

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra sociální patologie a sociologie

**Prostředky destigmatizace osob s duševním
onemocněním**
Bakalářská práce

Autor: Věra Moravcová

Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální patologie a prevence

Vedoucí práce: PhDr. Jan Hubert

Oponent práce: Mgr. Stanislava Hoferková, Ph.D.

Zadání bakalářské práce

Autor: Věra Moravcová
Studium: P16K0317
Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální patologie a prevence

Název bakalářské práce: **Prostředky destigmatizace osob s duševním onemocněním**

Název bakalářské práce Means of destigmatization people with mental illness
AJ:

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se zabývá možnými prostředky destigmatizace osob s duševním onemocněním z pohledu prevence sociálního vyloučení a znevýhodnění ve společnosti. V teoretické části se práce zaměřuje obecně na vysvětlení stěžejních pojmů, na popis specifické cílové skupiny a shrnutí vybraných aktivit a projektů realizovaných v rámci destigmatizace v České republice. Empirická část práce zkoumá vnímání tématu destigmatizace z pohledu osob s duševním onemocněním pomocí kvalitativních metod.

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a František KOUKOLÍK. Schizofrenie: neurobiologie, klinický obraz, terapie. Praha: Galén, 2004, 437 s. ISBN 80-7262-277-3. BĚLÍK, Václav, Stanislava HOFERKOVÁ a Blahoslav KRAUS. Slovník sociální patologie. Praha: Grada, 2017, 120 s. Pedagogika. ISBN 978-80-271-0599-1. GOFFMAN, Erving. Stigma: poznámky k problému zvládnutí narušené identity. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003, 167 s. Most. ISBN 80-86429-21-0. PRAŠKO, Ján, OCISKOVÁ Marie. Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch. Vyd. 1. Praha : Grada Publishing, a.s., 2015, 376 stran. ISBN 978-80-247-5199-3. RABOCH, Jiří, Dana JANOTOVÁ a Pavel PAVLOVSKÝ. Psychiatrie: minimum pro praxi. 4. rozš. vyd. Praha: Triton, 2006, 211 s. ISBN 80-7254-746-1.

Garantující pracoviště: Katedra sociální patologie a sociologie,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: PhDr. Jan Hubert

Oponent: Mgr. Stanislava Hoferková, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 22.1.2018

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne

.....

Věra Moravcová

Poděkování

Ráda bych poděkovala svému vedoucímu bakalářské práce PhDr. Janu Hubertovi za odborné vedení a poskytování podnětných rad během konzultací. Velice také děkuji za skvělou spolupráci Jaroslavě Král Tomšů a svým respondentům, bez jejichž vstřícného přístupu by tato práce nemohla vzniknout. V neposlední řadě děkuji svým blízkým za obrovskou podporu a trpělivost během celého studia.

Anotace

MORAVCOVÁ, Věra. *Prostředky destigmatizace osob s duševním onemocněním*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2019. 53 s. Bakalářská práce.

Předmětem bakalářské práce je výzkum vnímání tématu destigmatizace duševního onemocnění z pohledu osob s duševním onemocněním. Práce se zabývá možnými prostředky destigmatizace osob s duševním onemocněním z pohledu prevence sociálního vyloučení a znevýhodnění ve společnosti. V teoretické části se práce zaměřuje obecně na vysvětlení stěžejních pojmů, na popis specifické cílové skupiny a shrnutí vybraných destigmatizačních aktivit a projektů realizovaných v České republice. Empirická část práce zkoumá vnímání tématu destigmatizace z pohledu osob s duševním onemocněním pomocí polostrukturovaného rozhovoru s vybranými respondenty. Kvalitativní rozhovor cílenými otázkami zkoumá potřeby, přání, sny a životní jistoty, obavy a bariéry při jejich naplňování a zkušenosti respondentů se stigmatizací a diskriminací. Hlavním cílem výzkumného šetření je zkoumat, zda lidé s duševním onemocněním mají zájem participovat na vlastní destigmatizaci.

Klíčová slova: stigma, stigmatizace, destigmatizace, zotavení

Annotation

MORAVCOVÁ, Věra. *The Means of destigmatization people with mental illness*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2019. 53 pp. Bachelor degree thesis.

The subject matter of this bachelor thesis is an exploration of the perception of a topic destigmatizing mental illness from the perspective of patients with a mental disorder. The study deals with possible means of destigmatization of people with mental health problems from the perspective of social exclusion and social handicap prevention. The theoretical part of this work aims to explain in broad terms the crucial concepts, to give description of the specific target group and also to summarize chosen destigmatization activities and projects that are implemented in the Czech Republic. The empirical part of the work explores the perception of the topic destigmatization from the point of view of people with a mental illness with the help of a semistructured interview with selected respondents. The qualitative interview with specific questions explores the needs, wishes, dreams and social assurances, worries and obstacles in making these becoming real and also the experiences of the respondents with stigmatization and discrimination. The main goal of the research investigation is to explore whether people with a mental illness are interested in participating in their own process of destigmatization.

Keywords: stigma, stigmatization, destigmatization, recovery

Obsah

| | |
|---|----|
| Úvod..... | 8 |
| 1. Aktuálnost tématu..... | 9 |
| 2. Základní pojmy..... | 10 |
| 3. Stigma duševního onemocnění..... | 13 |
| 3.1 Nejčastěji stigmatizovaní jedinci | 13 |
| 3.2 Mýty duševního onemocnění | 14 |
| 3.3 Stigmatizace duševního onemocnění v číslech | 15 |
| 4. Aktéři stigmatizace..... | 17 |
| 5. Destigmatizace osob s duševním onemocněním | 21 |
| 5.1 Zotavení..... | 22 |
| 5.2 Reforma psychiatrické péče | 23 |
| 5.3 Destigmatizační projekty a kampaně | 24 |
| 6. Výzkumné šetření..... | 27 |
| 6.1 Metodologie výzkumného šetření | 28 |
| 6.2 Charakteristika výzkumného souboru a sběr dat | 29 |
| 6.3 Cíl výzkumného šetření a výzkumné otázky | 30 |
| 6.4 Výsledky výzkumného šetření | 33 |
| 6.4.1 Dílčí výzkumná otázka I..... | 33 |
| 6.4.2 Dílčí výzkumná otázka II..... | 35 |
| 6.4.3 Dílčí výzkumná otázka III | 36 |
| 6.4.4 Dílčí výzkumná otázka IV | 39 |
| 6.4.5 Dílčí výzkumná otázka V | 41 |
| 7. Presentace výsledků a diskuze | 44 |
| Závěr | 47 |
| Použitá literatura | 49 |
| Přílohy..... | 53 |

Úvod

Téma bakalářské práce jsem si zvolila s ohledem na jeho aktuálnost vzhledem k probíhající reformě psychiatrické péče. Ačkoliv v oblasti duševního zdraví můžeme v současné době pozorovat výrazně kvalitnější osvětu než v předchozích letech, probíhá i více destigmatizačních aktivit v rámci reformy psychiatrické péče, bohužel se ukazuje, že vůči lidem s duševním onemocněním stále přetrvávají značné předsudky, mýty a negativní stereotypy. Důsledkem může být stigmatizace vedoucí až k diskriminaci těchto osob. Od roku 2015 působím v Péči o duševní zdraví, z.s., nejprve jako dobrovolník v rámci programu Asistovaného profesionálního přátelství a od května 2018 pracuji v organizaci na hlavní pracovní poměr. Prostřednictvím našich klientů se setkávám s tématem stigmatizace každý den.

V bakalářské práci si kladu za cíl zjistit, zda jsou lidé s duševním onemocněním ochotni participovat na vlastní destigmatizaci a jak si představují efektivní destigmatizaci. Aby měla práce smysluplný přesah a reálné uplatnění, zapojila jsem se do projektu Destigmatizace, realizovaného Národním ústavem duševního zdraví. Bakalářská práce má pomoci s realizací myšlenky založení „Uživatelského hnutí“ lidí s duševním onemocněním. V první fázi kroků vedoucích k založení Uživatelského hnutí bylo nutné shromáždit informace od cílové skupiny uživatelů, zjistit jejich potřeby, zkušenosti se stigmatizací, péčí o duševně nemocné a získat kontakty osob, které by měly zájem o zapojení do Uživatelského hnutí.

Při zpracovávání bakalářské práce jsem v teoretické části čerpala primárně z odborné literatury, pro aktuální doplnění tématu jsem použila relevantní internetové zdroje a vlastní zkušenosti s cílovou skupinou. V praktické části práce jsem podložila teoretickou část dotazníky a polostrukturovanými rozhovory. Respondenty do své bakalářské práce jsem nemusela nijak složitě vyhledávat, dotazníkové šetření i rozhovory jsem realizovala s klienty Péče o duševní zdraví. Otázky do rozhovorů a dotazníků jsem vytvořila ve spolupráci s regionální destigmatizátorkou Jaroslavou Král Tomšů, se kterou jsem spolupracovala na praktické části bakalářské práce, aby byla co nejvíce prospěšná a použitelná v projektu Destigmatizace.

1. Aktuálnost tématu

V první kapitole bych se ráda věnovala tomu, proč považuji stigmatizaci duševního zdraví za palčivé a aktuální téma. Destigmatizační opatření nebudou funkční, pokud se budou míjet se skutečnými potřebami lidí s duševním onemocněním.

V odborných publikacích se dočteme, že každý pátý dospělý má zkušenosti s duševním onemocněním a ve většině zemí světa, včetně České republiky, dochází k nárustu výskytu problémů v oblasti duševního zdraví. Duševní onemocnění je spojováno s vysokou mírou stigmatizace ze strany společnosti, která způsobuje významné sociální problémy a ohrožuje kvalitu života mnoha lidí. Duševní zdraví, stejně tak jako zdraví fyzické, určuje kvalitu života každého z nás. Přesto existují velké rozdíly mezi tím, jak tyto dvě zdravotní oblasti vnímáme. U onemocnění fyzického chápeme nemoc spíše jako smutnou vnější okolnost v životě, ovšem u onemocnění duševního máme tendence vnímat obrovské skupiny lidí s rozdílnými zdravotními problémy tak, jako by nemoc přesně vystihovala, kým jsou a jací jsou. Setkáváme se například s větami „Karel je schizofrenik“, ale v kontextu fyzických onemocnění nikdo neřekne „Karel je chřipkař, rakovinář nebo leukemik“. (Janoušková, Winkler, 2015, s. 30)

Další rozdíl mezi nemocí těla a ducha můžeme pozorovat v tom, že zatímco s rakovinou, leukémií, ale i třeba zápalem plic, nezůstává nemocný doma v samoléčbě, významná část lidí, kteří se poprvé potýkají s duševními problémy, nevyhledá odbornou pomoc právě z důvodu studu a obavy z reakce okolí. Zatímco je naprosto běžné, že každý z nás má svého praktického lékaře nebo zubaře a lidé trpící cukrovkou mají svého diabetologa, není v běžné společnosti tak samozřejmě přijímáno, že o své psychické zdraví můžeme také pečovat ve spolupráci s odborníkem.

I ti, kterým se podařilo najít způsob, jak se vyrovnat s duševním onemocněním, musí bojovat s negativními předsudky, které jim komplikují život a ohrožují úspěšnost jejich léčby. Duševní nemoci samy o sobě nebývají přímo smrtelné, ale významně zvyšují riziko sebevraždy, u některých diagnóz až více než desetinásobně oproti průměru. V České republice si vezmou dobrovolně život průměrně čtyři lidé každý den. Proto je důležité vytvářet tolerantnější prostředí pro osoby s duševním onemocněním, předcházet stigmatizaci a možné diskriminaci ve společnosti. (Janoušková, Winkler, 2015, s. 30)

2. Základní pojmy

Práce se zabývá stigmatizací a destigmatizací osob s duševním onemocněním, pro hlubší provázání problematiky shrnuje následující kapitola definice základních pojmů a souvisejících termínů. Nedůvěra, odpor a strach ke všemu cizímu či odlišnému jsou ve společnosti hluboce zakořeněny. Tyto negativní pocity vedou k podpoře negativních stereotypů a předsudků, které ústí ve stigmatizaci, mohou vést k diskriminaci a z dlouhodobého hlediska i k vyloučení ze společnosti.

Stigma

Stigma lze obecně charakterizovat jako znehodnocující přívlástek, který může být příčinou diskriminace jeho nositele. Termín pochází z antického Řecka, je překládán jako znak, stopa. V odborných publikacích a slovnících se můžeme setkat s obnovenými definicemi. Ocisková a Praško (2015) uvádí, že *„sémantický původ termínu stigma je odvozen z řeckého slova, které se vztahuje k tetování či lépe vypálenému znamení. Kdysi se tímto slovem označoval cejch vypalovaný otrokům v thesalských dolech antického Řecka. Toto označení bylo pro ostatní znamením, podle kterého byli jeho nositelé rozpoznáváni a vylučováni ze společnosti.“* Autoři dále připomínají význam stigmatu z raných dob křesťanských, kdy byla známa Kristova stigmata. Byly tak označovány rány v místech, kde pronikly do Kristova těla hřeby, kterými byl přibit ke kříži. V tomto pojetí jsou stigmata chápána jako svědectví o spiritualitě svého nositele, jeho svatosti nebo důkazem silné víry. Další metaforickou konotaci získal tento pojem v pozdější době honu na čarodějnice. Mateřská znaménka a bradavice byly v té době označovány jako d'áblova stigmata, symbol nečistoty a důkaz spolčení s d'áblem. Dalším významem jsou tělesné známky, které vypovídají o nemoci svého nositele. Stigmatem jsou v tomto pojetí tělesné anomálie svědčící o ohrožující naklažlivé nemoci, jako je lepra, nebo viditelné příznaky nevléčitelných nemocí, jako je pokročilá cirhóza jater. Význam stigmatu v tomto pojetí směřuje k exkluzi stigmatizovaného jedince. (Ocisková, 2015, s. 11)

Stigma je v pojetí proslulého sociologa a antropologa Ervinga Goffmana hluboce „diskreditující atribut sociální identity“, který ovlivňuje sociální identitu, status a život jedince. Poukazuje na to, že stigmatizovaný jedinec je často považován za někoho, kdo je méně než člověk, neprojevuje se mu tolik úcty a je vyloučen z plného přijetí společností. V krajním případě činí stigma jedince *„osobou skrz naskrz špatnou,*

nebezpečnou či slabou. Naše mysl ji tak redukuje z osoby celistvé a obyčejné na osobu, jež je poskvrněna a jejíž hodnota klesla.“ (Goffman, 2003, s. 10)

V současné době se význam stigmatu posunul ke znakům, rysům nebo nemoci, která značkuje jedince v negativním pojetí a odlišuje ho od ostatních osob nebo většiny. V psychologickém slovníku definují autoři stigmatizaci jako „*společenský předpoklad vůči někomu, jemuž jsou pak přisuzovány záporné vlastnosti; předem dané záporné hodnocení, které je okolím přisouzeno jedinci, skupině nebo organizaci.*“ (Hartl, 2010, s. 32)

Předsudky a stereotypy

Předsudek je emočně nabitý, kriticky nezhodnocený úsudek a z něj plynoucí postoj na základě povrchní charakteristiky – jako je například barva pleti, sexuální orientace či náboženské vyznání. Jak už složení slova napovídá, jedná se o úsudek, který je vytvořen předem, není založen na vlastním objektivním poznání, ale na pouhém mínění či předpokladu. Předsudek vychází ze subjektivní již dříve prožité zkušenosti, zprostředkované informace od někoho druhého i neoprávněného zobecnění. Z hlediska postojů, které z předsudků vycházejí, se setkáváme s pozitivními a negativními postoji, které jsou zaměřené vůči určitým osobám, celým skupinám, povoláním, rasám, národům, institucím, a dalším.

Stereotypem rozumíme jednotvárný, ustálený, navyklý vzorec chování a myšlení vedoucí k přisuzování určitých vlastností lidem na základě již zmíněných předsudků a povrchních charakteristik.

