

Univerzita Hradec Králové
Fakulta informatiky a managementu
Katedra rekreologie a cestovního ruchu

Sociální turismus. Vliv duševního onemocnění na cestování.

Cestování osob s duševním onemocněním

Bakalářská práce

Autor: Marie Matejsková
Studijní obor: Management cestovního ruchu

Vedoucí práce: Mgr. Dagmar Hrušová, Ph.D.

Hradec Králové

duben 2023

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně a s použitím uvedené literatury.

V Hradci Králové dne 21.4.2023

Marie Matejsková

Poděkování:

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Dagmar Hrušové, Ph.D. za metodické vedení práce, cenné rady a podporu pro její zpracování a čas strávený konzultacemi.

Anotace

Tato práce má poukázat na problematiku cestování osob s duševním onemocněním. Popisuje obtíže, které tyto osoby při cestování potkávají, ale zároveň i dokazuje, že cestování může být pro některé nemocné osoby formou terapie a napomáhá tak psychické pohodě.

Teoretická část práce se zabývá sociálním turismem a vysvětlením jednotlivých psychických poruch pro lepší pochopení části praktické. Také se opírá o teorii Flow, která se dá aplikovat na pozitivní přínosy cestování osob s duševním onemocněním.

Primární výzkum byl proveden jako případová studie formou rozhovorů se třemi osobami, které trpí jednou či více psychickými poruchami. Následně byl také proveden výzkum sekundární zabývající se statistikou a prevalencí duševního onemocnění. Pro doplnění proběhla analýza článků, které se o téma cestování osob s duševním onemocněním opírají, za účelem zjištění, jaký je o toto téma projeven zájem.

Annotation

Title: Social tourism. The impact of mental disorders on travelling.

This work is intended to point out the issue of travelling for people with mental illness. It describes the difficulties that these people encounter when travelling, but it also shows that travelling can be a form of therapy for some people with mental illness and thus contribute to psychological well-being.

The theoretical part of the thesis deals with social tourism and explains the different mental disorders to better understand the practical part. It also draws on the Flow theory which can be applied to the positive benefits of travelling for people with mental illness.

The primary research was conducted as a case study through interviews with three individuals who suffer from one or more mental disorders. Subsequently, secondary research was also conducted looking at the statistics and prevalence of mental illness. To complement this, an analysis of articles based on the topic of travelling for people with mental illness was carried out to determine the interest shown in this topic.

Obsah

1	Úvod.....	1
2	Cíl práce a metodika zpracování	2
2.1	Cíl práce.....	2
2.1.1	Výzkumné otázky	2
2.2	Metodika výzkumu	2
3	Teoretická část	5
3.1	Sociální turismus.....	5
3.2	Duševní onemocnění.....	7
3.2.1	Deprese.....	7
3.2.2	Afektivní poruchy	7
3.2.3	Úzkostné neurózy.....	8
3.2.4	Fobie	9
3.2.5	Poruchy osobnosti.....	9
3.2.6	Hypochondrie.....	10
3.2.7	Schizofrenie	11
3.2.8	Poruchy příjmu potravy.....	11
3.3	Teorie Flow.....	12
4	Praktická část.....	14
4.1	Duševní zdraví z hlediska statistiky.....	14
4.1.1	Prevalence duševních onemocnění	15
4.1.2	Sebevraždy v České republice	16
4.2	Centrum duševního zdraví	17
4.3	Články či práce na téma cestování s duševním onemocněním.....	18
4.3.1	Poznatky z analýzy článků či prací dostupných na internetu	18
4.4	Případová studie osob s duševním onemocněním.....	20
4.4.1	Osoba č. 1	20

4.4.2	Osoba č. 2	24
4.4.3	Osoba č. 3	26
5	Diskuze a shrnutí výsledků.....	31
6	Závěry a doporučení	34
7	Seznam použité literatury.....	35

1 Úvod

Často se diskutuje o potížích lidí s tělesným postižením, protože je to stav, který většinou každý vidí na první pohled, ovšem o problémech psychických, ať už v souvislosti s každodenním životem nebo právě v souvislosti s cestováním, se příliš nedisktuje. Velká část lidí ani netuší, že pro osoby s duševním onemocněním může být cestování náročné a neumí si představit, jaké problémy mohou nastat.

Tato práce poukazuje na problematiku cestování právě osob s duševním onemocněním. Snahou je dostat toto téma více do popředí, například mezi lidi, kteří pracují v odvětví cestovního ruchu, aby osoby s duševním onemocněním byly brány v potaz při jednání zaměstnanců CR se zákazníky.

2 Cíl práce a metodika zpracování

2.1 Cíl práce

Cílem práce je popsat problematiku týkající se cestování osob, které trpí duševním onemocněním. Kvalitativní výzkum formou rozhovorů bude zaměřen na analýzu potíží, které nastávají při cestování osob s diagnózou určité psychické poruchy a výsledkem by mělo být hlubší porozumění této problematice.

Práce má také vést ke zjištění, zda by cestování mohlo naopak pomoci osobě s psychickou poruchou k jejímu zlepšení, tedy zda tato osoba cestuje právě proto, aby zmírnila dopady svého onemocnění. Cestování může být pro některé osoby velice náročné, naopak pro jiné to může být forma terapie, útěk od každodenního stereotypu a prostředek ke zlepšení momentálního mentálního stavu onemocněním postižené osoby.

Práce by měla mít přínos i pro zaměstnance v oblasti cestovního ruchu, protože duševní onemocnění nelze přímo vidět a lidé, kteří tímto druhem onemocnění trpí, se mohou chovat neočekávaně, většinou vlivem stresu z určité situace. Zaměstnanci CR by měli v takovou chvíli brát v úvahu možnost, zda člověk, se kterým hovoří, nemá nějaké psychické potíže a snažit se k této osobě přistupovat vlídněji a s trpělivostí.

2.1.1 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jaké nastávají pro osobu s duševním onemocněním/psychickou poruchou při cestování potíže?

Výzkumná otázka 2: Může pro osobu s duševním onemocněním/psychickou poruchou být cestování formou terapie? A jak?

2.2 Metodika výzkumu

Vzhledem k cíli tohoto výzkumu prozkoumat problematiku cestování osob s duševním onemocněním byl zvolen především primární kvalitativní výzkum formou polostrukturovaných rozhovorů s osobami, které trpí určitými psychickými poruchami. Dva z rozhovorů proběhly osobně a jeden přes online videohovor. Rozhovory se opíraly o konkrétní otevřené otázky, které byly pro

každého respondenta stejné, zároveň však byly pokládány individuální otázky doplňkové vzhledem k průběhu rozhovoru.

V rozhovorech byly položeny následující otázky:

1. Máte nějaké koníčky? Co Vás baví dělat ve volném čase?
2. Pomáhá Vám něco z uvedeného s vaším mentálním stavem?
3. Cestujete rádi? Kam, co nejraději navštěvujete, jaký provozujete druh cestovního ruchu?
4. Jak často cestujete a co to ovlivňuje?
5. Je třeba důvodem, proč tolik necestujete, právě nějaká psychická porucha a stres s ní spojený?
6. Je právě cestování něco, co Vám pomáhá s Vaším mentálním stavem?
7. Je pro Vás cestování něčím obtížné? Co je pro Vás nejtěžší a jaké nastávají problémy při cestování?
8. Máte určité problémy při přípravě na cestu – jaké?
9. Máte určité problémy při využívání jiné než vlastní dopravy – jaké? Liší se problémy s různými druhy dopravy (letecká, železniční, autobusová, lodní) – Jak?
10. Máte určité problémy při zajišťování či využívání ubytovacích služeb – jaké?
11. Máte určité problémy při využívání stravovacích služeb – jaké?
12. Dostali jste už někdy při cestování do nepříjemné situace díky nepochopení ze strany zaměstnance CR? - Jaké?

Jedná se tedy o případovou studii zaměřující se na tři zkoumané osoby s duševním onemocněním. Tyto osoby byly vybrány na základě osobního vztahu s autorkou práce a jsou to lidé, kteří mají diagnostikovanou jednu či více psychických poruch, ty byly dále uvedeny a rozebírány v praktické části práce. Studie se zabývala jak zkoumáním problémů každodenního života osob s duševním onemocněním, tak konkrétními obtížemi při provozování cestovního ruchu.

V této práci byl proveden i sekundární výzkum, jehož první část se opírá o dostupné statistické údaje spojené s duševním zdravím. Statistická část proběhla převážně za využití dat Českého statistického úřadu a Ministerstva zdravotnictví České republiky. Účelem této kapitoly je především poukázat na problematiku mentálního zdraví v České republice a cílem bylo prověřit otázku, zda je duševní onemocnění aktuální téma, které by mělo být více řešeno. Výběr dat byl zvolen

v návaznosti jak na teoretickou část, tak na praktickou část, konkrétně kapitolu, která se zabývá jednotlivými osobami.

Následně byla provedena analýza odborných článků, které se již o tuto problematiku zajímají. Otázkou bylo, zda vůbec lze nalézt články s tematikou spojující duševní onemocnění a cestování. Vyhledávání proběhlo za pomoci Google Scholar v českém a anglickém jazyce. Zadána byla následující klíčová slova: *cestování osob s duševním onemocněním; duševní onemocnění; cestování; mentální zdraví; tourism and mental disorders; mental illnesses; mental health.*

V neposlední řadě proběhla v této práci aplikace teorie Flow na dosažené výsledky, která měla pomoci k zjištění odpovědi na výzkumnou otázku č.2.

3 Teoretická část

3.1 Sociální turismus

Indrová a kol. (2008) uvádí sociální cestovní ruch jako druh cestovního ruchu, který se pozvolna dostává do povědomí obyvatel a zažívá renesanci. Do rozvoje tohoto typu cestovního ruchu je zapojena řada organizací, jejichž cílem je vytvořit vhodné podmínky pro cestování všem vrstvám obyvatelstva. Svoji aktivitou a vhodnou formou pomoci se snaží nabídnout takové produkty, které vycházejí ze specifických potřeb jednotlivých skupin znevýhodněných obyvatel.

