě, jsou partnerské vztahy (15 % dotázaných), ztráta blízké osoby (15 %), problémy v zaměstnání nebo jeho ztráta (12 %), existenční či finanční problémy (8 %), problémy s dětmi (6 %). Důvodem návštěvy psychiatra může být i závažné onemocnění, a to jak přímo pacienta (7 %), tak i blízké osoby pacienta (rovněž 7 %). Část pacientů (7 %) trpí nějakou závislostí (na lécích, alkoholu, drogách apod.), někteří uvádějí další fyzické (bolesti hlavy) či psychické (mentální anorexie) problémy. Je zde i menší část pacientů (4 %), kteří byli přijati do ambulance po ukončení hospitalizace nebo uvádějí, že byli přivedeni jinou osobou.

Obrázek č. 7: Kategorizace obtíží vedoucích k návštěvě psychiatrické ambulance (v %)

1. Co Vás vedlo k rozhodnutí navštívit psychiatrickou ambulanci? - kategorizováno



ZÁKLAD: Všichni respondenti, n=292

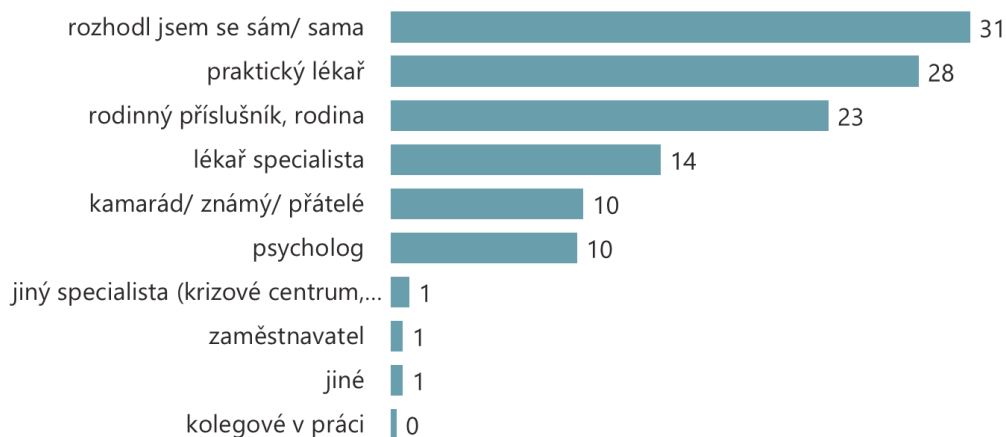
Zdroj: Vlastní výzkum

Část pacientů trpí i těžšími formami poruch, mezi něž patří hlavně sebevražedné myšlenky (či přímo pokusy o sebevraždu), které napadají 16 % dotázaných, dále vidiny, slyšiny (9 %) a pocity pronásledování (9 %). Skupina pacientů trpících těmito těžšími formami poruch tvoří 27 % celkového vzorku. U těchto pacientů se potíže pojí také s vyšším výskytem dlouhodobého pocitu úzkosti a strachu. Důvody vedoucí k rozhodnutí navštívit ambulanci psychiatra se různě prolínají, v průměru udává každý respondent 3 důvody. Ve skupině lehčích poruch (73 % pacientů) je průměr 2,6 a ve skupině těžších poruch (26 % pacientů) je to v průměru 4,3 důvody na osobu (viz Příloha č. 1).

Různé důvody spolu souvisejí, typické je například spojení neklidu, nespavosti, dlouhodobé úzkosti, strachu a výkyvy nálad, deprese, podrážděnost. Další okruh - existenční problémy se pojí s problémy v zaměstnání, problémy s dětmi, ztrátou blízké osoby, dlouhodobou úzkostí a nespavostí. Problémy s dětmi souvisejí s problémy v zaměstnání (nebo ztrátou zaměstnání), s problémy ve vztahu s partnerem a existenčními problémy atd. (viz Příloha č. 2).

Obrázek č. 8: Podnět k návštěvě psychiatrické ambulance (v %)

2. Kdo Vám tuto návštěvu doporučil?



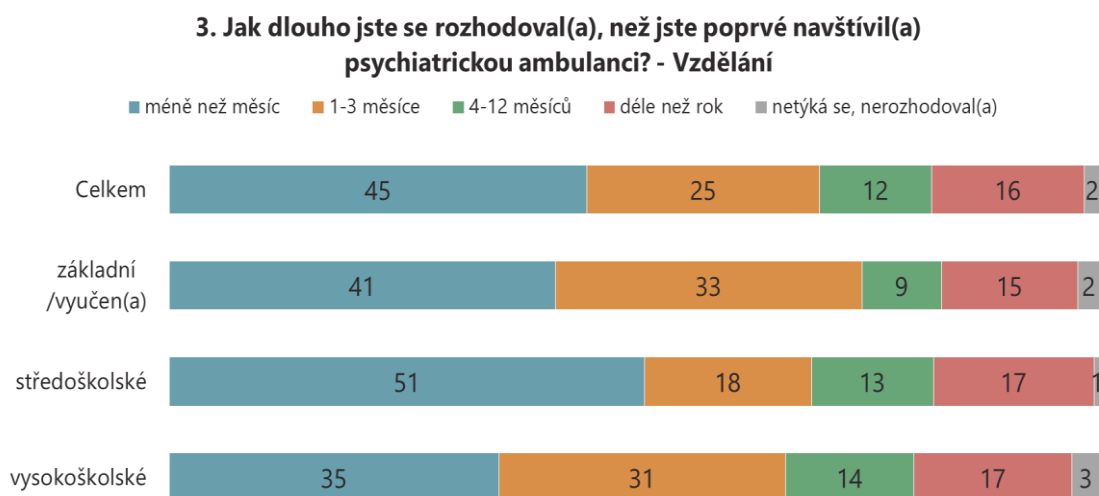
ZÁKLAD: Všichni respondenti, n=292

Zdroj: Vlastní výzkum

Poznámka: Respondenti mohli označit více možností.

Základními doporučiteli návštěvy psychiatrické ambulance bývají praktičtí lékaři (uvedlo 28 % dotázaných), rodina 23 % a samozřejmě sám potenciální pacient. Celkem 31 % dotázaných sdělilo, že se pro návštěvu psychiatra rozhodli sami, ovšem část (9 %) přitom měla podněty i od ostatních, takže čistě své rozhodnutí učinilo 22 % respondentů. Významnější roli při doporučení dále hrají lékař specialista (14 %), přátelé, kamarádi (10 %) a psycholog (10 %). Radou psychologa se častěji řídili lidé do 30 let věku a s ohledem na pohlaví muži (viz Příloha č. 3). Na doporučení rodiny dali častěji mladí lidé do 30 let, dále lidé 51-60 let (viz Příloha č. 3), svobodní, z vesnic a menších obcí (Příloha č. 4). Rodina má větší vliv i u těžších poruch (viz Příloha č. 5). U seniorů nad 60 let hraje výraznější roli praktický lékař (viz Příloha č. 3).

Obrázek č. 9: Doba rozhodování před první návštěvou psychiatrické ambulance ve vztahu ke vzdělání (v %)



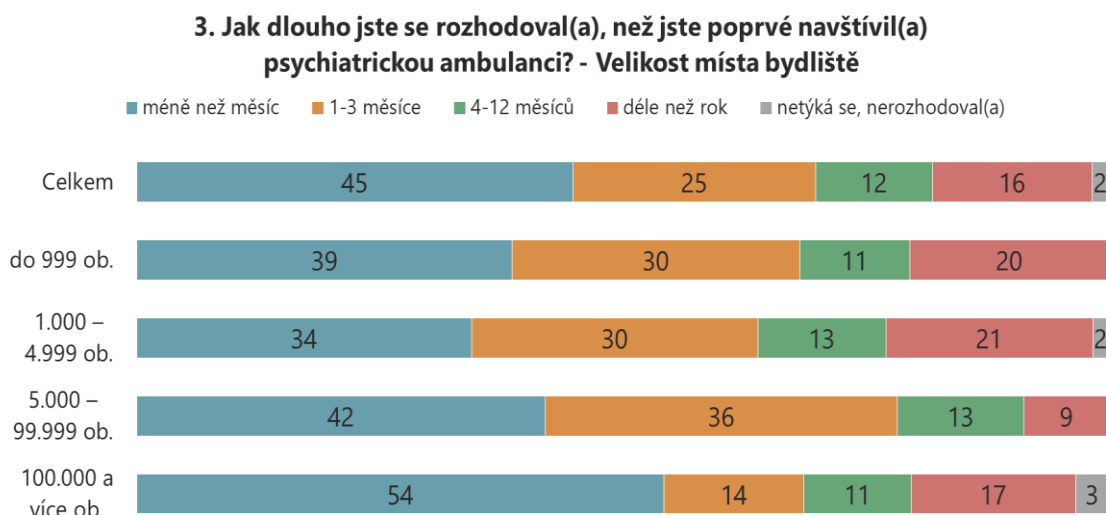
ZÁKLAD: Všichni respondenti, n=292

Zdroj: Vlastní výzkum

Rozhodování před první návštěvou psychiatrické ambulance probíhá ve velké většině případů (70 %) poměrně rychle - po dobu do 3 měsíců, přičemž 45 % se rozhodne do jednoho měsíce. Ostatním trvalo rozhodnutí buď do roka (12 %) nebo i déle (16 %). Necelá 2 % se nerozhodovala sama. Platí, že lidé s nižším stupněm dosaženého vzdělání se v tomto směru rozhodují rychleji, lidé se středoškolským a vysokoškolským vzděláním více váhají a rozhodují se pomaleji (do 3 měsíců se rozhodne 74 % lidí se základním vzděláním + vyučení, 69 % lidí se středoškolským a 66 % s vysokoškolským vzděláním).

Z hlediska věku uvádějí nejrychlejší rozhodování senioři nad 70 let a mladí lidé do 30 let (viz Příloha č. 6).

Obrázek č. 10: Doba rozhodování před první návštěvou psychiatrické ambulance ve vztahu k velikosti místa bydliště pacientů (v %)



ZÁKLAD: Všichni respondenti, n=292

Zdroj: Vlastní výzkum

Co se týká souvislosti s velikostí místa bydliště, nelze zkonstatovat přímo úměrnou závislost. Lze však říci, že do 1 měsíce se rozhodnou nejčastěji lidé z velkoměst nad 100 tis. obyvatel. V době do 3 měsíců pak lidé z obcí a měst od 5 do 99 tis. obyvatel. Nejdelší dobu pro rozhodování potřebují lidé z obcí od 1 do 5 tis. obyvatel. Můžeme tak shrnout, že lidé z obcí nad 5 tis. obyvatel vyhledají ambulanci psychiatra rychleji než lidé z obcí a vesnic do 5 tis. obyvatel.

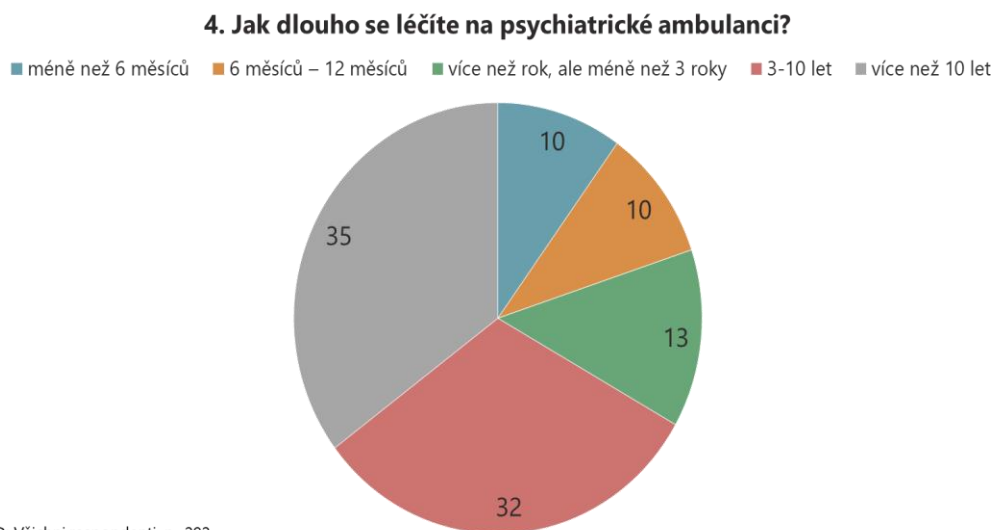
Rozdíly v délce rozhodování existují i v závislosti na obtížích pacienta, jak ukazuje tabulka č. 6. Nejrychleji se do ambulance psychiatra dostanou pacienti po ukončení hospitalizace, dále s lehčími obtížemi fyzického původu, lidé se závažným onemocněním v rodině nebo svým, lidé s pocity pronásledování, trpící vidinami, slyšinami, nespavostí, závislostí, s existenčními problémy. Naopak po nejdelší době přicházejí do ambulance lidé trpící poruchami paměti a s problematickými vztahy a prací, dále lidé po ztrátě blízké osoby, trpící neklidem, sebevražednými myšlenkami, s výkyvy nálad a s dlouhodobou úzkostí nebo strachem.

Tabulka č. 6: Délka rozhodování k návštěvě psychiatrické ambulance v závislosti na důvodech (hodnocení na škále 1-4)

Co Vás vedlo k rozhodnutí navštívit psychiatrickou ambulanci?	Průměrná délka rozhodování (průměr na škále 1-4, kde 1= do 1 měsíce /2=do 3 měsíců /3=do 1 roka /a 4 = více než rok)
- po hospitalizaci, na podnět jiné osoby	1,44
- jiné obtíže fyzické (bolesti hlavy, únava,...)	1,50
- závažné onemocnění blízké osoby, v rodině	1,65
- jiné obtíže psychické/ psychosomatické	1,77
- pocity pronásledování	1,78
- Vaše závažné tělesné onemocnění	1,79
- vidiny, slyšiny	1,79
- existenční (finanční) problémy	1,91
- nespavost	1,92
- závislost na lécích, alkoholu, tabáku, nelegálních (tvrdých) drogách	1,95
- dlouhodobé pocity úzkosti, strachu	1,97
- výkyvy nálady, deprese, podrážděnost	1,99
- sebevražedné myšlenky	2,02
- neklid	2,06
- problémy v zaměstnání / ztráta zaměstnání	2,12
- ztráta blízké osoby (úmrť, rozvod, odchod)	2,16
- problémy s dětmi	2,25
- problémy ve vztahu s partnerem *	2,31
- poruchy paměti *	2,48
Celkem:	2,00
Základ: repondenti, kteří se rozhodovali, zda navštíví ambulanci psychiatra, n=287	
* signifikantní rozdíl	

Zdroj: Vlastní výzkum

Obrázek č. 11: Délka léčení v psychiatrické ambulanci (v %)

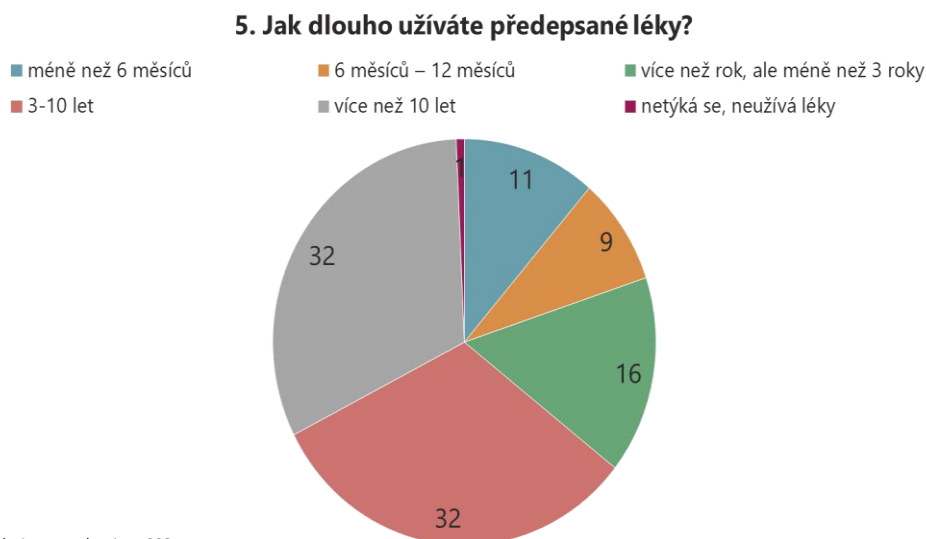


ZÁKLAD: Všichni respondenti, n=292

Zdroj: Vlastní výzkum

Většina oslovených pacientů je dlouhodobých – 2/3 vzorku tvoří pacienti docházející do psychiatrické ambulance 3 a více let, 1/3 méně než 3 roky. Déle se léčí lidé s těžšími formami poruch.

Obrázek č. 12: Délka užívání farmakoterapie (v %)



ZÁKLAD: Všichni respondenti, n=292

Zdroj: Vlastní výzkum

Délka užívání předepsaných léků v podstatě kopíruje délku ambulantní léčby.

Obrázek č. 13: Dodržování režimu farmakoterapie dle instrukcí lékaře v závislosti na věku pacienta (v %)

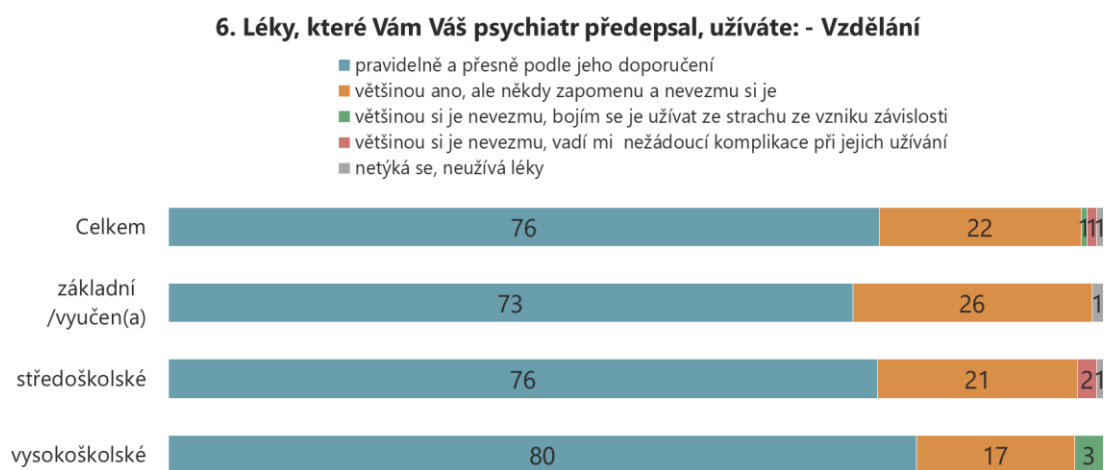


ZÁKLAD: Všichni respondenti, n=292

Zdroj: Vlastní výzkum

Dle deklarací pacientů užívají 3/4 léky předepsané psychiatrem zcela pravidelně podle jeho doporučení. Ostatní někdy zapomenou, ale většinou berou léky pravidelně. Mezi muži a ženami nejsou signifikantní rozdíly v pečlivosti užívání předepsaných léků (viz Příloha č. 7). Rozdíly lze pozorovat v závislosti na věku – čím mladší pacient, tím častější zapomenutí přiznává.

Obrázek č. 14: Dodržování režimu farmakoterapie dle instrukcí lékaře v závislosti na vzdělání pacienta (v %)



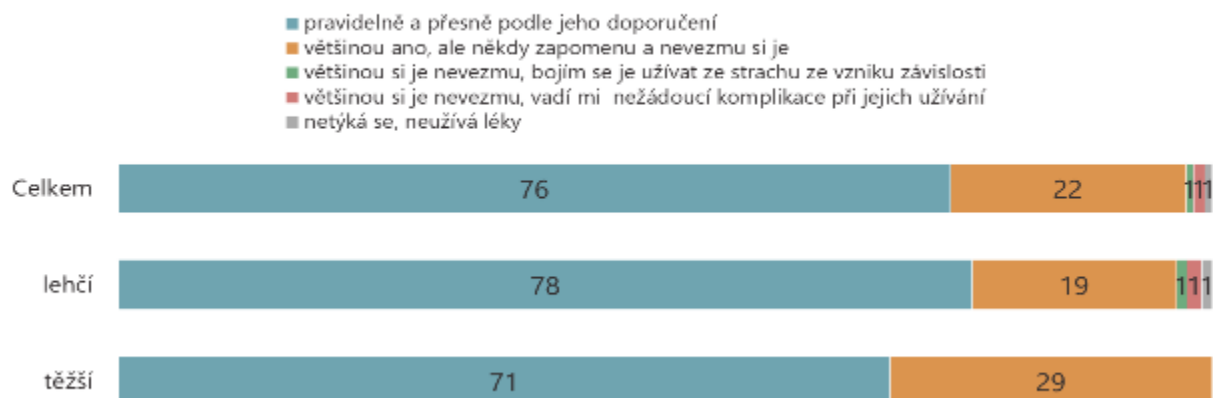
ZÁKLAD: Všichni respondenti, n=292

Zdroj: Vlastní výzkum

Pečlivost užívání se statisticky nevýznamně zvyšuje se stupněm dosaženého vzdělání.