V odborných publikacích definují předsudky a stereotypy obdobně, Ocisková doplňuje, že „*stereotyp umožňuje rychlou kategorizaci a ovlivňuje očekávání i chování lidí, a to i v situacích, kdy vlastní zkušenosti jsou malé nebo vůbec žádné.*“ Rozlišujeme stereotypy na tzv. **autostereotypy**, které si konstruují příslušníci určité skupiny o sobě samých (duševně nemocní o duševně nemocných) a **heterostereotypy**, které si vytváří o členech skupin jiných (zdraví lidé o duševně nemocných). (Ocisková, 2015, s. 22)

Diskriminace

Diskriminací se rozumí nerovné chování vůči jednotlivcům, odlišný, jiný přístup na základě jejich příslušnosti k určité sociální kategorii, případně znevýhodňování celé sociální skupiny. Diskriminace může mít také podobu odpírání skutečností nebo

procesů, ke kterým ostatní jedinci či sociální skupiny mají za běžných okolností přístup. Jedná se například o omezení přístupu ke vzdělání, k pracovním příležitostem, ke zdrojům, kulturnímu vyžití atd.

Labelling

Procesy stigmatizace souvisejí s problematikou etiketizace, nálepkování neboli labellingu. Autoři Slovníku sociální patologie vymezují labelling jako „*výsledek kolektivní interakce mezi údajným deviantem a ostatními lidmi, jinými slovy řečeno, je vztahem mezi deviantní a nedevariantní částí populace. Samotné nálepkování často vzniká na základě předsudků (jak etnických, tak sociálních, profesních, genderových apod.), soustředění se výhradně na vnější projevy chování jedince či skupiny, zkušenost s osobou či skupinou z minulosti a další.*“ (Bělík a kol., 2017, s. 90)

Destigmatizace

Destigmatizace je reakcí na stigmatizaci, na společenské odmítání domnělých nebo skutečných vlastností, přesvědčení nebo chování, které odporují sociálním normám. Usiluje o redukci či odstraňování takového přesvědčení, chování, negativních či poškozujících hodnocení. Klade důraz na akceptaci rozdílů a zajišťování základních lidských práv a svobod.

3. Stigma duševního onemocnění

Lidé s duševním onemocněním řeší problémy nejen zdravotní, ale také sociální povahy. Tím nejzásadnějším problémem sociální povahy je stigma, které ve většině případů vede ke snižování kvality života a ke znevýhodněním v mnoha jeho oblastech. Stigma je často vnímáno jako tíživější než samotné zdravotní problémy. Následné sociální újmy mohou mít stejný účinek jako onemocnění samotné, vést k dalšímu narušení psychických funkcí a vyloučení ze společnosti.

Stigma duševního onemocnění má svá specifika a jeho konceptualizace zahrnuje dle Thornicrofta tři základní elementy. Prvním je problém nedostatku znalostí, nevědomost; druhý představuje problém postojů, předsudků; a třetí praktický problém jednání – diskriminace. (Thornicroft, 2006, s. 192)

Z nevědomosti a nedostatku znalostí z oblasti psychiatrie a duševního zdraví pramení iracionální předsudky a obavy, případně nedůvěra, odpor a pohrdání vůči lidem s duševním onemocněním. Vede tak přirozeně ke zdánlivě legitimnímu alibistickému jednání jako odmítání, diskriminaci a vyloučení ze společnosti. Janoušková uvádí příklad, kdy se zcela zdravý lékař vrací do České republiky z mise v Sierra Leone, je podroben preventivní izolaci a různým vyšetřením z důvodu aktuálně existujícího vysokého rizika, že by mohl být nakažen ebolou. V tomto případě se jedná o racionální ochranu společnosti. Zatímco, když je člověku trpícímu depresí odepřen vstup na palubu letadla, protože byl v minulosti hospitalizován s psychiatrickou epizodou, bere medikaci a letecká společnost má iracionální obavy, že by mohl ohrozit ostatní spolucestující, jedná se o příklad stigmatizace. „*Stigma se od racionální ochrany společnosti liší tím, že má iracionální základ a vede k diskriminaci.*“ (Janoušková, Winkler, 2015, s. 30)

3.1 Nejčastěji stigmatizovaní jedinci

Rozdíly v míře stigmatizace podle diagnózy se dle Janouškové vyskytují velmi často, ale k nejvíce stigmatizovaným diagnózám patří v oblasti vážných duševních onemocnění schizofrenie. (Janoušková, Winkler, 2015, s. 31)

Vzhledem k tomu, že se ve svém zaměstnání setkávám nejčastěji s klienty se závažným duševním onemocněním z okruhu psychóz, konkrétně s onemocněním schizofrenie, zaměřím se na stigmatizaci a destigmatizaci této cílové skupiny. Dle klasifikace MKN10 je schizofrenie zařazena do F20. „*Schizofrenické poruchy jsou*

obecně charakterizovány podstatnou a typickou deformací myšlení a vnímání. Nejčastějšími projevy jsou ozvučování myšlenek; vkládání nebo odnímání myšlenek; vysílání myšlenek; bludné vnímání a bludy ovládání; pasivita nebo ovlivňování; sluchové halucinace, které komentují nebo diskutují o pacientovi ve třetí osobě; poruchy myšlení a negativní příznaky. Průběh schizofrenických poruch je buď trvalý, nebo epizodický s narůstajícím nebo trvalým defektem, anebo může být jedna nebo více atak s úplnou nebo neúplnou remisí.“ (ÚZIS ČR, 2010–2018, online) Nejčastější formou schizofrenie je paranoidní schizofrenie, u níž převažují perzekuční bludy a sluchové halucinace. „Nemocní jsou přesvědčeni o svých telepatických schopnostech, o odnímání a zveřejňování vlastních myšlenek, popřípadě vkládání cizích myšlenek. Nemocní se mohou chovat podrážděně až agresivně.“ (Raboch a kol., 2006, s. 76)

„Stigmatizace odkazuje na stereotypní sadu negativních postojů, zavádějících přesvědčení a obav z diagnózy schizofrenie, které jsou ovlivněny tím, jak je tento syndrom chápán ostatními.“ (Ocisková, 2015, s. 52) Ocisková a Praško také uvádí, že existuje přímý vztah mezi stigmatizací, spuštěním epizody schizofrenie a celkově modifikací jejího průběhu. Stigmatizace představuje chronický stresor, který může mít přímý dopad na sociální fungování, zhoršovat průběh onemocnění a ovlivňovat úspěšnost léčby. (Ocisková, 2015, s. 53)

Definice odborných publikací se zaměřují především na symptomy, popisují nemoc samotnou a její projevy. Při práci s lidmi s duševním onemocněním je ale nutné zaměřit se na člověka, ne na nemoc. Na to, jaký je jeho příběh, jeho prožívání a vnímání v současné době. Soustředit se na silné stránky člověka, na jeho přirozené zdroje a hledat společně fungující mechanismy, které mu pomůžou žít s duševním onemocněním.

3.2 Mýty duševního onemocnění

Nejčastější reakce, s kterými se setkávám ve svém okolí potom, co řeknu, s jakou cílovou skupinou pracuji, jsou typické důsledky neinformovanosti a negativních stereotypů. „Schizofrenici jsou násilničtí, nebojíš se?“; „Jeich duchody se platí z našich daní a oni nechtějí pracovat, jsou na obtíž celé společnosti.“

Schizofrenie se v akutní fázi charakterizuje významnými poruchami v oblasti myšlení, vnímání, emocí, chování a kognitivních funkcí. Lidé s tímto duševním onemocněním ale nemají větší sklony k násilí než zbytek populace. Tento mýtus je bohužel často posilován médii, může vést nemocného k obavě z přidělení nálepky

nebezpečného agresora a následně neochotě vyhledat odbornou pomoc. Ve skutečnosti se naopak jedinci s duševním onemocněním častěji stávají obětí trestných činů a násilí, případně je větší pravděpodobnost, že ublíží sami sobě než někomu druhému. Je nutné si ale kriticky uvědomit, že stejně tak jako zdravý člověk, může i duševně nemocný jedinec spáchat trestný čin. Vlivem nesprávně nastavené nebo neužívané medikace může dojít ke zkreslenému vnímání a myšlení, případně může nastat nějaká velmi stresující situace, a tím může dojít k trestnému jednání. S takovými případy se setkáváme i v médiích.

Další předsudek, s kterým se ve své praxi setkávám, souvisí s oblastí zaměstnávání. Ze svého okolí slýchám, že duševně nemocní nejsou schopni nebo ochotni pracovat. Duševní onemocnění s sebou sice může nést určitou formu znevýhodnění nebo omezení i v pracovní oblasti, ale většina mých klientů je chce a dokáže překonat. Aktivně společně vyhledáváme zaměstnání a někteří se již plně zapojují v pracovním procesu. Zaměstnání naopak podporuje proces zotavení a je skvělým způsobem zapojení do společnosti.

3.3 Stigmatizace duševního onemocnění v číslech

V článku Janouškové a Winklera nalezneme přehled výsledků různých výzkumů zaměřených na zkušenosti osob s duševním onemocněním se stigmatizací. S ohledem na rozsah práce a potřeby shrnu pouze výsledky výzkumů realizovaných v České republice.

Autoři článků upozorňují, že „výzkum stigmatizace v České republice je zatím v počátcích. V roce 2004 se uskutečnil výzkum veřejného mínění na téma postojů vůči lidem se schizofrenií realizovaný společností Dema, a.s. Výsledky ukázaly, že 57 % české populace nemá dostatek informací o schizofrenii, 55 % nikdy nepotkalo žádnou osobu s touto diagnózou, 36 % si myslí, že není možné s touto nemocí normálně žít a pracovat. Podle 21 % Čechů by měli být lidé se schizofrenií umístěni do léčeben a 43 % vyjádřilo přesvědčení, že lidé trpící schizofrenií jsou nebezpeční a násilničtí.“ (Janoušková, Winkler, 2015, s. 33) Výsledky průzkumu dokazují to, jak velkou roli hraje nevědomost a nedostatek informací v konstrukci negativních postojů veřejnosti.

Ve srovnání s Velkou Británií je v České republice míra stigmatizace enormně vysoká. Studie, která srovnávala stigmatizující jednání v Česku a Anglii, přinesla znepokojující výsledky. Skoro 41 % české populace by vadilo žít ve společné domácnosti s někým, kdo má psychotické onemocnění, necelým 36 % by vadilo s ním

pracovat; 30,8 % by vadilo bydlet v sousedství takové osoby a 26,4 % by se nechtělo s takovým člověkem ani přátelit. Britská data vykazovala stigmatizaci několikanásobně nižší. (Winkler, 2014, s. 57)

4. Aktéři stigmatizace

Za aktéra stigmatizace považujeme každého, kdo se nějakým způsobem podílí na znevýhodňování lidí s duševním onemocněním, omezuje jejich práva a ovlivňuje kvalitu jejich života. Výčet aktérů stigmatizace koresponduje s výčtem aktérů destigmatizace a cílovými skupinami projektu Destigmatizace. Jedná se o rodinné příslušníky, širokou veřejnost, veřejnou správu, zdravotníky a další profesionály, média a v neposlední řadě samotné lidi s duševním onemocněním.

Rodina a komunita

Rodina a komunita, ve které žijeme, hraje v životě každého člověka důležitou roli. Rodinní příslušníci patří mezi nejbližší okruh lidí, nicméně ne vždy se lidé s duševním onemocněním setkají s pochopením a přijetím ze strany rodiny. Někteří z mých klientů popisují, že v jejich nejbližším okolí je téma duševního onemocnění tabu, setkali se s nabádáním k mlčenlivosti, aby nezostudili sami sebe a celou rodinu. Takovým přístupem často rodina brání jedinci získat včas odbornou pomoc a zvýšit tak úspěšnost následné léčby.

Setkáváme se i s případy, kdy je rodina velmi chápající a nápomocná, ale sama je vystavena stigmatizaci ze strany sousedů a přátel. Destigmatizační intervence zaměřené na cílovou skupinu rodiny a rodinných příslušníků, potažmo přátel a komunity, v které člověk s duševním onemocněním žije, se zaměřují především na edukaci o duševním zdraví a nemoci, odbourání mýtů a předsudků a pomoci při vzájemné komunikaci.

Profesionálové

Mezi profesionály souhrnně zařazují všechny osoby s funkcí nebo postavením, kterým je ze zákona nebo situace umožněna jistá nadřazenost osobě s duševním onemocněním, a mohou mít vliv na kvalitu jeho života. Role profesionálů jsou zásadní i z toho důvodu, že ovlivňují názor veřejnosti. Jsou to pomáhající profese, zdravotníci, policie, úředníci, veřejná správa, zaměstnavatelé, a další.

Profesionálové významně ovlivňují zdravotní nebo sociální situaci a případný rozvoj sebestigmatizace lidí s duševním onemocněním. Janoušková a Winkler uvádí, že *„výzkumy naznačují, že lidé s duševním onemocněním jsou stigmatizováni jak mezi všeobecnými lékaři, tak mezi psychiatry, lékaři jinak specializovanými, ostatním*

zdravotním personálem a také studenty medicíny, na nichž byly výzkumy pro svoji relativní jednoduchost realizovány poměrně často, a proto zde existuje solidní empirická základna.“ Stigmatizace v lékařském prostředí vede k diskriminaci ve smyslu neposkytnutí adekvátní lékařské péče lidem s duševním onemocněním. (Janoušková, Winkler, 2015, s. 31)

Jarolímek uvádí, že většina psychiatricky nemocných pacientů trpí kardiovaskulárními poruchami a vysokou kazivostí zubů. Uvádí několik příkladů, kdy se se svými klienty setkal s diskriminací ze strany zdravotnického personálu i samotných lékařů. *„Ošetření zubů u pacienta trpícího psychotickým onemocněním může být někdy problém a neobejde se bez spolupráce s rodinnými příslušníky nebo dalším odborníkem, proto se někteří zubaři přijetí psychiatrického pacienta vyhýbají.*“ (Jarolímek, 2017, s. 128)

Dalšími významnými profesionály jsou členové bezpečnostních sborů, především policisté. *„Podle zahraničních policejních statistik se přibližně 7 % policejních zásahů ve velkých městech USA a 7–31 % telefonátů týká osob s duševním onemocněním. Často jsou to první osoby, které rozhodují, zda osoba s duševním onemocněním má vstoupit do systému péče o duševní zdraví, nebo do systému trestní justice.*“ Výzkum v Chicagu prokázal, že *„policisté mají sklon znevažovat informace, které získají od obětí či očitých svědků s duševním onemocněním, a nebrat tyto osoby jako důvěryhodné.*“ (Janoušková, Winkler, 2015, s. 31)

Další významnou skupinou profesionálů jsou zaměstnanci veřejné správy. Z mých zkušeností i ze zkušeností respondentů Analýzy potřeb pro projekt Destigmatizace vyplývá, že zaměstnanci veřejné správy nemají většinou dostatečné znalosti a dovednosti, jak pracovat s lidmi s duševním onemocněním. Příkladem jsou zaměstnanci úřadů práce. Setkali jsme se s tím, že někteří zaměstnanci nedůstojně pracují se zaměstnatelností lidí s duševním onemocněním. Vyjadřují postoj, že lidé s duševním onemocněním jsou nezaměstnatelní, proto jim tedy nejsou schopni nabídnout adekvátní práci odpovídající jejich vzdělání nebo pracovním zkušenostem, tím snižují jejich důstojnost i sebedůvěru. (Analýza potřeb, 2016, s. 56)

Kvalitu života lidí s duševním onemocněním ovlivňuje také celkově procedura žádání o sociální dávky či invalidní důchod. Vyplňování žádostí a formulářů je častokrát velmi složité, schvalovací proces přiznání invalidního důchodu může být až ponižující. Duševně nemocní musí dokazovat svojí způsobilost k získání určitého

stupně ID a velký problém nastává u mladých lidí, kteří z důvodu neodpracovaných potřebných let dosahují jen na velmi nízké přiznané invalidní důchody.

Veřejnost

Mezi širokou veřejností je možné zařadit všechny již zmíněné aktéry stigmatizace. Každý, kdo je v roli nějakého profesního povolání, je zároveň také v roli člověka a člena společnosti. Pokud bude zdravotník, sociální pracovník, policista, reportér, atd. edukován o specifikách psychického onemocnění a bude zastávat destigmatizační názory a nediskriminující postoje, bude se tak pravděpodobně ideálně chovat i ve své profesi. Za důležitou považují psychoedukaci společnosti. Psychoedukace je termín označující vzdělávání společnosti i konkrétních lidí v oblasti duševního zdraví. Přináší informace o duševních onemocněních, jejich prevenci, průběhu a léčbě, o dostupných komunitních službách.