Cestovat za účelem vzdělání, poznání a odpočinku je v dnešní době nutností a potřebou člověka, konstatovali Indrová a kol. (2008). Podle nich jsou účastí na cestovním ruchu zcela určitě tyto potřeby a zájmy naplňovány, protože cestování je důležitá a jedinečná aktivita člověka, která významně zasahuje do jeho volného času. Ne ale každý má možnost cestovat, tudíž cestovní ruch pro všechny je jednou z možností, jak umožnit účast na cestovním ruchu co nejširším vrstvám obyvatelstva.

Podle Zelenky a Páskové (2012, s. 532) je "Sociální cestovní ruch typologizovaný podle způsobu hrazení nákladů, část nákladů nebo celé náklady na cestování pro sociálně znevýhodněné osoby (vysoký věk, nízké příjmy, tělesné nebo duševní postižení) nebo pro osoby v rámci motivačních programů hradí instituce, stát, zaměstnavatel nebo nadace apod".

Houška (2006) uvedl, že průzkum ukázal, že v členských zemích, kde existují iniciativy nebo podpory zaměřené na celkovou populaci nebo specifickou cílovou skupinu, zejména mladé lidi, seniory, rodiny žijící v chudobě, nezaměstnané a hendikepované lidi, uvedené podpůrné kroky pomáhají vytvářet fyzické, finanční a duševní možnosti pro děti, mládež a dospělé podílet se na cestovním ruchu (např. účast na dovolené, účast na jednodenních výletech atd.).

Dále Houška (2006) tvrdí, že důležitou oblastí sociálního turismu je zapojení hendikepovaných osob do aktivit cestovního ruchu, včetně dopravy. Pro tento cíl je třeba vytvořit zvláštní opatření. Tato opatření se týkají zejména hodnocení iniciativ vztahujících se k přístupnosti infrastruktury a služeb pro tyto osoby.

Hendikepované osoby potřebují jasné a transparentní informace o všech aspektech možností v rámci cestovního ruchu. Specifickým cílem je sjednocení roztržitých různých kritérií přístupnosti hendikepovaných osob v rámci EU.

Királová a kol. (2008) uvádí v příručce Cestovní ruch pro všechny, že myšlenka cestovního ruchu pro všechny vychází z filozofie designu pro všechny, která vznikla v Evropě. Podle této filozofie je podstatou designu pro všechny re-design existujícího prostředí, produktů a služeb tak, aby umožnily všem lidem participovat na životě komunity.

Dále je ve výše zmíněné příručce uvedeno, že koncept cestovního ruchu pro všechny vznikl ve Velké Británii, kde byla v roce 1989 prezentována zpráva pod tímto názvem. Ta byla vypracována za účelem oslovení subjektů průmyslu cestovního ruchu k povzbuzení vytvoření kvalitní nabídky, která bude brát v úvahu potřeby potenciálních klientů včetně těch se speciálními potřebami v souvislosti s jejich stavem.

Vzhledem k tomu, že konkurenceschopnost destinace cestovního ruchu je přímo provázána s produkty, které nabízí, jak konstatovali dále Királová a kol. (2008), tak si účastník cestovního ruchu zvolí jako cíl své cesty právě tu destinaci, která více uspokojuje jeho požadavky, potřeby, očekávání, naplňuje jeho sny a je v souladu s jeho rozpočtem. V případě, že se jedná o člověka s určitým handicapem (fyzickým, psychickým, vyplývajícím z jeho věku nebo z příslušnosti k sociální vrstvě), k uvedeným potřebám a požadavkům přistupují ještě další očekávání, která souvisejí s možností mít požitky z účasti na cestovním ruchu a užít si volný čas k plné spokojenosti. Nabídka destinace cestovního ruchu se sestává z komplexu primární a sekundární nabídky a v případě, že kterákoliv část této nabídky není lehce dostupná, účastník cestovního ruchu s handicapem musí přijímat kompromisy.

3.2 Duševní onemocnění

Národní zdravotnický informační portál (2023) uvádí, že duševní onemocnění neboli duševní porucha je velmi široký pojem, který zahrnuje velké množství různých potíží ovlivňujících náladu, myšlení a chování člověka. Dále NZIP (2023) uvádí definici dle Americké psychologické asociace, podle které je duševní onemocnění neboli duševní (psychická) porucha stav vyznačující se narušením kognitivních funkcí a/nebo emocí, abnormálním chováním, narušeným fungováním ve společnosti nebo jakoukoli kombinací výše uvedeného. Tyto poruchy nelze vysvětlit pouze působením okolního prostředí: mohou k nim přispívat i tělesné, genetické, chemické, sociální a jiné faktory. Existuje velké množství různých duševních poruch, které jsou definovány jednak v Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch, jednak v Mezinárodní klasifikaci nemocí. Člověk, kterému bylo diagnostikováno duševní onemocnění, je označován jako duševně nemocný.

Následující podkapitoly byly zpracovány podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, 2022), která kategorizuje a vymezuje jednotlivá onemocnění.

3.2.1 Deprese

Deprese MKN-10 (2022) uvádí jako fázi, kdy má nemocný zhoršenou náladu, sníženou energii a aktivitu, je narušen smysl pro zábavu, osobní zájmy a schopnost koncentrace. Po minimální námaze se objevuje únava. Je narušen spánek a je zhoršená chuť k jídlu. Sebehodnocení a sebedůvěra jsou zhoršeny, pocity viny a beznaděje jsou přítomny i u lehkých případů. Zhoršená nálada se v časovém průběhu příliš nemění, nereaguje na okolní změny. Může být provázena tzv. „somatickými“ symptomy, jako je ztráta zájmů a pocitů uspokojení. Ranní probouzení je o několik hodin dříve před obvyklou hodinou. Deprese se horší nejvíce ráno. Je zřetelná psychomotorická retardace a agitovanost. Je ztráta chuti k jídlu, hubnutí a ztráta libida. Podle počtu a tíže příznaků je možno fázi hodnotit jako mírnou, střední nebo těžkou.

3.2.2 Afektivní poruchy

Klasifikace dle MKN-10 (2022) uvádí, že u těchto poruch je základní vlastností porucha afektivity nebo nálady směrem k depresi (současně s úzkostí nebo bez ní)

nebo k euforii, načež je tato změna nálady obvykle doprovázena změnou v celkové aktivitě. Většina z těchto poruch má tendenci k recidivám a nástup individuální fáze je často vyvolán stresovou událostí nebo situací.

Mezi tyto poruchy se řadí **bipolární afektivní porucha**, ta je dle MKN-10 (2022) charakterizovaná dvěma nebo více fázemi, při nichž je nálada a úroveň aktivity pacienta významně narušena, za určitých okolností je patrná zvýšená nálada, energie a aktivita (hypomanie anebo manie), jindy zhoršení nálady a snížení aktivity a energie (deprese). Pacient trpící pouze opakovanými atakami manie nebo hypomanie, se zařazuje jako bipolární. Porucha je také známa pod pojmem maniodeprese.

Další poruchou patřící pod afektivní je **periodická depresivní porucha**. MKN-10 (2022) charakterizuje poruchu opakovanými fázemi deprese, aniž jsou v anamnéze samostatné fáze zvýšené nálady a energie (manie). Mohou být však přítomny krátké fáze lehkého zvýšení nálady a zvýšené aktivity (hypomanie), které se dostavují bezprostředně po depresivní fázi, někdy vyvolané antidepressivní léčbou. MKN-10 (2022) uvádí, že první fáze se může objevit v jakémkoli věku od dětství do stáří, nástup je buď náhlý nebo pozvolný, trvání se pohybuje od několika týdnů až mnoha měsíců.

3.2.3 Úzkostné neurózy

Tyto poruchy MKN-10 (2022) klasifikuje jako ty, kde je hlavním příznakem manifestní úzkost, která není omezena na nějakou zvláštní situaci.

Patří sem **panická porucha** (epizodická záchvatovitá úzkost), u které jsou podle MKN-10 (2022) základním projevem recidivující ataky těžké úzkosti (panika), které nejsou omezeny na nějakou zvláštní situaci nebo souhrn okolností a jsou proto nepředvídatelné. Projevuje se náhlými palpitacemi, bolestí na hrudi, pocity dušení, závratěmi a pocitem neskutečnosti (depersonalizace nebo derealizace) a často je sekundární strach ze smrti, ztráty sebeovládání nebo zešílení.

Následně se mezi tyto poruchy řadí **generalizovaná úzkostná porucha**, MKN-10 (2022) uvádí jako základní vlastnost generalizovanou a přetrvávající úzkost, která není vztažena na žádné zvláštní zevní okolnosti, ani se nevyskytuje převážně v

závislosti na nich. Hlavní příznaky jsou různé, ale většinou jde o pocity nervozity, třes, svalové napětí, pocení, světloplachost, palpitace, závratě a tlak v epigastriu, také se objevuje strach a jiné obavy, že pacient sám nebo jeho příbuzní brzy onemocní nebo budou mít nehodu.

Pokud jsou přítomny příznaky úzkosti i deprese, ale žádný zřetelně nepřevažuje a žádný není vyjádřen natolik, aby opravňoval k diagnóze, pokud by byl hodnocen samostatně, řadí se porucha dle MKN-10 (2022) jako **smíšená úzkostná a depresivní porucha**.

3.2.4 Fobie

Pod fobie jsou zařazeny fobické úzkostné poruchy, což MKN-10 (2022) definuje jako skupinu poruch, kde je úzkost vyvolána pouze nebo převážně v určitých dobře definovaných situacích, které nejsou za běžných okolností nebezpečné. Pacient se těmito situacím vyhýbá, pokud tak neučiní, trpí v nich strachem. Příznaky jsou palpitace nebo pocit na omdlení a často jsou spojeny s druhotným strachem ze smrti, ztráty sebeovládání nebo zešléní. I pouhé myšlenky na účast ve „fobické“ situaci vzbuzují u pacienta anticipační úzkost. Fobická úzkost a deprese často existují vedle sebe.

3.2.5 Poruchy osobnosti

Pod poruchy osobnosti se dle MKN-10 (2022) zařazují stavy a vzorce chování klinického významu, které mají tendenci přetrvávat, objevují se jako vyjádření charakteristického životního stylu jedince a způsobu jeho vztahu k sobě i druhým a jsou často sdruženy s různým stupněm subjektivní tísně a narušení sociálního výkonu.