Obrázek č. 15: Dodržování režimu farmakoterapie dle instrukcí lékaře v závislosti na závažnosti poruchy (v %)

6. Léky, které Vám Váš psychiatr předepsal, užíváte: - Forma poruchy



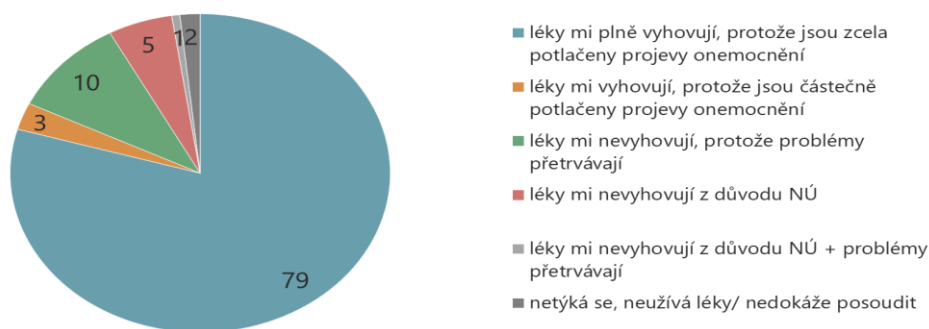
ZÁKLAD: Všichni respondenti, n=292

Zdroj: Vlastní výzkum

Statisticky významně méně pečliví v užívání jsou pacienti s těžšími formami poruch. Rovněž lidé s příznaky neklidu přiznávají častěji zapomenutí. Dále se ukazuje i souvislost s délkou rozhodování, zda psychiatra vůbec navštívit. Lidé, kteří se rozhodli rychle (méně než měsíc), jsou v užívání předepsaných léků pečlivější (viz Příloha č. 8)

Obrázek č. 16: Názor pacientů na efekt farmakoterapie (v %)

7. Jaký je Váš názor na účinek léků, které Vám Váš psychiatr předepsal?

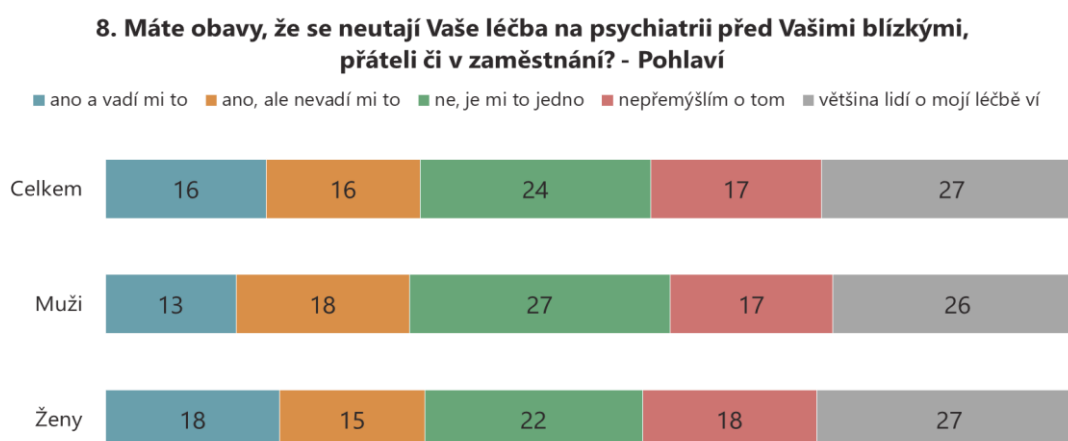


ZÁKLAD: Všichni respondenti, n=292

Zdroj: Vlastní výzkum

Velká většina (79 %) pacientů je s předepsanými léky spokojena. Vyšší míru nespokojenosti z důvodu neúčinnosti léku projevují lidé do 30 let (viz Příloha č. 9) a pacienti léčení méně než 6 měsíců (Příloha č. 10). Zde se zřejmě ještě léčba nestabilizovala.

Obrázek č. 17: Obavy pacientů ze stigmatizace psychiatrickou léčbou v závislosti na pohlaví pacientů (v %)



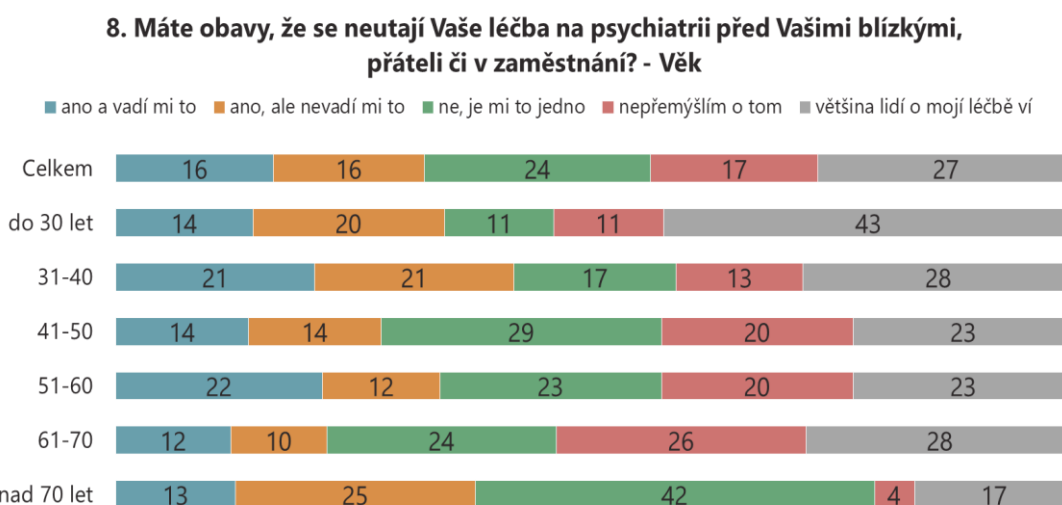
ZÁKLAD: Všichni respondenti, n=292

Zdroj: Vlastní výzkum

Obavy, že se léčba neutají, má třetina pacientů, přičemž polovině z nich to vadí a polovině nevadí. Většina pacientů (2/3) obavy nemá nebo o tom nepřemýšlí nebo již tento problém pominul, protože okolí o léčbě ví.

Rozdíly v pohledu na stigmatizaci mezi muži a ženami nejsou statisticky významné, nicméně muži častěji deklarují lhostejnost, zatímco ženám potenciální prozrazení léčby častěji vadí.

Obrázek č. 18: Obavy pacientů ze stigmatizace psychiatrickou léčbou v závislosti na věku (v %)

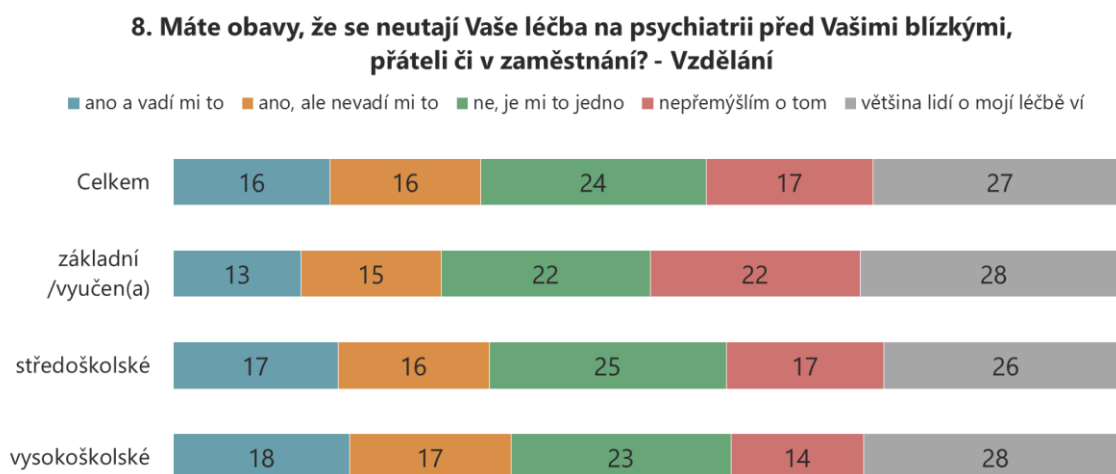


ZÁKLAD: Všichni respondenti, n=292

Zdroj: Vlastní výzkum

Z hlediska věkových kategorií lze pozorovat, že nejvíce jsou svoji léčbu ochotni neutajovat lidé do 30 let. Lidem ve věku 31-40 let a 51-60 let nejvíc vadí případné prozrazení léčby. To může souviset s obavami z problémů v práci u lidí v produktivním věku stejně jako u lidí předdůchodového věku. Lidé 41-50 let častěji deklarují lhostejnost (zřejmě je v tomto věku pracovní pozice nejlépe stabilizovaná a obavy ze ztráty zaměstnání jsou menší). Lidé od 61 do 70 let nad tímto problémem již tolik nepřemýšlejí a lidem nad 70 je to nejčastěji jedno. Senioři nad 70 let ale mají nejméně lidí v okolí, kteří o jejich léčbě vědí, což patrně souvisí s odchodem do důchodu, případně i nižší frekvencí sociálních vztahů spojenou se stářím.

Obrázek č. 19: Obavy pacientů ze stigmatizace psychiatrickou léčbou v závislosti na vzdělání (v %)

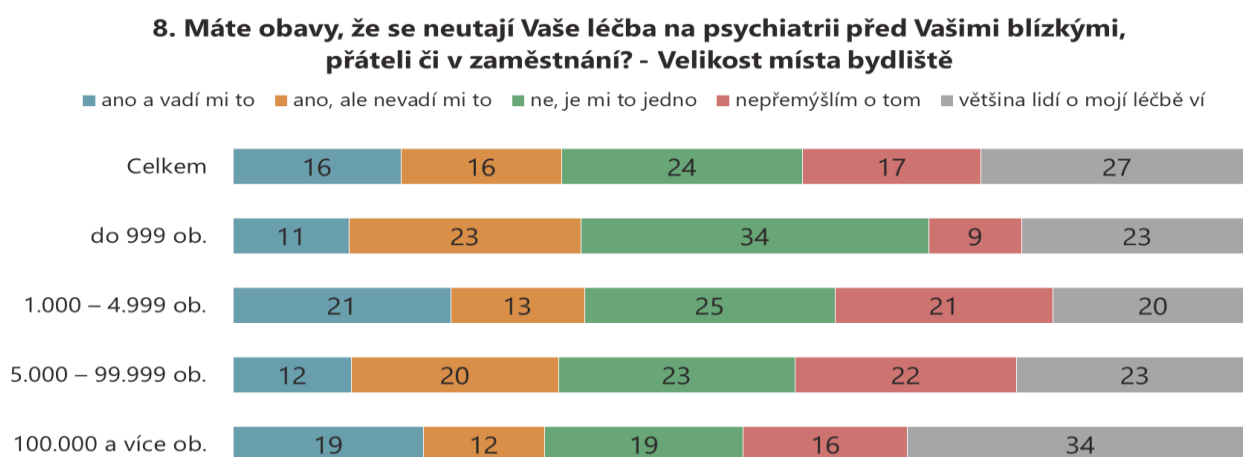


ZÁKLAD: Všichni respondenti, n=292

Zdroj: Vlastní výzkum

Čím vyšší stupeň dosaženého vzdělání, tím větší jsou obavy z prozrazení léčby a větší podíl pacientů, kterým to vadí.

Obrázek č. 20: Obavy pacientů ze stigmatizace psychiatrickou léčbou v závislosti na velikosti místa bydliště (v %)



ZÁKLAD: Všichni respondenti, n=292

Zdroj: Vlastní výzkum

S velikostí místa bydliště roste počet lidí, o kterých jejich okolí ví, že se léčí, ve velkoměstech nad 100 tis. obyvatel je to až třetina pacientů. Obavy z prozrazení panují

spíš na menších městech, v malých obcích od 1 do 5 tis. obyvatel pacientům nejvíc vadí potenciální prozrazení léčby.

Tabulka č. 7: Závislost mezi psychickými problémy pacientů a stigmatizací (v %)

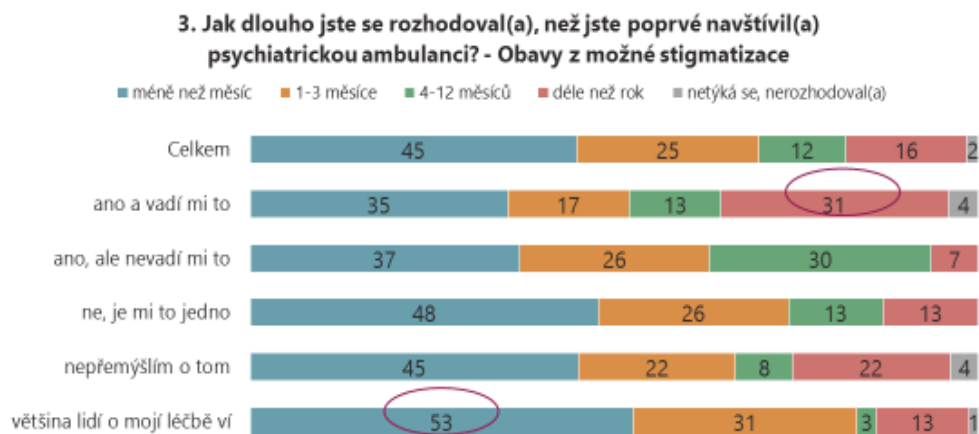
		1. Co Vás vedlo k rozhodnutí navštívit psychiatra... -																N				
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%		%			
8. Máte obavy, že se neutají Vaše léčba na psychiatrii před Vašimi blízkými, přáteli či v zaměstnání?	ano a vadí mi to	21,6	17,3	21,1	17,5	25,0	19,2	16,0	25,0	10,5	25,0	18,2	17,6	22,9	13,3	13,0	31,6	16,7	7,7	16,7	16,4	48
	ano, ale nevadí mi to	14,4	19,1	15,0	16,8	14,3	11,5	28,0	10,4	15,8	10,0	13,6	23,5	22,9	13,3	21,7	21,1	16,7	7,7	0,0	15,8	46
	ne, je mi to jedno	21,6	24,5	22,4	19,6	25,0	7,7	12,0	22,9	26,3	25,0	22,7	29,4	17,1	33,3	17,4	15,8	0,0	15,4	8,3	23,6	69
	nepřemýšlím o tom	11,3	11,8	15,0	12,6	7,1	26,9	20,0	10,4	15,8	15,0	22,7	17,6	8,6	11,1	4,3	10,5	33,3	15,4	25,0	17,5	51
	většina lidí o mojí léčbě ví	30,9	27,3	26,5	33,6	28,6	34,6	24,0	31,3	31,6	25,0	22,7	11,8	28,6	28,9	43,5	21,1	33,3	53,8	50,0	26,7	78
Total N		97	110	147	143	28	26	25	48	19	20	44	17	35	45	23	19	6	13	12		292

Zdroj: Vlastní výzkum

Z hlediska obtíží, s kterými se léčí, nejvíc vadí případné prozrazení léčby pacientům se závislostmi, dále lidem se sebevražednými myšlenkami, se závažným onemocněním v rodině, s poruchami paměti, a s dlouhodobou úzkostí nebo strachem (signifikantně) – viz Příloha č. 11.

Další souvislosti např. dokazují, že lidé obávající se stigmatizace se dostávají do ambulance psychiatra výrazně později (třetina z nich až po roce) než ti, kteří obavami netrpí. Nejrychleji se do ambulantní léčby dostávají lidé, jejichž okolí o léčbě ví. To je důvodem osvěty a snahy obavy ze stigmatizace snižovat.

Obrázek č. 21: Doba rozhodování před první návštěvou psychiatrické ambulance ve vztahu k stigmatizaci psychiatrické léčby (v %)



ZÁKLAD: Všichni respondenti, n=292

Zdroj: Vlastní výzkum

Další souvislosti např. dokazují, že lidé obávající se stigmatizace se dostávají do ambulance psychiatra výrazně později (třetina z nich až po roce) než ti, kteří obavami netrpí. Nejrychleji se do ambulantní léčby dostávají lidé, jejichž okolí o léčbě ví. To je důvodem osvěty a snahy obavy ze stigmatizace snižovat.

Tabulka č. 8: Osoba doporučující léčbu ve vztahu ke stigmatizaci (v %)

		8. Máte obavy, že se neutají Vaše léčba na psychiatrii před Vašimi blízkými, přáteli či v zaměstnání?					Total	Total
		ano a vadí mi to	ano, ale nevadí mi to	ne, je mi to jedno	nepřemýšlím o tom	většina lidí o mojí léčbě ví	Celkem	Celkem
		%	%	%	%	%	N	
2. Kdo Vám tuto návštěvu doporučil?	praktický lékař	18,8	23,9	29,0	29,4	34,6	28,1	82
	psycholog	10,4	10,9	10,1	13,7	6,4	9,9	29
	lékař specialista	18,8	6,5	8,7	17,6	19,2	14,4	42
	rodinný příslušník, rodina	20,8	26,1	23,2	23,5	23,1	23,3	68
	kamarád/ známý/ přátelé	6,3	15,2	13,0	3,9	11,5	10,3	30
	zaměstnavatel	0,0	0,0	1,4	0,0	1,3	0,7	2
	kolegové v práci	0,0	0,0	1,4	0,0	0,0	0,3	1
	rozhodl jsem se sám/ sama	50,0	30,4	30,4	21,6	25,6	30,8	90
	jiný specialista (krizové centrum, sestra, fyzioterapeut,...)	2,1	0,0	0,0	0,0	2,6	1,0	3
	jiné	0,0	2,2	0,0	0,0	1,3	0,7	2
Total N		48	46	69	51	78		292

Zdroj: Vlastní výzkum

Zajímavé je zjištění, že lidé, kteří mají obavy z prozrazení léčby a vadí jim to, se výrazně častěji k léčbě v psychiatrické ambulanci rozhodují sami (50 % oproti 31 % v celém vzorku) a méně často na doporučení lékaře. Naopak pacienti, u kterých jejich okolí o léčbě ví, uvádějí jako doporučující osobu častěji praktického lékaře. To znamená, že snaha by měla být, aby praktický lékař včas zachytil a případné pacienty povzbudil k návštěvě ambulance psychiatra.

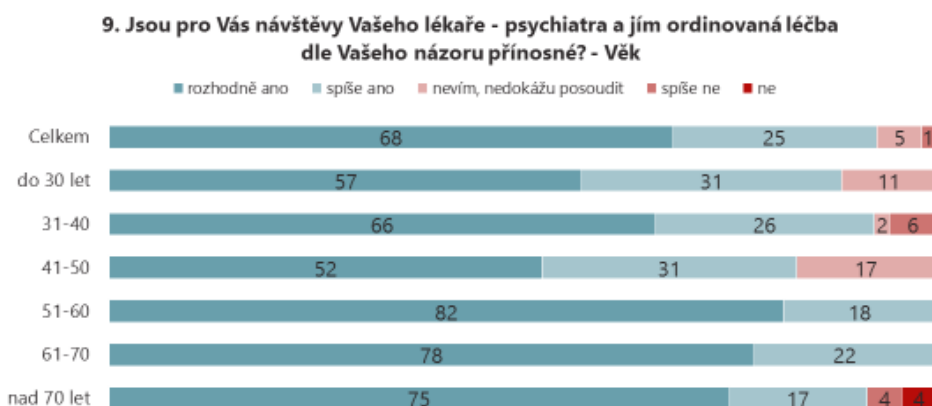
Tabulka č. 9: Způsob užívání léků ve vztahu ke stigmatizaci (v %)

		8. Máte obavy, že se neutají Vaše léčba na psychiatrii před Vašimi blízkými, přáteli či v zaměstnání?					Total	Total
		ano a vadí mi to	ano, ale nevadí mi to	ne, je mi to jedno	nepřemýšlím o tom	většina lidí o mojí léčbě ví	Celkem	Celkem
		%	%	%	%	%	%	N
6. Léky, které Vám Váš psychiatr předepsal, užíváte:	pravidelně a přesně podle jeho doporučení	58,3	80,4	75,4	78,4	83,3	76,0	222
	většinou ano, ale někdy zapomenou a nevezmu si je	29,2	19,6	24,6	21,6	15,4	21,6	63
	většinou si je nevezmu, bojím se je užívat ze strachu ze vzniku závislosti	4,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	2
	většinou si je nevezmu, vadí mi nežádoucí komplikace při jejich užívání	6,3	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	3
	netýká se, neužívá léky	2,1	0,0	0,0	0,0	1,3	0,7	2
	Total N	48	46	69	51	78		292

Zdroj: Vlastní výzkum

Pacienti, kteří se obávají stigmatizace, dále udávají nižší pečlivost v užívání léků (58 % bere pravidelně dle doporučení oproti 76 % za celý soubor) a léky jim častěji nevyhovují, protože problémy přetrvávají nebo mají nežádoucí účinky. Celkově pak hodnotí svoji léčbu méně pozitivně než ostatní a výrazně častěji si stěžují na svoji psychickou nevyrovnanost.