Z výzkumu veřejného mínění, který proběhl v březnu 2019, vyplynulo, že 61% dotazovaných by nechtělo za souseda psychicky nemocného člověka. Více odmítanými skupinami jsou jen lidé drogově závislí, lidé závislí na alkoholu a lidé s kriminální minulostí. (Tuček, s. 1, 2019)

Média

Média hrají významnou roli ve zprostředkování obrazu lidí s duševním onemocněním, podstatně se tak podílejí na konstruování toho, co je považováno za realitu – normalitu či deviaci. Laická veřejnost nepřichází pravidelně do kontaktu s lidmi s duševním onemocněním. Jejich hlavním zdrojem poznání o psychicky nemocných lidech je zprostředkovaný obraz prostřednictvím tisku, televize, filmů, seriálů, rozhlasu nebo jiných médií. Mediální obraz bývá zpravidla negativní, přizpůsobený ve prospěch senzace, vykresluje duševní onemocnění v nepříznivých souvislostech. Janoušková a Winkler uvádí jako příklad výzkum českých a slovenských tištěných médií, nejčtenějších novin a časopisů v roce 2007. *„Autoři zjistili, že 31, 5 % ze zkoumaných 375 článků zmiňujících psychiatrická onemocnění je spojuje s agresivním chováním (vůči sobě či jiným osobám). Co se týče diagnóz, psychotická onemocnění a schizofrenie byla nejčastěji spojována se zabitím, afektivní poruchy se sebevraždami a zabitím, zatímco poruchy příjmu potravy a úzkostné poruchy pouze zřídka s jakýmkoli projevy agresivity (včetně sebepoškozování).*

Většina článků vykreslovala lidi s duševním onemocněním jako pachatele, tyto texty v 92 % používaly stigmatizující vyjádření.“ (Janoušková, Winkler, 2015, s. 32)

Sebestigmatizace

Kromě vnější stigmatizace existuje také vnitřní rovina sebestigmatizace člověka s duševním onemocněním. Výzkum realizovaný ve 14 evropských zemích dokazuje, že mezi mírou stigmatizace a sebestigmatizace existuje určitá korelace. Výsledky ukázaly, že existuje přímá úměra mezi mírou sebestigmatizace a postoji veřejnosti k duševnímu zdraví. V zemích s vyšší mírou informovanosti o duševním zdraví, méně stigmatizujícími postoji a větší mírou vyhledávání odborné psychiatrické pomoci, existuje také nižší míra sebestigmatizace. *„Stigmatizace vede často k pocitům studu, ke snížení sebedůvěry a sebeúcty, a zhoršuje tak zdravotní a sociální situaci člověka s duševním onemocněním i jeho rodiny.“* U lidí trpících schizofrenií přispívá k depresím, sociální úzkosti, ke snížení kvality života a snížení pracovní výkonnosti. Stigmatizace může také narušit proces uzdravení. Výsledky dalšího výzkumu naznačují, že pocity studu vedou k neochotě vyhledat odbornou psychiatrickou pomoc. (Janoušková, Winkler, 2015, s. 32)

V některých případech se setkáváme s tím, že člověk s duševním onemocněním nezažívá diskriminaci, ale z důvodu sebestigmatizace se izoluje od ostatních lidí, což může mít za následek omezení kvality života, snižování sebevědomí a úplnou sociální izolaci. *„Následky zvnitřnění stigmatu se projevují na různých úrovních. V rovině mezilidských vztahů dochází k nárůstu anticipační úzkosti při očekávání negativního jednání ze strany druhých. Sebestigmatizace bývá provázena změnou sebepojetí, ztrátou pozitivních přesvědčení o sobě, snížením sebevědomí a sebedůvěry“*, uvádí Ocisková. (2014, s. 51)

5. Destigmatizace osob s duševním onemocněním

Destigmatizace je reakcí na stigmatizaci a je nedílnou součástí vytváření prostředí a podmínek pro zlepšení kvality života lidí s duševním onemocněním. Destigmatizační aktivity by měly bezprostředně navazovat na skutečné potřeby cílové skupiny. Problémy a potřeby osob s duševním onemocněním jsou pro každého jedince individuální a specifické. Pro některé osoby mohou být i jednoduché každodenní aktivity, pro nás naprosto běžné, nesplnitelné. Nakoupit si v obchodě jídlo, uvařit si večeři, nebo vůbec vyjít ven z domu nebo mít nějaké sociální kontakty. Podle Matouška *„klienti, kteří žijí doma, jsou v některých případech lidé, u kterých nemoc již výrazněji ovlivnila jejich funkční kapacitu včetně pracovního potenciálu (invalidní důchod). Mohou se cítit izolováni a vyřazeni ze společnosti. Podpora, která by jim měla být poskytnuta, by měla být zaměřena na nácvik a obnovení sociálních dovedností, na jejich osamocenenost čili podporu rozšiřování sociální sítě, na dovednosti a podporu z okolí potřebné k zvládnutí zátěžových a krizových situací. Samozřejmě je nutné věnovat pozornost jejich napojení na další sociální a zdravotní služby.“* (Matoušek a kol., 2005, s. 147)

Dalšími souvisejícími problémy, kterými si lidé s duševním onemocněním prochází, jsou sociální izolace, vyčlenění ze společnosti, stigmatizace, sebestigmatizace, finanční problémy, poruchy kognitivních funkcí, pozornosti, emocí, psychologické bariéry, jako strach, nízká sebedůvěra a potíže v komunikaci.

Aby mohly být destigmatizační intervence úspěšné, musí se zaměřit na skutečné potřeby lidí s duševním onemocněním. Peč a Probstová člení potřeby lidí s psychickými poruchami do čtyř skupin. *„První skupinou je podpora při tom, jak (se naučit) zvládat hendikep a jeho psychické důsledky; druhá představuje pomoc při osobním úsilí o zotavení: uspořádání si věcí (také z minulosti), nalezení životních plánů a očekávání, získání sebedůvěry a postarání se o sebe sama; třetí skupinou je podpora při budování a udržování sociálních kontaktů a vztahů (včetně intimity a sexuality), potřeba akceptace a integrace, kontinuity ve vztazích, pocitu začlenění; a v neposlední řadě podpora při nacházení a udržování práce, vzdělávání nebo jiného denního programu.“* (Peč, Probstová, 2009, s. 17)

5.1 Zotavení

Zotavení je proces, kterým si prochází lidé s duševním onemocněním. Význam psychosociálního zotavení je odlišný od medicínské představy vyléčení. Během procesu zotavení se psychicky nemocní lidé nevyrovnávají pouze se svou nemocí, ale s dalšími těžkostmi, jako stigmatizací, sebestigmatizací, nedostatkem příležitostí, nezaměstnaností apod. Proces zotavení není lineární, najdeme na něm propady i vzestupy, v některých případech i odbočky. Pro duševní zotavení je nezbytně nutná propojenost s komunitou, ve které jedinec žije, překonání stigmatu, znovuvybudování vlastní identity, získání ztracených schopností a dovedností, nalezení smyslu života, motivace, naděje a optimismu do budoucnosti. Proces zotavení nikdy nekončí, je cestou, která vede z duševního onemocnění k plnohodnotnému životu. *„Proto je potřeba zotavení lidí s duševním onemocněním začlenit do destigmatizačních intervencí, a to především pro cílové skupiny uživatelů psychiatrické péče a rodinných příslušníků. Aby myšlenka zotavení pronikla i do společnosti, je třeba, aby veřejnost a především poskytovatelé služeb porozuměli tomu, co proces zotavení znamená, a byli schopni a ochotni jeho naplňování napříč službami společně s uživateli služeb aktivně podporovat.“* (Hollander, 2016, s. 8)

Ragnis rozlišuje čtyři fáze zotavení (recovery). *„Tou první je naděje, druhou zplnomocnění, třetí přijetí odpovědnosti a čtvrtou nalezení smysluplné životní role.“* (Ragnis, 2018, s. 20–21) V první fázi zotavení převažují pocity bezmoci, beznaděje a izolace. Klienti, kteří k nám přichází, jsou přemoženi nemocí, zmateni a destabilizováni symptomy. V této fázi je důležitá podpora, motivace a naděje, že může být a bude lépe. Druhou fázi bych popsala jako aktivní zápasení s nemocí. S klienty se snažíme najít způsoby, jak se aktivně vyrovnat se symptomy nemoci, podporujeme je k vlastní aktivizaci a probouzíme důvěru v jejich vlastní schopnosti. Další fázi popisuje Ragnis jako přijetí odpovědnosti, klienti sami jako „život s nemocí“. Roste jejich důvěra ve vlastní schopnosti a silné stránky. Omezení sice existují, ale nejsou středobodem života, klienti opouští nefunkční stereotypy, obnovují sociální vazby, navazují nové vztahy. Poslední fázi je nalezení smysluplné životní role, kdy se choroba dostává více do pozadí. Klienti plní běžné role v oblasti zaměstnání, rodiny, přátelství, získávají nové role, mají životní cíle a zapojují se do širšího společenství.

5.2 Reforma psychiatrické péče

V České republice v současnosti probíhá množství destigmatizačních aktivit. Některé z nich jsou reakcí na reformu psychiatrické péče, která byla schválena již v roce 2013. V současné době probíhá první fáze reformy, která potrvá do roku 2023. Plánované změny se netýkají pouze psychiatrie z medicínského pohledu, ale celého systému péče o duševně nemocné. Psychiatrická péče neprošla od 90. let 20. století žádnými zásadními systémovými změnami a ve srovnání léčbou fyziologickou je značně podfinancovaná. Současný model péče o duševní zdraví má těžiště v technicky i materiálně zastaralých psychiatrických nemocnicích a nezajišťuje dostatečnou podporu lidí s duševním onemocněním v jejich přirozeném prostředí. V současné době převažuje institucionalizovaná ústavní léčba, která má za důsledek izolaci a velký důraz na zdravotní léčbu pomocí psychofarmak.

Cílem reformy psychiatrické péče je zlepšit kvalitu života lidí s duševním onemocněním. Kvalita života úzce souvisí s naplňováním lidských práv, proto je hlavním motivem reformy důraz na uplatňování, prosazování a naplňování lidských práv lidí s duševním onemocněním, obsažených především v úmluvě OSN „O právech lidí se zdravotním postižením“. Hlavními nástroji, jak naplnit tyto cíle, jsou vytvoření funkční sítě zařízení poskytujících péči, restrukturalizace služeb, vzájemné provázání zdravotních a sociálních služeb a v neposlední řadě změna přístupů a myšlení společnosti.

Síť služeb by měla být koordinovanější, vzájemně popojená a zaměřená na zotavení lidí s duševním onemocněním. Spolupráce všech složek zapojených do psychiatrické reformy je podpořena zavedením multidisciplinárního přístupu. Systém péče musí být schopen poskytnout pomoc nejen v léčbě duševního onemocnění, ale musí také poskytnout pomoc a podporu ve všech potřebných oblastech života. Multidisciplinární přístup představuje koordinaci a spolupráci pracovníků různých profesí, jednotlivých služeb, komunit a institucí. Nově vznikající sítě služeb pro lidi s duševním onemocněním propojují zdravotní a sociální služby včetně služeb v oblasti bydlení, práce nebo vzdělávání. Na konkrétní podobě sítě bude společně pracovat odborná společnost, Ministerstvo zdravotnictví, jednotlivé kraje, obce, zdravotní pojišťovny a zástupci uživatelů služeb. Síť služeb obsahuje komunitní týmy, ambulantní péči, akutní lůžkovou péči, následnou a specializovanou lůžkovou péči a Centra duševního zdraví.

Centra duševního zdraví (CDZ) jsou novým prvkem v systému péče duševního zdraví. CDZ budou poskytovat mobilní, ambulantní, krizové a denní služby. Cílem vznikajících CDZ je včasný záchyt rozvoje vážného onemocnění, prevence hospitalizací či jejich zkracování a podpora při integraci dlouhodobě hospitalizovaných zpět do přirozené komunity. (reformapsychiatrie.cz, 2016, online)

Na teoretickou část práce navazuje shrnutí zásadních aktuálně probíhajících projektů a kampaní zaměřených na destigmatizaci v oblasti duševního zdraví.

5.3 Destigmatizační projekty a kampaně

Projekt Destigmatizace usiluje o snížení stigmatizace a diskriminace lidí s duševním onemocněním a zlepšení přístupu společnosti k tématu duševního zdraví. Projekt řeší nutnost zajištění efektivní a na poznatcích založené destigmatizace lidí s duševním onemocněním a její komunikaci v ČR. Podle dostupných údajů žije v ČR 603 205 až 3 428 000 lidí s duševním onemocněním. Projekt je realizovaný v rámci reformy psychiatrické péče v ČR Národním ústavem duševního zdraví. Cílem je zvyšovat kvalitu života lidí s duševním onemocněním a snižovat jejich stigmatizaci a diskriminaci prostřednictvím spektra destigmatizačních programů realizovaných ve všech regionech ČR u šesti různých cílových skupin (lidé s duševním onemocněním, jejich rodinní příslušníci, zdravotníci, komunity, veřejná správa a pracovníci poskytovatelů sociálních služeb). *„Je postaven na nejlepších zahraničních a tuzemských zkušenostech, pečlivé situační analýze, spolupráci s předními světovými i českými kapacitami, na široké spoluúčasti lidí s duševním onemocněním a jejich blízkých. Součástí projektu je kontinuální vyhodnocování efektivity daných opatření.“* (Projekt Destigmatizace, 2017, online)

V rámci projektu Destigmatizace probíhá iniciativa **NA ROVINU**. Ta usiluje o snížení stigmatizace a diskriminace lidí s duševním onemocněním a zlepšení přístupu lidí k duševnímu zdraví. Vytváří prostředí, kde se na rovinu mluví o duševním zdraví a nemoci, staví na jednu rovinu práva lidí se zkušeností s duševním onemocněním a lidmi bez zkušenosti, nedělá rozdíly mezi zdravím duševním a zdravím fyzickým a vyrovnává vztah pomáhajícího profesionála a člověka s duševním onemocněním. Cílem působení iniciativy je přispívat k lepší kvalitě života lidí s duševním onemocněním v naší společnosti. (Projekt Destigmatizace, 2017, online)

Společenství lidí s osobní zkušeností s duševním onemocněním založilo spolek **Dialogos**. Spolek vznikl s cílem pravidelných setkávání lidí, kteří cítí potřebu změnit situaci svou, ale i situaci ve společnosti. Uspořádali Pacientskou konferenci, která seznámila účastníky s reformou psychiatrie a možnostmi do jejího zapojení. Zástupci spolku se stali uživatelskými zástupci ve výkonném výboru reformy, odborné radě reformy i v rámci krajského zastoupení v projektu Deinstitutionalizace. Spolek má nyní 32 členů a působí v pěti krajích. (Dialogos, 2019, online)

Nestátní nezisková organizace **Green Doors, z.ú.** pomáhá lidem s duševním onemocněním v Praze a Středočeském kraji. Podporuje klienty v získávání nebo znovunalezení pracovních a sociálních dovedností, provozuje dvě kavárny a restaurace, které zaměstnávají lidi s duševním onemocněním a boří tak předsudky, že tito lidé nemohou nebo nechtějí pracovat. V neposlední řadě pořádají kulturní a osvětové akce pro širokou veřejnost. V roce 2017 v Green Doors pořádali 273 akcí. Autory 79 akcí byli lidé s duševním onemocněním. Ve stejném roce získala organizace bronzové místo v soutěži Neziskovka roku. (Greendoors, 2009, online)

Studentská organizace IFMSA pořádá destigmatizační výstavy **Příběhy bláznovství**. Klade si za cíl šířit informace o duševních onemocněních pomocí obrazů, přiblížit vybraná duševní onemocnění a konkrétní příběhy lidí, kteří se s nimi potýkají. Účastní se s výstavou destigmatizačních besed, projekcí filmů a seminářů na téma stigmatu, prevence psychických obtíží a posilování duševního zdraví mladých lidí. (Dvořáková, 2018, online)

Stanice Českého rozhlasu Radio Wave destigmatizuje každý čtvrtek pořadem **Diagnóza F**. Písmeno F v názvu odkazuje v klasifikaci MKN na diagózy duševních poruch a poruch chování. Hosté pořadu jsou nejen odborníci jako psychiatři, psychologové a psychoterapeuti, ale také lidé se zkušeností s duševním onemocněním, kteří vypráví svůj příběh. Destigmatizace probíhá přirozenou formou prostřednictvím skutečných příběhů a rozhovorů s odborníky na dané téma. (Český rozhlas, 1997-2019, online)