Řadí se sem **paranoidní porucha osobnosti**, která se dle MKN-10 (2022) charakterizuje nadměrnou citlivostí k odmítnutí, neodpouštěním urážek; podezřívavostí a tendencí zkreslovat zážitky chybným interpretováním neutrálně nebo přátelsky laděných akcí druhých jako nepřátelských; opětovným bezdůvodným podezíráním manžela(-ky) nebo partnera(-ky) ze sexuální nevěry a bojovným a tendenčním smyslem pro osobní práva.

Další poruchou osobností je **schizoidní porucha osobnosti**. MKN-10 (2022) uvádí, že se projevuje distancováním se od citových, sociálních a jiných kontaktů s preferencí fantazie, činností v samotě a introspektivní rezervovaností a často bývá přítomna neschopnost vyjadřovat své city a zakoušet radost.

Jako další sem podle MKN-10 (2022) patří **disociální porucha osobnosti** charakterizovaná bezohledností v sociálních závazcích, či nedostatkem cítění pro druhé, nastává velká nerovnováha mezi chováním a současnými sociálními normami a chování nelze snadno změnit zkušeností, dokonce ani trestem. Je nízká tolerance k frustraci, nízký práh pro spouštění agrese včetně násilných činů; subjekt má tendenci klamat druhé nebo nabízet přijatelné vysvětlení pro chování, které ho přivádí do konfliktu se společností.

V neposlední řadě je poměrně rozšířenou poruchou osobnosti **emočně nestabilní porucha osobnosti**, také uváděna jako hraniční porucha osobnosti. Tu MKN-10 (2022) definuje jako poruchu charakterizovanou určitým sklonem ke zkratkovému chování bez uvážení jeho následků; nálada je nepředvídatelná a vrtošivá, objevují se emoční výbuchy, tendence k hašteřivému chování a ke konfliktům s ostatními, zvláště jsou-li zkratkové činy odmítány nebo potlačovány. Dle MKN-10 (2022) je možno rozlišit dva typy: typ impulzivní, charakterizovaný hlavně emoční nestabilitou a chybějícím ovládním svých popudů, a typ hraniční, charakterizovaný navíc i poruchou představy o sobě, cílů a osobních preferencí, dlouhodobými pocity prázdnoty, dále intenzivními a nestabilními interpersonálními vztahy a tendencí k sebezničujícímu chování, včetně sebevražedných náznaků a pokusů.

3.2.6 Hypochondrie

Základním rysem hypochondrické poruchy je dle MKN-10 (2022) přetrvávající zabývání se myšlenkami, že pacient má jednu nebo více závažných a progresivních somatických nemocí, které se projevují trvalými somatickými potížemi nebo trvalým zabýváním se vlastním fyzickým vzhledem. Normální nebo běžné pocity a jevy často pacienti interpretují jako abnormální a zneklidňující. Pozornost je obvykle zaměřena pouze na jeden nebo dva orgány nebo tělesné systémy.

3.2.7 Schizofrenie

Schizofrenické poruchy jsou obecně dle MKN-10 (2022) charakterizovány podstatnou a typickou deformací myšlení a vnímání. Afekty jsou nepřiměřené nebo otupělé. Nejdůležitější psychopatologické fenomény zahrnují: 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. Diagnóza schizofrenie by neměla být stanovena za přítomnosti rozsáhlých nebo manických symptomů, pokud není jasné, že schizofrenní příznaky předcházely afektivní poruchu.

3.2.8 Poruchy příjmu potravy

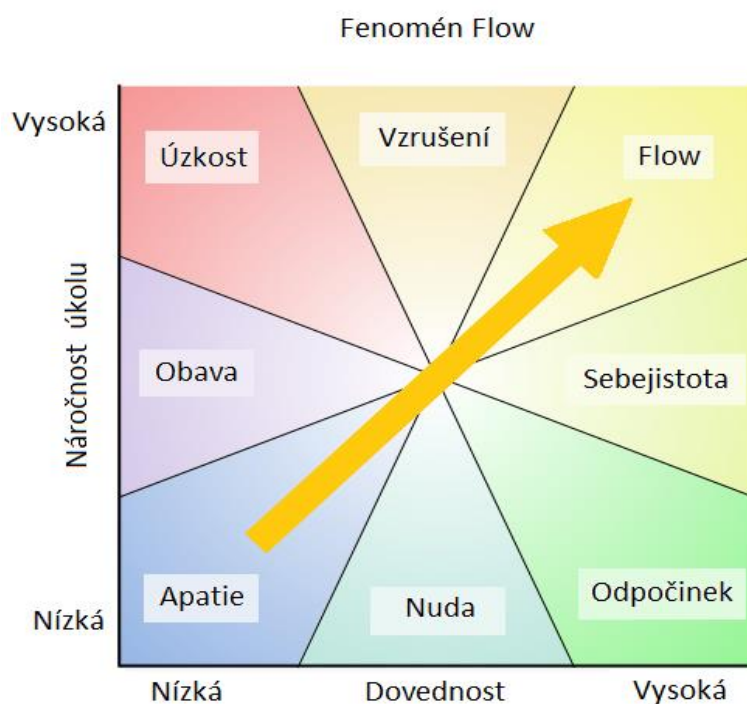
Pod poruchy příjmu potravy je zařazena **mentální anorexie**, kterou MKN-10 (2022) charakterizuje úmyslným zhubnutím, které si pacient sám vyvolal a dále je udržuje. Porucha se objevuje nejčastěji u adolescentních dívek a mladých žen, avšak i dospívající chlupci a mladí muži mohou být postiženi, podobně jako děti kolem puberty a starší ženy až do menopauzy. Choroba je spojená se specifickou psychopatií, kde strach ze ztloustnutí a ochablosti tvaru těla přetrvává jakožto vtíravá, ovládací myšlenka, takže pacienti usilují o nižší tělesnou váhu. Obvykle je přítomna podvýživa různé tíže se sekundárními endokrinními a metabolickými změnami a poruchami tělesných funkcí. Příznaky jsou: omezený výběr jídla, nadměrná tělesná činnost, vyvolávání zvracení a průjmu a užívání anorektik a diuretik.

Dále se sem řadí **mentální bulimie**, což je dle MKN-10 (2022) syndrom, charakterizovaný opakovanými záchvaty přejídání a nadměrnou kontrolou své tělesné váhy, vedoucí k přejídání, následovaném zvracením nebo používáním projímadel. Tato porucha má mnohé psychologické rysy shodné s mentální anorexií, včetně zvýšeného pozorování vlastní tělesné hmotnosti a tvaru těla.

3.3 Teorie Flow

Pojem flow vychází z teorie optimálního prožívání. Prožitek flow sám Csikszentmihalyi (2015, s. 14) definuje jako „[stav] v němž jsou lidé tak ponořeni do určité činnosti, že nic jiného se jim nezdá důležité. Tento prožitek je sám o sobě natolik radostný, že se ho lidé snaží dosáhnout dokonce i za velkou cenu.“

Procházková (2017) ve svém článku na téma fenomén Flow uvádí, že teorie pracuje se dvěma proměnnými a tím jsou 1) dovednost člověka a 2) náročnost úkolu. Jedná-li se o těžký úkol, k jehož provedení nemáme odpovídající dovednosti, pravděpodobně se dostaví pocit napětí, úzkost a obava ze selhání. Je-li naopak úkol příliš jednoduchý, ale dovednost vysoká, budeme se potýkat buď s nudou, nebo si příjemně odpočineme. Ideální je tedy souhra mezi dovednostmi a náročností, ale záleží také na intenzitě obou proměnných. Je-li úkol zároveň jednoduchý a naše dovednost ne zrovna oslňující, nastává pocit apatie. Teprve když se náročnost i dovednost zvyšují, nastává to pravé zaujetí a pocit smysluplnosti – tedy Flow. Také se může stát, že vykonáváme velice těžký úkol, ovšem s velmi dobrými výsledky, čímž je možné dostat se až do stavu extáze.



Obrázek 1 Fenomén Flow

Zdroj: Procházková (2017)

Csikszentmihalyi a Nakamura (2002) popsali okolnosti vzniku stavu Flow – pro zážitek správného Flow efektu by měly být přítomny všechny tyto okolnosti:

- dostavuje se intenzivní a soustředěná koncentrace na přítomný okamžik,
- daná činnost a povědomí jsou v silném spojení,
- dochází ke ztrátě sebereflexe,
- získáváme okamžitou zpětnou vazbu ohledně úspěšnosti naší aktivity (k tomu nám stačí naše vlastní smysly),
- zintenzivňují se pocity nadhledu nad celou situací,
- ztrácíme pojem o čase a plyne nám rychleji,
- zkušenost z činnosti je vnitřně obohacující a zakoušíme pocit smysluplnosti.

4 Praktická část

4.1 Duševní zdraví z hlediska statistiky

Následující data byla využita z internetové stránky worldometers.info, na této stránce jsou veškerá data aktualizována každou vteřinu, číselné údaje využité v této práci jsou aktuální ke dni 21. 4. 2023 v čase 10:50:00:

- Světová populace: 8 028 780 019 osob
- Úmrtí za tento rok (celosvětově): 20 296 075 osob
- Počet sebevražd za tento rok (celosvětově): 324 344 osob

Z těchto dat tedy vyplývá, že problematika duševního zdraví je velice rozsáhlá, když je bráno v potaz, že za pouhé čtyři měsíce dosáhla psychika přes 324 tisíc osob do bodu, kdy tito lidé vidí jako jediné východisko zbavení se svých potíží ukončení svého života.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2021) zveřejnilo Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030 (aktualizován 25. 6. 2021), z jehož analytické části vyplývá:

- Problémy s duševním zdravím jsou příčinou přibližně jedné třetiny poznamenaných disabilitou v důsledku onemocnění a deprese je přitom globálně nejčastějším důvodem života v disabilitě.
- Při využití ukazatele DALY1 (Disability Adjusted Life Years), duševní onemocnění dohromady způsobují zátěž přibližně 15 %, což je srovnatelné s onemocněními onkologickými.
- Výskyt duševních onemocnění v české populaci dosahuje:
 - více než 10 % u poruch spojených s užíváním alkoholu,
 - více než 7 % u úzkostných poruch,
 - přibližně 5,5 % u poruch nálady (4 % závažné deprese),
 - téměř 3 % u poruch spojených s užíváním nealkoholových a netabákových drog
 - 1,5 % u psychotických poruch

- Další lidé trpí ADHD, poruchami příjmu potravy, poruchami osobnosti, demencemi a dalšími duševními onemocněními.
- Sebevraždu spáchají v ČR každý den přibližně 4 lidé.
- Významný výskyt duševních poruch nacházíme v dětské a adolescentní populaci.
- Sebevraždy jsou třetí nejčastější příčinou úmrtí adolescentů.
- Až 50 % duševních poruch u dospělých začíná před dosažením věku 14 let
- Prodleva mezi začátkem obtíží a léčbou může být 6-8 let, protože symptomy nejsou včas rozpoznány.
- Narůstá potřeba pedopsychiatrické péče.
- Přibývá dětí s poruchami autistického spektra a dalšími neurovývojovými poruchami, častěji se vyskytují poruchy chování a úzkostné poruchy u dětí.
- jako nový a alarmující trend pozorujeme zvyšování frekvence sebepoškozování a suicidálních pokusů mezi adolescenty.
- Nízká populační gramotnost v oblasti duševního zdraví a vysoká stigmatizace vedou ke skrývání nemoci a neochotě vyhledat odbornou pomoc, což v důsledku vede k horší prognóze onemocnění a sníženým šancím na zotavení.
- Je nedostupná i komplexní péče a podpora pro rodiny, které jsou neúměrně dlouhou dobu vystaveny vysoké emoční zátěži s nadměrnou mírou stresu, která může vyústit v chronické duševní onemocnění.