Obrázek č. 22: Hodnocení léčby pohledem pacientů v závislosti na věku (v %)



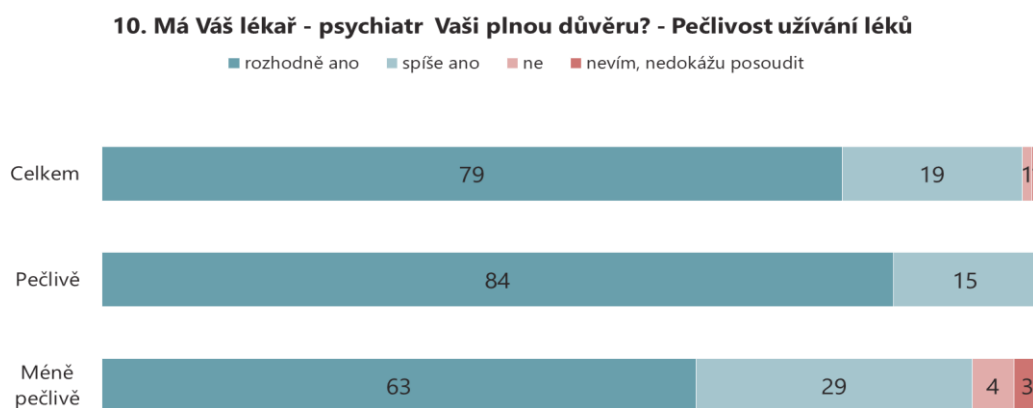
ZÁKLAD: Všichni respondenti, n=292

Zdroj: Vlastní výzkum

Většina pacientů považuje léčbu psychiatrem za přínosnou (93 %, přičemž 68 % za rozhodně přínosné). Nejspokojenější jsou v tomto směru lidé od 50 do 70 let.

Hodnocení přínosu léčby souvisí především (přímo úměrně) s dobrou účinností léků, a tím pádem i s délkou užívání předepsaných léků a délkou léčby – nejlépe hodnotí pacienti užívající léky více než tři roky, kdy už je výběr vhodných léků vyzkoušen a léčba stabilizovaná. Naopak pacienti užívající léky méně než půl roku jsou častěji spíše nespokojeni nebo nedokážou léčbu ještě posoudit (viz Příloha č. 12).

Obrázek č. 23: Důvěryhodnost psychiatra pohledem pacientů (v %)



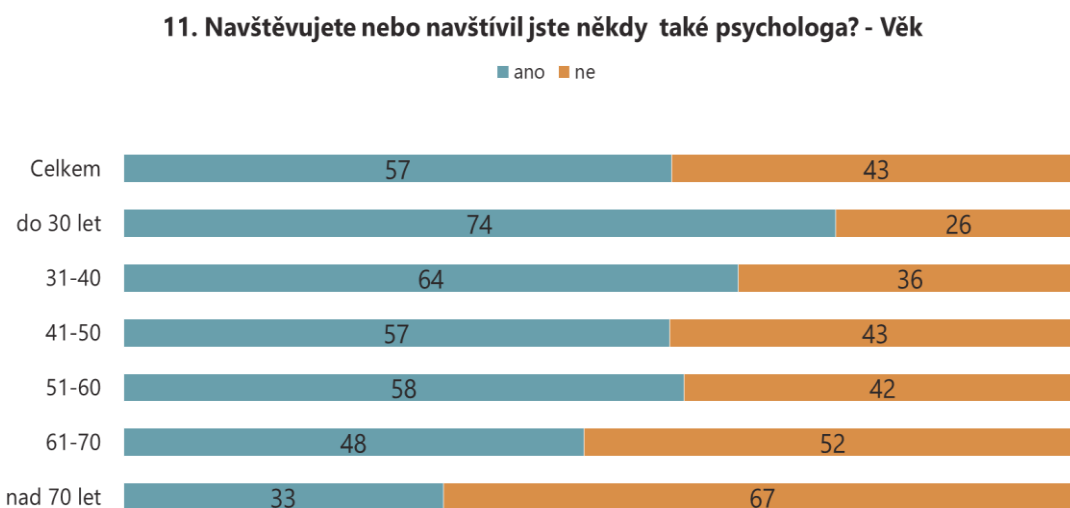
ZÁKLAD: Všichni respondenti, n=292

Zdroj: Vlastní výzkum

Co se týká důvěry ve svého lékaře – psychiatra, ta je všeobecně vysoká, 98 % lékařů důvěruje, přičemž 79 % rozhodně ano. Důvěra v psychiatra byla vztažena k režimu užívání farmakoterapie, délce ambulantní léčby a sociodemografickými charakteristikám.

Opět je závislost spíše na účinnosti předepsaných léků a délce léčby (nejvyšší důvěru projevují pacienti léčení se 3-10 let). Pacienti spokojení s léčbou a důvěřující psychiatrovi i pečlivěji užívají předepsané léky, a tato souvislost platí i naopak (viz Příloha č. 13).

Obrázek č. 24: Návštěvy psychologa (v %)



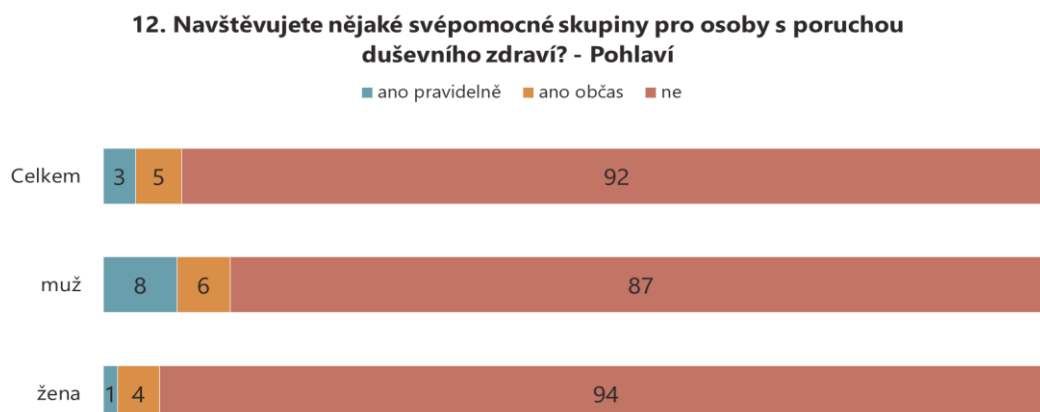
ZÁKLAD: Všichni respondenti, n=292

Zdroj: Vlastní výzkum

Více než polovina dotázaných (57 %) navštěvuje i psychologa. To je silně spojeno s věkem – čím mladší pacient, tím spíše psychologa vyhledává. Mezi lidmi do 30 let to jsou 3/4, naopak mezi seniory nad 70 let je to 1/3.

Dále častěji navštěvují psychologa lidé užívající předepsané léky více než 10 let a ti, kterým léky ne úplně vyhovují (viz Příloha č. 14). Častěji k psychologovi míří i lidé, jejichž ž okolí o jejich léčbě na psychiatrické ambulanci ví (Příloha č. 15).

Obrázek č. 25: Svépomocné skupiny ve vazbě na pohlaví (v %)

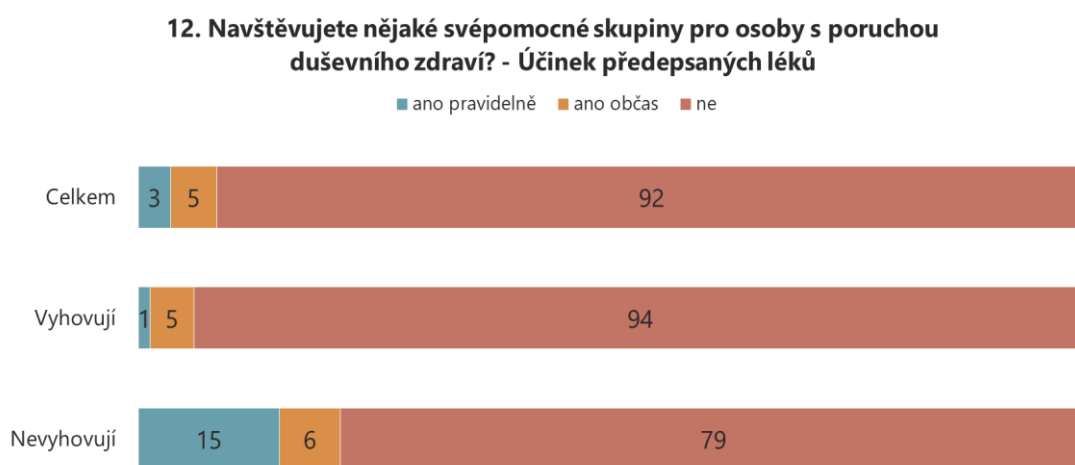


ZÁKLAD: Všichni respondenti, n=292

Zdroj: Vlastní výzkum

Svépomocné skupiny pacienti navštěvují jen sporadicky – alespoň občas toto činí 13 % dotázaných, častěji muži než ženy.

Obrázek č. 26: Svépomocné skupiny ve vazbě na účinek předepsaných léků (v %)

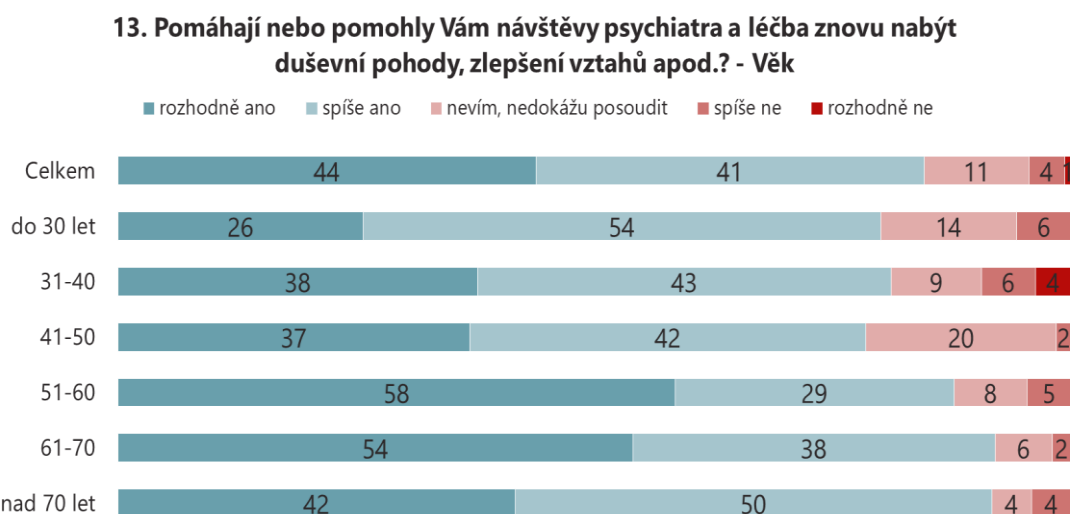


ZÁKLAD: Všichni respondenti, n=292

Zdroj: Vlastní výzkum

Dále nadprůměrně častěji navštěvují tyto svépomocné skupiny lidé z velkoměst, léčící se více než 10 let, lidé, kterým méně vyhovují předepsané léky (viz Příloha č. 16).

Obrázek č. 27: Hodnocení přínosu návštěvy psychiatra s ohledem na věk (v %)

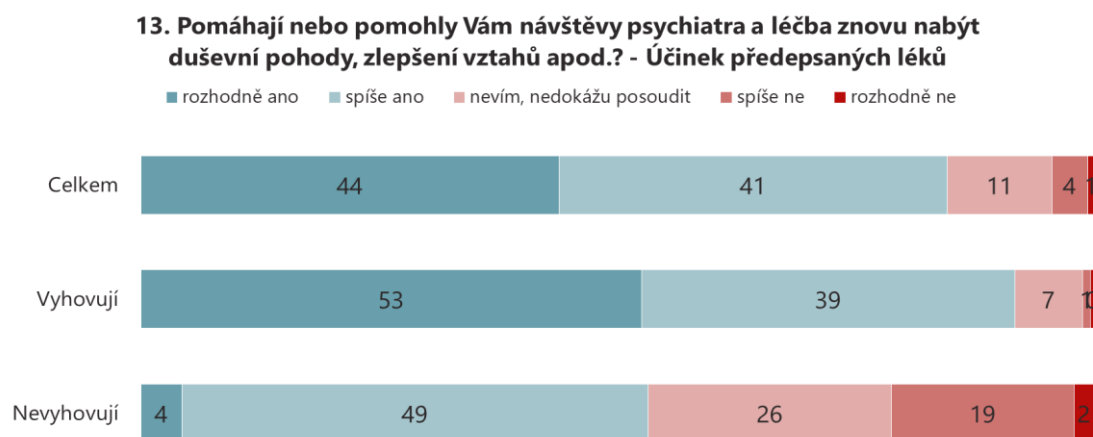


ZÁKLAD: Všichni respondenti, n=292

Zdroj: Vlastní výzkum

Celkem 85 % pacientů konstatuje, že návštěvy psychiatra jim pomohly nabýt duševní pohody, zlepšení vztahů atd. Jedná se častěji o pacienty ve věku od 50 do 70 let. Spokojenost také mírně roste s dosaženým stupněm vzdělání (viz Příloha č. 17).

Obrázek č. 28: Hodnocení přínosu návštěvy psychiatra s ohledem na účinek předepsaných léků (v %)



ZÁKLAD: Všichni respondenti, n=292

Zdroj: Vlastní výzkum

Pocit, že návštěvy psychiatra pomohly nabýt duševní pohody souvisí s účinkem předepsaných léků a tím pádem i s pečlivostí v užívání. Čím lépe léky vyhovují, tím

pečlivěji je pacient užívá a tím lépe oceňuje úspěšnost léčby (viz Příloha č. 18).

Obrázek č. 29: Léčba blízkého příbuzného na psychiatrii v závislosti na velikosti místa bydliště (v %)

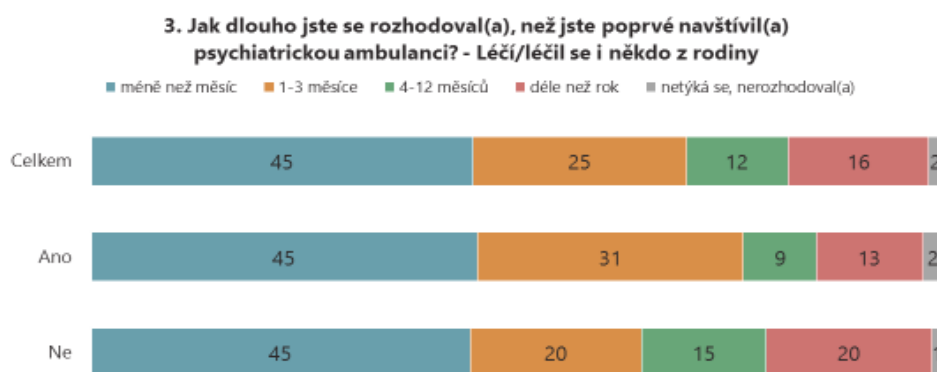


ZÁKLAD: Všichni respondenti, n=292

Zdroj: Vlastní výzkum

Téměř polovina (44 %) pacientů udává, že někdo z jejich blízkých se léčí nebo léčil také na psychiatrii. Čím menší je obec, kde pacient žije, tím častější výskyt tohoto jevu můžeme pozorovat.

Obrázek č. 30: Hodnocení přínosu návštěvy psychiatra s ohledem na věk (v %)



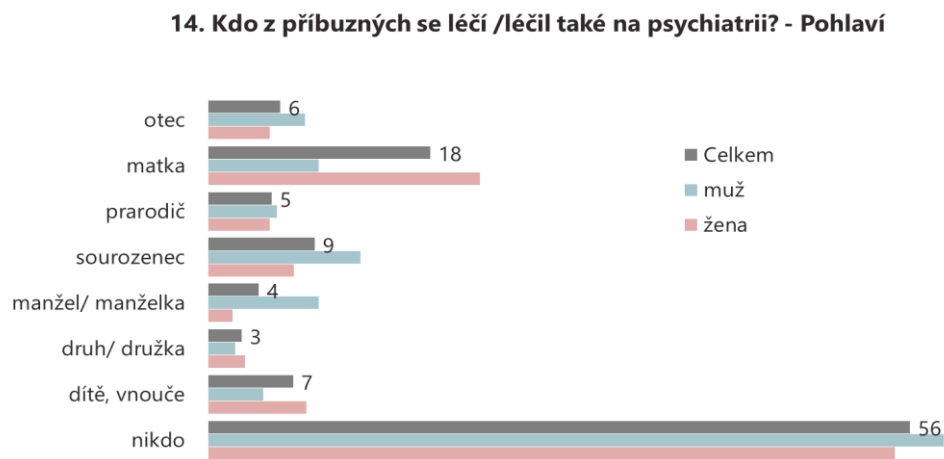
ZÁKLAD: Všichni respondenti, n=292

Zdroj: Vlastní výzkum

Skutečnost, zda má respondent ve svém okolí psychiatrického pacienta, ovlivňuje délku jeho rozhodování k léčbě. Až 76 % dotázaných s psychiatrickým

pacientem v rodině se sami k návštěvě psychiatra rozhodnou už do 3 měsíců. U ostatních bez psychiatrického pacienta v okolí je tento podíl významně nižší (65 %).

Obrázek č. 31: Kdo z příbuzných se léčí (léčil) na psychiatrii (v %)

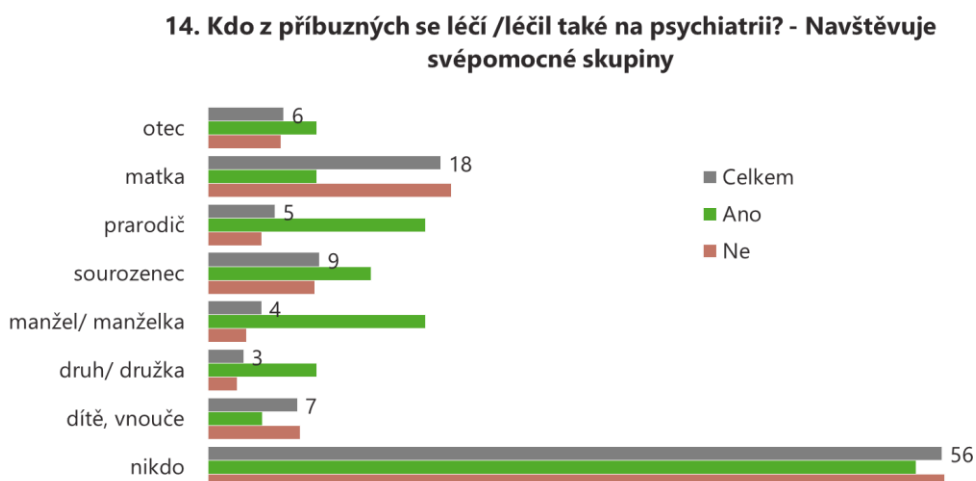


ZÁKLAD: Všichni respondenti, n=292

Zdroj: Vlastní výzkum

Nejčastěji se z příbuzných pacientů léčí/léčila na psychiatrii matka, následuje sourozenec, dítě/vnouče, otec a prarodič. Ženy mají častěji v péči psychiatra matku, muži častěji sourozence a manželku.

Obrázek č. 32: Kdo z příbuzných se léčí (léčil) na psychiatrii v závislosti na svépomocných skupinách (v %)



ZÁKLAD: Všichni respondenti, n=292

Zdroj: Vlastní výzkum

Mezi návštěvníky svépomocných skupin se častěji vyskytují pacienti, kteří mají současně v psychiatrické léčbě manžela/manželku nebo prarodiče.

Obrázek č. 33: Názor respondentů na faktory ovlivňující duševní zdraví (v %)



ZÁKLAD: Všichni respondenti, n=292

Zdroj: Vlastní výzkum

Únava, psychická nevyrovnanost, duševní napětí, špatný zdravotní stav – to jsou nejčastěji jmenované faktory, dlouhodobě ovlivňující duševní zdraví. Následuje celková životní nespokojenost, snížený výkon, narušené rodinné vztahy, atd.

Téměř všechny aspekty vnímají intenzivněji hlavně lidé, kteří navštěvují kromě psychiatra také psychologa. Psychickou nevyrovnanost a únavu uvádějí ve větší míře pacienti s těžšími formami. Na tělesné příznaky napětí a nedostatek podpory v rodině si stěžují zejména pacienti s laxnějším přístupem k užívání předepsaných léků. Pacienti, kterým léky spíše nevyhovují, pocítují duševní i tělesné napětí a psychickou nevyrovnanost (viz. Příloha č. 19).