V letošním roce proběhl v Praze již třetí ročník festivalu **Na hlavu**. Filmový festival o duševním zdraví pořádá **Národní ústav duševního zdraví**, organizuje ho

tým z výzkumného programu Sociální psychiatrie, který se zaměřuje na široké spektrum sociálně-vědního výzkumu v oblasti duševního zdraví a psychiatrické péče v České republice. Prostřednictvím filmů doplněných o diskuze, besedy a přednášky odborníků přibližuje festival oblast psychologické a psychiatrické péče. Klade si za cíl otevřít odborná témata duševního zdraví široké veřejnosti. (Festival Na hlavu, 2017, online)

Po celé republice probíhají už třicet let pravidelně od 10. září do 10. října **Týdny duševního zdraví**. Jedná se o osvětové, kulturní a informační akce na podporu duševního zdraví. V rámci Týdnů duševního zdraví se pořádají různé kulturní akce, happeningy, besedy a diskuze, které si kladou za cíl informovat veřejnost o problematice duševního zdraví a snižují stigma duševního onemocnění. Akce Týdny duševního zdraví probíhají po celé České republice a zapojují se organizace a iniciativy jako Fokus, Péče o duševní zdraví, Green doors, Národní ústav duševního zdraví, Na rovinu, Laxu, Charita Česká republika, Práh, Riaps a další. (Týdny duševního zdraví, 1999, online)

6. Výzkumné šetření

Výzkumné šetření bylo vedeno souběžně s aktivním zapojením mé osoby do projektu Destigmatizace. Díky svému zaměstnání jsem měla příležitost seznámit se s regionální specialistkou destigmatizace Jaroslavou Král Tomšů a nabídla jí a projektu Destigmatizace spolupráci v rámci své bakalářské práce. Vzhledem k mým zkušenostem s lidmi s duševním onemocněním se nabízelo zapojení cílové skupiny uživatelů psychiatrické péče – lidí s duševním onemocněním. Jako hlavní cíl spolupráce jsme stanovili vznik Uživatelského hnutí jako aktivního prostředek destigmatizace. Potřeba vzniku Uživatelského hnutí koresponduje s myšlenkou, že lidé s duševním onemocněním hrají v reformním procesu nezastupitelnou roli. Pro nové systémové nastavení je jejich pohled a názor klíčový, proto by se měli aktivně zapojit do všech aktivit reformy. Hlavním cílem výzkumného šetření je zkoumat, zda lidé s duševním onemocněním mají zájem participovat na reformě psychiatrické péče a vlastní destigmatizaci. Cílem Uživatelského hnutí je, aby uživatelé psychiatrické péče byli také hybateli reformy péče o duševní zdraví, poradním sborem při tvorbě legislativních dokumentů a hlavními aktéry destigmatizace duševního onemocnění.

Prvním krokem potřebným pro vznik Uživatelského hnutí bylo získat kontakty na potenciální členy Uživatelského hnutí, motivovat a podporovat je k pravidelnému setkávání a angažovanosti v tématu destigmatizace. Ve spolupráci s regionální specialistkou destigmatizace vznikl dotazník s otevřenými otázkami, jehož cílem bylo především získat již zmíněné kontakty a zmapovat potřeby cílové skupiny. Výsledky dotazníků, které jsou využity pro získání a analýzu dat kvantitativního šetření nejsou ale předmětem této práce. Kvantitativní forma dotazníku posloužila jako základ pro navazující kvalitativní výzkumné šetření za účelem získání konkrétnějších odpovědí k hlubšímu poznání tématu. Spolupráce s projektem bude pokračovat i po dokončení bakalářské práce, dotazníky jsou v současné době stále distribuovány mezi cílovou skupinu a jsou základem pro dlouhodobé výzkumné šetření.

Výsledná prezentace výsledků a diskuze před samotným závěrem práce jsou získány interpretací strukturovaných rozhovorů s otevřenými otázkami, které výzkumník vedl s vybraným souborem respondentů. V následující části práce je pozornost nejprve věnována metodologii výzkumného šetření, dále se zabývá cílem práce a výzkumnými otázkami, metodou sběru dat a charakteristikou výzkumného

souboru respondentů. S pomocí níže uvedených metod byly hledány odpovědi na výzkumné otázky, které charakterizují níže.

6.1 Metodologie výzkumného šetření

Pro výzkumné šetření jsem si zvolila kvalitativní metodu dotazování – konkrétně strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami. Hendl uvádí, že se jedná o metodu polostrukturovaného dotazování, která se vyznačuje velkou pružností v procesu získávání informací. Struktura informací je dána sekvencí otázek a jednotlivá témata se lokalizují snáz než například u klasického neformálního rozhovoru. Minimalizuje se také pravděpodobnost, že se získaná data z jednotlivých rozhovorů budou významně lišit. Autor zmiňuje ale i nevýhody kvalitativního výzkumného šetření. Kvalitativnímu výzkumnému šetření je vytýkána možnost subjektivně ovlivněných výsledků osobou výzkumníka a informace získané kvalitativním výzkumem nemusí být vždy použitelné na populaci jiného prostředí. (Hendl, 2008, s. 173)

S ohledem na zvolené téma a cíle bakalářské práce jsem přesvědčená, že kvalitativní metoda výzkumu bude vhodnější než metoda kvantitativní. Přestože kvantitativní šetření získává informace od daleko většího počtu respondentů s výraznější časovou úsporou, jsou respondenti omezeni ve vyjádření svých myšlenek a názorů volbou nabízených možností. Také Reichel doporučuje kvalitativní výzkum ke zkoumání sociálních procesů, fenoménů a lidských problémů. „*V kvalitativním výzkumu se etapy identifikace problému a formulace výzkumné otázky, přípravy výzkumu, sběru dat a jejich vyhodnocování vzájemně prostupují. Celý plán výzkumu je často poznamenán počáteční nejistotou o směrech možného zkoumání. Analytický proces začíná obvykle již ve fázi sběru dat. Získané výsledky ovlivňují další sběr dat i plán výzkumu. Mluvíme o tzv. iterativní heuristice.*“ Autor také uvádí, že se určitá míra subjektivity při kvalitativním výzkumu předpokládá a souvisí s požadovaným pochopením subjektivní interpretace respondentů. Upozorňuje ale na nutnost zachování určitého objektivního, kritického odstupu. (Reichel, 2009, s. 62–67)

Disman doporučuje kvalitativní výzkumnou metodu jako „šetření bez čísel, které interpretuje sociální realitu“. Popisuje kvalitativní šetření jako strategii, která sbírá všechna data, kdy snahou je nalézt podstatné struktury ve všech odpovědích, a shromáždit všechna potřebná data od respondentů. Kvalitativní a kvantitativní výzkumy se doplňují. První pomáhá porozumět, druhý ověřuje validitu tohoto porozumění. Cílem je „porozumění lidem v sociálních situacích“, studium

subjektivních, nikoli objektivních kategorií a vytváření nových teorií a hypotéz. Kvalitativní výzkum získává mnoho informací o velmi malém počtu respondentů, proto jeho závěry mají sice nízkou reliabilitu, ale potenciálně vysokou validitu. O redukci dat v podstatě rozhodují sami respondenti tím, že výzkumníkovi řeknou jen to, co oni považují za relevantní. (Disman, 2000, s. 285–290)

6.2 Charakteristika výzkumného souboru a sběr dat

Pro zodpovězení cílových otázek je třeba zahájit výzkumné šetření. V tomto případě byla data získána v průběhu měsíce února a března 2019 pomocí rozhovorů s klienty Péče o duševní zdraví, kteří již předem vyplnili polostrukturované dotazníky a svůj kontakt. V Péči o duševní zdraví pracuji v současné době jako pracovník v sociálních službách. Organizace od roku 1995 pomáhá v Královéhradeckém a Pardubickém kraji lidem s duševním onemocněním. Posláním organizace je „*pomáhat dlouhodobě duševně nemocným lidem, aby mohli žít v prostředí podle své volby, spokojeně a co nejsamostatněji.*“ (Péče o duševní zdraví, 2016, online)

Hlavní náplní pomoci je především sociální práce pomocí sociální rehabilitace. Sociální rehabilitace je proces obsahující konkrétní úkony a programy zlepšující kvalitu života lidí s duševním onemocněním. Sociální rehabilitace se zaměřuje na sociální dovednosti, postavení duševně nemocných ve společnosti a recovery přístup. Při práci s člověkem s onemocněním ze schizofrenního okruhu má sociální rehabilitace velký význam. Především ve smyslu asertivní komunitní léčby, podporovaného zaměstnávání, bydlení, tréninku kognitivních funkcí a nácviku sociálních dovedností. (Hejzlar, 2010, s. 126)

Vedení organizace Péče o duševní zdraví spolupráci schválilo, na poradě jsem objasnila své zapojení do projektu Destigmatizace v rámci bakalářské práce a poprosila o pomoc s šířením dotazníků. Většinu klientů jsem měla možnost předat dotazník osobně a vysvětlit podrobnosti. Dalším respondentům předávali dotazníky kolegové ze středisek Hradec Králové, Jičín, Náchod a Rychnov nad Kněžnou.

Dotazníkové šetření jsem realizovala v průběhu měsíce prosince a ledna 2019 v rámci zapojení do projektu Destigmatizace se zaměřením na cílovou skupinu uživatelů psychiatrické péče. Termín „uživatelé psychiatrické péče“ vzešel z projektu, měl by zobecňovat označení lidí se zkušeností s duševním onemocněním a je běžně používán. Dotazník vznikl společně s myšlenkou na založení Uživatelského hnutí a

s cílem shromáždit informace, které by pomohly zlepšit péči o lidi s duševním onemocněním a vyjednat lepší životní podmínky.

Dotazníky jsou v zásadě anonymní, povinnou informací bylo pouze bydliště – kraj a druh onemocnění. V poslední části dotazníku jsme uvedli výzvu ke zpětné vazbě, případně doplnění otázky, která nebyla uvedena. Bylo také možné zanechat na sebe kontakt, pokud měl respondent zájem o informace ohledně vzniku Uživatelského hnutí nebo o vlastní aktivní zapojení, tím tedy ale přestává být dotazník anonymní.

Od některých respondentů jsem dostala zpětnou vazbu, že jim dotazníky přišly složité, náročné k zamyšlení, osobní až intimní. Z rozhovorů následně vyplynulo, že některé otázky z dotazníku nemusely být vždy jednoznačně pochopeny. Vzor dotazníku přikládám k náhledu do přílohy bakalářské práce.

Z navracených dotazníků jsem vybrala 8 respondentů, ke kterým mám nejlepší přístup, tedy klientů střediska Hradec Králové. S nimi jsem absolvovala doplňující polostrukturované rozhovory na základě již vyplněných dotazníků. Všichni respondenti mají trvalé bydliště v Královéhradeckém kraji a léčí se s nějakým druhem psychotického onemocnění ze schizofrenního okruhu. Při realizaci výzkumného šetření jsem všem dotazovaným před uskutečněním rozhovoru představila téma bakalářské práce, její účel, vlastní zapojení do projektu Destigmatizace a zodpověděla všechny otázky k Uživatelskému hnutí i projektu. Respondenti nesouhlasili s nahráváním rozhovorů, ale souhlasili s citováním jejich odpovědí. Stejně tak souhlasili, že získané informace budou použity pro účely bakalářské práce i pro potřeby již zmíněného projektu. Získané odpovědi ze strukturovaných rozhovorů jsou prezentovány v další části.

6.3 Cíl výzkumného šetření a výzkumné otázky

Pro zpracování empirické části bakalářské práce jsem vybrala 8 dotazníků, na základě kterých jsem osobně vedla s respondenty polostrukturované rozhovory. Cílem rozhovorů bylo hloubkové výzkumné šetření, které doplní informace, které již respondenti uvedli v polostrukturovaném dotazníku. Kladené otázky se zaměřují na skutečné potřeby lidí s duševním onemocněním, ve vztahu k vlastní aktivitě či neochotě participace v tématu destigmatizace duševního onemocnění. Dílčím cílem polostrukturovaných rozhovorů byla motivace lidí s duševním onemocněním k pravidelnému setkávání, podílení se na destigmatizačních aktivitách a vzniku

Uživatelského hnutí. Výzkumné otázky byly sestaveny s ohledem na nejčastější témata objevující se v intervencích s mými klienty v Péči o duševní zdraví. Otázky korespondují s rozdělením témat do pěti předem stanovených kategorií tak, aby podložily hlavní výzkumnou otázku. Výzkumná otázka by se podle podle Hendla měla týkat procesu, fenoménu nebo aspektu, který budeme zkoumat. Autor definuje výzkumnou otázku jako ústřední otázku, kterou je potřeba zodpovědět, abychom dosáhli cíle. (Hendl, 2005, s. 40)

Hlavní výzkumná otázka byla stanovena v souladu s cílem bakalářské práce: **„Mají lidé s duševním onemocněním zájem participovat na destigmatizaci duševního onemocnění?“**

Z hlavní výzkumné otázky byly původně odvozeny tři další dílčí výzkumné otázky. Během výzkumného šetření prostřednictvím dotazníků se ale ukázalo, že respondenti mezi svá přání, priority a potřeby zařazovali na první místo odpovědi z oblasti bydlení a zaměstnávání. Zařadila jsem tedy do rozhovorů i hlubší rozbor z obou témat. Vzniklo celkem pět dílčích výzkumných otázek (dále jen DVO):

- DVO I: Jaké mají lidé s duševním onemocněním potřeby, přání, priority a co jim brání v jejich naplňování?
- DVO II: Jak lidé s duševním onemocněním vnímají problematiku bydlení?
- DVO III: Mají lidé s duševním onemocněním zájem pracovat? Pokud ano, preferují chráněné pracovní místo nebo otevřený trh práce?
- DVO IV: Cítí se lidé s duševním onemocněním nějakým způsobem stigmatizovaní nebo diskriminovaní?
- DVO V: Mají lidé s duševním onemocněním zájem být aktivní v rozhodovacích procesech?

Tyto výzkumné okruhy byly dále rozpracovány v následující jednotlivé tazatelské otázky:

DVO I:

- TO I: Pokuste se popsat vaše životní priority.
- TO II: Jaké jsou vaše životní sny, čeho byste chtěli dosáhnout a co vám podle vás v cestě za vašimi sny stojí nejvíce?
- TO III: Jaké máte záliby, jak odpočíváte a co vás naplňuje jistotou a pohodou?
- TO IV: Co vás nejvíce trápí?

- TO V: Co vám nejvíce pomáhá?

DVO II:

- TO VI: Řekli byste o sobě, že jste samostní?
- TO VII: Bydlíte sami, s rodiči či kamarády?
- TO VIII: Bylo či je pro vás obtížné sehnat bydlení? Pokud ano, proč a s jakými problémy se hlavně potýkáte?

DVO III:

- TO IX: Máte v současné době stálé zaměstnání a jste s ním spokojeni?
- TO X: Máte za sebou již nějaké pracovní zkušenosti, a pokud ano, byla to pro vás zkušenost pozitivní či negativní a v čem?
 - TO XI: Jaké zaměstnání byste si pro sebe představovali, jakou náplň práce byste chtěli vykonávat a proč?
 - TO XII: Pracovali byste raději na chráněném pracovišti nebo na otevřeném trhu práce a proč?
 - TO XIII: Kolik hodin denně jste schopni pracovat?
 - TO XIV: Jste ochotni do zaměstnání dojíždět? Pokud ano, jak daleko?
 - TO XV: Jaká je vaše představa finančního ohodnocení?

DVO IV:

- TO XVI: Cítili jste se někdy stigmatizovaní či diskriminovaní? Pokud ano, zkuste prosím obecně přiblížit, o jaký případ šlo.
 - TO XVII: Zkuste popsat, v čem je pro Vás postoj společnosti nejvíce stigmatizující a kde byste uvítali změnu přístupu (komunita, zdravotníci, veřejná správa, přátelé, rodina,...).
 - TO XVIII: Máte pocit, že vás vaše onemocnění omezuje v běžném životě? Pokud ano, uveďte prosím, v čem konkrétně.
 - TO XIX: Víte, co je to destigmatizace? Jak si představujete ideální destigmatizaci?