4.1.1 Prevalence duševních onemocnění

Následující data v této podkapitole byla použita z Analytické zprávy indikátorů psychiatrické péče, zveřejněné Ústavem zdravotnických informací a statistiky České republiky (2023):

Prevalence všech duševních chorob narůstá. Oproti roku 2010 došlo k nárůstu počtu pacientů o 21,5 %. Průměrný meziroční nárůst počtu pacientů je od roku 2010 téměř 2 %.

V populaci narůstá množství vážných psychotických onemocnění (SMI), kdy počet osob s SMI narostl v posledních 10 letech o 16,6 %. Více než 50 % nárůstu zaujímá zejména výskyt obsedantně kompulsivních poruch a 38,7 % nárůstu zaujímá výskyt depresí a bipolárních afektivních poruch.

I přes to, že prevalence velké části duševních chorob v populaci v posledním desetiletí vzrostla, výskyt některých z nich naopak mírně poklesl. To se týká množství diagnostikovaných mánií, či některých méně častých neurotických poruch.

4.1.2 Sebevraždy v České republice

V tabulce č. 1 můžeme sledovat vývoj sebevražd na území České republiky v letech 2001-2020. Z těchto dat vyplývá, že největší počet sebevražd – 1658 případů – byl zaznamenán v roce 2012 a to především ve věkové skupině 55-59 let - 196 případů. V porovnání s posledním dostupným rokem – 2020, je možné sledovat pokles celkových sebevražd o 434 případů.

Rok	Celkem	Věková skupina																
		-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-90	90+
2001	1 623	6	39	113	122	80	125	159	213	190	115	87	80	95	89	52	40	18
2002	1 534	6	44	73	108	102	103	149	189	185	133	75	82	78	103	55	38	11
2003	1 719	9	43	95	116	119	138	137	210	214	162	101	64	79	92	84	37	19
2004	1 583	8	43	81	111	106	119	127	196	197	172	86	71	83	79	69	14	21
2005	1 565	6	37	64	111	130	125	143	154	203	189	103	62	75	61	57	27	18
2006	1 400	3	42	71	78	97	111	115	135	193	161	83	76	69	76	63	17	10
2007	1 379	2	29	86	85	112	107	117	119	170	158	91	79	66	70	53	26	9
2008	1 379	4	42	68	81	113	111	130	110	171	147	89	72	67	69	65	35	5
2009	1 464	3	31	66	84	133	111	108	150	186	166	128	72	49	69	60	40	8
2010	1 502	1	43	71	89	105	125	118	160	157	197	124	102	55	54	51	41	9
2011	1 590	2	44	95	85	116	142	139	130	175	225	121	102	53	55	60	35	11
2012	1 658	4	32	62	87	114	173	137	153	169	196	153	113	74	56	69	50	16
2013	1 577	7	41	82	102	96	152	141	147	153	169	138	99	85	58	52	36	19
2014	1 489	2	34	61	99	84	136	137	139	149	147	118	107	99	68	54	37	18
2015	1 387	7	21	56	82	89	112	133	126	119	126	138	106	83	71	72	34	12
2016	1 318	-	37	63	80	91	106	126	117	128	102	111	115	77	72	53	27	13
2017	1 397	2	44	54	92	105	101	155	102	136	120	123	110	82	47	61	51	12
2018	1 352	4	37	70	66	96	101	139	114	121	111	94	109	95	87	50	44	14
2019	1 191	7	27	51	71	72	90	101	106	86	94	112	105	100	73	43	32	21
2020	1 224	4	24	43	77	78	84	112	106	94	111	101	86	99	85	62	41	17

Tabulka 1 Vývoj sebevražd v České republice v letech 2001-2020

Zdroj: ČSÚ, 2021

Národní portál psychiatrické péče pod záštitou ÚZIS uvádí, že v roce 2020 bylo v důsledku pokusu o sebevraždu hospitalizováno 1045 mužů a 1640 žen. V roce 2021 byl počet pacientů s duševním onemocněním, kteří ukončili hospitalizaci, 42076 osob, z toho následně po ukončení hospitalizace 105 osob spáchalo sebevraždu.

Z dat nacházejících se v kapitolách výše lze jako závěr vyvodit, že problematika duševního zdraví je mnohem rozsáhlejší, než by se mohlo zdát a dle názoru autorky práce je to problematika málo diskutovaná a málo rozšiřovaná do povědomí každého člověka, ať už se pohybuje v jakémkoliv profesním odvětví.

4.2 Centrum duševního zdraví

Při hledání vhodných zdrojů pro tuto bakalářskou práci byl nalezen projekt s názvem Reforma péče o duševní zdraví pod záštitou Ministerstva zdravotnictví ČR, tento projekt uvádí Centra duševního zdraví (dále CDZ). Tato centra jsou na oficiálních stránkách projektu reformapsychiatrie.cz specifikována jako mezičlánek mezi primární péče včetně ambulantní psychiatrické péče a lůžkovou – akutní i specializovanou péčí. Funkcí CDZ je prevence hospitalizací či jejich zkracování a nápomoc k reintegraci dlouhodobě hospitalizovaných do běžné komunity. Za tímto účelem vytváří CDZ potřebné programy a zajišťuje funkční propojení ambulantní a lůžkové péče. Tým CDZ poskytuje flexibilní, individualizovanou službu všem potřebným klientům bez čekací doby.

Na webových stránkách projektu je uvedeno, že lidé s duševním onemocněním se musí potýkat s mnoha problémy ve svém životě. Nejen že se musí vypořádat s nemocí jako takovou, potíže jim dělá i každodenní fungování. Pracovníci CDZ jim pomáhají všechny překážky překonat. V Centrech duševního zdraví se totiž daří kombinovat poskytování zdravotní a sociální služby, díky čemuž se pacient/klient zároveň může zotavit, a také se rychleji vrátit do běžného života. Pracovníci dohlíží nejen na dodržování správné medikace a schůzek s lékaři, ale i na udržování správné životosprávy, pomáhají ale i v oblasti bydlení, navazování a udržování nových sociálních vztahů a řešení budoucnosti.

Tento projekt by mohl být přínosný ve spojení s cestovním ruchem a mohl by být využit jako forma sociálního turismu. S využitím těchto center by mohlo být cestování dostupnější i pro osoby s duševním onemocněním, a to jak z hlediska finančního, tak z hlediska obtížných situací, které potkávají osoby s duševním onemocněním při provozování cestovního ruchu, se kterými by jim pracovníci CDZ mohli pomoci.

4.3 Články či práce na téma cestování s duševním onemocněním

Tato část je věnována sekundárnímu výzkumu, konkrétně analýze článků či prací dostupných na internetu s cílem zjistit, do jaké míry se nalezené zdroje, věnují problematice cestování s duševním onemocněním.

Výsledky vyhledávání článků přes google scholar v českém jazyce:

Při zadání „*cestovní osob s duševním onemocněním*“ nebyly nalezeny žádné výsledky. Při hledání článků s jakýmkoliv z uvedených klíčových slov je počet výsledků 14 100, nejčastěji se objevují odkazy na témata „*život osob s duševním onemocněním*“ nebo „*cestování osob s tělesným onemocněním*“, žádný z výsledků však nespojuje duševní onemocnění a cestování.

Výsledky vyhledávání článků přes google scholar v anglickém jazyce:

Do vyhledávače bylo zadáno *tourism and mental disorders*, bez uvozovek bylo nalezeno 315 000 výsledků, ovšem při vyhledávání těchto klíčových slov v uvozovkách nebyly nalezeny žádné výsledky. Při dalším vyhledávání bylo místo *disorders* hledáno klíčové slovo *illnesses* a následně také *health*. Články či práce, které obsahují alespoň jedno z uvedených klíčových slov, se často týkaly konkrétních druhů turismu, dále také mentálního zdraví obecně, méně častěji se objevovalo spojení cestování a duševního onemocnění, ale bylo nalezeno více hodících se odkazů k tématu práce, než při vyhledávání klíčových slov v českém jazyce. Nejvíce výsledků bylo nalezeno při použití klíčových slov *tourism and mental health*.

4.3.1 Poznatky z analýzy článků či prací dostupných na internetu

Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním

Užitečným zdrojem hodícím se k tématu této práce je kniha, dostupná i v elektronické verzi, Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním (Mahrová, 2008). Autorka v knize uvádí, jak s lidmi pracovat z pohledu zaměstnance, konkrétně sociálního pracovníka. Pro tuto bakalářskou práci je vhodným poznatkem z jejího díla, že klient s duševním onemocněním je člověk, a tak by se na něj nemělo pohlížet jen jako na diagnózu nebo problém. Potíže, které má, se vyskytly v některé z oblastí psychických funkcí a takové problémy jsou pro klienta

velkou zátěží. Aby bylo lépe porozuměno osobě s duševním onemocněním, je možné se podívat do základů psychologie. V kapitolách této knihy se autorka snaží upozornit na priority v přístupu sociálního pracovníka ke klientovi s duševními problémy z hlediska prvního rozpoznání příznaků onemocnění a možné sociální intervence.