Tabulka č. 10: Souvislost mezi stigmatizací a důvody ovlivňujícími duševní zdraví (v %)

		8. Máte obavy, že se neutají Vaše léčba na psychiatrii před Vašimi blízkými, přáteli či v zaměstnání?					Total	Total
		ano a vadi mi to	ano, ale nevadí mi to	ne, je mi to jedno	nepřemýšlím o tom	většina lidí o mojí léčbě ví	Celkem	Celkem
		%	%	%	%	%	N	
15. Co dle Vašeho názoru nejvíce dlouhodobě ovlivňuje Vaše duševní zdraví?	únava	39,6	26,1	27,5	43,1	48,7	37,7	110
	psychická nevyrovnanost	52,1	34,8	34,8	19,6	38,5	36,0	105
	duševní napětí	37,5	37,0	36,2	29,4	35,9	35,3	103
	neuspokojivý zdravotní stav, dlouhodobá nemoc	35,4	21,7	31,9	35,3	28,2	30,5	89
	celková životní nespokojenost	31,3	37,0	31,9	19,6	12,8	25,3	74
	snížený výkon	31,3	26,1	17,4	11,8	33,3	24,3	71
	narušené rodinné vztahy	18,8	19,6	26,1	27,5	26,9	24,3	71
	neschopnost relaxovat	20,8	17,4	18,8	9,8	17,9	17,1	50
	tělesné příznaky napětí (např. bolest hlavy, bušení srdce, pocení, průjem atd.)	18,8	8,7	10,1	17,6	24,4	16,4	48
	psychické potíže a nemoci v rodině	12,5	8,7	10,1	7,8	11,5	10,3	30
	nespokojenost s prací	12,5	6,5	14,5	2,0	10,3	9,6	28
	nedostatek podpory v rodině	8,3	13,0	7,2	5,9	7,7	8,2	24
	nedostatek podpory v práci	6,3	8,7	5,8	0,0	2,6	4,5	13
	finance, ztráta/ neschopnost najít zaměstnání	0,0	0,0	0,0	2,0	3,8	1,4	4
	jiné psychické potíže (strach, pasivita, komunikace, sebevědomí, vztahy, smysl života,...)	8,3	4,3	2,9	2,0	3,8	4,1	12
jiné	2,1	0,0	0,0	2,0	3,8	1,7	5	
Total N	48	46	69	51	78		292	

Zdroj: Vlastní výzkum

Celkovou životní nespokojeností a psychickou nevyrovnaností trpí častěji lidé obávající se stigmatizace svojí psychiatrickou léčbou.

V tabulce korelací (viz Příloha č. 20) můžeme pozorovat, jak spolu některé aspekty ovlivňující duševní zdraví souvisejí. Výrazně jsou provázány únava, snížený výkon, duševní napětí, tělesné příznaky napětí a psychická nevyrovnanost. Druhá je oblast vztahová – narušené rodinné vztahy, nedostatek podpory v rodině, práci, nespokojenost v práci.

Nedostatek podpory v rodině souvisí i s celkovou životní nespokojeností. Dále dlouhodobá nemoc je svázaná i se sníženým výkonem a neschopností relaxovat. Neschopnost relaxovat souvisí s nedostatkem podpory v práci a se špatným zdravotním stavem.

4.2 Testování hypotéz

Následující text se bude věnovat vyvrácení nebo potvrzení hypotéz s pomocí Chí-square testování. Testování bylo provedeno podle jednotlivých formulovaných hypotéz (viz. Metodika DP). K testování byly využity tabulky v přílohách č. 21 – 29.

H1.1: Existují statisticky významné rozdíly v obavě ze stigmatizace psychiatrické léčby mezi pohlavími.

H0.1: Statisticky významné rozdíly v obavě ze stigmatizace psychiatrické léčby mezi pohlavími neexistují.

Byl proveden χ^2 test (viz tabulka č. 11 Chi-Square Tests), testováno na hladině testu $\alpha = 0,05$. **Výsledek testu: hodnota $p=0,787 > \alpha$, takže nezamítáme hypotézu H0.1.** Výsledek je statisticky nevýznamný na hladině α .

Tabulka č. 11: Testování H1.1

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,722 ^a	4	,787
Likelihood Ratio	1,735	4	,784
Linear-by-Linear Association	,007	1	,931
N of Valid Cases	292		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14,18.

Zdroj: Vlastní výzkum

H1.2: Existují statisticky významné rozdíly v obavě ze stigmatizace psychiatrické léčby mezi věkovými kategoriemi.

H0.2 Statisticky významné rozdíly v obavě ze stigmatizace psychiatrické léčby mezi věkovými kategoriemi neexistují.

Byl proveden χ^2 test (viz tabulka č. 12 Chi-Square Tests), testováno na hladině testu $\alpha = 0,05$:

Výsledek testu: hodnota $p=0,174 > \alpha$, takže nezamítáme hypotézu H0.2. Výsledek je statisticky nevýznamný na hladině α .

Tabulka č. 12: Testování H1.2

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	25,750 ^a	20	,174
Likelihood Ratio	26,146	20	,161
Linear-by-Linear Association	,238	1	,626
N of Valid Cases	292		

a. 3 cells (10,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,78.

Zdroj: Vlastní výzkum

H1.3: Existují statisticky významné rozdíly ze stigmatizace psychiatrické léčby podle místa bydliště v závislosti na počtu obyvatel.

H0.3: Statisticky významné rozdíly ze stigmatizace psychiatrické léčby podle místa bydliště v závislosti na počtu obyvatel neexistují.

Byl proveden χ^2 test (viz tabulka č. 13 Chi-Square Tests), testováno na hladině testu $\alpha = 0,05$. **Výsledek testu: hodnota $p=0,165 > \alpha$, takže nezamítáme hypotézu H0.3.** Výsledek je statisticky nevýznamný na hladině α .

Tabulka č. 13: Testování H1.3

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	16,615 ^a	12	,165
Likelihood Ratio	16,671	12	,162
Linear-by-Linear Association	1,921	1	,166
N of Valid Cases	292		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,93.

Zdroj: Vlastní výzkum

H1.4: Existují statisticky významné rozdíly v obavě ze stigmatizace psychiatrické léčby v závislosti na vzdělání pacientů.

H0.4: Statisticky významné rozdíly v obavě ze stigmatizace psychiatrické léčby v závislosti na vzdělání pacientů neexistují.

Byl proveden χ^2 test (viz tabulka č. 14 Chi-Square Tests), testováno na hladině testu $\alpha = 0,05$. **Výsledek testu: hodnota $p=0,954 > \alpha$, takže nezamítáme hypotézu H0.4.** Výsledek je statisticky nevýznamný na hladině α .

Tabulka č. 14: Testování H1.4

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,649 ^a	8	,954
Likelihood Ratio	2,641	8	,955
Linear-by-Linear Association	,893	1	,345
N of Valid Cases	292		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,24.

Zdroj: Vlastní výzkum

H1.5: Dobu rozhodování k návštěvě psychiatra ovlivňují zdravotní obtíže.

H0.5: Dobu rozhodování k návštěvě psychiatra zdravotní obtíže neovlivňují.

Byl proveden χ^2 test (viz tabulka č. 15 Chi-Square Tests), testováno na hladině testu $\alpha = 0,05$. **Výsledek testu: hodnota $p=0,737 > \alpha$, takže nezamítáme hypotézu H0.5.** Výsledek je statisticky nevýznamný na hladině α .

Tabulka č. 15: Testování H1.5

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,268 ^a	3	,737
Likelihood Ratio	1,281	3	,734
Linear-by-Linear Association	,361	1	,548
N of Valid Cases	287		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,15.

Zdroj: Vlastní výzkum

H1.6: Dobu rozhodování k návštěvě psychiatra ovlivňuje nejvyšší dosažené vzdělání.

H0.6: Dobu rozhodování k návštěvě psychiatra nejvyšší dosažené vzdělání neovlivňuje.

Byl proveden χ^2 test (viz tabulka č. 16 Chi-Square Tests), testováno na hladině testu $\alpha = 0,05$. **Výsledek testu: hodnota $p=0,128 > \alpha$, takže nezamítáme hypotézu H0.6.** Výsledek je statisticky nevýznamný na hladině α .

Tabulka č. 16: Testování H1.6

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,930 ^a	6	,128
Likelihood Ratio	10,128	6	,119
Linear-by-Linear Association	,681	1	,409
N of Valid Cases	287		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,68.

Zdroj: Vlastní výzkum

H1.7: Dobu rozhodování k návštěvě psychiatra ovlivňuje velikost místa bydliště.

H0.7: Dobu rozhodování k návštěvě psychiatra velikost místa bydliště neovlivňuje.

Byl proveden χ^2 test (viz tabulka č. 17 Chi-Square Tests), testováno na hladině testu $\alpha = 0,05$. **Výsledek testu: hodnota $p=0,036 < \alpha$. Platnost H0.7 je velmi málo pravděpodobná a tudíž: Zamítáme H0.7 na hladině α a přijímáme H1.7.** Výsledek testu je statisticky významný na hladině α .

Tabulka č. 17: Testování H1.7

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	17,956 ^a	9	,036
Likelihood Ratio	18,862	9	,026
Linear-by-Linear Association	2,993	1	,084
N of Valid Cases	287		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,37.

Zdroj: Vlastní výzkum

H1.8: Předpokládáme, že pohlaví má vliv na pravidelné užívání psychiatrem předepsaných léků.

H0.8: Předpokládáme, že pohlaví nemá vliv na pravidelné užívání psychiatrem předepsaných léků.

Byl proveden χ^2 test (viz tabulka 18 Chi-Square Tests), testováno na hladině testu $\alpha = 0,05$. **Výsledek testu: hodnota $p=0,581 > \alpha$, takže nezamítáme hypotézu H0.8.** Výsledek je statisticky nevýznamný na hladině α .

Tabulka č. 18: Testování H1.8

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,862 ^a	4	,581
Likelihood Ratio	4,294	4	,368
Linear-by-Linear Association	1,613	1	,204
N of Valid Cases	292		

a. 6 cells (60,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,62.

Zdroj: Vlastní výzkum

Shrnutí testování hypotéz

Všechny hypotézy na základě provedeného testu Chí kvadrátu nezamítají formulovanou nulovou hypotézu, s výjimkou hypotézy H7.

5. Diskuze

Tématem diplomové práce je problematika duševního zdraví populace ČR. Výsledky námi realizovaného výzkumu porovnáváme a diskutujeme se závěry studií a zjištění odborníků, která jsou publikována v odborných časopisech. Naše závěry se opírají o provedenou analýzu, která je uvedena v korelačních tabulkách, které jsou součástí příloh naší práce.

S ohledem na stoupající počet poruch duševního zdraví v EU a také v populaci obyvatel ČR se problematika duševního zdraví stává stále aktuálnější a je v současné době vážným problémem veřejného zdraví obyvatel světa, EU i ČR. Jak uvedl Raboch (2015), dle zdroje WHO výhled do 21. století ukazuje, že právě afektivní poruchy a deprese budou v roce 2030 lidstvo skličovat nejvíce, až za nimi pak budou kardiovaskulární a onkologická onemocnění. Některým z duševních onemocnění je v Evropě každý rok zasaženo přibližně 38,2 % obyvatel (Wittchen et al., 2011). Jak uvádí Gustavsson et al. (2011), celkové náklady na léčbu poruch duševního zdraví byly za rok 2010 konzervativně odhadnuty na 461 miliard eur. Dle odhadů WHO (2008) se v České republice neuropsychiatrická onemocnění podílejí 24,5 % na celkové nemocnosti. Winkler et al. (2013) v dokumentu s názvem Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení uvádějí, že duševní onemocnění v zemích EU se podílejí na celkových DALY (Disability Adjusted Life Years) za veškerá onemocnění v rozmezí od 19,9 % v Rumunsku až po 35,6 % ve Švédsku. Pouze třetině všech zasažených duševním onemocněním se dostane léčby.

Podle závěrů významné studie The global Burden of Disease, publikované již v roce 1996, afektivní poruchy, zejména deprese představují největší zdravotní zátěž společností dnešního moderního světa vyjádřenou parametrem DALY a jejich výskyt bude do roku 2020 neustále stoupat (Murray a Lopez, 1996).

Wenigová a Pěč (2012) uvádějí, že duševní choroby představují v rozvinutých státech dle údajů WHO a Světové banky největší společensko-ekonomickou zátěž (22,0 % ztrát), čímž převyšují i kardiovaskulární choroby (20,4 %) a nádorová onemocnění (13,7 %) a jejich incidence bude dále stoupat.

Dle dat UZIS (2016) se počet pacientů přicházejících do psychiatrických

ambulancí v ČR od roku 2000 do roku 2007 zvýšil o 22 % a k největšímu nárůstu došlo v oblasti poruch nálady (nárůst o 109 %), neurotických obtíží (nárůst o 53 %) a demencí (o 64 %). Mezi roky 2010 a 2015 došlo v České republice k vzestupu počtu afektivních poruch o 10,6 % a u neurotických poruch o 12,4 %. S ohledem na tato publikovaná data jsme se v našem výzkumu zaměřili cíleně na problematiku afektivních a neurotických poruch. Vzhledem ke skutečnosti, že vyplňování dotazníku samotnými pacienty bylo anonymní a ve většině případů pacienti neznají svoji přesnou diagnózu, není zkoumaný soubor možno rozdělit striktně na skupiny pacientů s neurotickými a afektivními poruchami. Z tohoto důvodu není možné porovnat naše výsledky s údaji uvedenými Rabochem (2007), a sice že deprese se začínají objevovat v časně dospělosti (25-32 a let). V našem sledovaném souboru pacientů s duševními poruchami (neurotické a afektivní poruchy) byla nejčastěji zastoupena věková kategorie nad 40 let. Raboch (2007) dále uvádí, že deprese postihují asi 20 % obyvatelstva.

Kessler et al. (2005) uvádějí, že úzkostné poruchy z epidemiologického hlediska patří mezi nejfrekventovanější psychické poruchy a jsou druhou nejčastější skupinou duševních poruch po problematice závislostí.

Raboch a Vaněk v roce 2000 uvedli, že v ČR pouze 13,4 % osob trpících depresivními syndromy je adekvátně léčeno a dostává antidepressiva.

Z hlediska analýzy důvodů vedoucích k návštěvě psychiatrické ambulance dominují v námi sledovaném souboru dlouhodobé pocity úzkosti a strachu (což jmenuje 50 % pacientů) a výkyvy nálad, deprese a podrážděnost (49 %). Následují nespavost (38 %) a neklid (33 %). Další oblastí problémů, které mohou vést k psychiatrické léčbě, jsou partnerské vztahy (15 % dotázaných), ztráta blízké osoby (15 %), problémy v zaměstnání nebo jeho ztráta (12 %), existenční či finanční problémy (8 %), problémy s dětmi (6 %). Důvodem návštěvy psychiatra může být i závažné onemocnění, a to jak přímo pacienta (7 %), tak i blízké osoby pacienta (rovněž 7 %).

Co se týče délky rozhodování k návštěvě psychiatrické ambulance, v našem souboru pacientů s úzkostnými a afektivními poruchami se nadpoloviční většina dotázaných pacientů (70 %) k návštěvě ambulance psychiatra rozhodovala do 3 měsíců, přičemž 45 % do jednoho měsíce. Ostatní pacienti pak do roka (12 %) nebo déle než za

rok (16 %). Z hlediska obtíží, kterými pacienti trpí, se statisticky významně déle rozhodují lidé s poruchami paměti a s problémy ve vztahu s partnerem. Následují (bez signifikance) problémy s dětmi, ztráta blízké osoby, problémy v zaměstnání, neklid ale i sebevražedné myšlenky. Rychleji se rozhodují lidé po hospitalizaci, s méně závažnými problémy fyzického rázu a s onemocněním osoby blízké. Z hlediska vzdělání je signifikantní rozdíl u lidí se středoškolským vzděláním, kteří se významně častěji rozhodují do jednoho měsíce. Celková tendence je, čím nižší stupeň dosaženého vzdělání, tím rychlejší rozhodování (do tří měsíců se rozhodne 74 % lidí bez středoškolského vzdělání, 69 % lidí se středoškolským a 66 % s vysokoškolským vzděláním). Co se týká velikosti místa bydliště, lze konstatovat signifikantní rozdíl u lidí z velkoměst nad 100 tis. obyvatel, ti se významně častěji rozhodnou k návštěvě psychiatra do jednoho měsíce. Rovněž signifikantně častěji se obyvatelé měst od 5 do 99 tis. obyvatel častěji rozhodují do 3 měsíců. Celkově se zdá být trendem souvislost větší město = rychlejší návštěva psychiatrické ambulance. Nejdelší dobu trvá rozhodnutí v obcích od 1 do 5 tis. obyvatel.

Podle údajů z velké americké epidemiologické studie autorů Wanga et al. z roku 2005 s názvem *Failure and Delay in Initial Treatment Contact After First Onset of Mental Disorders* v prvním roce onemocnění depresivní poruchou kontaktuje lékaře pouze 37,4 % postižených, průměrné zpoždění léčby je 8 let. Novější rozsáhlá studie WHO s názvem *Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders* z roku 2007 provedená mezi 76 012 respondenty ve věku 18 let a staršími v 15 zemích světa k zjištění celoživotních poruch úzkostí, poruch nálady a závislostí ukázala, že prodleva zahájení léčby se pohybovala od 3,0 do 30,0 let u úzkostných poruch, od 1,0 do 14,0 let u poruch nálady. Zpoždění zahájení léčby bylo obecně větší v rozvojových zemích, starších kohortách a u mužů. Závěry studie ukázaly, že zpoždění při zahájení léčby afektivních a neurotických poruch jsou všudypřítomnými problémy na celém světě (WHO, 2007). V souladu se závěry této rozsáhlé studie WHO je i naše zjištění, a to, že nejrychleji se rozhodují pro zahájení léčby senioři nad 70 let.

Při studiu vztahu závislosti mezi dobou rozhodování k první návštěvě psychiatrické ambulance a výši dosaženého vzdělání nizozemští autoři ten Have et al.

(2013) uvádějí, že u 6 646 respondentů ve věku 18-64 let, kteří se zúčastnili Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study nebyly zjištěny rozdíly v době mezi objevením se počátku zdravotních problémů a první návštěvou psychiatrického zařízení mezi respondenty s ohledem na úroveň jejich vzdělání. Na rozdíl od těchto závěrů v našem výzkumném souboru se lidé s nižším stupněm dosaženého vzdělání rozhodovali k návštěvě psychiatrické ambulance rychleji než lidé se středoškolským a vysokoškolským vzděláním.

S mimořádně zajímavým zjištěním přišli dánští autoři Skovlund et al v roce 2017 na základě výsledků celostátní studie z let 2000-2013 realizované v Dánsku na souboru mužů a žen ve věku 10-49 let, a to, že před pubertou měli chlapci a dívky téměř stejnou míru výskytu deprese a po pubertě se u dívek incidence depresí výrazně zvýšila.

Zajímavá zjištění přinesly také závěry studie Mental Health and Wellbeing in England Adult Psychiatric Morbidity Survey z roku 2014 z Anglie, a sice že každý šestý člověk trpí v průběhu svého života nějakou poruchou duševního zdraví, konkrétně každá pátá žena a každý osmý muž. Od roku 2000 se celkový počet osob léčených na psychiatrických klinikách a ambulancích v Anglii neustále zvyšuje, zejména mladých žen, které jsou dle závěrů studie nejrizikovější populační skupinou s ohledem na poruchy duševního zdraví. Většina duševních poruch byla diagnostikována u osob, které žijí samy, s poškozením fyzického zdraví a bez trvalého zaměstnání (Appleby et al., 2014). V souladu se závěry této studie jsou i naše zjištění. V souboru námi sledovaných respondentů tvořily ženy 69 %, tedy převažovaly nad muži.

Ke stejným závěrům dospěli indiští autoři Goud a Nikhade (2015), kteří zjistili vyšší podíl depresí u žen než u mužů a s ohledem na rodinný stav u osob žijících osamoceně, tedy u vdov/vdovců a rozvedených osob.

Také ÚZIS (2016) na základě celostátních statistik uvádí, že psychiatrickou péči vyhledaly v roce 2015 i letech předchozích častěji ženy a že podíl žen na celkovém počtu vyšetření i na počtu pacientů se dlouhodobě pohybuje kolem 60 %. Při porovnání jednotlivých skupin psychiatrických diagnóz se u žen objevují častěji afektivní,

neurotické a organické duševní poruchy, kde ženy tvoří od 64 do 68 % z celkového počtu pacientů.

Co se týče problematiky stigmatizace léčbou duševního onemocnění, autoři Winkler et al. v roce 2015 publikovali v časopise *European Psychiatry* výsledky jedné z prvních studií, která porovnává úroveň stigmatizujícího chování v zemích, které byly na opačných stranách železné opony. Cílem bylo zjistit prevalenci stigmatizujícího chování vůči těm, kteří mají problémy s duševním onemocněním v České republice a porovnat tyto nálezy se zjištěními z Anglie. Pro posouzení stigmatizujícího jednání byl vybrán reprezentativní vzorek 1 797 osob z Česka a 1 720 osob v Anglii. Míra stigmatizujícího chování se v obecné české populaci v porovnání s Velkou Británií ukázala jako extrémně vysoká. Přátelit se s někým, u koho se objevilo psychické onemocnění, by spíše nebo rozhodně vadilo 4 % Britů a 26 % Čechů. Žít společně s někým, kdo má psychické onemocnění, by rozhodně nebo spíše nevadilo 56 % Britů a 15 % Čechů. Pracovat společně s někým s psychickým onemocněním by rozhodně nebo spíše nevadilo 68 % Britů a 20 % Čechů. Bydlet v sousedství někoho, kdo má psychické onemocnění, by do budoucna rozhodně nebo spíše nevadilo 72 % Britů a 25 % Čechů (Winkler et al., 2015a). Autoři dále zmiňují, že stigma duševní choroby může kvalitu života pacientů značně poškozovat, způsobuje jejich diskriminaci, sociální izolaci, má velký vliv na jejich sebeúctu, na problémy s nezaměstnaností a může pacienta od léčby odrazovat. Stigma s sebou nesou zejména těžší formy deprese (Winkler et al., 2015a).