DVO V:

- TO XX: Uvítali byste možnost zapojovat se do rozhodovacích procesů, například na úrovni města, kraje, státu?
- TO XXI: Jste ochotni o svých zkušenostech s duševním onemocněním hovořit i před více lidmi?
- TO XXII: Měli byste zájem setkávat se pravidelně s lidmi s podobnými zkušenostmi?
- TO XXIII: Měli byste zájem vést nějakou podpůrnou svépomocnou skupinu?
- TO XXIV: Chtěli byste se zapojit do vznikajícího Uživatelského hnutí, případně proč?

Tazatelské otázky (TO) byly následně pokládány v rozhovorech respondentům výzkumného šetření.

6.4 Výsledky výzkumného šetření

Výsledky výzkumného šetření jsou prezentovány prostřednictvím odpovědí na dílčí výzkumné otázky (DVO). Nejprve jsou samostatně popsány cíle, které měly DVO zjistit, dále je uvedeno, jaké byly položeny tazatelské otázky a následně navazuje pod každou dílčí otázkou její shrnutí.

6.4.1 Dílčí výzkumná otázka I

Dílčí výzkumná otázka I měla za cíl zjistit, jaké mají lidé s duševním onemocněním potřeby, sny, přání, priority a co jim brání v jejich naplňování. V rámci DVO I bylo využito 5 tazatelských otázek (TO). TO I, TO III a TO V měly objasnit, jaké má respondent životní priority, záliby, jak odpočívá, relaxuje, co ho naplňuje jistotou a pohodou, a co mu v životě nejvíce pomáhá. Jaké vnímá respondent bariéry, které ho omezují v životě podle vlastních představ, objasňují TO II a TO IV.

Shrnutí dílčí výzkumné otázky I

Teoretická část práce se zaměřuje mimo jiné i na popis potřeb lidí s duševním onemocněním v odborné literatuře. Odpovědi respondentů převážně korespondují s odbornou literaturou, jsou velmi individuální a nepochybně odvislé od aktuální životní úrovně a spokojenosti konkrétního respondenta.

Jako své **životní priority** respondenti uvedli: „*Být za všech okolností (pokud možno) férová k ostatním i sama sobě, mít dostatek lásky a smysluplnou práci.*“; „*Rodina, zdraví, práce.*“; „*Duchovní vzestup.*“; „*Zdraví – psychika, zvýšit životní a finanční úroveň, rodina, přátelé, příjem potravy.*“; „*Víra, vztah s rodinou a přáteli, přítel a rozvíjení vztahu, zájmová činnost (sport, hudba).*“; „*Najít si byt, ne moc drahý a za každou cenu, a být zdravá.*“; „*Životní jistoty jako práce, bydlení, láska.*“; „*Přežít.*“ Někteří respondenti se podělili i o své **životní sny**, jako například: „*Pracovat v sociální oblasti, partnerství, stabilizovat zdravotní stav.*“; „*Cesta duchovního rozměru, poznání sebe sama.*“; „*Životní sen napsat knížku, uzdravit se, vyšší vzdělání, zdraví, štěstí, láska, peníze přijdou samy.*“; „*Samostatnost a nezávislost v dalším bydlišti, asertivní chování, umět odmítnout, když je to třeba.*“; „*Samostatné bydlení a hezky si ho zařídit podle vlastních představ.*“; „*Cestování, chov hadů nebo krokodýlů.*“

Bariéry, které brání v naplňování jejich životních priorit a snů, popsali respondenti jako: „*Strach a nedostatek odvahy vykročit z komfortní zóny, nízká odolnost vůči stresu.*“; „*Nemoci.*“; „*Finanční náročnost.*“; „*Komunikační a orientační potíže, peníze a nemám spolucestujícího.*“; „*Nesouhlas rodičů, nedostatek prostoru a peníze.*“ Respondenti odpovídali na otázku, co je nejvíce trápí následovně: „*Pocit osamění a někdy složitost uvažování.*“; „*Přežívání ze dne na den a nemoci.*“; „*Zdraví a minulost, kterou nezměním.*“; „*Zda budu způsobilý pracovat a zda zvládnou úspěšně projít životem.*“; „*Život samotný.*“; „*Občasná přecitlivělost, úzkostnost, ale už se zlepšuji.*“; „*Nejistota bydlení.*“; „*Lhostejnost, nezáměr lidí o závažné problémy, jako historie, politika, ekologie, ničení a znečišťování životního prostředí, ignorování všech problémů. Někdy mě trápí i potíže v komunikaci.*“

Jako své **záliby** a prostředky k naplňování pohody a **životní jistoty** uváděli respondenti rozličné aktivity a zájmy. „*Muzika, setkávání s přáteli a rodinou, návštěvy koncertů, divadla. Dále četba, filmy, především s psychologickou tematikou, výtvarná činnost, cestování, občas sport, umění, humor, setkávání s lidmi naladěnými na stejnou vlnu.*“; „*Jízda na kole.*“; „*Příroda, květiny, přátelé, návštěva rodičů a vaření. Naplňuje mě pomoc nebo rada druhému, rodina, práce, za kterou je vidět výsledek, rádio, procházky a kontakt s přáteli.*“; „*Hudba a také když se sejdu s lidmi, které mám rád.*“; „*Mojí největší zálibou je pejsek a pracuji na knížce. Taky ráda čtu, přemýšlím nad životem, stýkám se s lidmi. Jistotou a pohodou mě naplňuje odpočinek, mít všechno v pořádku, být sama sebou, sebevíra, andělé, pejsek, rodina a 5 tibeťanů.*“;

„Hudba, sport, společné vycházky s přítelem, turistika, víra, rodina, přítel a další kamarádi.“; „Čtení knih a sledování seriálů, spánek, práce a hudba. Jistotou a pohodou mě naplňuje spánek, prášky a podpora sociální pracovnice.“; „Historie, cestování, počítačové hry, televize, procházky, čtení knih, zvířata, odpočívám u svých zálib, procházky v přírodě a s rodinou.“

6.4.2 Dílčí výzkumná otázka II

DVO II se zaměřuje regionálně na oblast bydlení přímo v Královéhradeckém kraji. Potřeba zařazení otázky vznikla během zpracovávání dat z polostrukturovaných dotazníků, které respondenti vyplňovali před osobním rozhovorem. Z vyhodnocování dotazníků vyplynulo, že respondenti pochopili otázku *„Řekli byste o sobě, že jste samostatní?“* právě ve spojitosti s bydlením. I z odpovědí na DVO I vyplynulo, že respondenti zařazují bydlení mezi své základní potřeby a životní jistoty. Zařadila jsem tedy otázku i do osobního rozhovoru jako TO VI. TO VII mapovala aktuální situaci bydlení respondenta a TO VIII cílí na zjištění, zda bylo pro respondenta těžké aktuální bydlení získat a identifikaci případných bariér v získávání bydlení.

Shrnutí dílčí výzkumné otázky II

Více než polovina respondentů se cítí **samostatná**, při snaze o rozklíčování odpovědi, co to konkrétně pro každého respondenta znamená, jsem dostávala následující odpovědi: *„Zvládnu žít sama, vyprat si, nakoupit si, uvařit si, postarat se sama o sebe i zvířátka.“; „Samostatný jsem, ale radši bych bydlel s nějakým kamarádem nebo s přítelkyní, nechci žít úplně sám.“; „Jak v čem, někdy potřebuji podporu, když si nejsem jistá nebo se necítím dobře.“; „Někdy potřebuji pomoc s praním nebo žehlením, pořád mi to dělá problémy.“; „Mám snahu a úsilí se stále zlepšovat, abych mohla bydlet samostatně.“; „Samostatný jsem, nepotřebuji každý den vařit, ale jsem rád za podporu, když někdy uvaříme se sociální pracovníci.“; „Doma toho moc dělat nemusím, ale s rodiči všechno pomalu nacvičuji, abych mohl jednou žít sám.“*

Tři respondenti **bydlí** v současné době se spolubydlíci v chráněném bydlení Péče o duševní zdraví. Každý z nich má svůj samostatný pokoj, společně užívají kuchyň, koupelnu a další společné prostory. Obyvatelé chráněného bydlení uvedli, že se převážně cítí samostatní, potřebují velmi malou míru podpory například v pomoci s praním, žehlením nebo vařením. Dva dotazovaní, kteří bydlí sami, jsou přesvědčeni

o své stoprocentní samostatnosti, jeden z nich ale vyslovil přání, že by rád spolubydlícího nebo partnerku. Třetí, samostatně žijící respondentka přiznává, že v některých situacích potřebuje podporu, když si není jistá nebo se necítí dobře. Dva dotazovaní žijí s rodiči, pracují na tom, aby mohli do budoucna žít sami.

Jako nejčastější bariéry v získání bydlení uvádí respondenti finanční náročnost vlastního bydlení i spolubydlení, nedostatek sociálního bydlení, jedna odpověď se týkala vleklého dědického řízení z pozůstalosti.

Organizace Péče o duševní zdraví opakovaně upozorňuje na nedostatek sociálního a podporovaného bydlení, konkrétně v Hradci Králové. Proběhlo už několik schůzek k tématu potřebnosti sociálního bydlení s Magistrátem města Hradec Králové. Vzhledem k vysokému komerčnímu pronájmu se nedaří našim klientům najít vhodné bydlení na běžném realitním trhu. Pomáháme jim podat žádost o sociální bydlení například do Harmonie, ale komise se k projednání žádostí schází pouze za předpokladu, že se uvolní dostatek bytů.

6.4.3 Dílčí výzkumná otázka III

DVO III měla za cíl objasnit smysl a potřebu zaměstnávání lidí s duševním onemocněním. Mají duševně nemocní lidé zájem pracovat? Preferují chráněná pracoviště nebo zaměstnání na otevřeném trhu práce? Pro zodpovězení DVO III bylo celkem položeno osm tazatelských otázek. Aktuální situaci respondentů zkoumala TO IX, která také mapovala spokojenost respondentů s aktuální pracovní pozicí. Pozitivní i negativní kariérní zkušenosti dotazovaných zjišťuje TO X. Představy o ideálním zaměstnání mapuje TO XI, TO XIII a TO XV. TO XI klade otázku zaměřenou na ideální náplň práce, TO XIII zjišťuje časový fond a TO XV finanční představy respondentů. Jaký hlavní smysl respondenti spatřují v zaměstnávání na otevřeném trhu práce nebo na chráněném pracovišti, zkoumá TO XII. TO XIV mapuje ochotu dotazovaných dojíždět za zaměstnáním.

Shrnutí dílčí výzkumné otázky III.

Všichni dotazovaní, kteří odpověděli, že jsou v současné době **zaměstnaní**, také uvedli, že jsou se svým zaměstnáním spokojeni. Zároveň ale z odpovědí na TO XI vyplynulo, že by si pro sebe představovali jinou náplň práce, než kterou v současné době vykonávají. „*Chtěla bych pomáhat lidem s podobnými problémy, jaké jsem kdysi*

měla sama. Pamatuji si, kdy jsem tuto pomoc sama potřebovala, byla mi poskytnuta a tenkrát mi to moc pomohlo.“; „Rád bych opravoval kola, baví mě to a je to něco, čemu rozumím.“; „Chtěla bych pracovat v sociální oblasti. Pomáhat druhým mi poskytuje potěšení a radost.“; „Třeba ve zdravotnictví, jako sanitář, dává mi to smysl. Nebo něco intelektuálně zajímavého, co připoutá mou pozornost. Nějaké výzkumy v oblasti psychiky a duševního zdraví.“; „Nejradši bych byla kadeřnice. Nebo také pomáhat chudým a nemocným, to by mě naplňovalo.“; „Hledám práci, která by mě naplňovala. Jsem vyučená ošetrovatelka v sociálních zařízeních. Preferovala bych činnost v tomto směru.“; „Chtěla bych pracovat v kanceláři, třeba na počítači. Nechci už pracovat manuálně.“

Většina respondentů hodnotila své dosavadní **pracovní zkušenosti** jako pozitivní, jeden respondent jako negativní a jeden z dotazovaných uvedl, že prožil negativní i pozitivní pracovní zkušenosti. V otázce představy časové dotace uváděli respondenti různé odpovědi. Dva respondenti se shodli, že zpočátku by rádi pracovali na dvě hodiny denně, následně by si rádi úvazek navýšili. Další dva respondenti se shodli na čtyřech hodinách práce denně. Jedna respondentka odpověděla: *„Záleželo by na druhu práce, myslím, že bych zvládla pracovat mezi dvěma až čtyřmi hodinami.“* Cituji další zajímavou odpověď: *„Idelálně bych 3 dny v týdnu pracovala jako kadeřnice a 4 dny v týdnu jako společnice.“* Zbývající dva respondenti rozložili své odpovědi mezi 5 a 6 hodin pracovní doby.

Respondenti se neshodují v preferenci **otevřeného trhu práce** nebo **chráněných pracovních míst**. Dotazování, kteří uvedli, že preferují chráněné pracovní místo, zdůvodnili svoji volbu například argumenty jako *„Větší pochopení a tolerantnější přístup.“; „Do normální práce mě přece na dvě hodiny nevezmou.“; „V normální práci na mě vždycky hrozně spěchali.“*. Ostatní respondenti preferují zaměstnání na otevřeném trhu práce, ale zmiňovali určité obavy. *„Rád bych pracoval v normální práci, ale nechci lhát o své nemoci, a když řeknu, že mám schizofrenii, tak mě nikde nevezmou.“; „Pracoval jsem dlouho jako sanitář, moc rád bych se k tomu vrátil, ale na dvě hodiny denně mě nevezmou.“; „Ráda bych se vrátila na svoje původní pracovní místo v kanceláři, ale kvůli mé nemoci mě nevezmou.“* „Klidně bych pracoval šest hodin denně v běžné práci, ale s mojí diagnózou mě nechají leda tak uklízet.“ Jedna respondentka mě překvapila odpovědí: *„Chtěla bych pracovat jako kadeřnice a společnice, ale je to otevřený trh práce?“*

Kromě třech dotazovaných se všichni shodují na tom, že by do zaměstnání dojížděli pouze v rámci města, ve kterém bydlí. Ostatní respondenti byli flexibilnější: „20–30 kilometrů.“; „30–50 kilometrů.“; „Maximálně do 20 kilometrů.“

Každý z dotazovaných měl velmi odlišnou představu o **platovém ohodnocení**, které by požadoval po zaměstnavateli. Respondentka, která se již výše vyjádřila, že by ráda 3 dny pracovala jako kadeřnice a 4 dny v týdnu dělala společnici, má na plat nejvyšší nárok. Představuje si 50.000,- Kč měsíčně. Klientka se zkušeností s prací v kanceláři by si ráda vydělávala 30.000,- Kč měsíčně. Představy zbývajících respondentů se držely více při zemi: „Jsem skromný, kdybych pracoval na plný úvazek, tak bych si představoval kolem dvaceti tisíc čistého.“; „Když se ucházím o práci, nabízí mi 85,- Kč za hodinu, to je minimum, za které bych pracovala. Ideálně, kdybych měla 100,- Kč za hodinu.“; „Představoval bych si 100,- Kč za hodinu.“; „Kdybych si vydělala mezi deseti a patnácti tisíci za měsíc, byla bych spokojená.“ Dva respondenti se shodli na ideálním platu 10.000,- Kč za měsíc.

Z odpovědí na tazatelské otázky vyplývá, že lidé s duševním onemocněním pracovat chtějí, ať už na chráněném pracovišti, nebo otevřeném trhu práce. V zaměstnání na otevřeném trhu práce jim brání především stigmatizace, sebestigmatizace a omezení, které přináší jejich onemocnění.

Zaměstnávání lidí s duševním onemocněním na otevřeném trhu práce bude od začátku roku 2020 mojí hlavní náplní práce v Péči o duševní zdraví. Od června 2019 se oficiálně transformujeme na Centrum duševního zdraví a jedna ze specializací, která vznikne, je i pozice IPS specialisty. Zkratka IPS znamená individual placement and support. Metoda IPS vychází z přesvědčení, že lidé s duševním onemocněním mohou pracovat kdekoli, pokud k tomu dostanou adekvátní podporu a pracovní místa jsou přizpůsobena jejich možnostem a schopnostem. Pražské Centrum pro rozvoj duševního zdraví pořádá akreditované kurzy pro IPS specialisty. „Zmiňovaný způsob podpory je v zahraničí velmi úspěšný – studie ukazují, že přibližně 60 % lidí s duševním onemocněním, kteří se obrátí na poskytovatele služby IPS, získá placenou práci na otevřeném trhu. IPS je variantou podporovaného zaměstnávání vytvořenou v USA, která je ve velké míře využívána právě v zahraničí. Podle výzkumů si v IPS modelu získá a udrží běžné zaměstnání (za alespoň minimální mzdu) 30–40 % klientů oproti 10–12 % klientů v jiných modelech. Model IPS začal být právě z důvodu podložené úspěšnosti uplatňován i u nás v České republice.“ (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2017, online)

6.4.4 Dílčí výzkumná otázka IV

DVO IV se zabývá otázkou stigmatizace a diskriminace z pohledu osob s duševním onemocněním. Klade si za cíl zjistit, zda se lidé s duševním onemocněním cítí nějakým způsobem stigmatizovaní, diskriminovaní, případně v jakých oblastech nebo kým.