Kvalita života osob s duševním onemocněním

Mezi prvními výsledky byla nalezena bakalářská práce Kadlečkové (2011), která zkoumá kvalitu života osob s duševním onemocněním. Z této práce vyplývá, že kvalitu života můžeme hodnotit na základě objektivních a subjektivních přístupů, kdy nejdůležitějším je subjektivní hodnocení nemocného, to, jak on sám vnímá vlastní zdravotní situaci, schopnost svého uplatnění v pracovním, rodinném a sociálním prostředí. K základním oblastem, které ovlivňují nebo vytvářejí kvalitu života, patří:

1. fyzikální funkce – mobilita, soběstačnost, zrak, sluch, kontinence,
2. emocionalita – deprese, lítostivost, pocit strachu, apod.,
3. sociální funkce – podpora a vztahy v rodině, vztahy k okolí, náplň volného času,
4. práce, domácí práce, volný čas,
5. bolest,
6. spánek a jeho kvalita,
7. symptomy, specifické pro dané onemocnění.

Dále byly nalezeny články v anglickém jazyce, které se částečně dotýkají tématu bakalářské práce. Jedním z nich je článek *Tourist Mental Health Drives Destination Choice, Marketing, and Matching* (Cooper and Buckley, 2022). Při analýze tohoto článku bylo očekáváno, že se zabývá tématem, jak mentální zdraví ovlivňuje klientovu volbu destinace, ovšem po přečtení bylo zjištěno, že článek pojednává spíše o dopadu COVID-19 na psychiku lidí a následnou volbu destinace. Tato bakalářská práce se problematikou COVID-19 nezabývá, proto tento článek nakonec nebyl přínosným zdrojem. Zmíněn v této práci je především pro dokázání skutečnosti, že článků či prací na téma cestování s duševním onemocněním je velmi málo, a to i v anglickém jazyce, který je více rozšířen, a tudíž bylo očekáváno nalezení více zdrojů vhodných k tématu této práce.

4.4 Případová studie osob s duševním onemocněním

V následujících podkapitolách jsou zpracovány výsledky provedených rozhovorů.

4.4.1 Osoba č. 1

Představení zkoumané osoby

První respondentkou pro tuto studii byla žena, 16 let, která trpí úzkostnou poruchou, poruchou příjmu potravy – mentální anorexií a v nedávně době byl u ní zjištěn též rozvoj schizofrenické poruchy, která do této doby byla zaměňována za depresivní poruchu.

Respondentka dokončila základní školu, poslední ročník převážně distančně přes individuální výuku, nebyla schopna do školy docházet, momentálně je studentkou učiliště, obor kuchařka/číšnice, od ledna 2023 nebyla ve škole přítomna a po diskuzi s psychologkou jí byla doporučena individuální výuka z důvodu neschopnosti do školy prezenčně docházet následkem velkého stresu a psychických problémů.

Mezi její volnočasové aktivity patří hraní počítačových her; v poslední době se věnuje cvičení – převážně jóga, plavání, lyžování; dále vaření a pečení; starání se o domácí mazlíčky. Uvedla, že od doby, kdy začala pravidelně cvičit, se cítí lépe i po psychické stránce.

Každodenní potíže nemocné osoby

Uvedené potíže jsou často projevy zmíněných psychických poruch, ale také vedlejší účinky medikace, kterou momentálně tázaná užívá.

Projevy agrese

Respondentka projevuje zvýšenou míru agresivity v situacích, kdy vše není podle jejích představ, pokud se jí nedaří daná činnost nebo nastane neočekávaná či nepříjemná skutečnost. Mezi příklady uvedla přípravu do školy, když se obléká či se snaží rozčesat si vlasy. Agrese se projevuje mlácením do věcí v okolí či do sebe samé, házením s věcmi, křičením či až hysterickým pláčem.

Náladovost

Mezi další obtíže tázané patří častá změna nálad. Její emoce jsou silnější – pokud má radost, je až hyperaktivní, směje se všemu, i ve vážných situacích a pokud je smutná, přechází do deprese, má pocit, že není dost dobrá a chce zemřít, tento stav doprovází i sebepoškozování či sebevražedné sklony. Pocity deprese nastávají, podobně jako u zmíněné agresivity, pokud se jí něco nepovede a můžou to být i maličkosti, například rozlije pití apod.

Přecitlivělost

Souvisí jak se zmíněnou agresí, tak náladovostí. Maličkosti ji dokážou naštvat více než u běžné osoby.

Respondentka uvedla za příklad návštěvu obchodu, pokud na ni promluví prodavačka nepříjemným tonem, pokud se něco omylem stane (omylem shodí nějakou věc v obchodě) a prodavačka ji napomene, nebo na ni začne být hrubá, tak je respondentka schopna se natolik stáhnout do sebe a už nepromluvit klidně celý den, neustále o situaci přemýšlí a cítí se díky tomu špatně, *protože zase něco pokazila*, velmi si to vyčítá. Po takto nepříjemných situacích už se nechce do daného obchodu vracet ze strachu, že by se toto mohlo opakovat nebo že narazí na stejnou prodavačku, která si incident bude pamatovat. K těmto situacím se váže velmi silný pocit úzkosti a následně až stav deprese.

Také ji dokážou rozesmutnit běžné věci, je citlivější na bolestivé události, například ztráta domácího mazlíčka. Je více fixovaná na oblíbené osoby a hned jak se s někým takovým (například partnerem) rozloučí, tak nastává pocit opuštění a smutek. Často pláče, protože jí daná osoba chybí, i přes to, že se viděli například před hodinou.

Problémy plnit povinnosti

Tázaná má potíže dojet do školy, ráno se ustrojí, připraví si vše do školy, udělá si svačinu, ale když chce odejít, nastane psychický blok a neschopnost opustit domov a svoji komfortní zónu.

Cestování

Respondentka uvedla, že cestuje ráda, konkrétně navštěvuje zámky, protože se zajímá o stavební styly a architekturu, převážně ji zaujala renesance. Také ráda navštěvuje aquaparky, zábavní parky či zoologické zahrady. Cestuje převážně s rodinou nebo s partnerem.

Podle možností cestuje přibližně 5x za měsíc, záleží však na momentálním psychickém stavu, pokud je zrovna v lepší fázi, cestuje i častěji. Uvedla, že důvodem, proč někdy cestuje méně jsou i úzkosti. Stává se, že by někam chtěla vycestovat, ale nastane psychický blok, který jí zamezuje odejít z domu.

Jak často a kam cestuje ovlivňuje také finanční situace, vzhledem k tomu, že sama ještě nemá žádný příjem, odvíjí se tento aspekt podle rodičů či partnera.

Potíže spojené s cestováním

Při cestování je pro tázanou nejtěžší opuštění své komfortní zóny, přemluvení sebe sama, aby se rozhodla cestovat a překonala svůj strach a pocit úzkosti. Při přípravě na cestu je často ve stresu, hodně přemýšlí o tom, s kým pojedje, jaký spolu mají vztah, jestli zde bude někdo, s kým již zažila rozpory a také jaké by mohly nastat konflikty. Má strach, že odcestuje a na cizím místě nastane stav deprese nebo jiný nepříjemný stav, spojený s jejím onemocněním, se kterým se na neznámém místě bude muset vypořádat, proto často nechce odcestovat a raději zůstane doma nebo zruší domluvené plány.

Když již vycestuje, nastává často problém opět způsobený úzkostmi, a to převážně z přehlcení stresem, například když je na tázanou vyvíjen nátlak. V takových situacích se zasekne a není schopna nic dělat, často jí nejde se ani pohnout z místa, komunikovat s lidmi a většinou nastává panický záchvat, kdy má potíže s dýcháním a pláče. Taková situace nastává například při využívání stravovacích služeb, kdy si má tázaná vybrat ze sortimentu, především když na ni někdo spěchá, aby se už rozhodla. Dalším problémem je časté přehlcení sociálními interakcemi, převážně nastává, pokud je někde mimo domov na delší dobu a pokud zde není mezi lidmi, se kterými má bližší vztah.

Potíže spojené se stravováním

Respondentka uvedla i potíže ve stravovacích zařízeních spojené s mentální anorexií. Pokud je v takovém rozpoložení, kdy se tato porucha více projevuje, nemá chuť k jídlu, rozhoduje se, zda by si měla vybrat nějaké jídlo nebo raději ne, protože by mohla ztloustnout a kolikrát raději nic nejí.

Potíže spojené s dopravou

Při využívání dopravy k cestování se tázaná často potýká s problémy v autobusech, především pak při nevhodném chování řidičů, kteří jsou často nepříjemní i bez zřejmého důvodu. Respondentka uvedla několik situací, které pro ni byly velice nepříjemné a stresující:

1. Řidič přejel zastávku, kde měla vystupovat, protože tázaná v tuto chvíli nebyla v dobrém psychickém rozpoložení, nebyla schopna dát řidiči vědět, že měla vystupovat a následkem toho se dostala do úzkostného stavu. Později si řidič všiml, že měla dávno vystupovat, následně na ni začal křičet, že měla dávno vystupovat a jede v autobuse zadarmo, zastavil na první následující zastávce, kde ji vyhodil z autobusu. Tato skutečnost se stala kolem jedenácté večer, tudíž už byla tma a respondentka nevěděla kde je, dané místo neznala a nevěděla, jak se odsud dostat. Celá tato skutečnost jí přivodila až panickou ataku.

2. Respondentka se potřebovala dostat z jedné strany města na druhou do určitého času, nastoupila na zastávce, slušně pozdravila a řekla, na jakou zastávku chce jet, řidič autobusu na ni začal být hrubý, řekl, že ji nepoveze tři zastávky přes město, že je to „mladá holka“ a ať se projde. Ovšem tázaná trpí astmatem a spěchala na určené místo, protože jí nezbýval čas a není pro ni možné pohybovat se rychleji, rozhodla se využít městskou dopravu, zmíněný řidič ji nakonec opravdu z autobusu vyhodil a odjel. Tázaná pociťovala silný pocit úzkosti a paniky, způsobený nepříjemnou konfrontací s řidičem a faktem, že nestihne domluvenou schůzku.