Oproti tomu Hosák et al. (2015) uvádějí, že pacienti s lehčí formou deprese již naší společnosti stigmatizováni nejsou.

Přesto již samotný fakt, že se dotyčný léčí na psychiatrii, jej může zařazovat mezi „duševně choré“. Proto mají lidé trpící duševními poruchami tak velké obavy z psychiatrické diagnózy, že často nevyhledají odbornou pomoc, případně navštíví raději lékaře jiné odbornosti. K psychiatrovi se dostane pouze kolem 40 % osob trpících depresí nebo panickou poruchou a asi 25 % jedinců se sociální fobií. K depresivním pacientům zastávají stigmatizující postoje více muži (mají méně informací o depresi), osoby s nižším vzděláním a starší lidé (Ocisková a Praško, 2015).

V našem souboru sledovaných pacientů obavy ze stigmatizace souvisejí s životními fázemi v různých věkových kategoriích. Nejvíce vadí potenciální prozrazení lidem v předdůchodovém věku 51-60 let a lidem v produktivním věku 31-40 let, což může souviset s obavami o ztrátu zaměstnání. Pacientům nad 60 let je to častěji jedno nebo o tom nepřemýšlejí nebo jim případné prozrazení nevadí. S přibývajícím věkem ovšem klesá podíl blízkých osob, které o léčbě pacienta vědí. Mezi mladými do 30 let je tento podíl 43 %, zatímco u seniorů nad 70 let je to jen 17 %. Signifikantní je rozdíl ve skupině nad 70 let a do 30 let, ostatní věkové kategorie jsou bez signifikance. Z analýzy dat získaných naším dotazníkovým šetřením dále vyplývá, že v našem souboru pacientů obavy závisí na dosaženém vzdělání – s vyšším stupněm vzdělání obavy ze stigmatizace stoupají. Mezi lidmi s VŠ vzděláním je 35 % pacientů obávajících se prozrazení, mezi středoškoly je to 33 % a mezi lidmi bez středoškolského vzdělání je to 28 %. Dále ženám případné prozrazení léčby vadí víc (18 %) než mužům (13 %). Tyto rozdíly ovšem nejsou statisticky významné.

Z pohledu velikosti místa bydliště se prokázalo, že s velikostí obce roste počet lidí v okolí pacienta, kteří o jeho léčbě vědí. U pacientů trvale bydlících ve velkoměstech nad 100 tis. obyvatel je tento podíl až 34 %, což je signifikantní rozdíl oproti pacientům bydlícím v obcích 1-5 tis. obyvatel, kde podíl informovaných osob o léčbě činí 20 %. V těchto menších obcích lidé uvádějí nejčastěji, že by jim vadilo, kdyby jejich léčba vyšla najevo (21 %).

Statisticky významný rozdíl byl zjištěn v délce rozhodování, zda navštívit psychiatra. U pacientů, kterým by vadilo prozrazení, je výrazně delší doba, než se do ambulance psychiatra dostanou (31 % z nich se dostává až po době delší než rok, zatímco v celku činí tento podíl 16 %). Pacienti, kteří se obávají prozrazení, ale nevadí jim to, se do ordinace psychiatra dostávají významně častěji ve lhůtě 4-12 měsíců. Nejrychleji se k psychiatrovi dostávají lidé, kde je jejich okolí s potížemi a léčbou obeznámeno. Tito lidé současně uvádějí jako doporučující osobu praktického lékaře. Lidé, kterým vadí, že se léčba neutají, signifikantně méně pečlivě užívají předepsané léky a naopak častěji si je nevezmou kvůli nežádoucím komplikacím nebo ze strachu ze závislosti. Celkově pak hodnotí léčbu méně pozitivně než ostatní a významně častěji

uvádějí psychickou nevyrovnanost jako faktor, který nejvíce dlouhodobě ovlivňuje jejich duševní zdraví. Obavy ze stigmatizace psychiatrickou léčbou dle našeho názoru závisí patrně silněji na typu osobnosti než na sociodemografických charakteristikách. Velice podstatnou roli sehrává též druh duševního onemocnění. Postoje laické veřejnosti ke stigmatizaci se mění v čase, což je zřejmé v některých západních zemích. Proto lze předpokládat, že v budoucnu bude docházet i v českém prostředí k dalšímu snižování stigmatizace. Aby měl celý proces destigmatizace větší šanci na úspěch, je třeba, aby byl podporován vládními i nevládními organizacemi a realizován systematicky a nenásilně v rámci zdravotní a sociální politiky a zaměřoval se na jednotlivé skupiny v populaci (na mládež, zdravotníky apod.). V celém procesu hraje důležitou roli i účast samotných pacientů a jejich rodin (Ocisková a Praško, 2015). Jako nejefektivnější možnost v redukci stigmatizace se jeví přímý kontakt s osobami s psychickou poruchou, který zvyšuje osobní pozitivní pohled na ně (Song et al., 2011).

Již v roce 1996 byla iniciována široká edukační kampaň pomocí projektu WPA (World Psychiatric Association) „Open the Doors“, v jehož rámci byl na školách zprostředkováván přímý kontakt studentů s lidmi, kteří byli pro duševní poruchu léčeni. Prostřednictvím destigmatizačních programů byli studenti široce informováni o duševních nemocech. V ČR program podpořila řada organizací, včetně společnosti Academia Medica Pragensis (Hosák et al., 2015). Nevládní nezisková organizace Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví se zapojila do projektu „Změna“, jehož záměrem je boj proti stigmatizaci a diskriminaci duševně nemocných. Projekt byl také zařazen do WPA globálního programu „Open the Doors“. Součástí projektu byla řada kampaní, například kampaň v pražském metru a v dopravních prostředcích v roce 2005, rozhovory v televizi a rozhlase, série rozhlasových pořadů o duševním onemocnění. (Beldie et al., 2012).

WHO připravila v roce 2001 program na podporu destigmatizace v oblasti duševního zdraví s názvem „Stop Exclusion- Dare to care“ v rámci World Health Day 2001. Vhodnější než široké destigmatizační kampaně jsou cílená opatření a lokální intervence. Intervence, jejichž cílem může být například zvýšení povědomí o duševním zdraví, je možné provádět třeba ve školách. Dále může být užitečné konstruktivní

působení na média, tak, aby neposilovala stigmatizaci a sociální diskriminaci senzacími a zkresleným popisováním osob s duševní poruchou. Účinné v destigmatizaci bývají také svépomocné skupiny, které poskytují psychickou podporu lidem s duševní poruchou a jejich rodinám. Využívají terapeutické faktory skupinové psychoterapie – zvláště altruismus, soudržnost, universalitu, chování nápodobou, dodávání naděje i katarzi (Ocisková a Praško, 2015). V roce 1996 bylo založeno občanské sdružení Česká asociace pro psychické zdraví, která je členem mezinárodních organizací věnujících se duševnímu zdraví (Mental Health Europe, GAMIAN). Mezi hlavní aktivity asociace patří destigmatizace, pilotní projekty, vzdělávání a programy rozvoje. Do činností proti stigmatizaci se zapojují i nadace jako Fokus, Sympathea, Vida, Práh, Green Doors, Lomikámen, ESET-HELP. Střediska pro každodenní činnosti pro lidi s duševními poruchami jsou například občanská sdružení (Altan, Baobab, Egosum, Epoché), některé regionální charitativní organizace, Péče o duševní zdraví, Polidon, Filia, Asociace Práh, Vor a Zahrada 2000. Některá sdružení (například Práh, Green Doors, Fokus Vysočina) umožňují zapojení osob s duševními poruchami v tréninkových kavárnách a obchodech, kde pracují jako obsluha nebo prodavači a dostanou se tak do kontaktu s veřejností. Přestože organizace a svépomocné skupiny pro oblast podpory duševního zdraví jsou v ČR poměrně hojně zastoupeny, povědomí o jejich aktivitách i zájem o jejich využití je nízké, jak bylo zjištěno i v rámci našeho výzkumu. Respondenti uvedli, že svépomocné skupiny navštěvují minimálně, návštěvu některého z těchto zařízení uvedlo pouze 13 % dotázaných. Jedná se častěji o muže do 30 let, svobodné, z velkoměst, bydlící s rodiči, kteří se léčí více než 10 let. Z výsledků analýzy vyplývá, že jsou to lidé, kterým méně vyhovují předepsané léky a jejichž okolí je obeznámeno s jejich léčbou. Z pohledu obtíží se jedná o pacienty po hospitalizaci, se závislostmi a pacienty s vidinami, slyšínami.

WHO (2017) konstatuje, že v evropském regionu je deprese stěžejním problémem a duševní zdraví se z tohoto důvodu stalo hlavním tématem Světového dne zdraví pro rok 2017. WHO dále uvádí, že deprese je závažná porucha duševního zdraví, ale navzdory tomu asi 50 % případů závažné deprese stále zůstává neléčeno. Vysoký podíl osob, které nedostávají žádnou léčbu, navzdory dostupnosti prevence a levné a

účinné péče je alarmující. Webová stránka kampaně s názvem Depression: let's talk (WHO, 2017) obsahuje širokou škálu materiálů a informací o tomto problému.

Je prokázáno, že lidé s diagnózou chronických onemocnění trpí vysokou mírou deprese. Deprese se vyskytuje například u až 20 % pacientů s diabetem a koronárním onemocněním srdce, což jsou dva nejčastější stavy diagnostikované v primární péči. Přestože jsou tato onemocnění spojena s významným postižením a nadměrnou mírou úmrtnosti, depresivní komorbidita často zůstává nediodagnostikovaná. Komorbidity spojené s depresí byly zkoumány u pacientů v zemích postkomunistického regionu střední a východní Evropy (Winkler et al., 2015b). Cílem této studie bylo zhodnotit fyzickou komorbiditu při depresi a zjistit, zda existuje zvýšená pravděpodobnost fyzických komorbidit spojených se současně se vyskytujícími depresivními a úzkostnými poruchami. Údaje o 4 264 pacientech ve věku 18-98 let byly v letech 2010 až 2011 shromážděny mezi lékaři v České republice. Výsledky logistických regresí ukázaly, že pravděpodobnost bolesti, hypertenze nebo diabetu mellitu je obzvláště zvýšena u pacientů, kteří mají společně se vyskytující depresivní a úzkostnou poruchu. Výsledky studie dále ukazují, že komorbidity spojené s depresivními a úzkostnými poruchami jsou v primární zdravotní péči velmi rozšířeny (Winkler et al., 2015b). Kromě toho, i přes relativně vysokou prevalenci deprese v populaci jako celku, včetně starších osob a mládeže, zůstává její diagnóza a léčba problémem, neboť pacienti si primárně na depresi nestěžují, což může vést k nedostatečné léčbě a špatné péči o tyto pacienty. Doktor Paul Giesen, lékař v Nizozemsku, říká: *"Viděl jsem, že mnozí z mých pacientů nevědí, že mají depresi. Spíše prezentují somatické stížnosti, problémy s alkoholem nebo drogami nebo si stěžují na problémy doma i v práci"*. (WHO, 2016). Lékaři a zdravotní sestry primární péče jsou zdravotníky prvního kontaktu a mohou se postarat, aby byla včas zajištěna diagnostika, léčba a péče o pacienty, kteří se potýkají s depresí. Mohou toho dosáhnout způsobem, který je přizpůsoben každodenním životním podmínkám, rodině a komunitě pacienta a mohou být hlavními organizátory dalších poskytovatelů zdravotní péče. Toto opatření může zajistit včasnou, dostupnou a cílenou péči a také snížení stigmatizace (WHO, 2016).

Zatímco screening deprese je jedním z prvních způsobů, jak mohou lékaři

a všeobecné (zdravotní) sestry primární péče pomoci, je důležité, aby byli také vybaveni informacemi a vědomostmi. Vhodným materiálem je guideline WHO Mental Health Gap Action Programme. Tento materiál pomáhá poskytovatelům primární péče řídit a sledovat své pacienty v průběhu času, aby byla zajištěna kvalita péče o ně. Spolupráce primární a specializované péče se jeví jako klíčová pro efektivní zvládnutí deprese. V případě potřeby mohou týmy primární péče spolupracovat s dalšími poskytovateli zdravotní péče, jako jsou fyzioterapeuti, psychiatři, psychologové, sociální pracovníci a další odborníci v oblasti duševního zdraví (WHO, 2016).

Také White (2014) ve svém článku s názvem Preventing Mental Illness: A Primary Care Approach upozorňuje, že pravidelné prohlídky u praktických lékařů či lékařů primární péče by pomocí jednoduchých nástrojů pro posuzování rizik mohly zabránit rozvoji duševních chorob a zachytit duševní nemoci v raných stádiích. Lékaři primární péče by mohli s využitím holistického přístupu k duševnímu zdraví přivést včas pacienty k odborné péči v případě zjištěného vysokého rizika nebo pokud se začaly objevovat první symptomy. Včasné odhalení rizik chronických onemocnění umožňuje lékařům pomáhat pacientům změnit zdravotní chování a předcházet onemocněním. Včasné odhalení rizik duševních chorob může iniciovat změnu chování, aby se zabránilo nástupu příznaků a podpořilo zdraví a pohoda.

Epidemiologické studie napříč různými zeměmi ukazují, že jen asi třetina lidí s duševními poruchami konzultuje svůj problém na počátku s psychiatrem, většina vyhledává pomoc u rodinných lékařů, praktických lékařů či jiných specialistů v závislosti na typu zdravotního systému dané země. Dokonce i v zemích s vysokými příjmy, jako jsou USA, Kanada, Itálie a Nizozemsko, značný počet pacientů s duševními problémy nehledá léčbu přímo u odborníků z oblasti duševního zdraví (psychiatrů), ale spíše hledá pomoc u všeobecných (praktických) lékařů a teprve později se odhodlá k návštěvě psychiatra (Alegria et al., 2000).

U námi sledovaného souboru pacientů základními doporučiteli návštěvy psychiatrické ambulance byli praktičtí lékaři (uvedlo 28 % dotázaných), rodina 23 % a samozřejmě sám pacient. Celkem 31 % dotázaných sdělilo, že se pro návštěvu psychiatra rozhodli sami, ovšem část (9 %) přitom měla podněty i od ostatních osob,

takže čistě své rozhodnutí učinilo 22 % respondentů. Významnější roli při doporučení dále hrál lékař specialista (14 %), přátelé, kamarádi (10 %) a psycholog (10 %). Celkem 57 % pacientů z našeho souboru uvedlo, že navštěvuje nebo někdy navštívilo psychologa. Radou psychologa se v našem souboru častěji řídili lidé do 30 let věku a s ohledem na pohlaví muži. Na doporučení rodiny dali častěji také mladí lidé do 30 let, dále lidé ve věku 51-60 let, svobodní, z vesnic a menších obcí. Rodina má větší vliv i u těžších poruch. U seniorů nad 60 let hraje výraznější roli praktický lékař. Téměř polovina respondentů našeho souboru uvedla, že se na psychiatrii léčí také někdo z blízkých příbuzných. Spokojenost s péčí psychiatra udává 85 % pacientů z našeho výzkumného souboru. Nejčastěji vyjadřují spokojenost s léčbou pacienti nad 50 let věku a tato spokojenost souvisí s pečlivostí užívání farmakoterapie a s účinkem předepsaných léků.

Na základě analýzy dat SÚKLu (2017) bylo zjištěno, že nárůst spotřeby antidepresiv je v ČR markantní, zatímco užívání ostatních psychofarmak, jako například hypnotik, zůstává víceméně stabilní. Ačkoli před 20 lety patřilo Česko k zemím, kde se předepisovalo velmi málo antidepresiv, od té doby se situace výrazně změnila a množství antidepresiv dodaných do lékáren se za posledních 20 letech více než ztrojnásobilo. Rostoucí trend spotřeby antidepresiv je způsoben vedle vzrůstajícího počtu lidí trpících některou z duševních poruch, i faktem, že se tyto léky předepisují i pro jiné diagnózy, než jen deprese, například k léčbě nespavosti. Svoji roli tady ale sehrává také skutečnost, že někdy jsou antidepresiva předepisována i v případech, kdy nejsou třeba a kdy jsou dostupné jiné specifické léky, které by měli lékaři pacientům nabídnout.

ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo upozornit na poruchy duševního zdraví jako na jedno z klíčových témat veřejného zdravotnictví. Společenské změny v ČR po roce 1989 přinesly řadu socioekonomických rozdílů ve společnosti. Výsledky mnoha studií prokázaly, že výskyt duševních poruch je častější u nižších sociálně-ekonomických skupin populace v důsledku častých finančních problémů. Existenční problémy vyžadující soustavné řešení, kladou vysoké nároky na psychiku a v kombinaci s dalšími negativními jevy (nemoc, úmrtí, rozvod apod.) mohou vést ke vzniku a rozvoji duševní poruchy.

Nárůst počtu duševních chorob souvisí do značné míry i se změnou životního stylu zejména v oblasti stravování, nedostatku či přímo absence pohybové aktivity, změnami biorytmů, narušením tradičních společenských a rodinných vazeb, klesá sňatečnost, mnoho žen odsouvá dobu mateřství do vyššího věku, stoupá počet otců v seniorském věku, neustále se zvyšují nároky na uplatnění se na trhu práce, stoupají požadavky na využívání moderních technologií, zvyšuje se prevalence chronických onemocnění v populaci. Všechny tyto jevy mohou a určitě mají vliv na náš psychický stav. Tyto závěry prokazují i studie realizované v USA, kde počet pacientů s těmito poruchami roste a je jich o hodně více než v Japonsku, kde je společnost soudržnější a dodržuje tradiční hodnotový systém. Stávající reforma psychiatrické péče přináší nové možnosti a výzvy v oblasti psychiatrické péče. ČR jako součást EU se připojila k naplňování klíčových dokumentů WHO a EU pro oblast duševního zdraví. Reforma psychiatrické péče je dále doplněna strategickými dokumenty na národní úrovni, jejichž naplňování by mělo vést k včasnému záchytu projevů duševních nemocí, jejich adekvátní léčbě a celkově ke zvýšení kvality života duševně nemocných osob.

Výsledky analýzy získaných dat z dotazníkového šetření realizovaného u souboru pacientů ambulantních psychiatrů budou po obhájení diplomové práce ve spolupráci s vedoucí diplomové práce zpracovány do podoby odborného článku, který bude prezentovat nejzajímavější poznatky a výstupy. Článek bude nabídnut k publikaci

v odborném časopise.

Současně je jako výstup diplomové práce zpracován návrh edukačních materiálů – letáků (viz. Přílohy č.30-32), které upozorňují na varovné příznaky deprese a na nezbytné vyhledání odborné lékařské péče pro osoby ve zvýšeném riziku tohoto onemocnění.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ALEGRIA, M. et al., 2000. Income differences in persons seeking outpatient treatment for mental disorders: A comparison of the United States with Ontario and the Netherlands. *Arch Gen Psychiatry*. 57:383–91.

APPLEBY, L., 2019. *Mental Health and Wellbeing in England Adult Psychiatric Morbidity Survey*. 2014. University of Leicester. England. ISBN 978 1 78386 825 4.

BELDIE, A. et al., 2012. Fighting stigma of Mental Illness in midsize European countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 47(1), 1-38.

DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. Psyché. ISBN 978-80-247-4826-9.

EU, 2005. *Zelená kniha Evropské komise [Green Paper]*. [online]. [cit 2017-07-02]. Dostupné z : http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf

EU, 2008. *Evropský pakt duševního zdraví a well-beingu, European Pact for Mental Health and Well-being*. [online]. [cit 2017-07-12]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf

GOUD, A. A., NIKHADE, N. S., 2015. Prevalence of depression in older adults living in old age home. *International Archives of Integrated Medicine* 2(11), 1-5. ISSN 23940026.

GUSTAVSSON, A. et al., 2011. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(10): 718–779.

HOLČÍK, J., 2010. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost: teoretickým základům cesty ke zdraví*. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD. ISBN 978-80-210-5239-0.

HOSÁK, L., et al., 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2998-8.

ILARDI, S. S., 2015. *Jak vyléčit depresi, aneb, Šest kroků k zdravému životnímu stylu*. Voznice: Leda, 2015. ISBN 978-80-7335-418-3.

JELENOVÁ, D. et al., 2012. Fighting stigma of psychiatric disorders in Czech Republic. *Psychiatric academy*, 1-5.

KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I., 2005. Koncept osobní pohody (well-being) a jeho psychologické a interdisciplinární souvislosti. In: BLATNÝ, M., DOSEDLOVÁ, J., KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. (Eds.). *Psychosociální souvislosti osobní pohody*. Brno: Masarykova Univerzita a Nakladatelství MSD, s. 11 – 35.

KESSLER, R. C. et al., 2005. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 62(6):593-602.