V rámci DVO IV byly využity čtyři tazatelské otázky. TO XVI se zaměřuje na zjištění vlastní zkušeností respondentů se stigmatizací nebo diskriminací. TO XVII vyzývá dotazované k zamyšlení nad přístupy společnosti k duševnímu onemocnění. Tazatelská otázka XVIII mapuje, zda respondenti pociťují nějaké omezení, které sebou nese jejich onemocnění. Pokud ano, tak jaké. Jak chápou dotazování pojem destigmatizace a jak by si představovali funkční destigmatizaci, zjišťuje TO XIX.

Shrnutí dílčí výzkumné otázky IV

Z původího dotazníkového šetření vyplnulo, že tato otázka nebyla ve všech případech pochopena správně, soudě podle jednotných odpovědí na stigmatizaci a diskriminaci. V případě osobních rozhovorů bylo možné respondentům rozdíl mezi stigmatizací a diskriminací vysvětlit. Oblasti a situace, ve kterých se cítí respondenti nejvíce diskriminovaní, se opakovaly. Nejhojněji bylo zmiňováno ucházení se o práci, tedy **diskriminace** potenciálním zaměstnavatelem. Dále se v odpovědích objevovala oblast zdravotnictví, diskriminace ze strany zaměstnanců veřené správy a v nejbližších vztazích.

Cituji odpovědi: „*Nevzpomínám si, kdy naposledy. Myslím, že naposledy ohledně zaměstnání. Musela jsem zaměstnavatele ubezpečovat, že nejsem žádný nebezpečný šílenec.*“

“*V práci jsem se vždycky cítila odsunutá, nezvali mě na posezení po práci, nedostávala jsem bonusy jako ostatní a na poradách mě cíleně přeskakovali, když jsme se měli k něčemu vyjádřit. Po nějaké době mě už na porady ani nezvali a po konci zkušební doby mně už smlouvu neprodloužili. Bylo to po tom, kdy se přímý nadřízený dozvěděl moji diagnózu.*“

„*Soužití s bývalým přítelem bylo velmi diskriminující. Omezoval moji svobodu, byl dominantní a panovačný. Často říkal, že nemám zdravý rozum a nevím, co je pro mě nejlepší.*“

„Moje praktická doktorka se mnou vždy zacházela s hroznou neúctou. Nevěřila mi, když mě něco bolelo a za 15 let, co jsem k ní chodila, mi nikdy ani neudělala žádné vyšetření. Změnili jsme za pomoci PDZ doktora a ten zjistil, že mám cukrovku.“

„Jednou jsem si volal sanitku, když mě bolelo břicho. Sanitka přijela, ale z emergency nás poslali rovnou na psychiatrii, nevím proč, prostě mě jen hrozně bolelo břicho. Večer mě vezli zpátky na emergency se slepým střevem.“

„Když jsem se byl hlásit na Úřad práce s matkou. Paní mluvila pořád jenom na matku, na mě se skoro vůbec nedívala, jako bych tam nebyl. Mluvila o tom, že nedostanu žádnou normální práci, tak se podívá, jestli je volné místo v nějaké chráněné dílně.“

Další respondenti se vyjadřovali, že se diskriminovaní necítí. Co se týče **stigmatizace**, očekávala jsem, že budou dotazovaní zmiňovat média, která považují za velmi stigmatizační. Stigmatizaci prostřednictvím médií potvrdily i různé studie, jak jsem uvedla v teoretické části práce. Respondenti ale média jako aktéry stigmatizace neuváděli. Otázkou je, zda stigmatizaci ze strany médií respondenti skutečně nepocítují nebo si v době rozhovoru na žádný případ stigmatizace nevzpomněli. Stigmatizujícím ale označovali **jazyk**, jakým mluví zdravotníci, především doktoři, pracovníci Úřadu práce, ale i jejich rodina a přátelé. Většina výrazů, které označují psychické problémy, je v běžném jazyce hanlivých nebo odsuzujících. Slangové výrazy a nadávky typu magor, psychouš, maniak, hysterka zdůrazňují podřadnost, neúctu, despekt a pohrdání. Běžně slýcháme i věty „Já se zblázním!“; „Já se pomínu.“; „Ty jsi snad na hlavu.“ Jedna z respondentek zmíněný problém popsala následovně: *„Společnost je obecně v tomto ohledu nevědomá a mělo by se to začít měnit. A to všude, kde je to jen trochu možné. Kolikrát mě mrzí, že když slyším něco hanlivého o psychicky nemocných, tak se sama neozvu, abych sama sebe neoznačkovala. Také slýchám na svépomocce, že někteří lidé sami sebe označují za blázna a schizofrenika. Dokud budeme sami o sobě takhle mluvit, nikdy se nedočkáme změny u ostatních.“*

Duševní onemocnění **omezuje** respondenty nejčastěji ve společnosti mezi jinými lidmi a v práci. *„Kvůli lékům nepiju alkohol, a jakožto amatérský umělec musím všude, kam se hnu, odrážet udivené pohledy – minimálně.“*; *„Omezuje mě v pracovní činnosti, vlastně ve všech činnostech.“*; *„Ano, dlouhé stání a potřeba delší pozornosti, s tím mám problém.“*; *„Ano, v úklidu nebo běžném fungování, rychle se unavím.“*; *„Ano, omezuje. Mám problém zařadit se do společnosti a taky mám problém zvládnout*

celý den v aktivitě.“; „Jsem přesprávně důvěřivá, snadno ovlivnitelná, víc unavená. Potřebuji spánkový režim, někdy až deset hodin.“; „Neomezuje mě vůbec v ničem.“; „Omezuje mě ve vztazích, v kamarádství, cestování, někdy mám i problémy v kolektivu.“

Kromě dvou respondentů věděli všichni, co znamená pojem **destigmatizace**. Jako příklady ideální destigmatizace uváděli: *„Přednášky, koncerty, festivaly na téma duševního zdraví.“; „Nějak informovat politiky, doktory a úředníky, jak se mají chovat.“; „Mělo by být víc filmů a pořadů o psychických nemocech, ale pravdivých.“* Kromě dvou respondentů nikdo z dotazovaných nevyjádřil názor, že by se sami lidé s duševním onemocněním měli podílet na destigmatizaci. *„Myslím si, že kdybychom uspořádali nějaký festival s tím, co každý z nás umí, ukázali bychom ostatním, že jsme stejní jako oni, jen musíme brát léky a máme v papírech nějakou diagnózu.“; „Mohli bychom promluvit na nějakých přednáškách nebo v televizi, ale já se teda stydím, nezvládl bych to.“*

6.4.5 Dílčí výzkumná otázka V

DVO V si klade za cíl zjistit, zda mají lidé s duševním onemocněním zájem být aktivní v rozhodovacích procesech a být součástí důležitých změn a rozhodnutí. Tuto dílčí otázku považují za jednu z nejdůležitějších otázek, která je nadřazena všem ostatním. Pokud se lidé s duševním onemocněním nebudou chtít zapojovat do rozhodovacích procesů, nebudou se ani sami podílet na destigmatizaci duševního onemocnění.

Zda jsou respondenti ochotni mluvit o své zkušenosti s duševním onemocněním před více lidmi zjišťovala TO XXI. TO XXII mapuje potřebu sdílení svých zkušeností s dalšími lidmi s podobnými obtížemi a TO XXIII odhaluje, zda by chtěli respondenti nějakou skupinu sdílení i sami vést. Po ověření, zda respondenti rozumí termínu Uživatelské hnutí, byla položena TO XXIV, která zjišťuje, zda mají dotazovaní zájem o zapojení do jeho vzniku.

Shrnutí dílčí výzkumné otázky V

Pět z osmi respondentů odpovědělo kladně na možnost zapojení do **rozhodovacích procesů** na úrovni města, kraje a státu. Tři zbývající dotazovaní odpověděli záporně a jako důvod shodně uvedli, že se nepovažují za dostatečně kompetentní k tomu, aby se do rozhodovacích procesů zapojovali. *„Nevím, v čem bych*

tam mohl být přínosný.“; „Možná kdyby chtěl se mnou někdo něco konzultovat z města, tak třeba, ale zákonům já vůbec nerozumím.“; „Ne, politika mě vůbec nezajímá a jeden malý člověk mezi těmi zvířáty nic nezmůže.“

Pouze dva respondenti nebyli ochotni **hovořit o svých zkušenostech** s duševním onemocněním před více lidmi. Jako důvod uvedli nízké sebevědomí a stydlivost. Dotazovaní, kteří byli ochotni o svých zkušenostech hovořit, rozvedli své odpovědi následovně: *„Jsem poměrně otevřená. Uvítám tuto možnost.“; „Už jsem mluvil před pár studenty na stacionáři, takže rád. Stačilo by, kdyby to pomohlo jednomu ze sta a mělo by to smysl.“*

Dva respondenti necítí potřebu **pravidelného setkávání** s lidmi se zkušeností s duševním onemocněním, zbytek respondentů by uvítal nějakou svépomocnou skupinu v okolí. Tři dotazovaní již nějaký typ svépomocné skupiny navštěvují. Naprosto opačně to ale cítí respondenti s vedením podpůrné svépomocné skupiny. Pouze dva respondenti vyjádřili ambice být hlavním **vedoucím** takové skupiny. Respondenti odmítali takovou představu z podobných důvodů, jako možnost hovořit o své zkušenosti před více lidmi. *„To ne, nejsem vůdčí typ.“; „Jsem radši mezi svými, nechci se stresovat takovou zodpovědností.“; „Jsem hrozně stydlivá, je jedno, že ty lidi znám, možná právě proto.“; „Na to nemám, nedokážu si to vůbec představit.“*

Péče o duševní zdraví podporuje tři svépomocné skupiny. Svépomocnou skupinu, kterou si klienti vedou sami, PDZ propůjčuje pouze prostory. Dalším podporovaným seskupením je socioterapeutická skupina, kterou vede terapeutka a kromě sdílení zkušeností zahrnuje i prvky skupinové terapie. Členové skupiny se také scházejí v našich prostorech. Od ledna 2019 jsme založili první svépomocnou skupinu Slyšení hlasů Hradec Králové. Jedná se o teprve třetí podpůrnou skupinu v České republice, která je založena na principech mezinárodního hnutí Hearing voices. Jsem jedním z facilitátorů skupiny Slyšení hlasů, scházíme se jednou týdně a stále chodí kolem osmi stálých členů. Mám tedy zkušenosti, že hodně lidí s duševními obtížemi má potřebu sdílet svoje zkušenosti, problémy i strategie zvládání různých obtíží. Co se ale týče vedení těchto skupin, je těžké jejím členům dodat sebevědomí k větší angažovanosti a aktivnímu zapojení do samotné organizace a vedení skupin. Všichni rádi pomáhají s přípravou prostor, obslužením občerstvením a s jinými organizačně technickými aktivitami, ale nabídky na prostřídání vedení skupin mezi členy skupiny stále odmítají a odkládají.

Myšlenka vzniku Uživatelského hnutí se respondentům líbila, kromě dvou, hodnotili kladně možnost vlastního zapojení. Na otázku mapující jejich motivace odpovídali: „*Nečinnost ještě nikdy ke změně nevedla.*“; „*Rád bych pomohl a potkal lidi s podobnými problémy.*“; „*Ano, ráda se zapojím. Nestydím se mluvit a nechci, aby to bylo o nás bez nás. Taky si myslm, že je to příležitost mít o všem více informací, být u počátku změny.*“; „*Reforma psychiatrie je přece o nás. Pokud nebudu muset mluvit s politiky, ráda se zapojím.*“; „*Ráda se setkávám se zajímavými lidmi.*“; „*Ještě nevím jak, ale nějak se ráda zapojím pro dobro věci.*“ Cituji také odpovědi dvou respondentů, kteří se zapojit nechtějí: „*Někdy jsem lítostivý, citlivý, úzkostný, nebylo by to pro mě dobré.*“; „*Nemám zájem chodit mezi víc lidí.*“

7. Prezentace výsledků a diskuze

Výzkum dané problematiky je teprve v počátcích, je nutné ve výzkumu pokračovat a získat odpovědi od většího počtu respondentů. Vzhledem k nízkému reprezentativnímu vzorku respondentů, představující malou část populace i malou část cílové skupiny lidí s duševním onemocněním, je možné, že získaná data nejsou stoprocentně validní. Získané poznatky mohou být také ovlivněny tím, že někteří respondenti mě osobně znají, některým z nich jsem i klíčovým sociálním pracovníkem. Během rozhovorů jsem měla pocit, že se mě snaží respondenti svojí odpovědí potěšit. Konflikt rolí klíčového pracovníka a výzkumníka jsem pocítovala i v situaci, kdy jsem pokládala otázku mapující zkušenosti se stigmatizací a diskriminací a respondent odpověděl, že se necítí stigmatizován ani diskriminován. Zním jeho osobní příběh a téma diskriminace se v něm objevuje v několika případech. Otázkou je, zda si na situace nevzpomněl, nebo se diskriminován opravdu necítil. V zájmu zachování objektivity výsledků získaných z rozhovorů jsem do odpovědí nezasahovala a zaznamenala pouze vyslovené odpovědi respondentů. Dotazovaným jsem odpovědi nepředkládala ani nerozporovala, abych subjektivně neovlivňovala jejich reakce.

Na druhou stranu se ale domnívám, že vzájemný vztah mezi mnou jako výzkumníkem a klientem jako respondentem může být přínosný. Vzhledem k tomu, že má se mnou respondent osobní zkušenost, znám jeho příběh a vše nasvědčuje tomu, že ke mně chová důvěru, domnívám se, že dle svého nejlepšího svědomí odpovídá upřímně. Soudím tak podle toho, že jsem od několika respondentů dostala zpětnou vazbu, že pro ně nebylo jednoduché vyplňovat dotazníky, které jsem jim v první fázi výzkumného šetření rozdala. Dvě oslovené klientky mi dokonce odmítly dotazník vyplnit s omluvou, že se jim udělalo špatně při přemýšlení nad osobními otázkami. Zpětnou vazbu jsem využila při osobních rozhovorech s respondenty, kdy jsem nabídla možnost „stopky“. Kdyby jim nebyla otázka příjemná, nemuseli by odpovídat. Ani jeden z respondentů tuto možnost nevyužil.

Překvapilo mě, že ani jeden z respondentů nezmínil stigmatizaci ze strany médií. Považuji za důležité zařadit do dalšího šetření otázku cílenou na tuto problematiku. Představovala bych si ji takto: „*Pocítujete stigmatizační jednání ze strany médií? Například televize, rozhlasu, internetu, tisku?*“

Podarilo se získat odpovědi na dílčí výzkumné otázky. Výsledky zahrnující potřeby, přání, priority a bariéry, které brání v jejich naplňování, splnily očekávání mě jako výzkumníka a korespondují i s odbornou literaturou a analýzou potřeb projektu Destigmatizace.

Respondenti podstatně významně zařazovali mezi svoje potřeby a životní jistoty oblast bydlení a zaměstnávání. V pracovním uplatnění na otevřeném trhu práce jim brání především stigma jejich onemocnění.

Dotazovaní se cítí ve společnosti stigmatizovaní a diskriminovaní především ze strany zdravotníků, veřejné správy a jejich nejbližším okolím. Jako ideální destigmatizační aktivity si představují přirozenou, nanásilnou formou například v přednáškách, koncertech, festivalech.

Vybraní respondenti mají zájem být aktivní v rozhodovacích procesech, pravidelně se stýkat, hovořit před více lidmi o své zkušenosti s duševním onemocněním, ale jen málo z nich by chtělo nějakou podpůrnou skupinu vést. Jak se ukázalo z odpovědí respondentů, vedení skupiny představuje vyšší psychickou zátěž, větší míru zodpovědnosti a vyžaduje jistou dávku sebedůvěry.