4.4.2 Osoba č. 2

Představení zkoumané osoby

Druhým respondentem pro tuto studii je muž, 24 let, kterému byla v 16 letech diagnostikována úzkostlivá porucha a ve 21 letech bipolární afektivní porucha. Do 21 let se neprojevovaly žádné potíže spojené s bipolární afektivní poruchou, ty nastaly až po prahovém zážitku (tázaný nespecifikoval). Následně začal docházet k terapeutovi a po dobu půl roku mu byla nasazena medikace. Respondent uvedl, že v poslední době se cítí lépe, co se týče jeho mentálního stavu a k odborníkovi nyní nedochází.

Mezi volnočasové aktivity respondenta patří především hudební produkce, také čtení knih, hraní počítačových her a péče o domácí mazlíčky. Uvedl, že právě domácí mazlíčci mu nejvíce pomáhají zlepšovat jeho mentální stav.

Každodenní potíže nemocné osoby

Respondent uvedl, že v momentální době jeho nemoc neovlivňuje natolik každodenní život. V mladším věku se potýkal s více problémy, ovšem teď přetrvává především častá změna nálad, a to v rámci dnů, každý den se cítí jinak a nikdy neví, jakou zrovna bude mít náladu. Jeho nálady se také často odvíjejí od různých situací a rychle se změny za krátkou dobu, je tak těžší si něco naplánovat, protože netuší, jestli v daný okamžik konání např. výletu bude mít chuť či sílu ho uskutečnit.

Pro tázaného je těžké navazování a udržování sociálních interakcí a často jimi bývá přehlacen. Má potíže se seznamovat s novými lidmi a zároveň má na určitých lidech závislost a velký strach, že ho tito lidé opustí. I právě kvůli strachu z opuštění má strach poznávat nové lidi a pouštět si je do svého života, aby nebyl zklamán, tak jako u zkušeností z minulosti, čímž se raději uzavírá sám do sebe a většinu času tráví sám nebo jen v přítomnosti opravdu blízkých osob.

Jsou zde také lehké náznaky agrese, ale respondent uvedl, že agresivní bývá jen při konfliktu s jinou agresivní osobou, pokud se k němu někdo chová nevhodně, často si neudrží chladnou hlavu.

Cestování

Tázaný rád navštěvuje historická místa, která ho kulturně obohacují, má rád i přírodní památky a podle jeho nálady se odvíjí, zda raději navštíví město nebo podnikne výlet například do hor za turistikou. Uvedl, že nemá s cestováním potíže a nezažívá stres spojený s jeho poruchou. Naopak, když navštíví místo, které ještě nezná a je pro něj nové, cítí se dobře a zažívá pocit naplnění a seberozvoje z poznávání nových destinací či kultur.

Respondent cestuje převážně s partnerkou za účelem vytváření společných zážitků a činí tak přibližně jednou za dva týdny. To, jak často cestuje, ovlivňuje jak finanční faktor, tak například počasí a teplota, uvedl totiž, že pokud venku není příliš příjemné počasí, cítí se demotivován cestovat.

Potíže spojené s cestováním

Co se týče situace před samotným vycestováním, tázaný uvedl, že je pro něj obtížné samotnou cestu uskutečnit a naplánovat, tedy vůbec se dostat k tomu, aby někam odcestoval. Je pro něj nepříjemné opustit komfortní zónu a potýkat se s nepříznivými událostmi, které mohou nastat, ale nelze je ovlivnit.

Nejčastějším problémem při cestování jsou pro respondenta již zmíněné interakce s lidmi. Především řešení konfliktů s osobami, které nezná. Také často nastává přehlčení lidmi, kdy už nemá sílu či náladu dále setrvávat mezi větším počtem osob a raději chce být sám, což při vycestování s určitou skupinou lidí není vždy možné.

Další obtíže nastávají při změnách plánu, tázaný má problém se přizpůsobit nečekaným událostem a vymyslet nový plán přímo při konání cesty. Tomuto problému se snaží předcházet precizní organizací každé cesty, aby byl na vše připraven.

Co se týče jednotlivých služeb poskytovaných v ČR, respondent neuvedl, že by měl výrazné obtíže při využívání jiné než vlastní dopravy, problémy se zajišťováním ubytovacích služeb nebo s využíváním stravovacích služeb. Často shledává potíže se stavem pokoje v ubytovacích zařízeních, ovšem není pro něj obtížné podat

stížnost ať už v tištěné formě či osobně. Jako nepříjemnou situaci spojenou se zaměstnanci CR uvedl potíže s nekompetentností recepční v ubytovacím zařízení, recepční špatně zarezervovala pokoj, což respondenta uvedlo do situace, kdy se musel vypořádat s nečekanou událostí, to pro něj bylo velice stresující a nepříjemné.

4.4.3 Osoba č. 3

Představení zkoumané osoby

Poslední zkoumanou osobou pro tuto práci je žena, 23 let, která trpí poruchou příjmu potravy, konkrétně mentální anorexií. Potýkala se s ní už od mladistvého věku, ovšem nemoc byla řešena až od okamžiku, kdy na její následky zkolabovala a byla odvezena k hospitalizaci. Hospitalizace a léčba proběhla v jejích 18 letech, kdy studovala ve třetím ročníku na gymnáziu. Z důvodu hospitalizace dokončila studium gymnázia až o rok déle a nyní studuje na vysoké škole v Brně obor biochemie, momentálně se připravuje na státnice.

Co se týče volného času tázané, mimo školu chodí na brigádu a jako koníčky uvedla především starání se o svého psa, který jí velice pomáhá s jejím mentálním stavem. Dále ráda čte, poslouchá hudbu a pravidelně cvičí. Cvičení nebo také chození do přírody jí pomáhá na chvíli vypnout špatné myšlenky a má to dobrý vliv na její psychiku.

Respondentka uvedla, že momentálně je na tom z hlediska nemoci lépe, stravuje se normálně, převážně pravidelně podle daného jídelníčku, občas má stále špatné pocity z toho, co si o jejím stavu lidé myslí, ale už ji to neovlivňuje tolik jako dříve.

Každodenní potíže nemocné osoby

Tělesná hmotnost

I přes to, že se v tuto chvíli respondentka cítí lépe v ohledu na její nemoc, stále jí někdy přepadávají myšlenky, zda nepřibrála a neměla by zase méně jíst. Uvedla však, že ví, jaká je hranice hmotnosti, pod kterou nesmí spadnou a tím co zažila v minulosti (hospitalizace) nechce riskovat, že by si léčbou musela projít znovu.

Potíže se socializovat

V době, kdy tázaná procházela nejtěžší fází nemoci, přišla o většinu kamarádů, ať už tím, že byla hospitalizována, a tudíž vytržena z prostředí, kde se s nimi nejčastěji setkávala, tak už tím, že její chování nebylo pochopeno a část z jejího blízkého okolí ji začala soudit za to, jaká je. Důsledkem toho má nyní problémy navazovat nové vztahy, také se vyhýbá větším davům, či rodinným sešlostem, různým akcím a celkově místům, kde se nachází větší množství lidí. Často se velmi dlouho rozhoduje, zda přijmout pozvání na nějakou společenskou akci či jít ven, protože tyto situace a interakce s lidmi psychicky nezvládá, je z nich ve stresu a přepadávají ji úzkosti.

Co se týče úzkostí, respondentka uvedla, že se nikdy tento problém s odborníkem více neřešil, je tedy možné, že kromě poruchy příjmu potravy by se u ní dala diagnostikovat i úzkostná porucha. Ovšem, jak tážána uvedla, momentálně se stravuje normálně, drží si adekvátní váhu, a tudíž nyní k žádnému odborníkovi nedochází.

Stres

Tázaná má potíže s běžnými činnostmi, a především s povinnostmi týkajícími se školy, uvedla, že je velmi ve stresu z toho, co musí do školy splnit, a hlavně pak ze zkoušek pro zakončení předmětů. Má potíže se soustředěním a nezvládá se připravovat do školy bez využití homeopatik. Často se také potýká se stresem, pokud dělá nějakou rekreační aktivitu místo využití volného času ke studiu, má pocit, že nic nestihne a že by raději veškerý čas měla věnovat škole, nikoliv svým koníčkům.

Cestování

Respondentka uvedla, že ráda cestuje do zahraničí, prozkoumává města i jejich okolí, přírodu, památky, baví ji poznávat jiné kultury. Nejvíce má ráda místa, která nenavštěvuje tolik lidí, je tam nejlépe sama, nejsou to nějak známá místa, raději je někde, kde je klid a může si sama užívat autenticitu místa, zde pak stráví o dost více času, než třeba při procházení památek nebo více známých destinací.

Uvedla, že ráda cestuje na delší dobu, minulé léto navštívila sama na tři týdny Estonsko a letos se chystá na čtyři týdny do Nizozemska. Také by ráda příští rok jela na Erasmus a plánuje cestovat čím dál více. Cestování ji velice naplňuje a má pozitivní vliv na její psychiku. Také přemýšlí o tom, že se odstěhuje z České republiky a zůstane již v zahraničí.

Kromě delších cest do zahraničí také ráda provozuje výlety s rodinou, především pěší turistiku nebo navštěvují trhy. Ráda by cestovala častěji, ale má hodně povinností do školy a již zmíněné potíže se stresem, aby vše stihla a měla včas hotové, proto dá často přednost studiu než možnosti cestovat.

Tázaná uvedla, že cestování je pro ni formou odpočinku a velmi ji naplňuje a pomáhá se současným psychickým stavem. Má potíže dlouho setrávat doma, v prostředí, které jí připomíná těžkou fázi jejího onemocnění, stále se zde vrací do minulosti a myslí na vše, co se odehrálo ve spojení s hospitalizací a léčbou. O dost lépe se cítila na zmíněné cestě do Estonska, i přes to, že jela sama. Uvedla, že na tomto místě ji nikdo neznal, a tudíž ji nikdo neposuzoval na základě její minulosti, neřešili, čím si prošla a nepohlíželi na ni s tím, že je nemocná.

Potíže spojené s cestováním

Pro respondentku by bylo obtížné jet na takový druh dovolené, kde by měla ležet a relaxovat například u moře. Na takových dovolených je zvykem jen odpočívat a chodit se stravovat do různých restaurací nebo v rámci ubytovacího zařízení. Tázaná by měla obtíže nic nedělat, nekonat žádný pohyb a jen chodit jíst. Uvedla, že by z takové dovolené byla psychicky rozhozena, protože by stále přemýšlela, jak zde nabere tělesnou hmotnost.

Také je pro ni obtížné jíst na určitých místech, protože má pocit, že na ni ostatní budou koukat a posuzovat, kolik toho sní. Potíže má například na oslavách a sešlostech, kde se víceméně jí nepřetržitě, jídla nejsou nijak rozložena, kdo si chce něco dát, vezme si. V takových případech má tázaná strach, že by si nehlídala, co jí a přejedla se, následně by jí bylo zle z většího množství jídla nebo by si vyčítala, kolik toho snědla.

Respondentka uvedla, že ne vždy se cítí v naprosté psychické pohodě a někdy nemá chuť někam cestovat, raději tak na poslední chvíli zruší plány, na které se jinak těšila, pokud jí v tento konkrétní den není dobře. Je pro ni tak těžké si něco naplánovat dopředu, protože neví, jak se bude cítit v okamžik konání akce či výletu, často se tak uchyluje k tomu, že si raději neplánuje nic a zůstává doma vždy, nebo cestuje jen sama. Ovšem někdy také nastává situace, kdy tázanou někam pozvou přátelé, a i přes to, že se necítí na to, aby někam šla, tak nedokáže odmítnout ze strachu, že o přátelé přijde, zároveň je ale velmi ve stresu, protože už dopředu přemýšlí, zda vůbec bude mít chuť či sílu na akci dorazit.

I přes to, že tázaná ráda cestuje sama na místa, kde ji nikdo nezná, uvedla, že i toto má své negativum. Když je v místě, kde ji nikdo nezná a nikdo neví její příběh, nemá se na koho obrátit v situacích, kdy by potřebovala oporu a ráda by s někým probrala co ji trápí z hlediska jejího onemocnění.

Další obtíž je pro respondentku organizace jídelníčku na cestách. Nelze vždy jíst pravidelně podle stanoveného režimu, který minimálně a nerada mění, když se jí tento jídelní režim rozhodí, je velice nesvá a dokáže si tímto pokazit zážitek z cestování.

Tázaná uvedla, že kromě zmíněného jídelního režimu je pro ni důležité mít vše naplánované dopředu a když na cestě přijde náhlá změna, která rozhodí její plán, necítí se v psychické pohodě. Není schopna se přizpůsobit neočekávaným situacím a v takové chvíli nastává panika a nechť kamkoliv jít či něco udělat, někdy potíže vyústí až do fáze vzteku. Jako příklad uvedla, když má přesně naplánované činnosti, co bude za den dělat a přijde někdo, kdo po ní chce další aktivitu navíc, čímž rozbije její plán a pro ni je velmi těžké se v takové situaci se změnou vypořádat.

Co se týče dopravy v rámci cestování, respondentka neuvedla žádné výrazné potíže s využíváním jiné než vlastní dopravy, naopak často využívá právě autobusovou či železniční dopravu. Jediné, kdy se cítí ve stresu, je v případech, kdy má nějaký spoj zpoždění a mohl by jí ujet navazující spoj.

S ubytovacími službami nemá žádné potíže, uvedla pouze, že stravování v rámci pobytů si raději zajišťuje sama. Co se týká stravování se v jiných zařízeních, tak si od hospitalizace dává pozor na určitá jídla, o kterých ví, že jí nesvědčí. Preferuje jídla, po kterých jí nebude zle, ale z hlediska mentální anorexie již nemá výrazné potíže s výběrem jídla. Hlídá si, zda například za jeden den nejedla příliš sladkého jídla, jinak má nastavené porce pro udržení váhy, které dodržuje a tím i z hlediska psychiky nemá tolik potíže se stravováním.

Tázaná uvedla, že se v rámci cestování nesešla s nepříjemnou situací, kdy by byla nepochopena ze strany zaměstnance CR. Právě naopak se setkala se zaměstnanci, kteří byli velmi ochotní, pokud uvedla, že žádné jídlo z nabídky nejí, tak jí připravili náhradní stravu a vyšli jí vstříc.

5 Diskuze a shrnutí výsledků

Výsledky rozhovorů v praktické části poskytují odpovědi na výzkumné otázky:

Výzkumná otázka č.1: Jaké nastávají pro osobu s duševním onemocněním/psychickou poruchou při cestování potíže?

Díky tomu, že byl výzkum proveden se třemi osobami, došlo ke zjištění, že nelze vždy aplikovat stejné poznatky na více osob s duševním onemocněním, a to především kvůli výskytu různých diagnóz u vybraných subjektů, ale také z důvodu individuality a odlišnosti vnímání svých potíží každého z nich.

I tak pro každého z tázaných nastává několik stejných potíží jak v každodenním životě, tak při cestování, a ty jsou následující:

- Problém se socializovat, úzkosti a strach z lidí
- Časté přehlčení sociálními interakcemi, potřeba zůstat v ústraní
- Potíže s častou změnou nálad
- Citlivější vnímání – ať už toho, co se kolem nich děje, toho, jakým způsobem s nimi ostatní hovoří nebo vnímání sebe sama
- Potřeba mít vše přesně zorganizované před začátkem cesty
- Neschopnost se adaptovat na náhlé změny plánu
- Zvýšená agrese a/nebo úzkost v neočekávaných situacích
- Časté rušení plánů jako prevence před neočekávanými a nepříjemnými událostmi

Vzhledem k tomu, že by práce měla být přínosná i pro zaměstnance v CR, respondenti uváděli, zda se setkali s nepříjemnou situací vlivem nepochopení právě ze strany zaměstnanců CR. U prvního případu tázaná uvedla, že má časté obtíže s dopravci především u autobusové dopravy, ovšem u ostatních případů nebyly objeveny žádné potíže. Naopak poslední respondentka měla se zaměstnanci CR dobré zkušenosti, konkrétně ve stravovacích zařízeních, kde vyhověli jejím speciálním požadavkům.

Tyto výsledky tedy poukazují na skutečnost, že se již určité obtíže dostávají do povědomí u zaměstnanců v CR a snaží se na ně brát ohled, ale stále se vyskytují

případy, kdy je vzdělanost v této oblasti nedostatečná. Je možné vidět rozdíl v povědomí o duševním onemocnění mezi jednotlivými službami – tedy stravovací služby a dopravní služby. Také by se dalo konstatovat, že u případu č. 1 se dopravce zachoval nevhodně z důvodu nevědomosti o problémech tázané a u případu č. 3 byli zaměstnanci s obtížemi tázané seznámeni, a proto ji spíše vyhověli. Ovšem záleží na více aspektech, proč se každý ze zaměstnanců zachoval jinak, především na informovanosti, zkušenostech, a charakteru jednotlivců.

Výzkumná otázka 2: Může pro osobu s duševním onemocněním/psychickou poruchou být cestování formou terapie? A jak?

I přes určité obtíže, které cestování vybraným osobám přináší, všechny tři uvedly, že cestují rády a poměrně často.

První tázaná nekladla tolik důraz na přínosy cestování, tudíž nelze zcela potvrdit, ani vyloučit, zda je pro ni cestování i formou terapie. Ovšem uvedla, že je to něco, co ji baví, lze tedy předpokládat, že jí cestování i určitým způsobem dopomáhá ke zlepšení jejího mentálního stavu, ale pravděpodobně záleží na konkrétní situaci a cestě/výletu/dovolené, zda se vydaří podle představ tázané a nezaskočí ji neočekávané potíže, které jí následně zkazí pozitivní prožitek cestování.

Druhý respondent uvedl, že mu cestování pomáhá v seberozvoji a pokud najde místo, které se mu opravdu líbí, naplňuje ho cestování pozitivní energií a zlepšuje tak jeho mentální stav. I přes to, že se někdy potýká s nechutí k vycestování, protože se zrovna nenachází v dobrém psychickém rozpoložení, je cestování něco, co rád provozuje, a především si díky němu vytváří zážitky, na které se rád ohlíží. Pokud v tomto případě aplikujeme teorii Flow, potvrdí se nám její definice, a tudíž i fakt, že cestování opravdu může být formou terapie.

V třetím případě je odpověď zcela zřejmá, sama tázaná uvedla, že cestuje právě za účelem odpoutání se od určitých problémů. Nerada setrvává doma, v prostředí pro ni psychicky náročném. Potíže, se kterými se při cestování setkává jsou v menší míře a o dost více jí cestování přináší kladné pocity, klid a psychickou pohodu.

Stejně jako u výzkumné otázky č.1, ani u této nelze získané poznatky aplikovat všeobecně na každou osobu s duševním onemocněním. Je-li však otázka položena,

zda je možné, aby osoba s duševním onemocněním vnímala cestování jako formu terapie, odpověď je ano. Z rozhovorů však vzešlo, že pro někoho je cestování více náročné, pro někoho méně a záleží čistě na osobnosti jednotlivce.

Také by se dalo konstatovat, že záleží i na věku a pohlaví nemocné osoby. První osoba se stále řadí mezi adolescenty, a tak na její jednání či reakce na potíže má vliv také období dospívání. Se svojí nemocí se teprve snaží vypořádat, navíc jak uvedla, i samotná diagnóza nemoci je teprve v procesu určení a taktéž i její léčba. Další dva respondenti jsou již dospělí a samostatní, nejsou v péči rodičů, tudíž se mohou samostatně rozhodovat, kdy a jak cestovat, řídí svoje vlastní finance, což také hraje velkou roli v tom, jak často cestují.

Důležitým výsledkem této práce, je, jak již bylo zmíněno v předchozí kapitole, zjištění, že problematika duševního zdraví je stále více aktuální, počet osob, které trpí určitým duševním onemocněním přibývá, ale ne v dostatečně velké míře přibývá zájem o tuto problematiku a její řešení. I přes to, že se více rozšiřuje výskyt projektů, které se zabývají duševním onemocněním, stále je také více případů, kdy psychické potíže nejsou řešeny včas nebo nejsou řešeny vůbec. Přibývá především dětí a adolescentů trpících psychickými poruchami, stejně tak se zvyšuje počet sebevražd jak lidí obecně, tak pak převážně adolescentů.

Duševní zdraví by mělo mít stejnou váhu jako zdraví fyzické, ovšem není tomu tak, a navíc se stále objevují případy, kdy je hovoření o psychických potížích nevhodným nebo zamlčovaným tématem. V některých rodinách mají děti stále potíže se svěřit se svými problémy rodičům, často čelí nepochopení, posměchu nebo nepřikládání vážnosti tomu, s čím se svěřují. Stejně tak bylo touto studií dokázáno, že ne všichni zaměstnanci, ať už v odvětví CR, tak v jiném, jsou dostatečně informováni se skutečností existence, a především růstu výskytu psychických poruch. Často neví, jak se v určitých situacích zachovat a také nejsou v oblasti duševních onemocnění nijak vzděláni. Pokud jim není přímo vysvětleno, jaké potíže nemocná osoba má, netuší, jak s ní jednat a co vlastně její onemocnění obnáší.

6 Závěry a doporučení

Cílem práce bylo především dostat do povědomí problematiku duševního onemocnění ve spojitosti s cestovním ruchem, čehož bylo touto studií dosaženo. Práce poukazuje jak na jednotlivé potíže osob, které trpí psychickou poruchou, tak na přínosy cestování pro jejich mentální stav.

Je nutné konstatovat, že nelze všechny nemocné osoby hodnotit stejně a očekávat, že budou reagovat na situace stejným způsobem. Duševní onemocnění působí na každého člověka jinak, někdo pocítuje více obtíží (obecně i při cestování), někdo je schopný se s nemocí vypořádat lépe. I přes to by bylo vhodné zvýšit informovanost zaměstnanců CR (i mimo CR) o výskytu a růstu počtu osob s duševním onemocněním. Doporučením je provést určité školení zaměstnanců v CR, aby měli povědomí, jak s těmito osobami případně jednat.

Problém, který nastal při tomto výzkumu, byl především s analýzou článku či prací dostupných na internetu. Analýza proběhla za účelem zjištění, zda se nějaké články již o problematiku duševního onemocnění ve spojení s cestováním zajímají. Ovšem práce zabývající se konkrétně tímto problémem nebyly nalezeny, pouze práce na podobná témata, nejčastěji na téma buď duševního onemocnění nebo cestování, nikoliv obou. Dalším problémem byla také dostupnost článků v anglickém jazyce, některé z nalezených byly placené a nebyly k dispozici ani při přihlášení přes portál UHK. Je možné, že právě tyto články by mohly být přínosné pro tuto práci.

Tuto práci by bylo možné dále rozvíjet, vhodné by bylo například zajistit vyšší počet respondentů, nejlépe s různými psychickými poruchami, aby bylo možné analyzovat každou z nich zvlášť a následně porovnat podobné rysy. To by vedlo k většímu pochopení nemocných osob a následně i lepší vzdělanosti lidí bez duševního onemocnění. Obecný nárůst vzdělanosti a povědomí o duševních nemocech by mohl být přínosem pro osoby trpící těmito nemocemi. Díky tomu by pak mohlo být pro více nemocných osob cestování spíše zmíněnou formou terapie, než obtížnou činností, což by i podpořilo koncept sociálního turismu.

7 Seznam použité literatury

- [1] COOPER, Mary-Ann and BUCKLEY, Ralf. *Tourist Mental Health Drives Destination Choice, Marketing, and Matching*. Journal of Travel Research. The author(s) 2021. Published online: May 6, 202. [cit. 16.04.2023].
Dostupné z:
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/00472875211011548>
- [2] ČSÚ. Český statistický úřad. *Sebevraždy v České republice - 2011 až 2020*. 2021 [online]. [cit. 04.04.2023]. Dostupné z:
<https://www.czso.cz/csu/czso/sebevrazdy-v-ceske-republice-2011-az-2020>
- [3] CSÍKSZENTMIHÁLYI, Mihály. *Flow: o štěstí a smyslu života*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0918-8
- [4] CSÍKSZENTMIHÁLYI, M. and NAKAMURA, J., *The Concept of Flow*. In C. Snyder, & S. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology*. New York: University Press. 2002
- [5] HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. - Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2
- [6] HOUŠKA, Petr. *Nový pojem – sociální cestovní ruch*. Celyoturismu.cz. 3. května 2006 [online]. [cit. 06.03.2023]. Dostupné z:
<https://celyoturismu.cz/novy-pojem-socialni-cestovni-ruch/>
- [7] INDROVÁ, Jarmila, KIRÁLOVÁ, Alžbeta a kol. *Cestovní ruch pro všechny: odborná školení a vzdělávání pracovníků územní veřejné správy pro oblast cestovního ruchu*. V Tribun EU vyd. 1. Praha: Tribun EU, 2008. Knihovnicka.cz. ISBN 978-80-7399-407-05
- [8] KADLEČKOVÁ, Blanka. *Život osob s duševním onemocněním*. 2011 [online]. Dostupné z:
http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/17155/kadle%c4%8dkov%c3%a1_2011_bp.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- [9] MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5
- [10] Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Centra duševního zdraví (CDZ). Reforma psychiatrie*. 2023 [online]. [cit. 04.04.2023]. Dostupné z:
<https://www.reformapsychiatrie.cz/projekty/centra-dusevniho-zdravi-cdz>
- [11] Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030 – Analytická část*. Poslední aktualizace: 25. června 2021 [online]. [cit. 04.04.2023]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/narodni-akcni-plan-pro-dusevni-zdravi-2020-2030/>

- [12] MKN-10. Mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize. *F00-F99 – Poruchy duševní a poruchy chování*. 2023 [online]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F00-F99>
- [13] NZIP. Národní zdravotnický informační portál. *Rejstřík pojmů – duševní onemocnění*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 2023 [online]. [cit. 06.03.2023]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz>. ISSN 2695-0340
- [14] PROCHÁZKOVÁ, Tereza. *Fenomén Flow I. Trénink mozku a paměti efektivně*. Mentem.cz. 25. ledna 2017 [online]. [cit. 06.03.2023]. Dostupné z: <https://www.mentem.cz/blog/fenomen-flow-1/>
- [15] Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. *Analytická zpráva – Indikátory psychiatrické péče*. 2021 [online]. [cit. 04.04.2023]. Dostupné z: <https://psychiatrie.uzis.cz/res/file/psychiatricka-pece-cr/indikatory-analyticka-zprava.pdf>
- [16] Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. *Národní portál psychiatrické péče – Indikátory psychiatrické péče*. 2023 [online]. [cit. 04.04.2023]. Dostupné z: <https://psychiatrie.uzis.cz/cs/psychiatrie-v-datech/psychiatricka-pece-v-cr/indikatory>
- [17] Worldometers. *Real time world statistics*. Worldometers.info. 2023 [online]. [cit. 21.04.2023]. Dostupné z: <https://www.worldometers.info/>
- [18] ZELENKA, Josef a PÁSKOVÁ, Martina. *Výkladový slovník cestovního ruchu*. Kompletně přeprac. a dopl. 2. vyd. Praha: Linde Praha, 2012. ISBN 978-80-7201-880-2



Zadání bakalářské práce

Autor: Marie Matejsková

Studium: I2000628

Studijní program: B0413P050030 Management cestovního ruchu

Studijní obor: Management cestovního ruchu - anglický jazyk

Název bakalářské práce: **Sociální turismus. Vliv duševního onemocnění na cestování.**

Název bakalářské práce AJ: Social tourism. The impact of mental disorders on travelling.

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Cílem práce je popsat problematiku týkající se cestování osob, které trpí duševním onemocněním. Kvalitativní výzkum formou rozhovorů bude zaměřen na analýzu potíží, které nastávají při cestování osob s diagnózou určité psychické poruchy a výsledkem by mělo být hlubší porozumění této problematice s přínosem pro zaměstnance v oblasti cestovního ruchu.

Osnova:

1. Úvod
2. Cíl práce
3. Metodika zpracování
4. Teoretická část
 - 4.1. Sociální turismus
 - 4.2. Duševní onemocnění
 - 4.2.1. Afektivní poruchy
 - 4.2.2. Úzkostné poruchy
 - 4.2.3. Poruchy příjmu potravy
 - 4.2.4. Poruchy osobnosti
 - 4.2.5. Fobie
 - 4.2.6. Hypochondrie
 - 4.2.7. Schizofrenie
 - 4.3. Cestování s duševním onemocněním
5. Praktická část
 - 5.1. Charakteristika osob případové studie
 - 5.2. Jednotlivé případy studie

- 5.2.1. Osoba č. 1
- 5.2.2. Osoba č. 2
- 5.2.3. Osoba č. 3
- 5.2.4. Osoba č. 4
6. Shrnutí a diskuze výsledků
7. Závěry a doporučení
8. Seznam použité literatury
9. Přílohy

1. Cestovní ruch pro všechny. Metodická příručka MMR ČR. Praha, 2008
2. FISHER, S.; ŠKODA, J.; SVOBODA, Z.; ZILCHER, L. Speciální pedagogika: Edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální. Praha: Triton, 2014
3. HEDL, Jan. Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace. Praha, 2005
4. In PANČOCHA, K.; PROCHÁZKOVÁ, L.; SYOUD SOLÁROVÁ, K. et al. Edukativní, intervenční a terapeutické přístupy k dospělým osobám a seniorům se zdravotním postižením. Brno: Masarykova univerzita, 2013
5. ISTO. The social and economic benefits of social tourism, Social tourism enquiry; Submission of International Social Tourism Organization, 2011
6. MINNAERT, L.; MAITLAND, R.; MILLER, G. Tourism and social policy - The value of social tourism in: Annals of Tourism Research, 2009
7. PÁSKOVÁ, M.; ZELENKA, J. Výkladový slovník cestovního ruchu. Praha: Ministerstvo pro místní rozvoj, 2002
8. REICHEL, Jiří. Kapitoly metodologie sociálních výzkumů. Praha: Grada Publishing, a. s., 2009
9. VALENTA, M.; MÜLLER, O. Psychopedie: teoretické základy a metodika. Praha: Parta, 2013
10. ZVOLSKÝ, P. a kol. Speciální psychiatrie. Praha: Státní pedagogická knihovna Brno, 1998

Zadávací pracoviště: Katedra rekreologie a cestovního ruchu,
Fakulta informatiky a managementu

Vedoucí práce: Mgr. Dagmar Hrušová, Ph.D.

Oponent: Mgr. Petr Hruša, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 24.1.2021