KOMÁREK, L., PROVAZNÍK, K., 2011. *Ochrana a podpora zdraví*. Praha: Nadace CINDI ve spolupráci s 3. lékařskou fakultou UK Praha. ISBN 9788026011590.

KŘIVOHLAVÝ, J., 2013. *Jak zvládat depresi*. 3. aktualizované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4774-3.

MARKOVÁ, E., M. VENGLÁŘOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, c2006. Sestra. ISBN 80-247-1151-6.

MORCINEK, T., 2013. Zpracování statistických dat pro odbornost 305 a 901 za roky 2011 a 2012: se zaměřením na případný další rozvoj těchto odborností. *Projekt Strukturální fondy, Zdraví Euro*. [online]. [cit 2017-05-02]. Dostupné z http://zdravi.euro.cz/news/check-pro?id=475769&seo_name=postgradualni-medicin

MZ ČR, 2013. STRATEGIE reformy psychiatrické péče. Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013. [online]. [cit 2017-07-13]. Dostupné z http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2013/10/SRPP_publikace_web_9-102013.pdf

MZ ČR, 2014a. *Zdraví 2020 Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. Praha: Geoprint s.r.o. ISBN: 978-80-85047-47-9.

MZ ČR, 2014b. *Zdraví 2020 - Osnova evropské zdravotní politiky pro 21. století*. Praha: TIGIS, spol. s r. o ISBN: 978-80-85047-48-6

MZ ČR, 2015. *Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. [online]. [cit 2017-06-13]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci_8690_3016_5.html

NICHOLSON, A. et al., 2008. Socio-economic status over the life-course and depressive symptoms in men and women in Eastern Europe. *Journal of affective Disorders*.105(1-3)125-136.

OREL, M., 2016. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. Psyché. ISBN 978-80-247-5516-8.

OREL, M., FACOVÁ, V., 2009. *Člověk, jeho mozek a svět*. Praha: Grada. Psyché. ISBN 978-80-247-2617-5.

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

PETR, T., MARKOVÁ, E., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-4236-6.

POLÁCH, L., 2016 *Průručka duševního zdraví: 25 příběhů z psychiatrické ambulance*. Bílovice: SYMEDIS PRO. ISBN 978-80-906230-0-2.

PRAŠKO, J., 2005. *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-997-5.

PRAŠKO, J., 2011. *Klinická psychiatrie*. Praha: Tigris, 2011. ISBN 978-80-87323-00-7.

RABOCH, J., 2015. *Duševních poruch přibývá a přicházejí v mladším věku*. Zdravotnický deník [online]. [cit 2017-06-03]. Dostupné z <http://www.zdravotnickydenik.cz/2015/03/dusevnich-poruch-pribyva-a-prichazeji-v-mladsim-veku-roste-spotreba-antidepresiv/>

RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P., 2012. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1985-9.

RABOCH, J., VANĚK, J., 2000. The prevalence of depression in the Czech Republic. *European Psychiatry*, 15 (2), 397.

RABOCH, J., WENIGOVÁ, B., 2012. *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)*. Odborná zpráva z projektu. Praha: Česká psychiatrická společnost o.s..

SKOVLUND, CH. W. et al., 2017. Increase in depression diagnoses and prescribed antidepressants among young girls. A national cohort study 2000–2013. *Nordic Journal of Psychiatry* 71(5), 378-385 ISSN 08039488.

SONG, D. et al., 2011. The stigma of Mental Illness and the way of destigmatization: The effects of interactivity and self-construal. *World Academy of Science, Engineering and Technology*, 5, 878-885.

SUKL ČR, 2017, Interní materiály, *Tiskové a informační oddělení* 3. 3. 2017.

TEN HAVE, M., et al., 2013. Lifetime treatment contact and delay in treatment seeking after first onset of a mental disorder. *Psychiatric Services*. 64(10):981-9. doi: 10.1176/appi.ps.201200454.

ÚZIS ČR, 2016. Zdravotnická statistika, *Psychiatrická péče 2015*. ISBN 978-80-7472-151-9, [online]. [cit 2017-07-02]. Dostupné z <http://www.uzis.cz/node/7576>

WANG, P. S. et al., 2005. Failure and Delay in Initial Treatment Contact After First Onset of Mental Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*. 62(6):603-613. doi:10.1001/archpsyc.62.6.603.

WHITE, R. C., 2014. Preventing Mental Illness: A Primary Care Approach, *Psychology Today*. [online]. [cit 2017-07-02]. Dostupné z <https://www.psychologytoday.com/blog/culture-in-mind/201411/preventing-mental-illness-primary-care-approach-0>

WHO, 2002. *Prevention and promotion in Mental Health*. Mental Health: Evidence and Research, Geneva [online]. [cit2017-06-18]. Dostupné z http://www.who.int/mental_health/media/en/545.pdf

WHO, 2011. *Mental Health Atlas 2011 - country profiles*. Department of Mental Health and Substance Abuse. ISBN 9799241564359.

WHO, 2013a. *Health 2020*. [online]. [cit2017-06-11]. Dostupné z www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf

WHO, 2013b. *Comprehensive Mental Health Action Plan*. [online]. [cit2017-05-11]. Dostupné z: http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en/

WHO, 2013c. *European Mental Health Action Plan 2013-2020*. [online]. [cit2017-05-19]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/european-mental-health-action-plan-20132020-the>

WHO, 2016. *World Health Day 2017 – Depression: let's talk* [online]. [cit 2017-07-18]. Dostupné z <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/campaign-essentials/en/>

WINKLER, P. et al., 2013. *Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.

WINKLER, P. et al., 2014 Stigmatizující jednání vůči duševně nemocným v Česku a Anglii: dotazníkové šetření na reprezentativním vzorku populace. *Psychiatrie* 2014; 18 (2): 54, 59.

WINKLER, P. et al., 2015a. Reported and intended behaviour towards those with mental health problems in the Czech Republic and England. *European Psychiatry*, 30(6), 801-806.

WINKLER, P. et al., 2015b. Physical Comorbidities in Depression Co-Occurring with Anxiety: A Cross Sectional Study in the Czech Primary Care System *Int. J. Environ. Res. Public Health* 12(12), 15728-15738; doi:10.3390/ijerph121215015

WINKLER, P. et al., 2016. Attitudes towards the people with mental illness: comparison between Czech medical doctors and general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(9), 1265-1273.

WINKLER, P. et al., 2017. A blind spot on the global mental health map: a scoping review of 25 years' development of mental health care for people with severe mental illnesses in central and eastern Europe. *The Lancet Psychiatry* 4(8):634-642.

WINKLER, P. et al., 2016. Attitudes towards the people with mental illness: comparison between Czech medical doctors and general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(9), 1265-1273.

WITTCHEN, H. U. et al., 2011. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9): 655–679.

Přílohy

Příloha č. 1

pocet.q1 * Forma poruchy	
Mean	
Forma poruchy	pocet.q1
lehčí	2,55
těžší	4,26
Total	3,00

Zdroj: Vlastní výzkum

Příloha č. 2 – tabulka korelací Q1 (Pearson korelační koeficient), signifikance označeny *, případně **

		Correlations																			
		1. Co Vás vedlo k návštěvě psychiatra	- nespavost	- dlouhodobé pocity úzkosti, strachu	- výkyvy nálad, deprese,	- poruchy paměti	- vidiny, slyšiny	- pocity pronásledování	- sebevražedné myšlenky	- Vaše závažné tělesné onemocnění	- závažné onemocnění blízké osoby	- problémy ve vztahu s partnerem	- problémy s dětmi	- problémy v zaměstnání / ztráta	- ztráta blízké osoby (úmrtí, rozvod,	- existenční (finanční) problémy	- závislost na lécích, alkoholu, tabáku,	- jiné obtíže fyzické (bolesti hlavy,	- jiné obtíže psychické/	- po hospitalizaci, na podnět jiné osoby	
1. Co Vás vedlo k rozhodnutí navštívit psychiatrickou ambulanci?	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	1	,382**	,279**	,269**	,215**	-,016	,018	,060	-,039	,068	,150*	,135*	,053	,102	,118*	,020	-,102	-,011	-,036	
- nespavost	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,382**	1	,221**	,270**	,107	-,020	-,036	-,002	-,033	,069	,008	,048	,127**	,118*	,192**	-,005	-,113	-,065	-,090	
- dlouhodobé pocity úzkosti, strachu	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,279**	,221**	1	,206**	,137**	,046	,084	,145**	,012	,134*	,055	,071	,050	,063	,214**	-,071	-,049	-,018	,174**	
- výkyvy nálad, deprese, podrážděnost	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,269**	,270**	,206**	1	,170**	-,114	-,030	,175**	-,092	,087	,066	,137**	,166**	,075	,120*	-,036	-,094	-,079	-,065	
- poruchy paměti	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,215**	,107	,137**	,170**	1	,102	,025	,138**	,150**	,142**	,090	,068	,095	,086	,121**	-,039	,035	-,014	-,067	
- vidiny, slyšiny	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-,016	-,020	,046	-,114	,102	1	,420**	,088	,015	,058	,003	,025	,218**	-,067	,087	,113	,039	-,009	,117**	
- pocity pronásledování	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,018	-,036	,084	-,030	,025	,420**	1	,029	-,031	,014	-,026	-,024	,075	-,063	,047	,019	-,044	-,007	,060	
- sebevražedné myšlenky	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,060	-,002	,145**	,175**	,138**	,088	,029	1	,033	,063	,071	,166**	-,021	,070	,110	,070	,001	-,096	,048	
- Vaše závažné tělesné onemocnění	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-,039	-,033	,012	-,092	,150**	,015	-,031	,033	1	,093	,005	-,066	,031	-,036	,077	-,013	-,038	-,057	-,055	
- závažné onemocnění blízké osoby, v rodině	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,068	,069	,134**	,087	,142**	,058	,014	,063	,093	1	,075	,106	,067	,297**	,122**	,093	-,039	-,059	,012	
- problémy ve vztahu s partnerem	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,150*	,008	,055	,066	,090	,003	-,026	,071	,005	,075	1	,222**	,080	,085	,126**	,005	-,061	,002	-,039	
- problémy s dětmi	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,135*	,048	,071	,137**	,068	,025	-,024	,166**	-,066	,106	,222**	1	,268**	,137**	,199**	-,006	-,036	-,054	-,051	
- problémy v zaměstnání / ztráta zaměstnání	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,053	,127**	,050	,166**	,095	,218**	,075	-,021	,031	,067	,080	,268**	1	,018	,205**	,074	,021	-,029	-,023	
- ztráta blízké osoby (úmrtí, rozvod, odchod)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,102	,118*	,063	,075	,086	-,067	-,063	,067	-,036	,297**	,085	,137**	,018	1	,192**	,041	-,062	,046	-,041	
- existenční (finanční) problémy	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,118*	,192**	,214**	,120**	,121**	,087	,047	,110	,077	,122**	,126**	,199**	,205**	,192**	1	-,026	,047	-,001	,004	
- závislost na lécích, alkoholu, tabáku, nelegálních (tvrdých)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,020	-,005	-,071	-,036	-,039	,113	,019	,070	-,013	,093	,005	-,006	,074	,041	-,026	1	-,038	-,057	,015	
- jiné obtíže fyzické (bolesti hlavy, únava,...)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-,102	-,113	-,049	-,094	,035	,039	-,044	,001	-,038	-,039	-,061	-,036	,021	-,062	,047	-,038	1	,086	-,030	
- jiné obtíže psychické/ psychosomatické (mentální anorexie, schizofrenie,...)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-,011	-,065	-,018	-,079	-,014	-,009	-,007	-,096	-,057	-,059	,002	-,054	-,029	,046	-,001	-,057	,086	1	-,045	
- po hospitalizaci, na podnět jiné osoby	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-,036	-,090	,174**	-,065	-,067	,117**	,060	,048	-,055	,012	-,039	-,051	-,023	-,041	,004	,015	-,030	-,045	1	
	N	292	292	292	292	292	292	292	292	292	292	292	292	292	292	292	292	292	292	292	292

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Zdroj: Vlastní výzkum

Příloha č. 3

		Total	Pohlaví		Věk					
		Celkem	muž	žena	do 30 let	31-40	41-50	51-60	61-70	nad 70 let
		%	%	%	%	%	%	%	%	%
2. Kdo Vám tuto návštěvu doporučil?	praktický lékař	28,1	27,8	28,2	25,7	20,8	27,7	26,2	36,0	37,5
	psycholog	9,9	15,6	7,4	20,0	11,3	9,2	7,7	6,0	8,3
	lékař specialista	14,4	17,8	12,9	20,0	15,1	20,0	9,2	8,0	16,7
	rodinný příslušník, rodina	23,3	22,2	23,8	40,0	24,5	15,4	35,4	12,0	8,3
	kamarád/ známý/ přátelé	10,3	7,8	11,4	8,6	5,7	7,7	12,3	16,0	12,5
	zaměstnavatel	0,7	1,1	0,5	2,9	0,0	1,5	0,0	0,0	0,0
	kolegové v práci	0,3	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	1,5	0,0	0,0
	rozhodl jsem se sám/ sama	30,8	28,9	31,7	25,7	35,8	30,8	29,2	28,0	37,5
	jiný specialista (krizové centrum, sestra, fyzioterapeut,...)	1,0	0,0	1,5	2,9	1,9	0,0	1,5	0,0	0,0
	jiné	0,7	1,1	0,5	2,9	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0
Total N	292	90	202	35	53	65	65	50	24	

Zdroj: Vlastní výzkum

Příloha č. 4

		Total	Rodinný stav				Velikost místa bydliště			
		Celkem	svobodný (á)	ženatý/ vdaná	rozvedený(á)	vdovec/ vdova	do 999 ob.	1.000 – 4.999 ob.	5.000 – 99.999 ob.	100.000 a více ob.
		%	%	%	%	%	%	%	%	%
2. Kdo Vám tuto návštěvu doporučil?	praktický lékař	28,1	24,4	30,9	31,7	17,4	27,3	19,7	31,9	30,5
	psycholog	9,9	11,6	9,8	10,0	4,3	6,8	9,8	10,1	11,0
	lékař specialista	14,4	18,6	13,0	10,0	17,4	9,1	18,0	10,1	16,9
	rodinný příslušník, rodina	23,3	32,6	20,3	15,0	26,1	29,5	29,5	20,3	19,5
	kamarád/ známý/ přátelé	10,3	7,0	11,4	8,3	21,7	9,1	8,2	17,4	7,6
	zaměstnavatel	0,7	2,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	0,8
	kolegové v práci	0,3	1,2	0,0	0,0	0,0	2,3	0,0	0,0	0,0
	rozhodl jsem se sám/ sama	30,8	24,4	35,0	33,3	26,1	29,5	27,9	33,3	31,4
	jiný specialista (krizové centrum, sestra, fyzioterapeut,...)	1,0	1,2	1,6	0,0	0,0	0,0	1,6	1,4	0,8
	jiné	0,7	1,2	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7
Total N	292	86	123	60	23	44	61	69	118	

Zdroj: Vlastní výzkum

Příloha č. 5

		Total	Forma poruchy	
		Celkem	lehčí	těžší
		%	%	%
2. Kdo Vám tuto návštěvu doporučil?	praktický lékař	28,1	26,2	33,3
	psycholog	9,9	11,2	6,4
	lékař specialista	14,4	13,6	16,7
	rodinný příslušník, rodina	23,3	19,2	34,6
	kamarád/ známý/ přátelé	10,3	11,2	7,7
	zaměstnavatel	0,7	0,9	0,0
	kolegové v práci	0,3	0,5	0,0
	rozhodl jsem se sám/ sama	30,8	31,3	29,5
	jiný specialista (krizové centrum, sestra, fyzioterapeut,...)	1,0	0,5	2,6
	jiné	0,7	0,5	1,3
Total N	292	214	78	

Zdroj: Vlastní výzkum

Příloha č. 6

		Celkem	do 30 let	31-40	41-50	51-60	61-70	nad 70 let
		%	%	%	%	%	%	%
		3. Jak dlouho jste se rozhodoval(a), než jste poprvé navštívil(a) psychiatrickou ambulanci?	méně než měsíc	44,9	57,1	35,8	44,6	40,0
	1-3 měsíce	25,0	22,9	32,1	29,2	24,6	18,0	16,7
	4-12 měsíců	12,0	8,6	17,0	10,8	13,8	12,0	4,2
	déle než rok	16,4	11,4	15,1	12,3	18,5	26,0	12,5
	netýká se, nerozhodoval(a)	1,7	0,0	0,0	3,1	3,1	2,0	0,0
	Total N	292	35	53	65	65	50	24

Zdroj: Vlastní výzkum

Příloha č. 7

		Celkem	muž	žena
		%	%	%
6. Léky, které Vám Váš psychiatr předepsal, užíváte:	pravidelně a přesně podle jeho doporučení	76,0	78,9	74,8
	většinou ano, ale někdy zapomenou a nevezmu si je	21,6	20,0	22,3
	většinou si je nevezmu, bojím se je užívat ze strachu ze vzniku závislosti	0,7	1,1	0,5
	většinou si je nevezmu, vadí mi nežádoucí komplikace při jejich užívání	1,0	0,0	1,5
	netýká se, neužívá léky	0,7	0,0	1,0
	Total N	292	90	202

Zdroj: Vlastní výzkum

Příloha č. 8

		Celkem	Délka rozhodování			
			méně než měsíc	1-3 měsíce	4-12 měsíců	déle než rok
		%	%	%	%	%
6. Léky, které Vám Váš psychiatr předepsal, užíváte:	pravidelně a přesně podle jeho doporučení	76,0	81,7	72,6	77,1	66,7
	většinou ano, ale někdy zapomenou a nevezmu si je	21,6	16,8	26,0	22,9	25,0
	většinou si je nevezmu, bojím se je užívat ze strachu ze vzniku závislosti	0,7	0,0	0,0	0,0	4,2
	většinou si je nevezmu, vadí mi nežádoucí komplikace při jejich užívání	1,0	0,8	0,0	0,0	4,2
	netýká se, neužívá léky	0,7	0,8	1,4	0,0	0,0
	Total N	292	131	73	35	48

Zdroj: Vlastní výzkum

Příloha č. 9

		Celkem	do 30 let	31-40	41-50	51-60	61-70	nad 70 let
		%	%	%	%	%	%	%
7. Jaký je Váš názor na účinek léků, které Vám Váš psychiatr předepsal?	léky mi plně vyhovují, protože jsou zcela potlačeny projevy onemocnění	79,5	68,6	71,7	80,0	81,5	88,0	87,5
	léky mi vyhovují, protože jsou částečně potlačeny projevy onemocnění	2,7	2,9	3,8	1,5	3,1	2,0	4,2
	léky mi nevyhovují, protože problémy přetrvávají	9,9	20,0	13,2	10,8	7,7	4,0	4,2
	léky mi nevyhovují z důvodu NÚ	5,5	5,7	7,5	6,2	6,2	4,0	0,0
	léky mi nevyhovují z důvodu NÚ + problémy přetrvávají	0,7	0,0	1,9	0,0	0,0	0,0	4,2
	netýká se, neužívá léky/ nedokáže posoudit	1,7	2,9	1,9	1,5	1,5	2,0	0,0
	Total N	292	35	53	65	65	50	24

Zdroj: Vlastní výzkum

Příloha č. 10

		Celkem	Délka léčby na psychiatrické ambulanci				
			méně než 6 měsíců	6 měsíců – 12 měsíců	více než rok, ale méně než 3 roky	3-10 let	více než 10 let
		%	%	%	%	%	%
7. Jaký je Váš názor na účinek léků, které Vám Váš psychiatr předepsal?	léky mi plně vyhovují, protože jsou zcela potlačeny projevy onemocnění	79,5	62,1	79,3	79,5	82,6	81,6
	léky mi vyhovují, protože jsou částečně potlačeny projevy onemocnění	2,7	0,0	3,4	2,6	2,2	3,9
	léky mi nevyhovují, protože problémy přetrvávají	9,9	20,7	13,8	10,3	9,8	5,8
	léky mi nevyhovují z důvodu NÚ	5,5	6,9	0,0	5,1	4,3	7,8
	léky mi nevyhovují z důvodu NÚ + problémy přetrvávají	0,7	3,4	0,0	2,6	0,0	0,0
	netýká se, neužívá léky/ nedokáže posoudit	1,7	6,9	3,4	0,0	1,1	1,0
	Total N	292	29	29	39	92	103

Zdroj: Vlastní výzkum

Příloha č. 11

		Q1 - vybrané obtíže							
		1. Co Vás vedlo k rozhodnutí navštívit psychiatra... - neklid	- závislost na lécích, alkoholu, tabáku, nelegálních (tvrdých) drogách	- závažné onemocnění blízké osoby, v rodině	- sebevražedné myšlenky	- poruchy paměti	- dlouhodobé pocity úzkosti, strachu	Total	Total
		%	%	%	%	%	%	%	N
8. Máte obavy, že se neutají Vaše léčba na psychiatrii před Vašimi blízkými, přáteli či v zaměstnání?	ano a vadí mi to	21,6	31,6	25,0	25,0	25,0	21,1	16,4	48
	ano, ale nevadí mi to	14,4	21,1	10,0	10,4	14,3	15,0	15,8	46
	ne, je mi to jedno	21,6	15,8	25,0	22,9	25,0	22,4	23,6	69
	nepřemýšlím o tom	11,3	10,5	15,0	10,4	7,1	15,0	17,5	51
	většina lidí o méj léčbě ví	30,9	21,1	25,0	31,3	28,6	26,5	26,7	78
	Total N	97	19	20	48	28	147		292