Všechny dílčí výzkumné otázky směřovaly k zodpovězení hlavní výzkumné otázky „Mají lidé s duševním onemocněním zájem participovat na destigmatizaci duševního onemocnění?“ Pokud budu vycházet pouze z odpovědí respondentů, které byly získány v průběhu polostrukturovaného rozhovoru, tak velká většina respondentů má zájem participovat na vlastní destigmatizaci. Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že pokud budou destigmatizační aktivity v souladu s potřebami a přáními lidí s duševním onemocněním, budou se chtít sami lidé s duševním onemocněním aktivně zapojovat do jejich realizace. Zároveň také ale cítím, že důležitou roli v rozhodování těchto osob hraje to, kolik energie budou muset do takových aktivit vložit, zda bude významná část zodpovědnosti na nich samotných a zda budou mít dostatek podpory a pomoci. Hovořit o svých zkušenostech s duševním onemocněním respondenti zastupující malou část cílové populace dokáží, ale už jim není příjemné být hlavním iniciátorem destigmatizačních aktivit.

Realizované kvalitativní výzkumné šetření je důležitou součástí kompletního výzkumného šetření v rámci spolupráce s projektem Destigmatizace a iniciativou Na rovinu. Polostrukturovanými rozhovory bylo možné získat konkrétnější odpovědi k hlubšímu poznání tématu a zpětnou vazbu k realizovanému kvantitativnímu výzkumu. Spolupráce s projektem bude pokračovat i po dokončení bakalářské práce,

dotazníky jsou v současné době stále distribuovány mezi cílovou skupinu a jsou základem pro dlouhodobé výzkumné šetření. Polostrukturované rozhovory a již realizované dotazníkové šetření pomáhá určit adekvátnost obsahu otázek. Získané výsledky budou zpracovány datovým analytikem, na základě získaných dat projde dotazník revizí a bude aplikován na větším vzorku cílové skupiny uživatelů psychiatrické péče. Pro získání většího obsahu dat od vyššího počtu respondentů bude využit především internet a čekárny ambulancí psychiatrů, psychologů i praktických lékařů. Ke zpracování bude využit vhodný software pro organizaci a analýzu získaných dat.

Závěr

V průběhu zpracování bakalářské práce byla navázána úzká spolupráce s Národním ústavem duševního zdraví, konkrétně s projektem Destigmatizace a iniciativou Na rovinu; dále také s regionálním specialistou projektu Deinstitutionalizace. Všechny subjekty, včetně mého zaměstnavatele Péče o duševní zdraví, podpořily realizaci výzkumného šetření v obou fázích – kvantitativního i kvalitativního výzkumu.

Výsledky probíhajícího navazujícího kvantitativního šetření budou mít vypovídající hodnotu na úrovni Magistrátu města Hradec Králové i Krajského úřadu pro Královéhradecký kraj, díky propojení s krajskými specialisty Destigmatizace a Deinstitutionalizace.

Podářilo se uspořádat první setkání ke vzniku Uživatelského hnutí. Setkání se uskutečnilo 11. 3. 2019 na Psychiatrické klinice Fakultní nemocnice Hradec Králové, účastnili se ho lidé s profesní i osobní zkušeností s duševním onemocněním. V současné době se schází pravidelně organizační skupina členů Uživatelského hnutí. Jedním z cílů Uživatelského hnutí je, aby lidé s duševním onemocněním byli i mezi členy Krajských koordinačních rad. Pro následující schůzku zařadili členové skupiny do programu připomínkování dokumentu k plánům sítí služeb pro Královéhradecký kraj – kapitola destigmatizace a obhajoba práv.

Cílem práce bylo zmapovat prostředky destigmatizace, probíhající destigmatizační aktivity a výzkum toho, zda sami lidé s duševním onemocněním mají zájem participovat na vlastní destigmatizaci. Jedním prostředkem destigmatizace se ukázalo být moje vlastní aktivní zapojení v pomoci destigmatizace společnosti a lidí s duševním onemocněním. V průběhu psaní bakalářské práce se čím dál víc potvrdovalo, že efektivitu aktivit podpoří především vlastní iniciativa, každý může být ambasadorem. Považuji za důležité podpořit osoby s duševním onemocněním v tom, aby získaly potřebnou odvahu a sebedůvěru být svým vlastním ambasadorem. Zkušenost s duševním onemocněním je nepřenositelná a reforma psychiatrické péče je především o nich a jejich kvalitě života. Duševní zdraví se týká každého z nás, jenom nejsme vychováváni k tomu, abychom stavěli duševní a fyzické zdraví na jednu rovinu. Na proměnu společnosti nestačí ani média, kampaně, celebrity, ale efektivní cílené aktivity, ideálně vedené lidmi s duševním onemocněním, komplexně zaměřené na destigmatizaci celé společnosti. Výzkum přinesl hlubší vhled do problematiky

destigmatizace, přispěl ke vzniku Uživatelského hnutí a přinesl poznatek důležitosti zapojení lidí s duševním onemocněním do vlastní destigmatizace. Spolupráce s projektem bude pokračovat i po dokončení bakalářské práce.

Použitá literatura

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a František KOUKOLÍK. *Schizofrenie: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-277-3.

BĚLÍK, Václav, Stanislava HOFERKOVÁ a Blahoslav KRAUS. *Slovník sociální patologie*. Praha: Grada, 2017. Pedagogika. ISBN 978-80-271-0599-1.

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0139-7.

GOFFMAN, Erving. *Stigma: poznámky k problému zvládnutí narušené identity*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. Most. ISBN 80-86429-21-0.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Velký psychologický slovník*. Ilustroval Karel NEPRAŠ. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.

HEJZLAR, Petr, ed. *Na cestě ke komunitní psychiatrii: sborník k 15 letům občanského sdružení Péče o duševní zdraví*. Pardubice: Občanské sdružení Péče o duševní zdraví ve spolupráci s nakl. Theo, ©2010. ISBN 978-80-904009-6-2.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre Lambert WILKEN. *Podpora zotavení a začlenění: úvod do metodiky CARE*. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2016. ISBN 978-80-260-9945-1.

JANOŠKOVÁ, Miroslava a Petr WINKLER. Stigma a psychiatrie. *Psychiatrie*. Klecany: Národní ústav duševního zdraví, 2015, 19 (1), 30-36.

JAROLÍMEK, Martin. *Já blázním s vámi*. Praha: Galén, [2017], ©2017. 171 stran. ISBN 978-80-7492-313-5.

LIBIGER, Jan. Stigma duševního onemocnění. *Psychiatrie, Tegis*, 2001, 5 (1), s. 38-40.

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

OCISKOVÁ, Marie, Ján PRAŠKO, Kristýna VRBOVÁ, Dana KAMARÁDOVÁ, Daniela JELENOVÁ, Klára LÁTALOVÁ, Barbora MAINEROVÁ, Zuzana SEDLÁČKOVÁ a Anežka TICHÁČKOVÁ. Stigmatizace a sebestigmatizace u pacientů se schizofrenií: souborný článek. *Česká a slovenská Psychiatrie*, 2014; 110(5): 250 -258. ISSN 1212-0383.

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

RABOCH, Jiří, Dana JANOTOVÁ a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 4. rozš. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-746-1.

RAGINS, Mark. *Cesta k zotavení*. Přeložil Jan RŮŽIČKA, přeložil Martin FOJTÍČEK. Praha: Fokus, 2018. Marco Cavallo. ISBN 978-80-902741-1-2.

REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3006-6.

TUČEK, Milan. *Tolerance k vybraným skupinám obyvatel – březen 2019: Tisková zpráva* [online]. Centrum pro výzkum veřejného mínění. Praha, 2019 [cit. 2019-04-01]. Dostupné z: <https://cvvm.soc.cas.cz/cz/tiskove-zpravy/ostatni/vztahy-a-zivotni-postoje/4905-tolerance-k-vybranim-skupinam-obyvatel-brezen-2019>.

WINKLER, Petr, Ladislav CSÉMY, Miroslava JANOUŠKOVÁ a Lucie BANKOVSKÁ MOTLOVÁ. Stigmatizující jednání vůči duševně nemocným v Česku a Anglii: dotazníkové šetření na reprezentativním vzorku populace. *Psychiatrie*, Tigis s.r.o., 2014, roč. 18, č. 2, s. 54-59. ISSN 1211-7579.

Internetové zdroje

Analýza potřeb cílových skupin projektu Destigmatizace. *Národní ústav duševního zdraví* [online]. Praha, 2016, 2016 [cit. 2019-03-12]. Dostupné z: <http://destigmatizace.info/wp-content/uploads/2018/03/Anal%C3%BDza-pot%C5%99eb-c%C3%ADlov%C3%BDch-skupin-projektu-Destigmatizace-1.pdf>.

Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví [online]. 2017 [cit. 2019-03-12]. Dostupné z: <http://www.cmhcd.cz/centrum/>.
Diagnóza F: Rádio Wave. *Český rozhlas* [online]. © 1997-2019 [cit. 2019-03-12]. Dostupné z: <https://wave.rozhlas.cz/diagnoza-f-5183697>.

DIALOGOS: *Pro lidi obohacené zkušeností s duševním onemocněním* [online]. 2019 [cit. 2019-03-12]. Dostupné z: <https://www.dialogos.cz/>.

DVOŘÁKOVÁ, Stanislava. *Příběhy bláznovství zahájily akce Týdnů pro duševní zdraví*. In: *Novinky.cz* [online]. Borgis, 2019, 12. 09. 2018 [cit. 2019-03-13]. Dostupné z: <https://www.novinky.cz/vase-zpravy/pardubicky-kraj/usti-nad-orlici/2088-52228-pribehy-blaznovstvi-zahajily-akce-tydnu-pro-dusevni-zdravi.html>.

Festival Na hlavu [online]. Národní ústav duševního zdraví, 2017 [cit. 2019-03-12]. Dostupné z: <http://festivalnahlavu.cz/>.

Greendoors: *Pomáháme lidem s duševním onemocněním chytit balanc* [online]. Webhosting, 2009 [cit. 2019-03-12]. Dostupné z: <https://www.greendoors.cz/>.

Péče o duševní zdraví [online]. Pardubice: Péče o duševní zdraví, 2016 [cit. 2019-03-12]. Dostupné z: <http://www.pdz.cz/>.

Projekt Destigmatizace. *Narovinu.net* [online]. NUDZ, 2017 [cit. 2019-03-12]. Dostupné z: <http://narovinu.net/>.

Reforma péče o duševní zdraví: Strategie reformy psychiatrické péče. Reformapsychiatrie.cz [online]. 2016 [cit. 2019-03-12]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/proc_reformujeme/.

Týdny duševního zdraví [online]. Fokus Praha, 1999 [cit. 2019-03-12]. Dostupné z: <http://www.tdz.cz/>.

Přílohy

Příloha A: Ukázka prázdného polostrukturovaného dotazníku pro respondenty – první vlna výzkumného šetření

Příloha B: Ukázka vyplněného polostrukturovaného dotazníku č. 1

Příloha C: Ukázka vyplněného polostrukturovaného dotazníku č. 2

Příloha D: Ukázka vyplněného polostrukturovaného dotazníku č. 3



UŽIVATELSKÉ HNUTÍ

Dotazník uživatelů psychiatrické péče

Tento dotazník vznikl spolu s myšlenkou založení „Uživatelského hnutí“ a s cílem zajistit lepší životní podmínky na základě reálných potřeb uživatelů psychiatrické péče.

Díky informacím, které nám poskytnete, nám pomůžete zlepšovat péči o lidi s duševním onemocněním. Budeme tak společně schopni lépe poznat potřeby uživatelů psychiatrické péče. Na základě uvedených informací jejich potřeby naplňovat, vyjednávat lepší podmínky v komunikaci s úřady apod.

Co je cílem dotazníku?

Zjistit skutečné potřeby lidí s duševním onemocněním.

Jak vnímáte Vy jako uživatelé kvalitu péče o lidi s duševním onemocněním?

Jak vnímají kvalitu péče o lidi s duševním onemocněním Vaši blízcí a rodina?

Co je „uživatelské hnutí“, jak by mělo fungovat a proč je důležité?

Uživatelské hnutí by mělo být budováno samotnými uživateli na základě jejich potřeb.

Jeho cílem je aktivní účast uživatelů v rozhodovacích procesech na všech úrovních.

Uživatelské hnutí je cesta ke zplnomocnění lidí s duševním onemocněním.

Aktivní setkávání uživatelů v rámci regionů a sdílení zkušeností.

Proč se zapojit?

Vlastní zkušenost s duševním onemocněním je nepřenositelná.

Vlastní pohled na rozvoj systému psychiatrické péče je jedinečný a nenahraditelný.

Aktivní účast uživatelů je cestou k destigmatizaci společnosti a možnost se do společnosti zapojovat bez obav a naplno.

Bydliště (pouze kraj a okres): *např. Královehradecký kraj, Jičín*

Druh onemocnění:

Stupeň invalidity:

- 1. Pokuste se popsat Vaše životní priority.**
- 2. Jaké jsou Vaše životní sny, čeho byste chtěl/a dosáhnout a co Vám podle Vás v cestě za Vašimi sny stojí nejvíce?**
- 3. Jaké záliby máte, jak odpočíváte a co Vás naplňuje jistotou a pohodou?**
- 4. Řekl/a byste o sobě, že jste samostatný/á?**
- 5. Bydlíte sám/a, nebo s rodiči či kamarády?**
- 6. Bylo či je pro vás obtížné bydlení sehnat? Pokud ano, proč a s jakými problémy se hlavně potýkáte?**
- 7. Máte v současné době stálé zaměstnání a jste s ním spokojen/á?**
- 8. Máte za sebou již nějaké pracovní zkušenosti, a pokud ano, byla to pro Vás zkušenost pozitivní či negativní a v čem?**
- 9. Jaké zaměstnání byste si pro sebe představoval/a, a jakou náplň práce byste chtěl/a vykonávat a proč?**
- 10. Jaká činnost by Vám v zaměstnání nejvíce vyhovovala a kolik hodin denně jste schopný/á pracovat?**

11. Jste ochotný/á do zaměstnání dojíždět? Pokud ano, jak daleko?
12. Jaká je Vaše představa finančního ohodnocení?
13. Dokážete odhadnout Vaše životní náklady?
14. Uvítali byste možnost mít větší zodpovědnost a zapojovat se i do rozhodovacích procesů?
15. Cítil/a jste se někdy stigmatizován/a či diskriminován/a? Pokud ano, zkuste nám obecně přiblížit, o jaký případ šlo.
16. Zkuste popsat, v čem je pro Vás postoj společnosti nejvíce stigmatizující a kde byste uvítal/a změnu přístupu (komunita, zdravotníci, veřejná správa, přátelé, rodina,...)
17. Máte pocit, že Vás Vaše onemocnění omezuje v běžném životě? Pokud ano, uveďte prosím, v čem konkrétně.
18. Studoval/a jste, studujete či chcete studovat? Pokud ano, tak co a proč?
19. Co Vás nejvíce trápí?
20. Co Vám nejvíce pomáhá?

21. Uvítal/a byste ve svém okolí svépomocnou skupinu?

22. Chtěl/a byste se zapojit do „Uživatelského hnutí“ a proč?

23. Jste ochotný/á o svých zkušenostech hovořit i před více lidmi?

24. Měl/a byste zájem nějakou podpůrnou skupinu uživatelů iniciovat či vést?

Všechny Vámi uvedené informace, mají pouze informativní charakter a budou sloužit výhradně k vyhodnocování životní situace uživatelů psychiatrické péče. Sběr informací následně poslouží k lepší komunikaci s úřady a dalšími státními orgány, kde budeme prosazovat zlepšení podmínek pro uživatele psychiatrické péče.

Vyplněním tohoto dotazníku souhlasíte se zpracováváním Vašich osobních údajů. Pokud si v budoucnu rozmyslíte účast na dotazníku, na Vaši žádost bude smazán a informace z něho nebudou dále využívány.

Váš názor nás zajímá:

Postrádal/a jste v dotazníku otázku, která je pro Vás důležitá? Pošlete nám ji a my ji do dotazníku případně zařadíme. Budeme rádi za Vaší zpětnou vazbu.

Pokud máte zájem zapojit se do uživatelského hnutí či se aktivně účastnit na jeho budování, zanechte na sebe prosím kontakt (viz. níže).

Vaše osobní údaje budou zpracovávány v souladu s nařízením Evropské komise o ochraně osobních údajů (GDPR).