Zdroj: Vlastní výzkum

Příloha č. 12

		Total	Délka užívání předepsaných léků				
		Celkem	méně než 6 měsíců	6 měsíců – 12 měsíců	více než rok, ale méně než 3 roky	3-10 let	více než 10 let
		%	%	%	%	%	%
9. Jsou pro Vás návštěvy Vašeho lékaře - psychiatra a jím ordinovaná léčba dle Vašeho názoru přínosné?	rozhodně ano	68,2	48,5	68,0	58,7	75,3	74,2
	spíše ano	24,7	33,3	20,0	34,8	21,5	20,4
	nevím, nedokážu posoudit	5,5	12,1	12,0	4,3	3,2	3,2
	spíše ne	1,4	6,1	0,0	2,2	0,0	1,1
	ne	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1
	Total N	292	33	25	46	93	93

Zdroj: Vlastní výzkum

Příloha č. 13

		Total	Délka užívání předepsaných léků					Pečlivost užívání léků		Účinek předepsaných	
		Celkem	méně než 6 měsíců	6 měsíců – 12 měsíců	více než rok, ale méně než 3 roky	3-10 let	více než 10 let	Pečlivě	Méně pečlivě	Vyhovují	Nevyhovují
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
10. Má Váš lékař - psychiatr Vaši plnou důvěru?	rozhodně ano	78,8	60,6	84,0	78,3	84,9	79,6	84,2	63,2	84,2	53,2
	spíše ano	19,2	30,3	16,0	19,6	14,0	19,4	15,3	29,4	15,0	38,3
	ne	1,0	6,1	0,0	2,2	0,0	0,0	0,0	4,4	0,0	6,4
	nevím, nedokážu posoudit	1,0	3,0	0,0	0,0	1,1	1,1	0,5	2,9	0,8	2,1
	Total N	292	33	25	46	93	93	222	68	240	47

Zdroj: Vlastní výzkum

Příloha č. 14

		Total	Délka užívání předepsaných léků					předepsaných	
		Celkem	méně než 6 měsíců	6 měsíců – 12 měsíců	více než rok, ale méně než 3 roky	3-10 let	více než 10 let	Vyhovují	Nevyhovují
		%	%	%	%	%	%	%	%
11. Navštěvujete nebo navštívil jste někdy také psychologa?	ano	57,2	45,5	48,0	58,7	53,8	65,6	54,6	66,0
	ne	42,8	54,5	52,0	41,3	46,2	34,4	45,4	34,0
	Total N	292	33	25	46	93	93	240	47

Zdroj: Vlastní výzkum

Příloha č. 15

		Total	8. Máte obavy, že se neutají Vaše léčba na psychiatrii před Vašimi blízkými, přáteli či v zaměstnání?				
		Celkem	ano a vadí mi to	ano, ale nevadí mi to	ne, je mi to jedno	nepřemýšlím o tom	většina lidí o mojí léčbě ví
		%	%	%	%	%	%
11. Navštěvujete nebo navštívil jste někdy také psychologa?	ano	57,2	58,3	52,2	58,0	43,1	67,9
	ne	42,8	41,7	47,8	42,0	56,9	32,1
	Total N	292	48	46	69	51	78

Zdroj: Vlastní výzkum

Příloha č. 16

		Total	Velikost místa bydliště				Délka léčby na psychiatrické ambulanci				
		Celkem	do 999 ob.	1.000 – 4.999 ob.	5.000 – 99.999 ob.	100.000 a více ob.	méně než 6 měsíců	6 měsíců – 12 měsíců	více než rok, ale méně než 3 roky	3-10 let	více než 10 let
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
12. Navštěvujete nějaké svépomocné skupiny pro osoby s poruchou duševního zdraví?	ano pravidelně	3,4	4,5	4,9	0,0	4,2	0,0	3,4	0,0	2,2	6,8
	ano občas	4,8	0,0	3,3	2,9	8,5	6,9	0,0	0,0	3,3	8,7
	ne	91,8	95,5	91,8	97,1	87,3	93,1	96,6	100,0	94,6	84,5
	Total N	292	44	61	69	118	29	29	39	92	103

Zdroj: Vlastní výzkum

Příloha č. 17

		Total	Vzdělání		
		Celkem	základní /vyučen(a)	sředoškolské	vysokoškolské
		%	%	%	%
13. Pomáhají nebo pomohly Vám návštěvy psychiatra a léčba znovu nabytí duševní pohody, zlepšení vztahů apod.?	rozhodně ano	43,8	42,7	42,1	49,2
	spíše ano	40,8	37,8	42,8	40,0
	nevím, nedokážu posoudit	11,0	17,1	8,3	9,2
	spíše ne	3,8	2,4	5,5	1,5
	rozhodně ne	0,7	0,0	1,4	0,0
	Total N	292	82	145	65

Zdroj: Vlastní výzkum

Příloha č. 18

		Total	Účinek předepsaných léků	
		Celkem	Vyhovují	Nevyhovují
		%	%	%
6. Léky, které Vám Váš psychiatr předepsal, užíváte:	pravidelně a přesně podle jeho doporučení	76,0	79,2	61,7
	většinou ano, ale někdy zapomenou a nevezmu si je	21,6	20,0	31,9
	většinou si je nevezmu, bojím se je užívat ze strachu ze vzniku závislosti	0,7	0,8	0,0
	většinou si je nevezmu, vadí mi nežádoucí komplikace při jejich užívání	1,0	0,0	6,4
	netýká se, neužívá léky	0,7	0,0	0,0
	Total N	292	240	47
13. Pomáhají nebo pomohly Vám návštěvy psychiatra a léčba znovu nabytí duševní pohody, zlepšení vztahů apod.?	rozhodně ano	43,8	52,5	4,3
	spíše ano	40,8	39,2	48,9
	nevím, nedokážu posoudit	11,0	7,1	25,5
	spíše ne	3,8	0,8	19,1
	rozhodně ne	0,7	0,4	2,1
	Total N	292	240	47

Zdroj: Vlastní výzkum

Příloha č. 19

		Total	Forma poruchy		Navštěvuje psychologa		Pečlivost užívání léků		Účinek předepsaných léků	
		Celkem	lehčí	těžší	Ano	Ne	Pečlivě	Méně pečlivě	Vyhovují	Nevyhovují
		%	%	%	%	%	%	%	%	%
15. Co dle Vašeho názoru nejvíce dlouhodobě ovlivňuje Vaše duševní zdraví?	neuspokojivý zdravotní stav, dlouhodobá nemoc	30,5	28,0	37,2	32,9	27,2	30,2	29,4	30,0	29,8
	celková životní nespokojenost	25,3	25,2	25,6	27,5	22,4	25,7	23,5	26,3	21,3
	psychické potíže a nemoci v rodině	10,3	8,9	14,1	9,6	11,2	11,3	5,9	10,0	10,6
	únava	37,7	34,1	47,4	46,1	26,4	36,5	41,2	37,1	36,2
	snížený výkon	24,3	21,5	32,1	30,5	16,0	22,5	30,9	23,3	29,8
	duševní napětí	35,3	35,5	34,6	40,7	28,0	33,3	41,2	31,7	51,1
	tělesné příznaky napětí (např. bolest hlavy, bušení srdce, pocení, průjem)	16,4	16,4	16,7	21,0	10,4	12,6	29,4	14,2	27,7
	psychická nevyrovnanost	36,0	31,3	48,7	44,9	24,0	33,3	45,6	33,8	48,9
	neschopnost relaxovat	17,1	18,7	12,8	22,2	10,4	16,2	20,6	17,9	14,9
	nespokojenost s prací	9,6	8,9	11,5	12,0	6,4	8,1	14,7	8,8	14,9
	narušné rodinné vztahy	24,3	22,4	29,5	25,7	22,4	23,0	27,9	24,2	23,4
	nedostatek podpory v práci	4,5	3,7	6,4	5,4	3,2	4,1	5,9	4,2	6,4
	nedostatek podpory v rodině	8,2	8,4	7,7	11,4	4,0	5,4	16,2	7,9	8,5
	finance, ztráta/ neschopnost najít zaměstnání	1,4	0,9	2,6	2,4	0,0	0,9	2,9	1,3	2,1
	jiné psychické potíže (strach, pasivita, komunikace,...)	4,1	3,7	5,1	3,6	4,8	4,1	4,4	4,2	4,3
jiné	1,7	1,4	2,6	1,8	1,6	1,4	2,9	1,3	4,3	
Total N	292	214	78	167	125	222	68	240	47	

Zdroj: Vlastní výzkum

Příloha č. 20 - tabulka korelací Q15 (Pearson korelační koeficient), signifikance označeny *, případně **

		Correlations															
		Q15.1. Co ovlivňuje ...? - neuspokojivý zdravotní stav,	2 celková životní nespokojenost	3 psychické potíže a nemoci v rodině	4 únava	5 snížený výkon	6 duševní napětí	7 tělesné příznaky napětí (např. bolest hlavy, bušení srdce,	8 psychická nevyrovnanost	9 neschopnost relaxovat	10 nespokojenost s prací	11 narušné rodinné vztahy	12 nedostatek podpory v práci	13 nedostatek podpory v rodině	14 finance, ztráta/ neschopnost najít zaměstnání	15 jiné psychické potíže (strach, pasivita, komunikace,	16 jiné
Q15.1. Co ovlivňuje Vaše duševní zdraví? - neuspokojivý zdravotní stav. dlouhodobá nemoc	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	1	-.095	.021	.069	.145*	-.068	.108	-.062	-.123*	-.064	-.063	-.107	-.063	.050	-.025	-.087
2 celková životní nespokojenost	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)		1	-.067	.002	.018	-.035	-.067	.056	.007	.051	.092	.027	.141*	-.001	-.081	-.016
3 psychické potíže a nemoci v rodině	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)			1	.040	.019	.081	.063	-.019	.026	.005	.045	.036	.022	-.040	.044	-.045
4 únava	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)				1	.515**	.180**	.208**	.110	.078	.083	-.012	.038	.050	.030	-.054	-.048
5 snížený výkon	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)					1	.267**	.266**	.241**	.103	-.022	-.061	-.006	.034	.002	.003	-.013
6 duševní napětí	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)						1	.233**	.283**	.045	.076	-.068	.084	.014	-.025	.028	.013
7 tělesné příznaky napětí (např. bolest hlavy, bušení srdce, pocení, průjem atd.)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)							1	.111	.019	-.019	-.079	-.051	.002	.027	.048	-.059
8 psychická nevyrovnanost	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)								1	.114	.071	.041	.046	.088	.034	-.011	-.044
9 neschopnost relaxovat	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)									1	-.025	-.003	.210**	.096	.025	-.048	-.060
10 nespokojenost s prací	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)										1	.005	.155**	.072	.062	-.067	-.043
11 narušné rodinné vztahy	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)											1	.110	.295**	.071	.003	.048
12 nedostatek podpory v práci	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)												1	.238**	-.025	-.045	.100
13 nedostatek podpory v rodině	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)													1	-.035	-.062	.057
14 finance, ztráta/ neschopnost najít zaměstnání	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)														1	-.024	-.016
15 jiné psychické potíže (strach, pasivita, komunikace, sebevědomí, vztahy, smysl života)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)															1	-.027
16 jiné	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)																1
	N	292	292	292	292	292	292	292	292	292	292	292	292	292	292	292	292

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Zdroj: Vlastní výzkum

Příloha č. 21

8. Máte obavy, že se neutají Vaše léčba na psychiatrii před Vašimi blízkými, přáteli či v zaměstnání? * S16. Pohlaví Crosstabulation

			S16. Pohlaví		Total
			muž	žena	
8. Máte obavy, že se neutají Vaše léčba na psychiatrii před Vašimi blízkými, přáteli či v zaměstnání?	ano a vadí mi to	Count	12 _a	36 _a	48
		% within S16. Pohlaví	13,3%	17,8%	16,4%
		Adjusted Residual	-1,0	1,0	
	ano, ale nevadí mi to	Count	16 _a	30 _a	46
		% within S16. Pohlaví	17,8%	14,9%	15,8%
		Adjusted Residual	,6	-,6	
	ne, je mi to jedno	Count	24 _a	45 _a	69
		% within S16. Pohlaví	26,7%	22,3%	23,6%
		Adjusted Residual	,8	-,8	
	nepřemýšlím o tom	Count	15 _a	36 _a	51
		% within S16. Pohlaví	16,7%	17,8%	17,5%
		Adjusted Residual	-,2	,2	
většina lidí o mojí léčbě ví	Count	23 _a	55 _a	78	
	% within S16. Pohlaví	25,6%	27,2%	26,7%	
	Adjusted Residual	-,3	,3		
Total		Count	90	202	292
		% within S16. Pohlaví	100,0%	100,0%	100,0%

Each subscript letter denotes a subset of S16. Pohlaví categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

Zdroj: Vlastní výzkum

Příloha č. 22

8. Máte obavy, že se neutají Vaše léčba na psychiatrii před Vašimi blízkými, přáteli či v zaměstnání? * Věk Crosstabulation

			Věk						Total
			do 30 let	31-40	41-50	51-60	61-70	nad 70 let	
8. Máte obavy, že se neutají Vaše léčba na psychiatrii před Vašimi blízkými, přáteli či v zaměstnání?	ano a vadí mi to	Count	5 _a	11 _a	9 _a	14 _a	6 _a	3 _a	48
		% within Věk	14,3%	20,8%	13,8%	21,5%	12,0%	12,5%	16,4%
		Adjusted Residual	-,4	,9	-,6	1,3	-,9	-,5	
	ano, ale nevadí mi to	Count	7 _a	11 _a	9 _a	8 _a	5 _a	6 _a	46
		% within Věk	20,0%	20,8%	13,8%	12,3%	10,0%	25,0%	15,8%
		Adjusted Residual	,7	1,1	-,5	-,9	-,1,2	1,3	
	ne, je mi to jedno	Count	4 _a	9 _a	19 _a	15 _a	12 _a	10 _a	69
		% within Věk	11,4%	17,0%	29,2%	23,1%	24,0%	41,7%	23,6%
		Adjusted Residual	-1,8	-1,3	1,2	-,1	,1	2,2	
	nepřemýšlím o tom	Count	4 _a	7 _a	13 _a	13 _a	13 _a	1 _a	51
		% within Věk	11,4%	13,2%	20,0%	20,0%	26,0%	4,2%	17,5%
		Adjusted Residual	-1,0	-,9	,6	,6	1,7	-1,8	
	většina lidí o mojí léčbě ví	Count	15 _a	15 _a	15 _a	15 _a	14 _a	4 _a	78
		% within Věk	42,9%	28,3%	23,1%	23,1%	28,0%	16,7%	26,7%
		Adjusted Residual	2,3	,3	-,8	-,8	,2	-1,2	
Total	Count	35	53	65	65	50	24	292	
	% within Věk	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Each subscript letter denotes a subset of Věk categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

Zdroj: Vlastní výzkum

Příloha č. 23

8. Máte obavy, že se neutají Vaše léčba na psychiatrii před Vašimi blízkými, přáteli či v zaměstnání? *								
Velikost místa bydliště Crosstabulation								
			Velikost místa bydliště				Total	
			do 999 ob.	1.000 – 4.999 ob.	5.000 – 99.999 ob.	100.000 a více ob.		
8. Máte obavy, že se neutají Vaše léčba na psychiatrii před Vašimi blízkými, přáteli či v zaměstnání?	ano a vadí mi to	Count	5 _a	13 _a	8 _a	22 _a	48	
		% within Velikost místa bydliště	11,4%	21,3%	11,6%	18,6%	16,4%	
		Adjusted Residual	-1,0	1,2	-1,2	,8		
	ano, ale nevadí mi to	Count	10 _a	8 _a	14 _a	14 _a	46	
		% within Velikost místa bydliště	22,7%	13,1%	20,3%	11,9%	15,8%	
		Adjusted Residual	1,4	-,6	1,2	-1,5		
	ne, je mi to jedno	Count	15 _a	15 _a	16 _a	23 _a	69	
		% within Velikost místa bydliště	34,1%	24,6%	23,2%	19,5%	23,6%	
		Adjusted Residual	1,8	,2	-,1	-1,4		
	nepřemýšlím o tom	Count	4 _a	13 _a	15 _a	19 _a	51	
		% within Velikost místa bydliště	9,1%	21,3%	21,7%	16,1%	17,5%	
		Adjusted Residual	-1,6	,9	1,1	-,5		
	většina lidí o mojí léčbě ví	Count	10 _a	12 _a	16 _a	40 _a	78	
		% within Velikost místa bydliště	22,7%	19,7%	23,2%	33,9%	26,7%	
		Adjusted Residual	-,6	-1,4	-,8	2,3		
	Total		Count	44	61	69	118	292
			% within Velikost místa bydliště	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Each subscript letter denotes a subset of Velikost místa bydliště categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

Zdroj: Vlastní výzkum

Příloha č. 24

8. Máte obavy, že se neutají Vaše léčba na psychiatrii před Vašimi blízkými, přáteli či v zaměstnání? * Vzdělání Crosstabulation						
			Vzdělání			Total
			základní /vyučen(a)	sředoškolské	vysokoškolské	
8. Máte obavy, že se neutají Vaše léčba na psychiatrii před Vašimi blízkými, přáteli či v zaměstnání?	ano a vadí mi to	Count	11 _a	25 _a	12 _a	48
		% within Vzdělání	13,4%	17,2%	18,5%	16,4%
		Adjusted Residual	-,9	,4	,5	
	ano, ale nevadí mi to	Count	12 _a	23 _a	11 _a	46
		% within Vzdělání	14,6%	15,9%	16,9%	15,8%
		Adjusted Residual	-,3	,1	,3	
	ne, je mi to jedno	Count	18 _a	36 _a	15 _a	69
		% within Vzdělání	22,0%	24,8%	23,1%	23,6%
		Adjusted Residual	-,4	,5	-,1	
	nepřemýšlím o tom	Count	18 _a	24 _a	9 _a	51
		% within Vzdělání	22,0%	16,6%	13,8%	17,5%
		Adjusted Residual	1,3	-,4	-,9	
	většina lidí o mojí léčbě ví	Count	23 _a	37 _a	18 _a	78
		% within Vzdělání	28,0%	25,5%	27,7%	26,7%
		Adjusted Residual	,3	-,5	,2	
Total		Count	82	145	65	292
		% within Vzdělání	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Each subscript letter denotes a subset of Vzdělání categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

Zdroj: Vlastní výzkum

Příloha č. 25

Délka rozhodování * Forma poruchy Crosstabulation					
			Forma poruchy		Total
			lehčí	těžší	
Délka rozhodování	méně než měsíc	Count	93 _a	38 _a	131
		% within Forma poruchy	43,9%	50,7%	45,6%
		Adjusted Residual	-1,0	1,0	
	1-3 měsíce	Count	57 _a	16 _a	73
		% within Forma poruchy	26,9%	21,3%	25,4%
		Adjusted Residual	,9	-,9	
	4-12 měsíců	Count	26 _a	9 _a	35
		% within Forma poruchy	12,3%	12,0%	12,2%
		Adjusted Residual	,1	-,1	
	déle než rok	Count	36 _a	12 _a	48
		% within Forma poruchy	17,0%	16,0%	16,7%
		Adjusted Residual	,2	-,2	
Total		Count	212	75	287
		% within Forma poruchy	100,0%	100,0%	100,0%

Each subscript letter denotes a subset of Forma poruchy categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

Zdroj: Vlastní výzkum

Příloha č. 26

Délka rozhodování * Vzdělání Crosstabulation						
			Vzdělání			Total
			základní /vyučen(a)	středoškolské	vysokoškolské	
Délka rozhodování	méně než měsíc	Count	34 _a	74 _a	23 _a	131
		% within Vzdělání	42,5%	51,4%	36,5%	45,6%
		Adjusted Residual	-,7	2,0	-1,6	
	1-3 měsíce	Count	27 _a	26 _b	20 _{a,b}	73
		% within Vzdělání	33,8%	18,1%	31,7%	25,4%
		Adjusted Residual	2,0	-2,9	1,3	
	4-12 měsíců	Count	7 _a	19 _a	9 _a	35
		% within Vzdělání	8,8%	13,2%	14,3%	12,2%
		Adjusted Residual	-1,1	,5	,6	
	déle než rok	Count	12 _a	25 _a	11 _a	48
		% within Vzdělání	15,0%	17,4%	17,5%	16,7%
		Adjusted Residual	-,5	,3	,2	
Total		Count	80	144	63	287
		% within Vzdělání	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Each subscript letter denotes a subset of Vzdělání categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

Zdroj: Vlastní výzkum

Příloha č. 27

Délka rozhodování * Velikost místa bydliště Crosstabulation							
			Velikost místa bydliště				Total
			do 999 ob.	1.000 – 4.999 ob.	5.000 – 99.999 ob.	100.000 a více ob.	
Délka rozhodování	méně než měsíc	Count	17 _{a,b}	21 _b	29 _{a,b}	64 _a	131
		% within Velikost místa bydliště	38,6%	35,0%	42,0%	56,1%	45,6%
		Adjusted Residual	-1,0	-1,9	-,7	2,9	
	1-3 měsíce	Count	13 _{a,b}	18 _{a,b}	25 _b	17 _a	73
		% within Velikost místa bydliště	29,5%	30,0%	36,2%	14,9%	25,4%
		Adjusted Residual	,7	,9	2,4	-3,3	
	4-12 měsíců	Count	5 _a	8 _a	9 _a	13 _a	35
		% within Velikost místa bydliště	11,4%	13,3%	13,0%	11,4%	12,2%
		Adjusted Residual	-,2	,3	,2	-,3	
	déle než rok	Count	9 _a	13 _a	6 _a	20 _a	48
		% within Velikost místa bydliště	20,5%	21,7%	8,7%	17,5%	16,7%
		Adjusted Residual	,7	1,2	-2,1	,3	
Total		Count	44	60	69	114	287
		% within Velikost místa bydliště	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Each subscript letter denotes a subset of Velikost místa bydliště categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

Zdroj: Vlastní výzkum

Příloha č. 28

6. Léky, které Vám Váš psychiatr předepsal, užíváte: * Pohlaví Crosstabulation					
			Pohlaví		Total
			muž	žena	
6. Léky, které Vám Váš psychiatr předepsal, užíváte:	pravidelně a přesně podle jeho doporučení	Count	71 _a	151 _a	222
		% within Pohlaví	78,9%	74,8%	76,0%
		Adjusted Residual	,8	-,8	
	většinou ano, ale někdy zapomenu a nevezmu si je	Count	18 _a	45 _a	63
		% within Pohlaví	20,0%	22,3%	21,6%
		Adjusted Residual	-,4	,4	
	většinou si je nevezmu, bojím se je užívat ze strachu ze vzniku závislosti	Count	1 _a	1 _a	2
		% within Pohlaví	1,1%	,5%	,7%
		Adjusted Residual	,6	-,6	
	většinou si je nevezmu, vadí mi nežádoucí komplikace při jejich užívání	Count	0 _a	3 _a	3
		% within Pohlaví	0,0%	1,5%	1,0%
		Adjusted Residual	-1,2	1,2	
	netýká se, neužívá léky	Count	0 _a	2 _a	2
		% within Pohlaví	0,0%	1,0%	,7%
		Adjusted Residual	-,9	,9	
Total		Count	90	202	292
		% within Pohlaví	100,0%	100,0%	100,0%

Each subscript letter denotes a subset of Pohlaví categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

Zdroj: Vlastní výzkum

Dobrý den, jmenuji se Silvie Ondráčková a jsem studentkou magisterského studia oboru Odborný pracovník v ochraně a podpoře veřejného zdraví na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Chtěla bych Vás tímto požádat o vyplnění dotazníku, který bude sloužit jako zdroj informací k mé diplomové práci na téma „*Problematika duševního zdraví populace České republiky*“.

Dotazník je zcela anonymní a obsahuje 23 otázek. Získané údaje budou sloužit pouze pro výzkum mé diplomové práce. Předem Vám děkuji za ochotu a čas věnovaný při jeho vyplňování.

Otázku si nejdříve pečlivě přečtete a nejvhodnější odpovědi zakroužkujete, či sami dopíšete vhodnou odpověď.

1. Co Vás vedlo k rozhodnutí navštívit psychiatrickou ambulanci ?

(možno označit více odpovědí)

- 1) neklid
- 2) nespavost
- 3) dlouhodobé pocity úzkosti, strachu
- 4) výkyvy nálady, deprese, podrážděnost
- 5) poruchy paměti
- 6) vidiny, slyšiny
- 7) pocity pronásledování
- 8) sebevražedné myšlenky
- 9) Vaše závažné tělesné onemocnění
- 10) závažné onemocnění blízké osoby, v rodině
- 11) problémy ve vztahu s partnerem
- 12) problémy s dětmi
- 13) problémy v zaměstnání / ztráta zaměstnání
- 14) ztráta blízké osoby (úmrť, rozvod, odchod)
- 15) existenční (finanční) problémy
- 16) závislost na lécích, alkoholu, tabáku, nelegálních (tvrdých) drogách
- 17) jiné důvody - vypište

2. Kdo Vám tuto návštěvu doporučil?

(možno označit více odpovědí)

- 1) praktický lékař
- 2) psycholog

- 3) lékař specialista
- 4) rodinný příslušník, rodina
- 5) kamarád/známý/přátelé
- 6) zaměstnavatel
- 7) kolegové v práci
- 8) rozhodl jsem se sám/ sama
- 9) jiné (např. na základě soudního rozhodnutí, apod.) - vypište
.....

3. Jak dlouho jste se rozhodoval / rozhodovala, než jste poprvé navštívil/ navštívila psychiatrickou ambulanci?

- 1) méně než měsíc
- 2) 1-3 měsíce
- 3) 4-12 měsíců
- 4) déle než rok

4. Jak dlouho se léčíte na psychiatrické ambulanci?

- 1) méně než 6 měsíců
- 2) 6 měsíců – 12 měsíců
- 3) více než rok, ale méně než 3 roky
- 4) 3-10 let
- 5) více než 10 let

5. Jak dlouho užíváte předepsané léky?

- 1) méně než 6 měsíců
- 2) 6 měsíců – 12 měsíců
- 3) více než rok, ale méně než 3 roky
- 4) 3-10 let
- 5) více než 10 let

6. Léky, které Vám Váš psychiatr předepsal, užíváte:

- 1) pravidelně a přesně podle jeho doporučení
- 2) většinou ano, ale někdy zapomenou a nevezmu si je
- 3) většinou si je nevezmu, bojím se je užívat ze strachu ze vzniku závislosti
- 4) většinou si je nevezmu, vadí mi nežádoucí komplikace při jejich užívání

7. Jaký je Váš názor na účinek léků, které Vám Váš psychiatr předepsal?

- 1) léky mi plně vyhovují, protože jsou zcela potlačeny projevy onemocnění
- 2) léky mi nevyhovují, protože problémy přetrvávají
- 3) léky mi nevyhovují z důvodu nežádoucích účinků

8. Máte obavy, že se neutají Vaše léčba na psychiatrii před Vašimi blízkými, přáteli či v zaměstnání?

- 1) ano a vadí mi to
- 2) ano, ale nevadí mi to
- 3) ne, je mi to jedno
- 4) nepřemýšlím o tom
- 5) většina lidí o mojí léčbě ví

9. Jsou pro Vás návštěvy Vašeho lékaře - psychiatra a jím ordinovaná léčba dle Vašeho názoru přínosné?

- 1) rozhodně ano
- 2) spíše ano
- 3) nevím, nedokážu posoudit
- 4) spíše ne
- 5) ne

10. Má Váš lékař - psychiatr Vaši plnou důvěru?

- 1) rozhodně ano
- 2) spíše ano
- 3) ne
- 4) nevím, nedokážu posoudit

11. Navštěvujete nebo navštívil jste někdy také psychologa ?

- 1) ano
- 2) ne

12. Navštěvujete nějaké svépomocné skupiny pro osoby s poruchou duševního zdraví ?

- 1) ano pravidelně
- 2) ano občas
- 3) ne

Jestliže ANO, vypište která

.....

Jestliže NE, proč

13. Pomáhají nebo pomohly Vám návštěvy psychiatra a léčba znovu nabýt duševní pohody, zlepšení vztahů apod. ?

- 1) rozhodně ano
- 2) spíše ano
- 3) nevím, nedokážu posoudit
- 4) spíše ne
- 5) rozhodně ne

14. Léčil nebo léčí se někdo z Vašich blízkých příbuzných či rodiny také na psychiatrii?

Jestliže ANO, kdo ? (možno označit více odpovědí)

- 1) otec 2) matka 3) prarodič 4) sourozenec 5) manžel/manželka 6) druh/družka 7) dítě, vnouče

NE

15. Co dle Vašeho názoru nejvíce dlouhodobě ovlivňuje Vaše duševní zdraví?
(možno označit více odpovědí)

- 1) neuspokojivý zdravotní stav, dlouhodobá nemoc
2) celková životní nespokojenost
3) psychické potíže a nemoci v rodině
4) únava
5) snížený výkon
6) duševní napětí
7) tělesné příznaky napětí (např. bolest hlavy, bušení srdce, pocení, průjem atd.)
8) psychická nevyrovnanost
9) neschopnost relaxovat
10) nespokojenost s prací
11) narušené rodinné vztahy
12) nedostatek podpory v práci
13) nedostatek podpory v rodině
14) jiné -
vypište.....

Vaše charakteristika - vyberte z následujících možností a zakroužkujte :

16. Pohlaví

- 1) MUŽ 2) ŽENA

17. Váš věk:

- 1) 0-15 2) 16-20 3) 21-30 4) 31-40 5) 41-50 6) 51-60 7) 61-70 8) nad 70 let

18. Vaše dosažené vzdělání:

- 1) základní
- 2) vyučen(a)
- 3) středoškolské
- 4) vysokoškolské

19. Váš statut je:

- | | | |
|------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| 1) student
manažer | 2) řadový zaměstnanec | 3) zaměstnanec ve vedoucí funkci, |
| 4) osoba samostatně výdělečně činná
měsíců) | | 5) právě nezaměstnaný (do 3 |
| 6) dlouhodobě nezaměstnaný (více než 3 měsíce)
dovolená | | 7) mateřská dovolená, rodičovská |
| 8) invalidní důchodce | | 9) starobní důchodce |

20. Váš stav:

- | | | | |
|----------------------|------------------|-----------------|---------------------|
| 1) svobodný
vdova | 2) ženatý/ vdaná | 3) rozvedený(á) | 4) vdovec/
vdova |
|----------------------|------------------|-----------------|---------------------|

21. S kým bydlíte?

- 1) sám/sama
- 2) s rodiči
- 3) s partnerem/ partnerkou
- 4) sám s dětmi
- 5) bydlím s celou rodinou (partnerem/partnerkou) i s dětmi
- 6) jiné - *vypište*

22. Místem Vašeho bydliště je:

- | | | |
|------------|-----------|----------|
| 1) vesnice | 2) městys | 3) město |
|------------|-----------|----------|

23. V místě Vašeho bydliště žije přibližně tento počet obyvatel :

- | | | | |
|-----------------------|-------------------|------------------|----------|
| 1) do 499
– 19 999 | 2) 500 – 999 | 3) 1 000 – 4 999 | 4) 5 000 |
| 5) 20 000 – 99 999 | 6) 100 000 a více | | |

Ještě jednou moc děkuji za Váš čas.

S přáním hezkého dne Silvie Ondráčková

Zdroj: Vlastní tvorba

TEST 1

NEMÁM PŘÍZNAKY DEPRESE?

Depresivní porucha je **4. nejčastější nemoc** a předpokládá se, že v roce 2020 postoupí na druhé místo.

Podle americké diagnostické klasifikace DSM-IV jsou kritéria pro depresi (podobně jako v naší MKN-10) následující:

depresivní nálada

ztráta zájmu o všechny (nebo skoro všechny) činnosti, případně ztráta radosti z nich

velký nárůst nebo pokles chuti, následně změna váhy

nespavost nebo naopak nadměrná spavost

zpomalení tělesných pohybů

výrazná úzkostnost

výrazná únava

přehnané pocity viny či vlastní neschopnosti

problémy se soustředěním nebo rozhodováním se

časté myšlenky na smrt nebo sebevraždu

K potvrzení diagnózy deprese je potřeba, aby bylo u pacienta **nejméně 5** z těchto znaků přítomno **denně, po většinu dne**, po dobu **dvou nebo více týdnů**.

Rizikovými faktory pro onemocnění depresí jsou zejména:

- **geny**, které podle odhadu genetiků zodpovídají za téměř polovinu onemocnění
- **těžká traumata z dětství**
- **kritický a citově chladný partner**
- **ruminace** (tzv. myšlenkové přežvykování)
- **pohlaví** (ženy trpí depresí asi dvakrát častěji než muži)
- **životní styl**

Zdroj: ILARDI, Stephen S. *Jak vyléčit depresi, aneb, Šest kroků k zdravému životnímu stylu*. Voznice: Leda, 2015. .

TEST 2

který Vám **pomůže** s velkou pravděpodobností **odhalit depresivní poruchu**

Máte problémy se spánkem? Může se jednat o nadměrnou spavost, častěji jde však o zkrácenou dobu spánku, tedy probouzení po půlnoci nebo nad ránem

Přestali jste se těšit ze života ?

Trpíte sníženým sebehodnocením až výčitkami ?

Ztratili jste chuť k jídlu ?

Pokud člověk odpoví na alespoň 3 otázky kladně, jedná se s 95%pravděpodobností o depresi.

Zdroj: POLÁCH, L. *Příručka duševního zdraví: 25 příběhů z psychiatrické ambulance*. Bílovice: SYMEDIS PRO, 2016. ISBN 978-80-906230-0-2.

Rizikovými faktory pro onemocnění depresí jsou zejména:

- **geny**, které podle odhadu genetiků zodpovídají za téměř polovinu onemocnění
- **těžká traumata z dětství**
- **kritický a citově chladný partner**
- **ruminace** (tzv. myšlenkové přežvykování)
- **pohlaví** (ženy trpí depresí asi dvakrát častěji než muži)
- **životní styl**

Zdroj: ILARDI, S. S. *Jak vyléčit depresi, aneb, Šest kroků k zdravému životnímu stylu*. Voznice: Leda, 2015.



Zdroj: <https://www.sashe.sk/Jana.Skrabanova/detail/energeticky-obraz-strom-aura>

JAK SE CHOVAT, KDYŽ JE VÁM DIAGNOSTIKOVÁNA DEPRESIVNÍ PORUCHA

Důležitá informace a dobrá zpráva - deprese je léčitelná nemoc

Rady a doporučení pro pacienty:

- NE bojte se sdělit své potíže svému lékaři a důvěřujte mu
- NE přestávejte užívat pravidelně léky, které vám lékař předepsal
- NE dělejte závažná rozhodnutí během léčení
- NE klad'te si žádné náročné cíle a úkoly
- NE odjíždějte na dovolenou, nebo do neznámého prostředí
- NE srovnávejte nynější výkonnost s aktivitou před onemocněním
- NE říkejte si, že depresi zlomíte vůlí nebo ji „zaspíte“
- NE dělejte věci, které jsou Vám nepříjemné
- NE buďte sám(a), udržujte kontakt s blízkými lidmi,
- NE důvěřujte svým negativním myšlenkám
- NE nevěřte lidem, kteří vám říkají, že byste se měli „vzchopit“
- NE styďte se plakat, kdykoliv potřebujete
- NE čkejte od léčby zázraky za několik dní
- NE nechávejte si myšlenky na sebevraždu pro sebe, svěřte se svým blízkým
a hlavně to řekněte svému lékaři
- NE ukončete předčasně léčbu, i když se budete cítit dobře
- NE mohou Vám v depresi účinně pomoci alternativní praktiky

Zdroj: Praško et al., *Klinická psychiatrie*. Praha: Tigris, 2011. ISBN 978-80-87323-00-7.

Zdroj: Vlastní tvorba

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Vývoj sítě ambulantních zařízení ve vybraných letech (počet zařízení)

Tabulka č. 2: Vývoj sítě léčeben/nemocnic ve vybraných letech (počet zařízení)

Tabulka č. 3: Vývoj sítě psychiatrických oddělení ve všeobecných nemocnicích ve vybraných letech

Tabulka č. 4: Afektivní a neurotické poruchy v ČR v letech 2010, 2013 a 2015

Tabulka č. 5: Dodávky psychofarmak do lékáren a zdravotnických zařízení v ČR

Tabulka č. 6: Délka rozhodování k návštěvě psychiatrické ambulance v závislosti na důvodech (hodnocení na škále 1-4)

Tabulka č. 7: Závislost mezi psychickými problémy pacientů a stigmatizací (v %)

Tabulka č. 8: Osoba doporučující léčbu ve vztahu ke stigmatizaci (v %)

Tabulka č. 9: Způsob užívání léků ve vztahu ke stigmatizaci (v %)

Tabulka č. 10: Souvislost mezi stigmatizací a důvody ovlivňujícími duševní zdraví (v %)

Tabulka č. 11: Testování H1.1

Tabulka č. 12: Testování H1.2

Tabulka č. 13: Testování H1.3

Tabulka č. 14: Testování H1.4

Tabulka č. 15: Testování H1.5

Tabulka č. 16: Testování H1.6

Tabulka č. 17: Testování H1.7

Tabulka č. 18: Testování H1.8

Seznam obrázků

- Obrázek č. 1:** Charakteristika souboru respondentů dle pohlaví a věku (v %)
- Obrázek č. 2:** Charakteristika souboru respondentů dle vzdělání a rodinného stavu (v %)
- Obrázek č. 3:** Charakteristika souboru respondentů dle sociálního statutu (v %)
- Obrázek č. 4:** Způsob bydlení respondenta (v %)
- Obrázek č. 5:** Charakteristika souboru respondentů dle místa bydliště a velikosti místa bydliště (v %)
- Obrázek č. 6:** Důvody rozhodnutí navštívit psychiatrickou ambulanci (v %)
- Obrázek č. 7:** Kategorizace obtíží vedoucích k návštěvě psychiatrické ambulance (v %)
- Obrázek č. 8:** Podnět k návštěvě psychiatrické ambulance (v %)
- Obrázek č. 9:** Doba rozhodování před první návštěvou psychiatrické ambulance ve vztahu ke vzdělání (v %)
- Obrázek č. 10:** Doba rozhodování před první návštěvou psychiatrické ambulance ve vztahu k velikosti místa bydliště pacientů (v %)
- Obrázek č. 11:** Délka léčení v psychiatrické ambulanci (v %)
- Obrázek č. 12:** Délka užívání farmakoterapie (v %)
- Obrázek č. 13:** Dodržování režimu farmakoterapie dle instrukcí lékaře v závislosti na věku pacienta (v %)
- Obrázek č. 14:** Dodržování režimu farmakoterapie dle instrukcí lékaře v závislosti na vzdělání pacienta (v %)
- Obrázek č. 15:** Dodržování režimu farmakoterapie dle instrukcí lékaře v závislosti na závažnosti poruchy (v %)
- Obrázek č. 16:** Názor pacientů na efekt farmakoterapie (v %)
- Obrázek č. 17:** Obavy pacientů ze stigmatizace psychiatrickou léčbou v závislosti na pohlaví pacientů (v %)
- Obrázek č. 18:** Obavy pacientů ze stigmatizace psychiatrickou léčbou v závislosti na věku (v %)

Obrázek č. 19: Obavy pacientů ze stigmatizace psychiatrickou léčbou v závislosti na vzdělání (v %)

Obrázek č. 20: Obavy pacientů ze stigmatizace psychiatrickou léčbou v závislosti na velikosti místa bydliště (v %)

Obrázek č. 21: Doba rozhodování před první návštěvou psychiatrické ambulance ve vztahu k stigmatizaci psychiatrické léčby (v %)

Obrázek č. 22: Hodnocení léčby pohledem pacientů v závislosti na věku (v %)

Obrázek č. 23: Důvěryhodnost psychiatra pohledem pacientů (v %)

Obrázek č. 24: Návštěvy psychologa (v %)

Obrázek č. 25: Svépomocné skupiny ve vazbě na pohlaví (v %)

Obrázek č. 26: Svépomocné skupiny ve vazbě na účinek předepsaných léků (v %)

Obrázek č. 27: Hodnocení přínosu návštěvy psychiatra s ohledem na věk (v %)

Obrázek č. 28: Hodnocení přínosu návštěvy psychiatra s ohledem na účinek předepsaných léků (v %)

Obrázek č. 29: Léčba blízkého příbuzného na psychiatrii v závislosti na velikosti místa bydliště (v %)

Obrázek č. 30: Hodnocení přínosu návštěvy psychiatra s ohledem na věk (v %)

Obrázek č. 31: Kdo s příbuzných se léčí (léčil) na psychiatrii (v %)

Obrázek č. 32: Kdo z příbuzných se léčí (léčil) na psychiatrii v závislosti na svépomocných skupinách (v %)

Obrázek č. 33: Názor respondentů na faktory ovlivňující duševní zdraví (v %)

Seznam použitých zkratk

BAP - Bipolární afektivní porucha

CDZ - Centra duševního zdraví

ČLS JEP - Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

ČR – Česká republika

DALY - Disability Adjusted Life Years – ztracené roky života

EU - Evropská unie

GABA - kyselina gama-aminomáselná

HDP – hrubý domácí produkt

MKN – mezinárodní klasifikace nemocí

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

NPP - Národní psychiatrický program

OCD - Obsedantně kompulzivní porucha

SÚKL – Státní ústav pro kontrolu léčiv

TLC - Therapeutic Lifestyle Change – terapeutická změna životního stylu

USA – United States of America – Spojené státy Americké

ÚZIS ČR – Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky

WHO – World Health Organization – Světová zdravotnická organizace

WPA - World Psychiatric Association – Světová psychiatrická asociace