Jméno a příjmení:

Telefonní číslo:

Emailová adresa:

UŽIVATELSKÉ HNIŽÍ

Bydliště (pouze kraj) a okres): např. Královehradecký kraj, Jičín

Druh onemocnění: SCHIZO FRENIE

Stupeň invalidity: 3

1. Pokuste se popsat Vaše životní priority.

MÍT SE DOBRĚ

2. Jaké jsou Vaše životní sny, čeho byste chtěl/a dosáhnout a co Vám podle Vás v cestě za Vašimi sny stojí nejvíce?

ŮŽENIT SE A MÍT DVĚ DĚTI

3. Jaké záliby máte, jak odpočíváte a co Vás naplňuje jistotou a pohodou?

TELEVIZE, POČÍTAČ

4. Řekl/a byste o sobě, že jste samostatný/á?

NE

5. Bydlíte sám/a, nebo s rodiči či kamarády?

NE - U BABIČKY

6. Bylo či je pro vás obtížné bydlení sehnat? Pokud ano, proč a s jakými problémy se hlavně potýkáte?

NEUMÍM TO

7. Máte v současné době stále zaměstnání a jste s ním spokojen/á?

BRIGÁDNĚ ROZVAŽIŇ LETÁKY - BAVÍ ME TO

8. Máte za sebou již nějaké pracovní zkušenosti a pokud ano, byla to pro Vás zkušenost pozitivní či negativní a v čem?

NAĀM - A ZKUŠĚNOST BYLA ŠPATNÁ - ZAPOMÍNÁL JSEM

9. Jaké zaměstnání byste si pro sebe představoval/a, a jakou náplň práce byste chtěl/a vykonávat a proč?

JSEM VYUČENÝ KUCHAR - ALE VĀŘENÍ MI NEJDE

10. Jaká činnost by Vám v zaměstnání nejvíce vyhovovala a kolik hodin denně jste schopný/á pracovat?

NEVÍM

11. Jste ochotný/á do zaměstnání dojíždět? Pokud ano, jak daleko?

ANO - ALE BOJÍM SE SAM

12. Jaká je Vaše představa finančního ohodnocení?

CHTĚL BYCH VÍCE PENĚZ

13. Dokážete odhadnout Vaše životní náklady?

MOC KOUŘÍM - A NA CIGARETY MOC PENĚZ NEMÁM

14. Uvítali byste možnost mít větší zodpovědnost a zapojovat se i do rozhodovacích procesů?

NE - NEMÁM ODVAHU

15. Cítil/a jste se někdy stigmatizován/a či diskriminován/a? Pokud ano, zkuste nám obecně přiblížit o jaký případ šlo.

POSDÍVALI SE MĚ, ŽE JSEM MOC POMALÝ

16. Zkuste popsat, v čem je pro Vás postoj společnosti nejvíce stigmatizující a kde byste uvítal/a změnu přístupu (komunita, zdravotníci, veřejná správa, přátelé, rodina.....)

NEVÍM

17. Máte pocit, že Vás Vaše onemocnění omezuje v běžném životě? Pokud ano, uveďte prosím, v čem konkrétně.

JSEM NEJISTÝ

18. Studoval/a jste, studujete či chcete studovat? Pokud ano, tak co a proč?

JSEM JEN VYUČENÝ A STUDOVAT SI NETROUFA'M

19. Co Vás nejvíce trápí?

JÁ TO NEVÍM

20. Co Vám nejvíce pomáhá?

JEN RODINA

21. Uvítal/a byste ve svém okolí svépomocnou skupinu?

MÁM JI V HK

22. Chtěl/a byste se zapojit do „Uživatelského hnutí“ a proč?

NEVÍM

23. Jste ochotný/á o svých zkušenostech hovořit i před více lidmi?

NE

24. Měl/a byste zájem nějakou podpůrnou skupinu uživatelů iniciovat či vést?

NEVÍM

Všechny Vámi uvedené informace, mají pouze informativní charakter a budou sloužit výhradně k vyhodnocování životní situace uživatelů psychiatrické péče. Sběr informací následně poslouží k lepší komunikaci s úřady a dalšími státními orgány, kde budeme prosazovat zlepšení podmínek pro uživatele psychiatrické péče.

Vyplněním tohoto dotazníku souhlasíte se zpracováváním Vašich osobních údajů. Pokud si v budoucnu rozmyslíte účast na dotazníku, na Vaši žádost bude smazán a informace z něho nebudou dále využívány.

Váš názor nás zajímá:

Postrádal/a jste v dotazníku otázku, která je pro Vás důležitá? Pošlete nám ji a my ji do dotazníku případně zařadíme. Budeme rádi za Vaši zpětnou vazbu.

Pokud máte zájem zapojit se do uživatelského hnutí či se aktivně účastnit na jeho budování, zanechte na sebe prosím kontakt (viz. níže).

Vaše osobní údaje budou zpracovávány v souladu s nařízením Evropské komise o ochraně osobních údajů (GDPR).

Jméno a příjmení:

Telefonní číslo:

Emailová adresa:

[Empty box for contact information]

Bydliště (pouze kraj a okres): např. Královohradecký kraj, Jičín

Druh onemocnění: PARANOIDNÍ SCHYZOFRENIE

Stupeň invalidity: 3

1. Pokuste se popsat Vaše životní priority.

KLID A POHODA.

2. Jaké jsou Vaše životní sny, čeho byste chtěl/a dosáhnout a co Vám podle Vás v cestě za Vašimi sny stojí nejvíce?

CHTĚLA RYCH MIT KLIDNÉ VZTAHY S LIDMI.

3. Jaké záliby máte, jak odpočíváte a co Vás naplňuje jistotou a pohodou?

MÉ ZÁLIBY JSOU - ČETBA, MACOVÁNÍ.
JISTOTOU A POHODOU MĚ NAPLNŮJÍ KLIDNÉ VZTAHY.

4. Řekl/a byste o sobě, že jste samostatný/á?

SKAD ANO

5. Bydlíte sám/a, nebo s rodiči či kamarády?

BYDCÍM SAMA.

6. Bylo či je pro vás obtížné bydlení sehnat? Pokud ano, proč a s jakými problémy se hlavně potýkáte?

BYDCENÍ BYLO OBTÍŽNÉ SEHNAT.
PROBLÉM → VELKÝ ZÁJEM O STEJNÉ BYTÍ.

7. Máte v současné době stále zaměstnání a jste s ním spokojen/á?

SE ZAMĚSTNÁNÍM JSEM SPOKOJENA.

8. Máte za sebou již nějaké pracovní zkušenosti a pokud ano, byla to pro Vás zkušenost pozitivní či negativní a v čem?

PRACOVNÍ ZKUŠENOSTI MÁM POZITIVNÍ,
VYDĚLA'M SI NĚJAKÉ PEKÍ'ZE.

9. Jaké zaměstnání byste si pro sebe představoval/a, a jakou náplň práce byste chtěl/a vykonávat a proč?

KLIDNÁ PRÁCE V PŘÍJEMNĚM KOLEKTIVU,
DOBŘE FINANČNĚ OHODNOCENÁ.

10. Jaká činnost by Vám v zaměstnání nejvíce vyhovovala a kolik hodin denně jste schopný/á pracovat?

PRÁCE MÁLO FYZICKY NAŘIČOVÁ, BY MI VYHOVOVALA.
PRACOVAT NA ZKRÁCENÝ ÚVAZEK.

11. Jste ochotný/á do zaměstnání dojíždět? Pokud ano, jak daleko?

DOJÍŽDĚT JSEM OCHOTNÁ PO MĚSTĚ,
VE KTERÉM BYDČIM.

12. Jaká je Vaše představa finančního ohodnocení?

ASI TAK 16.000 Kč.

13. Dokážete odhadnout Vaše životní náklady?

ASI TAK 16.000 Kč

14. Uvítali byste možnost mít větší zodpovědnost a zapojovat se i do rozhodovacích procesů?

ANO

15. Cítil/a jste se někdy stigmatizován/a či diskriminován/a? Pokud ano, zkuste nám obecně přiblížit o jaký případ šlo.

NE

16. Zkuste popsat, v čem je pro Vás postoj společnosti nejvíce stigmatizující a kde byste uvítal/a změnu přístupu (komunita, zdravotníci, veřejná správa, přátelé, rodina.....)

NEVIM.

17. Máte pocit, že Vás Vaše onemocnění omezuje v běžném životě? Pokud ano, uveďte prosím, v čem konkrétně."

NEVIM, ASI JAKO KAŽDÁ CHOROBA.

18. Studoval/a jste, studujete či chcete studovat? Pokud ano, tak co a proč?

STUDOVALA JSEM OBCHODNÍ AKADEMII.
ZAJÍMÁ MĚ EKONOMIE.

19. Co Vás nejvíce trápí?

CHOROBY

20. Co Vám nejvíce pomáhá?

KLID V ŽIVOTĚ.

21. Uvítal/a byste ve svém okolí svépomocnou skupinu?

NEUIM.

22. Chtěl/a byste se zapojit do „Uživatelského hnutí“ a proč?

NEUIM.

23. Jste ochotný/á o svých zkušenostech hovořit i před více lidmi?

ANO

24. Měl/a byste zájem nějakou podpůrnou skupinu uživatelů iniciovat či vést?

NE

Všechny Vámi uvedené informace, mají pouze informativní charakter a budou sloužit výhradně k vyhodnocování životní situace uživatelů psychiatrické péče. Sběr informací následně poslouží k lepší komunikaci s úřady a dalšími státními orgány, kde budeme prosazovat zlepšení podmínek pro uživatele psychiatrické péče.

Vyplněním tohoto dotazníku souhlasíte se zpracováním Vašich osobních údajů. Pokud si v budoucnu rozmyslíte účast na dotazníku, na Vaši žádost bude smazán a informace z něho nebudou dále využívány.

Váš názor nás zajímá:

Postrádal/a jste v dotazníku otázku, která je pro Vás důležitá? Pošlete nám ji a my ji do dotazníku případně zařadíme. Budeme rádi za Vaši zpětnou vazbu.

Pokud máte zájem zapojit se do uživatelského hnutí či se aktivně účastnit na jeho budování, zanechte na sebe prosím kontakt (viz. níže).

Vaše osobní údaje budou zpracovávány v souladu s nařízením Evropské komise o ochraně osobních údajů (GDPR).

Jméno a příjmení:

Telefonní číslo:

Emailová adresa:

Blank area for providing contact information.

Bydliště (pouze kraj a okres): např. Královehradecký kraj, Jičín

Druh onemocnění: manipulace a organická porucha, vedoucí k úzkosti, panice, depresi

Stupeň invalidity: 3

Všechno
dělám
sam

1. Pokuste se popsat Vaše životní priority.
Udělávat je - Moudrost, láska, klid a láska, čistota, bezpečí, dobrá jídla

2. Jaké jsou Vaše životní sny, čeho byste chtěl/a dosáhnout a co Vám podle Vás v cestě za Vašimi sny stojí nejvíce?
nevim, nic, v noci mám sny

3. Jaké záliby máte, jak odpočíváte a co Vás naplňuje jistotou a pohodou?
Bobal, váření, menší oddech, co naplňuje jistotou

4. Rekl/a byste o sobě, že jste samostatný/á?
nevim, možná, v noci mám sny

5. Bydlíte sám/a, nebo s rodiči či kamarády?
4 kluci v řadě o duševní zdraví, smysl ze nám

6. Bylo či je pro vás obtížné bydlení sehnat? Pokud ano, proč a s jakými problémy se hlavně potýkáte?
nevim, špatný pracovní, věk, finanční o

7. Máte v současné době stále zaměstnání a jste s ním spokojen/á?
odklonování věcí neobvyklých, neobvyklých

8. Máte za sebou již nějaké pracovní zkušenosti a pokud ano, byla to pro Vás zkušenost pozitivní či negativní a v čem?
Práce brnkava, budování a konání samostatný

9. Jaké zaměstnání byste si pro sebe představoval/a, a jakou náplň práce byste chtěl/a vykonávat a proč?
nevim, možná, v noci mám sny

Samozřejmě, naplnit aby byli lidé spokojenější (děti nebo starci) - v tom jsem já - já

10. Jaká činnost by Vám v zaměstnání nejvíce vyhovovala a kolik hodin denně jste schopný/á pracovat?

4 hodiny

11. Jste ochotný/á do zaměstnání dojíždět? Pokud ano, jak daleko?

Když mě to bude placeno

12. Jaká je Vaše představa finančního ohodnocení?

Taková jakou klient uvidí na skladu,
(má to určitě odměnu)

13. Dokážete odhadnout Vaše životní náklady?

4 000 Kč týdně 3 tisíce na styk

14. Uvítali byste možnost mít větší zodpovědnost a zapojovat se i do rozhodovacích procesů?

15. Cítil/a jste se někdy stigmatizován/a či diskriminován/a? Pokud ano, zkuste nám obecně přiblížit o jaký případ šlo.

Bylo to v práci a hlavně v práci (rozdělil se
samozřejmě)

16. Zkuste popsat, v čem je pro Vás postoj společnosti nejvíce stigmatizující a kde byste uvítal/a změnu přístupu (komunita, zdravotníci, veřejná správa, přátelé, rodina...)

Obecně díky nemoci pacient.

17. Máte pocit, že Vás Vaše onemocnění omezuje v běžném životě? Pokud ano, uveďte prosím, v čem konkrétně.

V zaměstnání, kde není žádná pomoc a práce co mě naplní má 100% a o něco víc pomoci například údržba, práce s počítačem - rychle dlouhé vzdálenosti a má mi hodně lidí. V rodině málo lidí. V práci co vyžaduje, klíč

18. Studoval/a jste, studujete či chcete studovat? Pokud ano, tak co a proč?

Studoval bych - učitel a doktor a na dlouhou dobu v Brně. Tímto bych byl samostatně / samostatně, neměl bych na to peníze ale chci. Nic co by bylo nezdravější ale čas by byl potřeba nebo problém

19. Co Vás nejvíce trápí?

Čas a nic, mě pro lidi může iu simulace iu kolem zdraví rodiny, zdraví s lidmi, kamarády, přátel a už si říkám

20. Co Vám nejvíce pomáhá?

Když mám být naprosto - zdravě se jím o mě ale upřimě

rozšíření, nebo různé nečinnosti, v práci - pocit že jsem všem na službě a do práce se jdu

neumím si plánovat relaxaci

21. Uvítal/a byste ve svém okolí svépomocnou skupinu?

maim, ale neuvítám, není pro mě

22. Chtěl/a byste se zapojit do „Uživatelského hnutí“ a proč?

*ale jindy by bych uvítal (aby se kapu mohlo
x) by budu v dobrém stavu, tak a ne kvůli hny
normální komunikaci nebo čím jsem si uvědomil, že*

23. Jste ochotný/á o svých zkušenostech hovořit i před více lidmi?

*Všiml jsem si před 100 studenty na denovém setkání
když jsem se účastnil by bych se rozhodl 1. a 2. stu*

24. Měl/a byste zájem nějakou podpůrnou skupinu uživatelů iniciovat či vést?

*Ve někdy v budoucnu, nemám na to teď a teď
a pocit nadšení a měří cenou.*

Všechny Vámi uvedené informace, mají pouze informativní charakter a budou sloužit výhradně k vyhodnocování životní situace uživatelů psychiatrické péče. Sběr informací následně poslouží k lepší komunikaci s úřady a dalšími státními orgány, kde budeme prosazovat zlepšení podmínek pro uživatele psychiatrické péče.

Vyplněním tohoto dotazníku souhlasíte se zpracováváním Vašich osobních údajů. Pokud si v budoucnu rozmyslíte účast na dotazníku, na Vaši žádost bude smazán a informace z něho nebudou dále využívány.

Váš názor nás zajímá:

Prostrádal/a jste v dotazníku otázku, která je pro Vás důležitá? Pošlete nám ji a my ji do dotazníku případně zařadíme. Budeme rádi za Vaši zpětnou vazbu.

- 4) *V jakém čase vám je lépe 10 nebo 20*
- 5) *sdobití sech otázek by bylo 3) hodně lidí i kolik se*

Pokud máte zájem zapojit se do uživatelského hnutí či se aktivně účastnit na jeho budování, zanechte na sebe prosím kontakt (viz. níže).

Vaše osobní údaje budou zpracovávány v souladu s nařízením Evropské komise o ochraně osobních údajů (GDPR).

Jméno a příjmení:

Telefonní číslo:

Emailová adresa:

