

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2017

Nikola Hrubá

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Postoj laické veřejnosti k osobám s duševním onemocněním

Nikola Hrubá

Bakalářská práce

2017

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2015/2016

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Nikola Hrubá**  
Osobní číslo: **Z14158**  
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**  
Studijní obor: **Zdravotně-sociální pracovník**  
Název tématu: **Postoj laické veřejnosti k osobám s duševním onemocněním**  
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

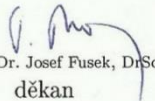
Seznam odborné literatury:

1. DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. Diagnostika a terapie duševních poruch. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-1620-6.
2. MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.
3. OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5199-3.
4. PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. Ošetrovatelství v psychiatrii. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4236-6.
5. VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-7.

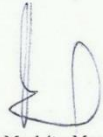
Vedoucí bakalářské práce: doc. PhDr. Marie Macková, PhD.  
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: 1. prosince 2015

Termín odevzdání bakalářské práce: 9. května 2017

  
prof. MUDr. Josef Fusek, Dr.Sc.  
děkan

L.S.

  
Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 17. února 2017

## Prohlášení autora

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 28. 4. 2017

Nikola Hrubá

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych poděkovala své vedoucí práce doc. PhDr. Marii Mackové, PhD. za odborné vedení bakalářské práce, za její čas a trpělivost. Dále bych chtěla poděkovat respondentům, kteří věnovali svůj čas, pro vyplnění mého dotazníku.

## **ANOTACE**

Tato bakalářská práce s názvem „Postoj laické veřejnosti k osobám s duševním onemocněním“ je teoreticko-výzkumná. Teoretická část je zaměřena na duševní onemocnění, zejména na schizofrenii a afektivní poruchy, jeho historii, zdravotní a sociální péči osob s duševním onemocněním, dále na postoje laické veřejnosti k těmto osobám a na problematiku svéprávnosti. Výzkumná část práce se zabývá postojem laické veřejnosti k osobám s duševním onemocněním. Výsledky dotazníkového šetření, které bylo použito, jsou zpracovány pomocí grafů a tabulek.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Duševní onemocnění, stigmatizace, schizofrenie, afektivní poruchy

## **TITLE**

General public attitude to people with mental illness

## **ANNOTATION**

The bachelor thesis "General public attitude to people with mental illness" is divided into theoretical and research part. The theoretical part describes mental illnesses, particularly schizophrenia and affective disorders, its history, health and social care for people with mental illness, as well as the attitudes of the lay public towards them and on the legal capacity issue. The research part of the thesis deals with the attitude of the lay public towards people with mental illness. The results of the questionnaire survey are shown in graphs and tables.

## **KEYWORDS**

Mental illness, stigma, schizophrenia, affective disorders

# OBSAH

Úvod.....	12
Cíle práce .....	14
I Teoretická část .....	15
1 Historie přístupu k osobám s duševním onemocněním .....	15
1.1 Pojetí duševní choroby ve starověku.....	15
1.2 Pojetí duševní choroby ve středověku a novověku .....	15
2 Vymezení základních pojmů .....	18
2.1 Duševní onemocnění.....	18
2.1.1 Schizofrenie .....	19
2.1.2 Afektivní poruchy .....	20
3 Psychiatrická péče a sociální služby pro osoby s duševním onemocněním .....	21
3.1 Druhy psychiatrické péče .....	21
3.2 Reforma psychiatrické péče .....	23
3.3 Sociální péče o osoby s duševním onemocněním .....	23
4 Postoj veřejnosti k duševně nemocným.....	26
4.1 Postoj.....	26
4.2 Stigma .....	26
4.3 Stigmatizace osob s duševním onemocněním.....	27
4.3.1 Stigmatizace zdravotníkem.....	28
4.3.2 Rodina a stigmatizace .....	28
4.3.3 Stigmatizace u schizofrenie .....	28
4.3.4 Destigmatizace u schizofrenie .....	30
4.3.5 Stigmatizace u afektivních poruch.....	31
4.3.6 Destigmatizace u afektivních poruch.....	32
5 Omezení svéprávnosti u osob s duševním onemocněním .....	33
II Výzkumná část.....	35



6	Výzkumné otázky .....	35
7	Metodika výzkumu .....	36
7.1	Typ výzkumu .....	36
7.2	Technika sběru dat .....	36
7.3	Charakteristika výzkumného vzorku.....	36
7.4	Zpracování získaných dat.....	39
8	Prezentace výsledků.....	40
9	Diskuse.....	57
10	Závěr .....	63
11	Použitá literatura .....	65
12	Přílohy.....	70

## SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Obrázek 1 Pohlaví respondentů .....	37
Obrázek 2 Vzdělání respondentů .....	39
Obrázek 3 Úroveň znalostí o osobách s duševním onemocněním.....	42
Obrázek 4 Zdroje informací o duševním onemocnění.....	43
Obrázek 5 Informace o chodu zařízení .....	44
Obrázek 6 Informace o typu diagnóz klientů v zařízení .....	45
Obrázek 7 Nebezpečnost osob s duševním onemocněním .....	46
Obrázek 8 Názor na hospitalizaci v psychiatrických léčebnách.....	47
Obrázek 9 Názor na chráněné bydlení .....	48
Obrázek 10 Názor na omezení svéprávnosti.....	49
Obrázek 11 Vnímání osob s duševním onemocněním.....	50
Obrázek 12 Zkušenost s osobami s duševním onemocněním.....	51
Obrázek 13 Názor na obavy z osob s duševním onemocněním .....	53
Obrázek 14 Obavy z komunikace .....	55
Obrázek 15 Utváření názoru na osoby s duševním onemocněním .....	56
Tabulka 1 Věk respondentů .....	38
Tabulka 2 Význam termínu Duševní onemocnění dle respondentů .....	41
Tabulka 3 Vlastní zkušenosti s osobami s duševním onemocněním .....	52
Tabulka 4 Obavy z komunikace s osobami s duševním onemocněním .....	55

## **SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK**

MZ            Ministerstvo zdravotnictví

Sb.            Sbírka zákonů

WHO          World Health Organization

## ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá postojem laické veřejnosti k osobám s duševním onemocněním. Nad tímto tématem jsem začala uvažovat během praxe v zařízení pro osoby s duševním onemocněním, kdy jsem si uvědomila, že práce s osobami s duševním onemocněním je velice zajímavá a dokážu si představit, že bych s touto cílovou skupinou mohla v budoucnu spolupracovat.

Dalším důvodem, proč jsem zvolila toto téma jako téma své bakalářské práce, je, že mne zajímá, zda v obci, kde žiji, a kde je zařízení pro takto nemocné osoby, přetrvávají negativní postoje, tak jako ve společnosti. Myslím si, že zejména komunita, ve které osoby s duševním onemocněním žijí, by měla za těmito osobami stát a měla by propagovat své zkušenosti s těmito osobami, aby se ve společnosti nadále nešířily mýty o duševně nemocných.

Lidé s duševním onemocněním byli dříve ve společnosti bráni jako osoby, které by se neměly zapojovat do společenského života, byli utiskováni. Vzhledem k tomu, že se medicína posunula na lepší úroveň, změnil se i pohled na osoby s duševním onemocněním k lepšímu. To zejména proto, že o těchto nemocích máme více informací a víme, že se duševní nemoci dají léčit. Postoj k nemocným a k léčbě jejich potíží je naprosto odlišný od postoje minulých staletí. V dnešní době nezavíráme duševně nemocné do sanatorií, ba naopak se snažíme o jejich adaptaci ve společnosti. Ačkoli máme daleko více informací o duševním onemocnění, i v dnešní době se setkáváme s negativními postoji vůči těmto osobám. Myslím si, že na přetrvávajícím názoru se podílejí nemalou mírou média, která duševně nemocné často vykreslují jako neschopné a nebezpečné „blázny“. A přestože žijeme ve vyspělé společnosti a máme mnoho zdrojů, podle kterých si můžeme utvořit vlastní názor, stává se, že nekriticky přijímáme názory, které nám nejen média podsouvají. Díky těmto informacím se ve společnosti utváří stereotypy, které jsou dále předávány napříč generacemi. Ve společnosti se v nemalé míře díky stereotypům objevuje stigma, které má velký vliv na život osob s duševním onemocněním. Dle mého názoru stigmatizace působí na všechny oblasti lidského života. Duševně nemocným stigmatizace zabraňuje k navrácení duševního zdraví. Naštěstí existuje mnoho destigmatizačních programů, nicméně je nutné, aby se do nich zapojilo více lidí, aby osoby s duševním onemocněním cítily od společnosti kolem nich podporu.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. Mezi hlavní témata teoretické části patří duševní onemocnění a stigmatizace osob s duševním onemocněním, dále se tato část zabývá historií péče o duševně nemocné, zdravotní a sociální péči a o omezení

svéprávnosti. Praktická část práce se zabývá postojem laické veřejnosti k osobám s duševním onemocněním. Postoje byly zjišťovány v komunitě, kde se zařízení pro tyto osoby nachází. Pro zjištění postojů byl využit dotazník vlastní tvorby. Výzkumná část je tvořena z výzkumných otázek, metodiky výzkumu a analýzy získaných dat.

## **CÍLE PRÁCE**

Cílem teoretické části práce je objasnit pojmy duševní onemocnění, stigma a postoje, blíže popsat historii péče, problematiku stigmatizace osob s duševním onemocněním a problematiku omezení svéprávnosti.

Hlavním výzkumným cílem bakalářské práce je zjistit, jaký je postoj laické veřejnosti ve vybrané komunitě k osobám s duševním onemocněním.

Dílčím cílem je zjistit, jaké má laická veřejnost ve vybrané komunitě informace o duševním onemocnění.

# I TEORETICKÁ ČÁST

## 1 HISTORIE PŘÍSTUPU K OSOBÁM S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

První kapitola této práce je zaměřena na postoj k osobám s duševním onemocněním v průběhu historie.

### 1.1 Pojetí duševní choroby ve starověku

Jak uvádí Libiger (2015, s. 16), poznatky o duševním onemocnění měli lidé již od počátku dějin, pouze se v průběhu let měnil přístup v chápání nemoci, v léčbě a v přístupu k nemocným. Péče o nemocné se váže ke vzniku lékařského řemesla. Ve starověku byl lékař prostředníkem mezi nemocným a nadpřirozenými silami, které měly nemoc zapříčinit. Lékař měl za úkol nemocného léčit a zároveň zařikávat. K léčbě byly využívány bylinné lektvary a magické rituály. Jak uvádí Ocisková a Praško (2015, s. 13), o jeden z prvních převratů v oblasti péče o duševně nemocné se zasloužil Hippokrates v 5. století před n. l.. Hippokrates vysvětloval duševní onemocnění pomocí tělesných šťáv, podle kterých vytvořil první typologii osob. Dle Hippokrata je duševní onemocnění nemocí mozku, která vzniká z důvodu nepoměru tělesných šťáv v těle nemocného člověka. K léčbě využíval například pracovní činnosti a dietu.

### 1.2 Pojetí duševní choroby ve středověku a novověku

Ve středověku nadále pokračuje vliv náboženství v pohledu na duševně nemocné, který v této době převažoval. Léčbu duševně nemocných měli na starost kněží, kteří se snažili nemocné vyléčit vymítáním ďábla. Pokud ani vymítání ďábla nepomohlo, byli nemocní odsuzováni ke smrti upálením (Libiger, 2015, s. 18). Petr, Marková a kol. (2014, s. 26) ve své knize uvádějí, že tento pohled na duševní onemocnění byl sice převažující, nikoliv jediný. V období středověku i novověku se objevili lékaři, kteří se postavili převažujícím názorům a démonologii nepřijímali. V 15. století se začaly objevovat první azyly pro nemocné přidružené k nemocnicím. V období novověku se na osoby s duševním onemocněním přestalo pohlížet jako na posedlé, ale byly vnímány jako nemocné. Přístup k nim a jejich příbuzným se začal měnit. V případě, že rodina nezvládala o nemocného pečovat, mohla využít neklášterního azylu, kde byl nemocný izolován od společnosti (Petr, Marková a kol., 2014, s. 26). Jak uvádí Ocisková a Praško (2015, s. 14), v těchto zařízeních panovala přísná

pravidla, která když nebyla nemocnými dodržována, tak následovaly přísné tresty, mezi něž patřilo pálení železem, přivazování řetězem nebo ponořování do studené vody.

Pro léčbu se využívaly různé praktiky, mezi něž patřilo pouštění žilou, hladovka, klystýr nebo byl nemocným podáván rtuťový preparát k pročištění (Libiger, 2015, s. 19). Experimentální léčba se využívala z důvodu neznalosti psychiatrie, protože pro lékaře bylo velice těžké vyzkoumat, co je příčinou onemocnění. Málo poznatků o duševním onemocněním bylo způsobeno také tím, že duševně nemocní ani jejich rodiny odbornou pomocí aktivně nevyhledávali (Ocisková a Práško, 2015, s. 14).

Petr, Marková a kol. (2014, s. 27) uvádí, že v období od poloviny 17. století do 18. století byly duševně nemocné osoby izolovány od společnosti, byly vězněny v celách, žalářích a sklepích. Věznění byli zejména ti nemocní, kteří byli pro společnost nebezpeční. V Anglii byl v roce 1744 novelizován zákon, který ukládal možnost soudcům rozhodnout bez lékařů, zda je duševně nemocná osoba pro společnost nebezpečná, nebo ne. Pokud bylo rozhodnuto, že je osoba nebezpečná, bylo možné ji věznit. V případech, že soudce neuznal nemocného nebezpečným, byl ponechán napospas. Pro tyto nemocné začaly v tomto období vznikat městské azyly, kde byli ubytováni společně s žebráky a jinými vyvrheli společnosti.

Velkým přelom v psychiatrii a léčbě duševně nemocných nastal v 18. století zásluhou pařížského lékaře Phillipa Pinela, jeho názory na péči o duševně choré se velice rychle rozšířily po celé Evropě. Phillip Pinel se zasloužil o to, aby osoby s duševním onemocněním nebyly vězněny a bylo o ně postaráno stejně jako o tělesně nemocné. Prosadil lidský přístup v léčbě k duševně nemocným, snažil se o dosažení stejných hygienických podmínek při léčbě o tyto nemocné a jako terapii využíval práci (Petr, Marková a kol. 2014, s. 27-28).

Díky revoluci v psychiatrii, o kterou se Pinel zasloužil, začaly v 19. století vznikat azylové ústavy, kde se přestávaly využívat omezovací prostředky v podobě okovů, provazů apod. Nemocní v těchto zařízeních měli nacházet klid a pochopení, naproti tomu společnost byla před nemocnými ochráněna tím, že byli ze společnosti nadále separováni. Cílem těchto zařízení bylo nemocné vyléčit a naučit je žít v běžné společnosti. Vzhledem k tomu, že to v praxi nebylo možné dosáhnout, bylo třeba, aby se rozšířil počet volných míst. S narůstajícím počtem pacientů se zvyšoval počet různých diagnóz. Proto se v tomto období diagnózy začaly rozčleňovat (Libiger, 2015, s. 19-20). Ocisková a Práško (2015, s. 16) uvádějí, že se duševním onemocněním nezabývali pouze lékaři ale i filozofové, kteří začali



vnímat sociální a psychické jevy jako příčiny onemocnění, do této doby se za hlavní příčiny považovaly tělesné odchylky.

Počátek 20. století je označován jako tzn. třetí psychiatrická revoluce, přičemž první revolucí je označováno období v 16. století, kdy jedni z mála lékařů přijímají myšlenku, že duševní choroba má medicínské příčiny. Mezi tyto lékaře patří zejména Johannes Weyer, který byl profesorem lékařské fakulty v Kolíně nad Rýnem. O druhou psychiatrickou revoluci se zasloužil zmíněný Philippe Pinel v období Francouzské revoluce. Freud, který je spojován s již zmíněnou třetí psychiatrickou revolucí, přišel s novým obrazem psychiky. Freud se zabýval nevědomými procesy (Ocisková, Práško, 2015, s. 13-19). Freudova psychoanalýza byla využívána jak k léčení psychóz, tak k léčení neuróz. V období před druhou světovou válkou se začala objevovat terapie pomocí šoků. Využívaly se inzulínové, kardiazolové nebo elektrokonvulzivní terapie. V dnešní době se využívá z výše uvedených pouze elektrokonvulzivní terapie, protože inzulínové a kardiazolové šoky měly mnoho vedlejších účinků (Petr, Marková a kol., 2014, s. 30). Po druhé světové válce se objevuje velký pokrok zaprvé v nalezení mnoha léčiv, mezi něž patří neuroleptika (antipsychotika), antidepresiva a také léky na schizofrenii, za druhé ve vývoji zobrazovacích technik. O tomto období můžeme hovořit jako o tzv. čtvrté revoluci v psychiatrii. Zároveň se v tomto období začaly využívat nové psychoterapeutické postupy, mezi něž patří skupinová terapie, kognitivní terapie nebo interpersonální psychoterapie (Ocisková, Práško, 2015, s. 20).

Nyní, ve 21. století, je psychiatrie vnímána jako moderní věda, která se zabývá prevencí a léčbou duševních poruch. K léčbě lékaři využívají zejména psychofarmaka a různé terapie (Ocisková, Práško, 2015, s. 21). Pro lepší adaptaci duševně nemocných na život ve společnosti se hojně využívá komunitní péče, která pacientům nabízí podpůrnou síť, pracovní a sociální rehabilitaci (Raboch, Wenigová, 2012, s. 12).

## 2 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

Práce je věnována zkoumání postoje veřejnosti k osobám s duševním onemocněním, je tedy vhodné základní termín této práce, duševní onemocnění, definovat. Definování tohoto termínu je věnována tato kapitola.

### 2.1 Duševní onemocnění

K tomu abychom mohli diagnostikovat duševní chorobu, je třeba znát jak diagnostická kritéria, podle kterých posoudíme, o jakou chorobu se jedná, tak i definici zdraví. Odpovědi, na otázku, co je zdraví, se různí (Dušek, Večeřová – Procházková, 2010, s. 22).

Kuzníková a kol. (2011, s. 93) uvádí ve své knize definici zdraví dle WHO z roku 1948 jako *stav plné tělesné, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnosti nemoci či vady.*

Chorobou neboli poruchou můžeme nazvat stav, který se kvalitativně liší od stavu, kdy je člověk zdravý. Pokud se náš organismus umí přizpůsobit nárokům, které jsou na něj kladeny, dá se hovořit o tom, že je jedinec zdravý. Pokud se však objeví nějaký problém s řešením každodenního úkonu a objevují se další symptomy nemoci, člověk se dá považovat za nemocného (Dušek, Večeřová – Procházková, 2010, s. 23).

Mahrová, Venglářová a kol. (2008, s. 69) ve své knize uvádějí rozdělení duševních onemocnění dle Mezinárodní klasifikace nemocí takto:

- „*F00 – F09 Organické duševní poruchy, vč. symptomatických*
- *F10 – F19 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek*
- *F20 – F29 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy*
- *F30 – F39 Poruchy nálady (afektivní poruchy)*
- *F40 – F49 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy*
- *F50 – F59 Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory*
- *F60 – F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých*
- *F70 – F79 Mentální retardace (duševní opoždění)*
- *F80 – F89 Poruchy psychického vývoje*
- *F90 – F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci*
- *F99 – Nespecifikovaná duševní porucha“*

Duševní onemocnění mohou způsobit biologické, sociální a psychogenní vlivy nebo jejich kombinace. Průběh onemocnění je vždy individuální a pacient o něm nemusí vědět (Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 70).

Ve své práci se zaměřím zejména na schizofrenii a afektivní poruchy, a to z toho důvodu, že jsem svůj výzkum zaměřila na laickou veřejnost v komunitě, kde je zařízení pro osoby s tímto onemocněním.

### **2.1.1 Schizofrenie**

Schizofrenii řadíme mezi onemocnění mozku. Objevuje se v atakách, kterých může být různý počet nebo může být pouze jedna. Mezi těmito atakami je období remise, kdy je nemocný bez výraznějších příznaků. U některých pacientů se období remise nedostaví, v tomto případě hovoříme o chronickém průběhu nemoci. První epizoda onemocnění propuká okolo 20. roku věku nemocného. Mezi první projevy patří pasivita nemocného, která se projevuje ztrátou zájmů o přátele, práci i své koníčky. Změna v prožívání může u nemocného způsobit úzkost, podrážděnost nebo agresivitu. Častěji tímto onemocněním trpí muži, celkový počet nemocných je asi 1 % populace. Nemocní se dožívají nižšího věku, než je v populaci běžné. Často je to způsobeno sebevraždami, přidruženými nemocemi nebo zneužíváním návykových látek (Vlček, Vytřísalová a kol., 2014, s. 209-210).

Schizofrenie má 5 forem. Mezi nejčastější patří paranoidní schizofrenie, která se projevuje halucinacemi (nejčastěji sluchovými) a bludy. Bludy a halucinace jsou pevnější u plíživého rozvoje onemocnění. Mezi další projevy paranoidní schizofrenie patří emoční oploštělost a depresivní ladění. Paranoidní forma schizofrenie probíhá v po sobě jdoucích epizodách, mezi nimiž je období remise (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010, s. 224). Jak uvádí Mahrová a Venglářová (2008, s. 76), léčba je u této formy nejméně náročná, a to v případě, že pacient spolupracuje a je motivovaný. Další forma tohoto onemocnění je hebefrenní schizofrenie, u které je léčba náročnější, a to z toho důvodu, že pacient málo spolupracuje. To je způsobeno jeho chováním, které se podobá pubertálnímu (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 76). Dle Duška a Večeřové-Procházkové (2010, s. 225) mezi hlavní projevy onemocnění patří hypomanická nálada s nejnepřímým vtípkováním, které přechází až v hulvátské chování. Prognosticky nejméně příznivá formou je katatonní schizofrenie, která se projevuje buď masivním neklidem, nebo úplným útlumem, který se projevuje svalovým tonem, tzv. voskovou ztuhlostí (Pavlovský, Raboch a kol., 2012, s. 251). Další formou tohoto onemocnění je simplexní schizofrenie. Tento typ onemocnění má pozvolný průběh, který

obvykle propukne okolo 15. - 20. roku věku. Nejčastějšími symptomy jsou otupělost, emoční oploštělost, nezáměr o své koníčky a povinnosti (Dušek a Večeřová-Procházková, 2010, s. 227). Poslední formou této nemoci je nediferencovaná schizofrenie. Jak uvádí Pavlovský a Raboch (2012, s. 251) tato forma schizofrenie se vyznačuje příznaky, které neodpovídají žádné z uvedených forem. Často se jedná o mix příznaků z výše uvedených forem.

### **2.1.2 Afektivní poruchy**

U afektivní poruch neboli poruch nálad se střídají fáze a remise. V období fáze u nemocného propuká mánie nebo deprese. V období remise pacient nemá žádná projevy nemoci ani se u něj neobjevují následky onemocnění (Kučerová, 2013, s. 98).

Mánie se projevuje abnormálně zvýšenou aktivitou nemocného, kdy nemocný nemá potřebu spát. Dále se objevuje euforická nálada, zvýšené sebevědomí, naléhavé chování, které se může projevovat bezhlavým navazováním kontaktů s cizími lidmi. Nemocný se projevuje hlasitě a objevuje se u něho zvýšená sexuální aktivita. Oproti tomu se depresivní porucha projevuje sníženou aktivitou až pasivitou, chmurnou náladou, poruchou spánku, ztrátou zájmu o své blízké, koníčky i o své povinnosti. U nemocných se často objevují myšlenky na smrt až sebevražedné jednání. Mezi fyzické projevy nemoci patří bolest na hrudi a bolesti svalů a kloubů (Ocisková, Práško, 2015, s. 76-78).

Pokud se střídají fáze mánie a deprese, hovoříme o bipolární afektivní poruše. Oproti depresi a mánii se bipolární porucha může objevit v jakémkoliv věku života. Mezi obdobími mánie a deprese se objevuje remise. Remise se s postupem času zkracují a fáze mánie či deprese se prodlužují (Látalová, 2010, s. 21). Jak uvádí Mahrová a Venglářová (2008, s. 79) ve své knize, na etiologii deprese se podílejí dvě složky: endogenní a exogenní příznaky, které jsou vyvolány například zátěžovými situacemi.

Mezi další základní pojmy jsou zařazeny „postoj“ a „stigma“, které budou více rozebrány v kapitole číslo 4, kde je postoj veřejnosti podrobněji analyzován.

## 3 PSYCHIATRICKÁ PÉČE A SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

V rámci této kapitoly jsou rozebrány typy psychiatrické péče a možnosti sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním.

### 3.1 Druhy psychiatrické péče

Do ambulantní péče patří psychiatrické ambulance a specializované ambulance, které jsou zaměřeny například na léčbu dětí, závislostí nebo se jedná o gerontopsychiatrické nebo psychoterapeutické pracoviště. V psychiatrických ambulancích často dochází k prvnímu styku pacienta a lékaře (Petr, Marková a kol., 2014, s. 43). Přestože počet pacientů, kteří využívají ambulantní péči stoupá, počet specialistů zůstává podobný a často nedostatečný (Raboch, Wenigová 2012, s. 60).

Dalším typem psychiatrické péče je péče lůžková. Lůžkovou péči dělíme na akutní, následnou a specializovanou. Akutní lůžková péče se využívá u pacientů, u kterých se objevila, anebo zhoršila psychická porucha. V rámci akutní lůžkové péče lékař pacienta diagnostikuje, nastaví léčbu a vhodnou následnou péči. V případě, kdy je pacient diagnostikován je nastavena terapie, a přesto nemůže být propuštěn do domácího léčení, je využívána následná lůžková péče. Posledním typem lůžkové péče je specializovaná lůžková péče, která zajišťuje léčbu pro určité diagnózy, například se zaměřuje pouze na léčbu závislostí, nebo poruch příjmu potravy apod. Tento typ péče může být jak akutní, tak následný (Raboch, Wenigová, 2012, s. 41-42). Lůžkovou péči v České republice zajišťují buď psychiatrické nemocnice, které jsou zaměřené zejména na dlouhodobou péči, nebo psychiatrická oddělení, které nejčastěji řeší akutní péči, anebo psychiatrické kliniky, které jsou součástí fakultních nemocnic, kde poskytují péči osobám se složitými diagnózami a zaměřují se na výuku mediků a na výzkumnou činnost (Petr, Marková a kol., 2014, s. 44-45).

Posledním typem je komunitní péče, která je od poloviny 20. století hojně využívaným trendem v péči o osoby s duševním onemocněním. Tento trend souvisí s tzv. deinstitucionalizací. Cílem komunitní péče je zajistit duševně nemocným podmínky pro běžný život. Kromě léčby se zaměřuje na posílení sociálních rolí, zajištění bydlení, vzdělání nebo zaměstnání, posílení přátelských a rodinných vztahů. Do systému komunitní péče jsou zapojeni: praktičtí lékaři, specializované ambulantní psychiatrické služby a týmy, psychiatrická oddělení nemocnic, krizové služby a denní stacionáře, rezidenční péče v komunitě a služby psychiatrické rehabilitace. Mezi principy komunitní péče patří: mobilita

a propojenost služeb, dále péče ve vlastním prostředí pacientů a orientace na lidská práva a potřeby pacientů. Cílovou skupinou nejsou pouze duševně nemocní, ale i ostatní členové, kteří budou danou komunitu tvořit (Raboch, Wenigová, 2012, s. 62). Tento typ péče je vhodný spíše pro osoby s dlouhodobými poruchami, než pro osoby v akutním nebo subakutním stádiu, i když u těchto osob je komunitní péče také využívána. Například u schizofrenie a afektivních poruch je komunitní péče zaměřena na zlepšení funkčních a psychických kapacit a na znovuzapojení do životních rolí nemocného (Kalvach a kol., 2011, s. 213-214).

Mezi komunitní služby, které spadají pod resort zdravotnictví dle Rabocha a Wenigové, 2012, s. 63-65), patří:

- Denní stacionáře, které slouží pro denní léčbu. Ve stacionářích jsou stěžejní psychoterapeutické programy, které se kombinují s dalšími vyšetřeními a léčbou.
- Krizová centra, kde jsou nepřetržitě k dispozici lékaři, kteří poskytují psychiatrickou péči.
- Krizové mobilní týmy, kde nalezneme odborný tým, složený z psychiatra, klinického psychologa a psychiatrické sestry, který poskytuje psychiatrickou péči v místě krizové situace.
- Komunitní psychiatrické sestry, které působí v přirozeném prostředí nemocného a pomáhají mu se zvládnutím běžných denních aktivit, posuzují a pečují o jeho zdravotní stav, poskytují psychoedukaci nemocnému i jeho rodině, apod.

Dle Rabocha a Wenigové (2012, s. 66-67) do sociálních komunitních služeb spadají služby psychiatrické rehabilitace, které jsou často poskytovány nestátními neziskovými organizacemi. Služby komunitní péče jsou často kombinovány (mají zdravotně-sociální charakter) a patří sem:

- Služby poskytující podporu v oblasti bydlení, kam spadá chráněné bydlení, podporované bydlení nebo domy a byty na půli cesty.
- Služby poskytující podporu v oblasti zaměstnání, zde nalezneme například podporované vzdělávání a zaměstnávání, chráněná pracovní místa nebo edukativní programy poskytované v rámci pracovní rehabilitace, např. Job club.
- Služby poskytující podporu v oblasti volnočasových aktivit, v jejichž rámci, nemocní a jejich rodiny využívají centra denních aktivit.

- Case management, tento typ služby poskytují sociální pracovníci na základě individuálních přání a potřeb klientů.
- Poradenství, které poskytují například sociální pracovníci nebo právníci.

### **3.2 Reforma psychiatrické péče**

V říjnu 2013 byla vydána Strategie reformy psychiatrické péče. Tato strategie navrhuje změny v péči o osoby s duševním onemocněním. Zaměřuje se na budování Center duševního zdraví, které mají zajistit lepší dostupnost, dále na destigmatizaci a humanizaci péče na psychiatrických odděleních a v psychiatrických nemocnicích (Ministerstvo zdravotnictví, 2013).

Ministerstvo zdravotnictví se prostřednictvím reformy snaží o změnu rigidního institucionálního systému psychiatrické péče. Prostřednictvím reformy chce Ministerstvo zdravotnictví působit na zlepšení materiální a technické stránky psychiatrické péče, která je u nás zastaralá. Dále se zabývá dostupností psychiatrické péče, a to zejména proto, že v některých regionech je tato péče nedostačující. Strategie reformy psychiatrické péče by měla být v souladu se strategií Světové zdravotnické organizace, pro kterou je stěžejní rozvoj komunitní péče, transformace psychiatrických léčeben a také vzdělávání odborníků (Ministerstvo zdravotnictví, 2013).

### **3.3 Sociální péče o osoby s duševním onemocněním**

Dle § 32, zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (dále jen zákon o sociálních službách), ve znění pozdějších předpisů rozdělujeme sociální služby na sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. V § 33 téhož zákona dále sociální služby dělíme dle formy poskytnutí péče na služby pobytové, které jsou spojeny s ubytováním v zařízeních sociálních služeb, ambulantní, za kterými do zařízení sociálních služeb klient dochází, a terénní, které jsou poskytovány v přirozeném prostředí klienta (Česko, 2006).

Sociální poradenství je v zákoně o sociálních službách dále děleno na základní a odborné. Základní sociální poradenství je základní činností při poskytování sociálních služeb a slouží k řešení nepříznivé životní situace. Odborné sociální poradenství je zaměřeno na potřeby sociálních skupin v různých specializovaných poradnách (Česko, 2006).

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, upravuje čtrnáct druhů služeb sociální péče, kam patří:

- „osobní asistence,

- *pečovatelská služba,*
- *tísňová péče,*
- *průvodcovské a předčitatelské služby,*
- *podpora samostatného bydlení,*
- *odlehčovací služby,*
- *centra denních služeb,*
- *denní stacionáře,*
- *týdenní stacionáře,*
- *domovy pro osoby se zdravotním postižením,*
- *domovy pro seniory*
- *domovy se zvláštním režimem,*
- *chráněné bydlení,*
- *sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče“,*

(Česko, 2006).

Mahrová, Venglářová a kol. (2008, s. 41-42) uvádí, že průvodcovské a předčitatelské služby jsou klienty s duševním onemocněním využívány tehdy, pokud mají nějaké kombinované postižení. Dále uvádí, že péče v domovech pro seniory není pro duševně nemocné vhodná a často je onemocnění kontraindikací pro přijetí do takového zařízení.

Třetí oblastí sociálních služeb dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, jsou služby sociální prevence, které jsou děleny na sedmnáct druhů, a to na:

- |   |  |
|---|--|
| • <i>„ranou péči,</i>                             | • <i>noclehárny,</i>   |
| • <i>telefonickou krizovou pomoc,</i>             | • <i>služby následné péče,</i>   |
| • <i>tlumočnické služby,</i>                      | • <i>sociální aktivizační služby pro rodiny s dětmi,</i>                           |
| • <i>azylové domy,</i>                            | • <i>sociálně aktivizační služby pro osoby se zdravotním postižením a seniory,</i> |
| • <i>domy na půl cesty</i>                        | • <i>sociálně terapeutické dílny,</i>  |
| • <i>kontaktní centra</i>                         | • <i>terapeutické komunity,</i>  |
| • <i>krizovou pomoc,</i>                          | • <i>terénní programy,</i>   |
| • <i>nízkoprahová denní centra,</i>               | • <i>sociální rehabilitaci“ ,</i>  |
| • <i>nízkoprahová zařízení pro děti a mládež,</i> |  |

(Česko, 2006).



Raná péče, tlumočnické služby, azylové domy, domy na půl cesty, nízkoprahová denní centra a zařízení pro děti a mládež, noclehárny a terénní programy nejsou primárně osobami s duševním onemocněním využívány (Mahrová, Venglářová, a kol. 2008, s. 43-44).

Přesto Mahrová, Venglářová a kol. (2008, s. 42-47) uvádí, že je nutné, aby měla osoba s duševním onemocněním k dispozici ucelený systém sociálních služeb. Je důležité si uvědomit, že do systému péče o osobu s duševním onemocněním patří v podstatě celá rodina klienta, jeho přátelé, učitelé, spolupracovníci a komunita, ve které žije. Proto by se neměla práce sociálního pracovníka, ani jiných odborníků zaměřovat pouze na potřeby klienta. Úkolem sociálního pracovníka je klienta a jeho okolí do systému sociální péče přivést, pomoci mu vybrat si správnou službu a v té ho doprovázet. Každý sociální pracovník by měl mít přehled o duševním onemocnění, protože právě on se často stává první osobou, kterou nemocný kontaktuje. Prvním nejčastějším krokem sociálního pracovníka v případě tohoto onemocnění bývá doporučení ambulance, nebo kontaktního centra, které poskytuje služby na základě individuálních potřeb klienta. Pokud pouze ambulanci služby nebo služby kontaktního centra nestačí, může se klient obrátit na stacionární péči, která poskytuje služby přes den nebo přes týden. Výhodou stacionární péče je, že klient neztrácí kontakt s rodinou. V případě, že je třeba využít pobytové služby, je možné se obrátit například na domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem, terapeutické komunity, anebo chráněné a podporované bydlení.

Rozdíl mezi chráněným a podporovaným bydlením je ten, že chráněné bydlení je poskytováno ve společných, či samostatných bytech k tomu určených. Oproti tomu podporované bydlení je poskytováno ve vlastním bytě klienta. V obou případech klientům pomoc zajišťují osobní asistenti, kteří klientům poskytují rady v oblasti stravování a zajištění chodu domácnosti, dále zprostředkovávají kontakt se společenským prostředím a mohou poskytovat terapeutickou pomoc a pomoc při prosazování práv a zájmů klientů (Černá a kol., 2015, s. 182).

## 4 POSTOJ VEŘEJNOSTI K DUŠEVNĚ NEMOCNÝM

Na začátku této kapitoly je vhodné definovat dva základní pojmy, které budou dále využívány. Jedná se o postoj a stigma.

### 4.1 Postoj

*„Postoj (attitude) je hodnotící vztah vyjádřený sklonem ustáleným způsobem reagovat na předměty, osoby, situace a na sebe sama“* (Hártl, Hártllová, 2009, s. 431).

Jedná se o kladně, nebo záporně zabarvený vztah, který se vztahuje k určitému objektu a ovlivňuje naši citovou a poznávací rovinu, díky níž jednáme určitým způsobem. Postoj má tři složky, jedná se o afektivní, konativní a kognitivní složku (Zamazalová a kol., 2010, s. 34).

Mikuláščík (2010, s. 61-63) uvádí, že postoje vznikají díky sociálnímu učení. Vytváříme si je již v dětství, a to nápodobou. V dospělosti si postoje utváříme díky zkušenostem, které v průběhu života získáváme. Je dokázáno, že emocionalita u postojů převažuje nad racionalitou, to znamená, že raději dáváme na své pocity než na poznatky odborníků. Postoje jsou celkem stálé a dlouhotrvající, vždy záleží na zkušenostech, které získáváme.

### 4.2 Stigma

*„Stigma znamená společenské odmítání domnělých nebo skutečných vlastností, přesvědčení nebo chování, které odporují sociálním normám“* (Kalvach a kol., 2011, s. 79). Hártl a Hártllová (2009, s. 565) stigmatizaci definují jako *„společenský předpoklad vůči někomu, jemuž jsou pak přisuzovány záporné vlastnosti“*. Nebo jako *„předem dané záporné hodnocení, které je okolím přisuzováno jedinci, skupině či organizaci“*.

Ocisková, Práško (2015, s. 12) uvádějí, že jednou z nejvíce stigmatizovaných skupin, je skupina osob s psychickou poruchou. Dle Kalvacha (2011, s. 79) je stigma duševního onemocnění způsobeno nedostatečnými znalostmi, strachem a předsudky, které jsou vytvářeny společností. Předsudky a diskriminace jsou posilovány institucionální formou zdravotní a sociální péče o duševně nemocné u nás.

Kalvach a kol. (2011, s. 79) uvádějí, že převládajícím postojem veřejnosti je negativní názor na duševně nemocné. Jsou vnímáni jako osoby, které jsou nebezpečné a násilnické. Analýzy ale nasvědčují, že rozdíl není vyšší v případě počtu nebezpečných osob s duševní poruchou než u osob bez ní. Nebezpečí těchto osob se ve zkoumaných státech nezvětšilo ani po deinstitucionalizaci a zavedení komunitní péče. Dušek a Večeřová-Procházková (2015, s. 595) ve své knize zmiňují, že negativní postoj veřejnosti je často podporován sdělovacími

prostředky, v podobě vtipů o bláznech, líčení útěků velice nebezpečných, agresivních a zákeřných osob z léčeben.

### **4.3 Stigmatizace osob s duševním onemocněním**

S postoji úzce souvisí stigma duševně nemocných. Právě stigma je jednou z příčin, proč mají mnohé státy malou vůli investovat finance i svůj čas do péče pro osoby s duševním onemocněním (Kalvach a kol., 2011, s. 79). Ocisková a Práško (2015, s. 21), ve své knize uvádí názor Goffmana, který tvrdí, že stigma vylučuje stigmatizovanou osobu z většinové společnosti, toto vyloučení se může projevovat omezováním a odmítáním práv, trestáním, vystavováním posměchu nebo odmítavými reakcemi. Důsledkem stigmatizace je vysoká nezaměstnanost osob s duševním onemocněním. Dalším důsledkem je skrývání psychiatrických poruch. Lidé trpící některou formou psychické nemoci se často obávají stigmatu natolik, že nevyhledají odbornou pomoc (Kalvach a kol., 2011, s. 79). Petr, Marková a kol. (2014, s. 50) ve své knize uvádí, že v České republice probíhal v roce 2004 výzkum, který poukázal na postoj veřejnosti k duševnímu onemocnění. Z výzkumu je zřejmý zejména nezájem o osoby s duševním onemocněním. Dále se objevovaly soucitné výroky jako „jsou to chudáci“, „jsou to nemocní lidé“, ale často také hanlivá označení, jako „jsou to blázni, magoři, cvoci“. Díky výzkumu se zjistilo, že informovanost veřejnosti je velice malá. Informace, které se k nim dostávají, jsou často nedostatečné a nesouvislé. K nemocným, v tomto případě k osobám trpícím schizofrenií, se lépe chovají lidé, kteří s nimi přicházejí do styku, např. rodina, přátelé nebo zdravotníci. Jak uvádí Heretik a Poluchová (2009, s. 8), i na Slovensku, kde prováděli svůj výzkum, jsou osoby s duševním onemocněním, zejména se schizofrenií, vnímány obdobně jako v České republice. Většina respondentů uvádí, že jsou schizofrenici nebezpeční a neovladatelní. Dále autoři uvádějí, že celková psychiatrická léčba je vnímána negativně. Psychiatrická zařízení jsou označovány za „blázince“ a ti, kteří se tam léčí, jsou označováni za „nenormální“.

Postoje k duševně nemocným se v historii opakují ve stereotypech. Stereotypy umožňují rychlou kategorizaci osob. Veřejnost se na základě stereotypů nechává ovlivnit, to se poté projevuje v jednání a chování k duševně nemocným. Stereotypy se dělí na autostereotypy, ty představují mínění, které o sobě mají duševně nemocní, nebo na heterostereotypy, to jsou představy, které mají zdraví o duševně nemocných. Díky stereotypům dochází k zastírání individuálních vlastností posuzovaných. Ke stereotypům se dostáváme již v průběhu dětství, a to tím, že slýcháme různá úsloví, např. „Neblázni!“, „Jsi normální?“. Tato úsloví pak máme spojena s méněcenností. Kromě těchto úsloví často používáme hanlivá slova, např. „hysterka“

nebo „maniak“, jako urážky vůči někomu jinému. Stereotypy bývají celkem stálé a mění se velice pomalu. (Ocisková, Práško, 2015, s. 22-23). Nicméně, jak uvádí Kalvach (2011, s. 79) v některých zemích se objevuje snaha o destigmatizaci. Jedná se především o destigmatizační kampaně, veřejné diskuze a přednášky, objevují se větší snahy o zaměstnávání osob s duševním onemocněním a také snahy o podporu práv těchto nemocných.

#### **4.3.1 Stigmatizace zdravotníkem**

Postoje zdravotníků jsou ovlivňovány a do značné míry utvářeny již na vysoké škole. Zdravotníci mohou některé nemoci přeceňovat. Přeceňování se objevuje u těžce diagnostikovaných poruch a projevuje se rezignací v terapii. Můžeme se samozřejmě setkat i s podceňováním, kdy se lékař snaží nemocnému vyvrátit jeho potíže a potřebu se léčit. Se stigmatizací se nejčastěji nemocní setkávají v případě, že mají diagnózu, o které lékař ví, že je těžko léčitelná, nebo v případě, kdy pacient nespolupracuje podle představ lékaře. Stigmatizace pro lékaře často slouží jako omluva pro neúspěch ve spolupráci a celkové léčbě pacienta. Stigmatizace se často objevuje v průběhu terapie. V případě, že se jedná o individuální terapii, může být nemocný stigmatizován některými výroky lékaře („jste hypochondr“). Ve skupinové terapii se může nemocný stát z nějakého důvodu „černou ovčí“ (Ocisková, Práško, 2015, s. 30-32).

#### **4.3.2 Rodina a stigmatizace**

Ocisková a Práško (2015, s. 36-37) ve své knize uvádí, že se rodina často obává toho, že by jeden z jejích členů byl označen ve společnosti za „blázna“. Tomuto označení předchází jejich snaha pomoci nemocnému vlastními silami. Často nemocného přemlouvají, aby nevyhledával odbornou pomoc, vyřizují za něho důležité věci na úřadech, nenutí ho dělat věci, které mu jsou nepříjemné, nebo ze kterých má strach. Dle autorů může tento přístup nemoc a její průběh zhoršit. V případě, že se ani přes tyto snahy, rodině nepovede nemocného „uzdravit“ a následuje hospitalizace, nemocného považují za deviantního a cítí za něho stud. Pro nemocného je po hospitalizaci velice těžké se reintegrovat zpět do společnosti a rodiny, protože obě tyto skupiny jsou ovlivněny již zmíněnými stereotypy. Pro nemocného je ale jeho rodina tou nejdůležitější podporou. Často se stává, že dlouhodobě nemocný v původní rodině zůstává a vlastní si nezakládá.

#### **4.3.3 Stigmatizace u schizofrenie**

Jak uvádí Hanušová (2015, s. 612), schizofrenie je nejvíce stigmatizovanou nemocí, zejména proto, protože její projevy jsou velice nápadné, u nemocných se objevují halucinace a bludy,

jejich chování je pro laickou veřejnost nepochopitelné. Ocisková a Práško (2015, s. 52-53) uvádějí, že je pohled veřejnosti na osobu se schizofrenií ovlivněn nedostatkem znalostí a předsudky, které se ve společnosti vytvářejí. Mnoho výzkumů se zabývá postojem společnosti vůči osobě se schizofrenií, nicméně výzkumů, které by se zabývaly postojem osoby se schizofrenií, která je vystavena stigmatizaci, je málo.

Ocisková a Práško, (2015, s. 56-58) uvádějí, že společnost na osoby s onemocněním schizofrenie pohlíží díky stereotypům duševní nemoci jako na nevypočitatelné a neschopné lidi, kteří patří do ústavu. Považují je za osoby, kterým není možné věřit a cokoliv jim svěřit. Samotní pacienti, kteří na sobě cítí příznaky tohoto onemocnění, si nemoc nechtějí připustit, protože sami mají zabudovaný stereotyp o duševním onemocnění. Než aby vyhledali odbornou pomoc, snaží se si pomoci sami, protože nechtějí být považovány za „blázný“, nechtějí se vzdát své práce, koníčků a přátel. Nechtějí být terčem posměchu, diskriminace nebo soucitu ostatních lidí. Chronicky nemocní se mnoho let vypořádávají s psychickým onemocněním a s ním související zranitelností a nálepkováním. Osoby se schizofrenií jsou medii vykreslovány jako nebezpeční „šílenci“ nebo „blázni“, málokdy se v tisku setkáváme s pozitivní zprávou v souvislosti s těmito osobami. Tato nevyváženost ve vykreslování osob se schizofrenií škodí nejen jim, ale i jejich rodinám. Autoři ve své knize popisují, výzkum, který prováděla Charitativní organizace Mind s duševně nemocnými, kde se tázala, jak mediální zprávy ovlivňují jejich životy. Polovina respondentů uvedla, že negativní zprávy týkající se osob s duševním onemocněním měly negativní vliv na jejich zdraví. Jedním z důvodů, proč média takto o duševně nemocných píší, je, že chtějí podpořit již vzniklé postoje vůči těmto osobám. Je pro ně jednodušší již vzniklé postoje posílit, než je změnit. Díky tomu, že propagují názor, který většinová společnost má, získávají větší popularitu a pochopení, než kdyby tvrdila pravý opak

Hanušová (2015, s. 612) poukazuje na to, jaký dopad má stigmatizace na stigmatizovaného. Uvádí, že stigma může ničit život nemocnému v oblasti zaměstnání, rodinných a přátelských vztahů. Často vede k sociální izolaci a diskriminaci nemocného. Ocisková a Práško (2015, s. 61) doplňují, že díky stigmatizaci se u osob trpících schizofrenií objevuje strach z komunikace, uzavírání do sebe a snižuje se důvěra vůči okolí, což napomáhá vztahovačnosti a perzekučním bludům.

Stigmatizace má dopad i na léčbu pacienta se schizofrenií. Pacienti se obávají toho, že pokud se budou léčit na psychiatrii, ztratí čest a své postavení ve společnosti. Z toho vyplývá, že

stigma nedopadá pouze na psychickou poruchu, ale i na psychiatrická zařízení. Jak již bylo zmíněno, stává se, že nemocní se psychiatrii vyhýbají, protože se obávají stigmatu. Často se objevují názory, že psychofarmaka jsou zbytečná a neúčinná léčiva, což u nemocných vzbuzuje pocit, že není důležité je užívat. Neužívání léků následně komplikuje celou léčbu (Ocisková, Práško, 2015, s. 64-65). Látalová a kol. (2015, s. 79) dokonce uvádí, že stigmatizace je pro mnohé pacienty se schizofrenií natolik zatěžující, že volí jako únik sebevraždu.

Hanušová (2015, s. 612) uvádí, že dalším důvodem, proč nemocní nevyhledávají odborníky, je dopad stigmatu na rodinu. Rodina se často stigmatu obává natolik, že nemocného v jeho neodborné léčbě podporují.

Rodinný život se stal předmětem mnoha výzkumů. Zájmem výzkumu je komunikace v rodině s nemocným, která může průběh onemocnění ovlivňovat jak pozitivně, tak negativně. Komunikaci odborníci zkoumají zejména proto, protože rodina je pro nemocného stěžejním bodem. Rodiny na onemocnění mohou reagovat různě. Pro pacienta je velice těžké, pokud ho rodina odmítá. S tímto postojem se nemocný může setkat u rodinných příslušníků, kteří se obávají, že jim společnost bude dávat vzniklou situaci za vinu (Ocisková, Práško, 2015, s. 67).

#### **4.3.4 Destigmatizace u schizofrenie**

Vzhledem k tomu, že je míra sociální stigmatizace a sebestigmatizace utvářena zevními faktory, je třeba tyto faktory ovlivnit také zvnějšku. V posledních letech se v oboru psychiatrie rozšířila snaha o to, zabránit stigmatizaci pomocí mezinárodních programů, které postupně vznikají. Tyto programy se zaměřují na zvýšení povědomí o duševních onemocněních. K tomuto účelu slouží celosvětové aktivity, prostřednictvím programů mezi něž patří například Open-the-Door (Ocisková, Práško, 2015, s. 70).

Hanušová (2015, s. 613) uvádí, že program Open-the-Door byl zahájen v roce 1996 v podobě edukačních programů o duševním onemocnění na školách. Cílem bylo nejen studenty teoreticky seznámit s podobou duševního onemocnění, ale také zapojit je do kontaktu s takto nemocnými lidmi.

V České republice také existují projekty, které podporují destigmatizaci. Jeden z těchto projektů pořádal Fokus Labe v období dvanácti měsíců. Cílem projektu, který nesl název „Neviditelní lidé – aneb jsou schizofrenici nebezpeční?“, byla snaha o změnu stereotypu v nahlížení na osoby se schizofrenií. Prostřednictvím billboardů, výstav, dokumentárních

filmů a konferencí se program snažil změnit postoj veřejnosti k osobám s tímto onemocněním. Dalším cílem bylo vyvrátit 12 mýtů, které Fokus Labe na svých webových stránkách uvádí, patří mezi ně například:

- *„Mýtus 5: Schizofrenie je porucha rozpolcené osobnosti nebo vícenásobné osobnosti.*
- *Mýtus 6: Za vznikem schizofrenie stojí zlí duchové nebo magie.*
- *Mýtus 7: Rodiče jsou příčinou schizofrenie.*
- *Mýtus 8: Lidé nemocní schizofrenií jsou mentálně retardováni.*
- *Mýtus 9: Schizofrenici se nikdy nevyлéčí.*
- *Mýtus 10: Schizofrenie je nakažlivá.*
- *Mýtus 11: Lidé se schizofrenií mají být zavíráni do ústavů.*
- *Mýtus 12: Lidé se schizofrenií nejsou schopni rozhodovat o své vlastní léčbě.“*

Další mýty se týkaly duševního onemocnění všeobecně (Fokus Labe, 2008 – 2013).

Cílem celosvětové destigmatizace je změna stereotypu duševně nemocného člověka, tak aby nemocný nebyl izolován ani sankciován ze strany přátel, rodiny, zaměstnavatele či zdravotníků. Dále je třeba pracovat se samotným nemocným a jeho rodinou, která se díky němu může cítit také stigmatizována. Jednou z možností jsou například rodinné terapie nebo edukace rodiny, která je velice důležitá z toho důvodu, aby došlo k porozumění projevů nemoci (Ocisková, Práško, 2015, s. 74).

#### **4.3.5 Stigmatizace u afektivních poruch**

Stigmatizace u bipolární poruchy je stejně jako u schizofrenie nebo jiné duševní poruchy vázáno na neznalost veřejnosti. Tato neznalost způsobuje sociální izolaci a strach z pacientů. V laické společnosti přetrvává myšlenka, že mánie nebo deprese nejsou onemocněním. Lidé s bipolární poruchou se často cítí stigmatizováni kvůli svému chování. V období mánie na veřejnost působí jako „šílení“ a v období deprese jako neschopní a málo silní. Často jsou díky tomuto chování terčem posměchu. Takový postoj společnosti značně ztěžuje léčbu. Právě léčba je také veřejností stigmatizována. Zejména některé léčebné postupy a podávání psychofarmak je společností vnímáno jako nebezpečné. Právě z tohoto důvodu se často stává, že nemocní své problémy popírají a odbornou pomoc nevyhledávají. Pacienti se snaží hledat jiné příčiny jejich potíží a rodina se snaží nemocnému pomoci vlastními silami (Ocisková, Práško, 2015, s. 80-84).

Rodiny pacientů se dlouho snaží problémy nemocného popírat. Stejně jako u schizofrenie, i u této duševní poruchy se může objevit snaha o odrazování nemocného od léčby. Jak již

bylo řečeno, rodina se snaží nemocnému pomoci sama. S tímto přístupem se častěji setkáváme u mladých pacientů, protože se jejich rodiče nechtějí vyrovnat s tím, že by právě jejich děti mohly být psychicky nemocné. Pokud si rodina onemocnění připustí, snaží se o znovuzачlenění nemocného do společnosti. Pokud se rodině začlenění nepodaří nastává zlom v jejich chování. V případě, že je nemocný hospitalizován, může dojít až k nepřátelským postojům ze strany rodiny a v momentě, kdy se nemocný z hospitalizace vrátí, rodina na něho může hledět jako na devianta (Ocisková, Práško, 2015, s. 85) Pro rodiny, které se poprvé setkávají s osobami s afektivní poruchou, slouží psychoedukační programy, kde se rodinní příslušníci učí o projevech nemoci (Látalová, 2010, s. 186).

Ocisková a Práško (2015, s. 82-100) uvádějí, že vliv stigmatizace u afektivních poruch je velice závažný, ovlivňuje život nemocného například v oblasti zaměstnání, kdy je často ze zaměstnání po proběhlé epizodě poruchy propuštěn a pak si novou práci hledá obtížně. Dále stigmatizace ovlivňuje sebevědomí, kvalitu a četnost volnočasových aktivit, a tím působí na kvalitu života nemocného.

#### **4.3.6 Destigmatizace u afektivních poruch**

Destigmatizace u afektivních poruch probíhá podobně jako u schizofrenie. Je důležité, aby na takto nemocné osoby nebylo pohlíženo jako na „nebezpečné blázny“ v případě průběhu manického fáze, nebo jako na „slabochy bez vůle“ v době deprese. Je nutné, aby afektivní poruchy byly prezentovány společnosti jako léčitelné. Destigmatizaci mohou pomoci výpovědi známých osobností, které se s touto nemocí léčí. I v případě afektivních poruch se využívají psychoedukační a psychoterapeutické programy (Ocisková, Práško, 2015, s. 99-100).



## 5 OMEZENÍ SVÉPRÁVNOSTI U OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Poslední kapitola teoretické části bakalářské práce je věnována tématu omezení svéprávnosti u duševně nemocných, kteří bývají na svéprávnosti omezováni často (Juříčková a kol., 2014, s. 61). Téma omezení svéprávnosti je velice rozsáhlé. Tato kapitola je zaměřena pouze obecně na důvody a průběh omezování svéprávnosti.

Dle zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, lze nyní svéprávnost pouze omezit, nikoliv občana svéprávnosti zbavit, jako tomu bylo před vznikem nového Občanského zákoníku. Omezení svéprávnosti je možné pouze tehdy, pokud je to v zájmu osoby, které se omezení týká. K omezení svéprávnosti soud, který jako jediný může svéprávnost omezit, přistupuje tehdy, když by člověku hrozila závažná újma a nestačí-li použít jiná opatření. Před rozhodnutím o omezení svéprávnosti musí soud vyslechnout názor posuzovaného a brát v potaz jeho jedinečnost. Svěprávnost se vždy omezuje pouze na určité úkony, které osoba z důvodu nepřechodné duševní poruchy nezvládá. Rozsah omezení je pak vymezen v soudním rozhodnutí. Soud může svéprávnost omezit v souvislosti s určitou záležitostí na dobu nezbytně nutnou nebo na dobu určitou, nejdéle však na 3 roky. Pokud by po tomto období přetrvávaly důvody pro omezení svéprávnosti, je vhodné podat návrh o prodloužení doby. V případě, že je návrh podán v době trvání rozhodnutí, platí právní účinky tohoto rozhodnutí i po jeho uplynutí, do doby vydání nového rozhodnutí, nejdéle však jeden rok. Pokud by důvody pro omezení svéprávnosti opadly, je soud povinen omezení zrušit i bez podaného návrhu (Česko, 2012).

Dle téhož zákona je v případě omezení svéprávnosti soud povinen jmenovat osobě opatrovníka. Při výběru soud hledí na názor opatrovance a osob, které jsou opatrovanci blízké. Soud dbá na to, aby opatrovanec k opatrovníkovi necítil nedůvěru. Opatrovníkem dle nového Občanského zákoníku nesmí být osoba, která je nezpůsobilá právně jednat nebo osoba, jejíž zájmy jsou v nesouladu se zájmy opatrovance (Česko, 2012).

Dle Juříčkové a kol. (2014, s. 61) do systému opatrovnictví vstupuje několik účastníků, patří sem:

- Fyzické nebo právnické osoby, které podaly návrh na omezení svéprávnosti. Návrh se podává k místně příslušnému soudu, tímto soudem je okresní soud, v jehož obvodu má osoba, o jejich způsobilosti se bude jednat, trvalé bydliště.

- Dále zde vystupují osoby, které dle navrhovatelů potřebují pomoc a podporu od druhých osob. O těchto osobách je důležité mít co nejvíce informací.
- Dalšími aktéry jsou zástupci různých institucí, kteří budou rozhodovat o poskytnutí opatrovnictví pro navrženou osobu, to jsou lékaři, soudní znalci v oblasti psychiatrie a soudci.
- Nedílnou součástí tohoto systému jsou opatrovníci, kteří budou poskytovat pomoc a podporu svým opatrovancům.

Dle zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, jmenuje soud opatrovníka té osobě, které činí potíže rozhodování při správě jmění nebo hájení vlastních práv. Soud opatrovníkovi vždy určí rozsah působnosti. Opatrovník zpravidla rozhoduje s opatrovancem, v případě, že tomu tak není, rozhoduje v souladu s vůlí opatrovance (Česko, 2012).

Rozdělujeme několik typů opatrovníků (Metodika výkonu opatrovnictví, 2015, s. 12):

#### 1. Fyzický opatrovník

Tímto termínem označujeme fyzické osoby, které vykonávají opatrovnictví. Nejčastěji se jedná o osoby blízké nebo příbuzné opatrovanci. Tato osoba opatrovnictví vykonává zpravidla zdarma.

#### 2. Veřejný opatrovník

Tímto termínem označujeme obec, kde má opatrovanec trvalé bydliště. V tomto případě opatrovnictví vykonává obcí pověřená osoba, v případě malých obcí je to často starosta. Veřejné opatrovnictví se využívá až tehdy, pokud není možné zvolit fyzického opatrovníka, to je například tehdy, kdy osoba blízká nebo příbuzná z nějakého důvodu nechce, nebo nemůže opatrovnictví vykonávat. Obec nemá možnost dát nesouhlas s jmenováním do funkce veřejného opatrovníka.

#### 3. Profesionální opatrovník

Tímto termínem označujeme osobu, která vykonává opatrovnictví z vlastní vůle za malou odměnu. Tento typ opatrovníka se využívá pouze v zahraničí.

Nejčastější oblasti, které opatrovníci společně s opatrovanci řeší, jsou záležitosti majetkové, sociální, finanční a pracovní, dále se zabývají hájením práv, dodržováním léčebného režimu a pomáhají opatrovanci s jednáními na úřadech (Metodika výkonu opatrovnictví, 2015, s. 11).

## **II VÝZKUMNÁ ČÁST**

### **6 VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

- 1) Jak laická veřejnost vybrané komunity vnímá osoby s duševním onemocněním?
- 2) Jaké má laická veřejnost vybrané komunity informace o duševním onemocnění a o zařízení ve vybrané komunitě?
- 3) Jakou má laická veřejnost vybrané komunity zkušenost s osobami s duševním onemocněním?

## **7 METODIKA VÝZKUMU**

### **7.1 Typ výzkumu**

Hlavním cílem výzkumné práce bylo zjistit, jaký je postoj laické veřejnosti k osobám s duševním onemocněním. Ke zjištění tohoto cíle byl využit kvantitativní výzkum. Hlavním znakem pro kvantitativní metodu je numerické měření specifických aspektů sledovaného jevu. Opírá se především o definování měřitelných proměnných. Tento typ výzkumu se používá především v přírodních vědách, medicíně, technologických oborech apod. Kvantitativní metoda je v podstatě záměrná a systematická činnost, která se opírá o vědeckou teorii, která je východiskem pro řešení výzkumného problému (Skutil a kol., 2011, s. 59).

### **7.2 Technika sběru dat**

Jako technika sběru dat bylo zvoleno dotazníkové šetření. Dotazník je psaný soubor otázek, na které respondent odpovídá. Slouží k zjištění informací o respondentovi, dále o jeho názorech, problémech a postojích (Bartošová, Skutil, 2011, s. 80). Jak uvádí Reichel (2009, s. 119), nejčastěji je v kvantitativním šetření využíván standardizovaný dotazník, který se skládá z uzavřených, polouzavřených a výjimečně několika málo otevřených otázek. Mezi výhody dotazníkového šetření řadíme rychlý sběr a analýzu dat (Hendl, 2005, s. 49).

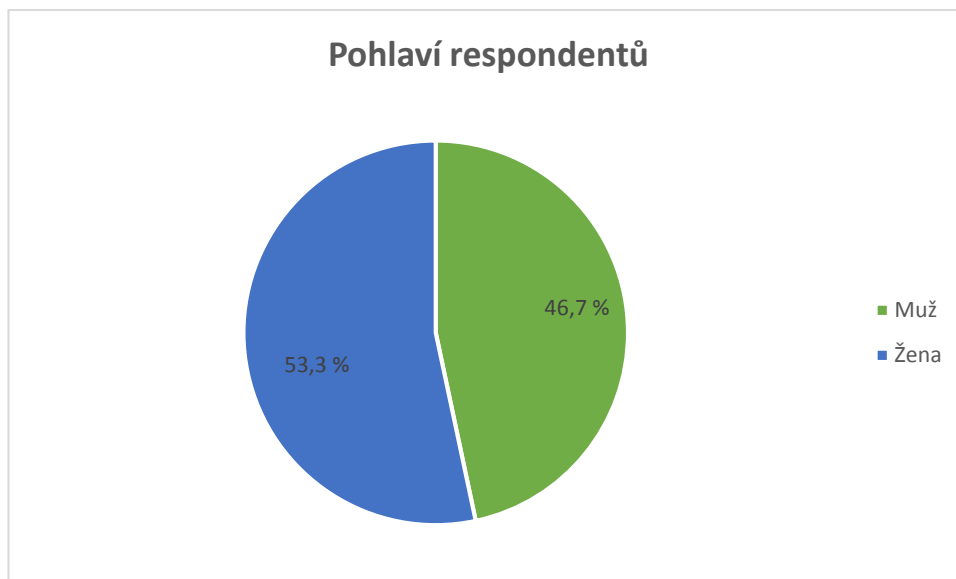
Ke sběru dat byl využit dotazník vlastní tvorby. V úvodu dotazníku jsou uvedeny stručné informace o autorovi a důvodu sběru dat. Dotazník se skládá ze 22 otázek. Z toho byly tři otázky otevřené, zbytek dotazníku tvořily otázky uzavřené. Otázku č. 3 tvoří Likertova škála v rozmezí hodnot od 1 do 5. Na konec dotazníku byly zařazeny tři otázky identifikační.

Dotazník je přílohou této bakalářské práce.

### **7.3 Charakteristika výzkumného vzorku**

Výzkumný vzorek byl tvořen obyvateli vybrané komunity, kde se nachází pobytová sociální služba pro osoby s duševním onemocněním. Mezi respondenty byli ženy i muži starší 18 let, které jsem o vyplnění osobně požádala. Výzkum se uskutečnil v listopadu 2016 před Obecním úřadem v dané komunitě, kde jsem dotazníky respondentům rozdala. Z důvodu zachování anonymity byly otazníky odevzdávány do mnou připravené krabice. Celkem bylo rozdáno 35 dotazníků, které se mi ihned vrátily. Návratnost tedy byla 100 %. 5 dotazníků bylo pro neúplnost vyřazeno.

Z Obrázku 1 lze vyčíst, že z celkového počtu respondentů se dotazníkového šetření zúčastnilo více žen, kterých bylo 16 (53,3 %). Mužů se zúčastnilo celkem 14 (46,7 %).



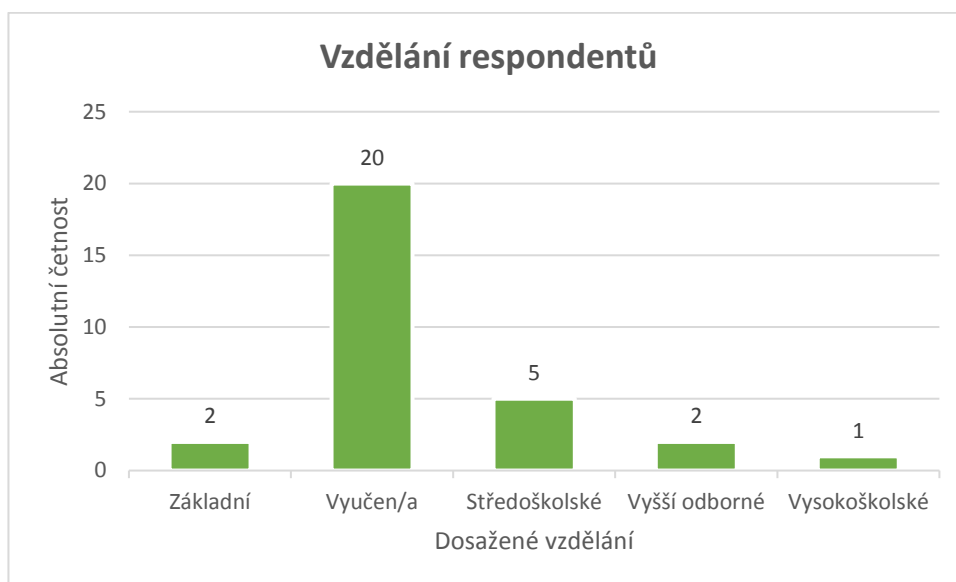
Obrázek 1 Pohlaví respondentů

Otázka v dotazníku, která se týkala věku respondentů, byla otevřená. Pro přehlednost jsem uvedla minimum, maximum, průměr a medián do tabulky viz níže. Nejnižší věk byl 18 let a nejvyšší byl 72, přičemž 18 let uvedla žena a 72 let uvedl muž. Průměrný věk respondentů byl okolo 42 let. Medián věku byl stanoven na 41,5 let.

**Tabulka 1 Věk respondentů**

Věk respondentů	
Minimum	18
Maximum	72
Průměr	42,2
Medián	41,5

Na Obrázku 3 je znázorněno dosažené vzdělání respondentů. Nejpočetnější skupinou jsou respondenti, kteří jsou vyučeni. Jedná se o 20 respondentů (66,7 %). Druhou nejpočetněji zastoupenou skupinou jsou osoby se středoškolským vzděláním, celkem 5 respondentů (16,6 %). Základní a vyšší odborné vzdělání má stejný počet respondentů, tedy v obou případech 2, jedná se o 6,7 %. Nejméně zastoupenou skupinou jsou osoby s vysokoškolským vzděláním, jedná se o 1 respondenta (3,3 %).



Obrázek 2 Vzdělání respondentů

#### 7.4 Zpracování získaných dat

Všechna data byla zpracována na základě popisné statistiky v programech Microsoft Office Excel 2016 s užitím sloupcových a výsečových grafů a v programu Microsoft Office Word 2016. Veškeré otázky mají stanovenou absolutní četnost ( $n_i$ ), která uvádí počet respondentů, kteří odpověděli na danou otázku. Dále je ve výsečových grafech procenty znázorněna relativní četnost ( $f_i$ ). Procenta jsou zaokrouhlena na jedno desetinné místo. Celkový počet respondentů znázorňuje celková četnost ( $n$ ).

Pro výpočet relativní četnosti byl využit vzorec dle Chrásky (2016, s. 35):

$$f_i = \frac{n_i}{n} \times 100 \%$$

## 8 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Tato část práce je věnována prezentaci výsledků dotazníkového šetření. Výsledky jsou zde znázorněny pomocí výsečových a sloupcových grafů, které jsou doplněny popisky. Demografické otázky, které byly na konci dotazníku, jsou pomocí grafů vyobrazeny v podkapitole Charakteristika výzkumného vzorku.

### **Otázka č. 1 – Jste zaměstnancem místního zařízení pro osoby s duševním onemocněním?**

První otázka dotazníku se zabývá tím, zda je respondent zaměstnanec zařízení v dané komunitě, které je pobytovou sociální službou pro osoby duševním onemocněním. Otázka byla do dotazníku zařazena proto, aby byli vyloučeni zaměstnanci tohoto zařízení, protože by mohli být ve vztahu k duševně nemocným ovlivněni. Na tuto otázku všichni dotazovaní (100,0 %) uvedli, že nejsou zaměstnanci uvedeného zařízení. V případě, že by respondent odpověděl na tuto otázku, že je zaměstnancem zařízení, dále by v dotazníku nepokračoval.



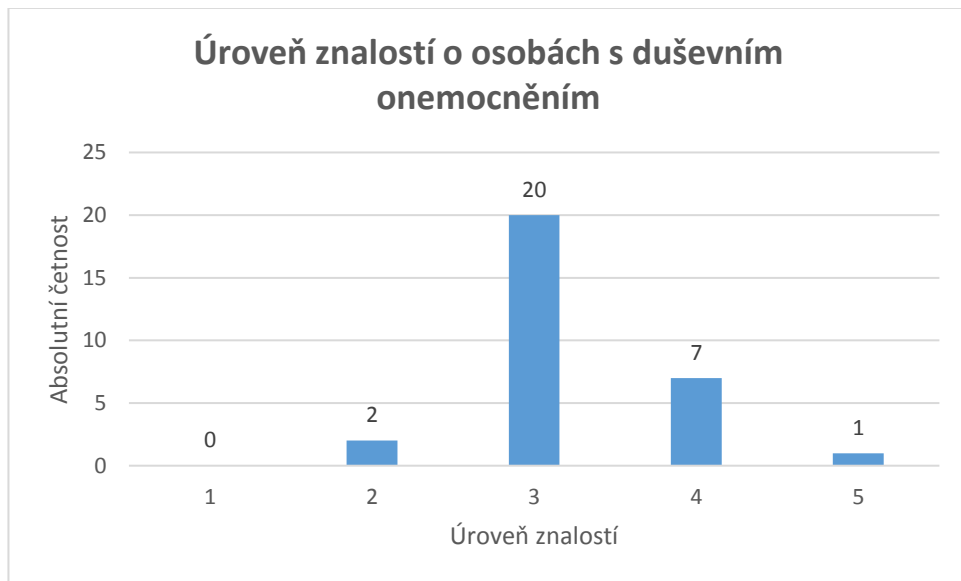
**Otázka č. 2 – Co pro Vás znamená duševní onemocnění? Popište prosím vlastními slovy.**

**Tabulka 2 Význam termínu Duševní onemocnění dle respondentů**

<b>Odpovědi na otázku č. 2</b>	<b>Absolutní četnost</b>
Omezení v běžném životě.	3
Člověk, který neví, co dělá.	3
Osoby s duševním onemocněním mají vlastní svět.	2
Psychické problémy-dlouhodobě.	2
Tyto osoby potřebují odbornou pomoc.	2
Nikdo neví, co se v něm odehrává.	2
Nenormální chování.	2
Onemocnění nebo porucha mysli.	2
Duševní onemocnění se vyznačuje poruchou mozkových funkcí.	2
Mozek přestává myslet, ztrácí zodpovědnost, neumí odhadnout situaci, hned pláče – hned se směje.	1
Prostě blázen.	1
Psychicky nemocný člověk.	1
Narušení psychického stavu.	1
Změna života od základů.	1
Člověk je psychicky labilní-dlouhodobě.	1
Nemoc, který napadá duši. Člověk není schopný vnímat reálný svět, má stavy úzkosti, strach.	1
Stav myšlenkového a pociťového chaosu.	1
Onemocnění, které ovlivňuje myšlení, chování a pocity člověka.	1
Člověk se slabší schopností vyrovnat se s následky (situace, zranění), popřípadě člověk, kterému je třeba pomoci.	1
<b>Celkem odpovědí</b>	<b>30</b>

Tabulka 2 znázorňuje všechny odpovědi respondentů na otázku č. 2. Nejčastějšími odpověďmi byly „*Člověk, který neví, co dělá.*“ a „*Omezení v běžném životě.*“ Tyto odpovědi uvedli, v obou případech, celkem 3 respondenti z 30. Dalšími odpověďmi byly například „*Nikdo neví, co se v něm odehrává.*“, „*Tyto osoby potřebují odbornou pomoc.*“ nebo „*Osoby s duševním onemocněním mají svůj vlastní svět.*“. Dle mého názoru z těchto tvrzení vyplývá, že na jednu stranu respondenti vnímají, že je třeba duševně nemocným pomoci, na stranu druhou je pro ně duševní onemocnění něco, co je pro ně těžko pochopitelné.

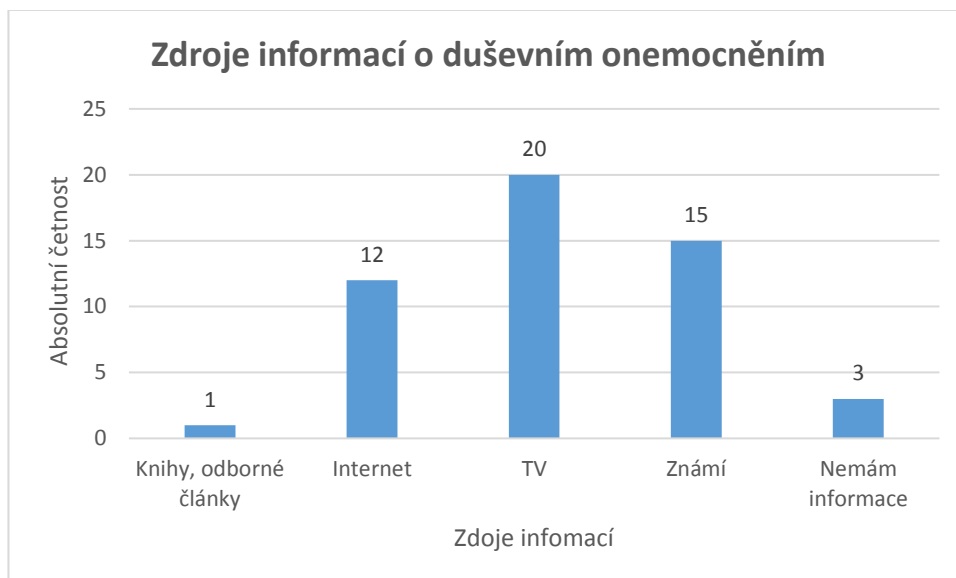
**Otázka č. 3 – Jak hodnotíte úroveň svých znalostí o duševním onemocnění? Vyznačte na škále od 1 do 5. (Hodnocení jako ve škole).**



**Obrázek 3 Úroveň znalostí o osobách s duševním onemocněním**

Obrázek 3 znázorňuje odpovědi na třetí otázku, která se zabývala úrovní znalostí respondentů o duševním onemocnění. Respondenti své znalosti hodnotili na škále od 1 do 5, přičemž 1 znamenala výbornou úroveň a 5 naopak velmi špatnou úroveň. Jak je patrné z grafu, nejvíce respondentů vybralo známku 3, jednalo se o 20 respondentů (66,7 %). Druhou nejčastěji zvolenou variantou byla známka 4. Tuto variantu vybralo 7 respondentů (23,3 %). 2 respondenti (6,7 %) ohodnotili svoji znalost známkou 2 a 1 respondent (3,3 %) vybral známku 5. Žádný z respondentů ne zvolil možnost známky 1.

**Otázka č. 4 – Odkud čerpáte informace o duševním onemocnění? Lze zakroužkovat více odpovědí.**

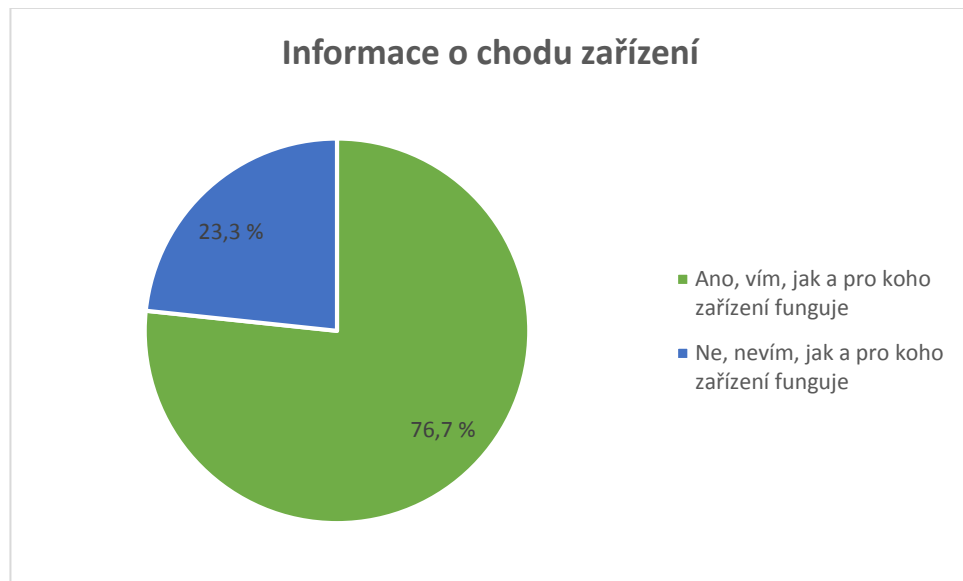


**Obrázek 4 Zdroje informací o duševním onemocnění**

Pomocí této otázky jsem zjišťovala odkud respondenti čerpají informace o duševním onemocnění. Respondenti měli možnost zakroužkovat více odpovědí. Odpovědi jsou vztaženy k počtu respondentů.

Jak je zřejmé z výše uvedeného grafu, nejčastěji vybraným zdrojem informací je televize, tato odpověď byla zvolena u 20 respondentů (66,7 %). Druhou nejčastější odpovědí jsou známí, tuto odpověď zvolilo 15 respondentů (50,0 %). Internet jako svou odpověď zvolilo 12 respondentů (40,0 %). Odpověď, že respondenti nemají informace byla zvolena celkem u 3 respondentů (10,0 %). Pouze 1 respondent zvolil (3,3 %) odpověď, že čerpá informace z knih a odborných článků.

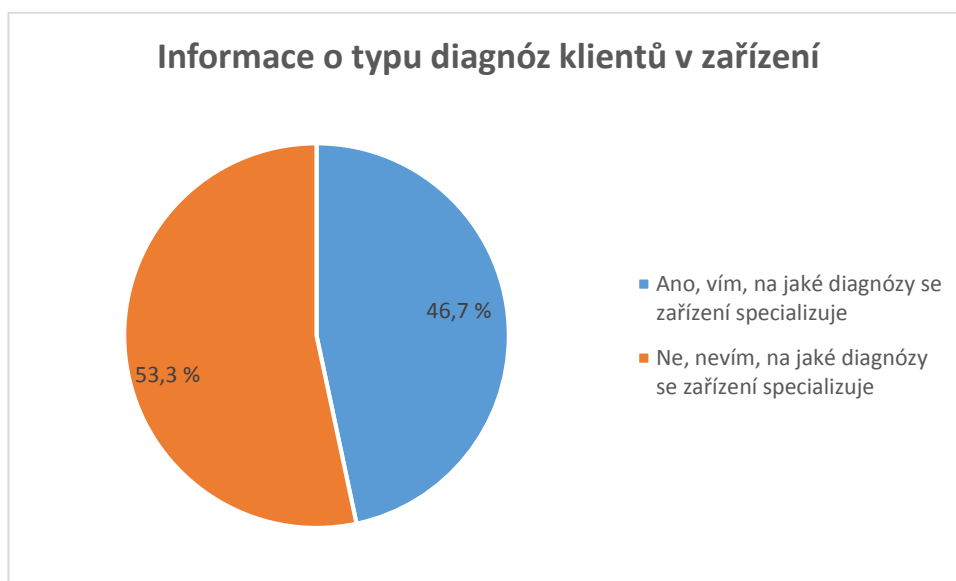
**Otázka č. 5 – Máte informace o chodu zařízení pro osoby s duševním onemocněním ve vaší komunitě?**



**Obrázek 5 Informace o chodu zařízení**

Pátá otázka v dotazníku se zaměřovala na to, jaké mají respondenti informace ohledně chodu zařízení v jejich komunitě. Z Obrázku 5 je zřejmé, že více respondentů ví, jak a pro koho zařízení funguje. Tuto odpověď zvolilo celkem 23 respondentů (76,7 %). Pouze 7 respondentů (23,3 %) zvolilo odpověď, že neví jak a pro koho zařízení funguje.

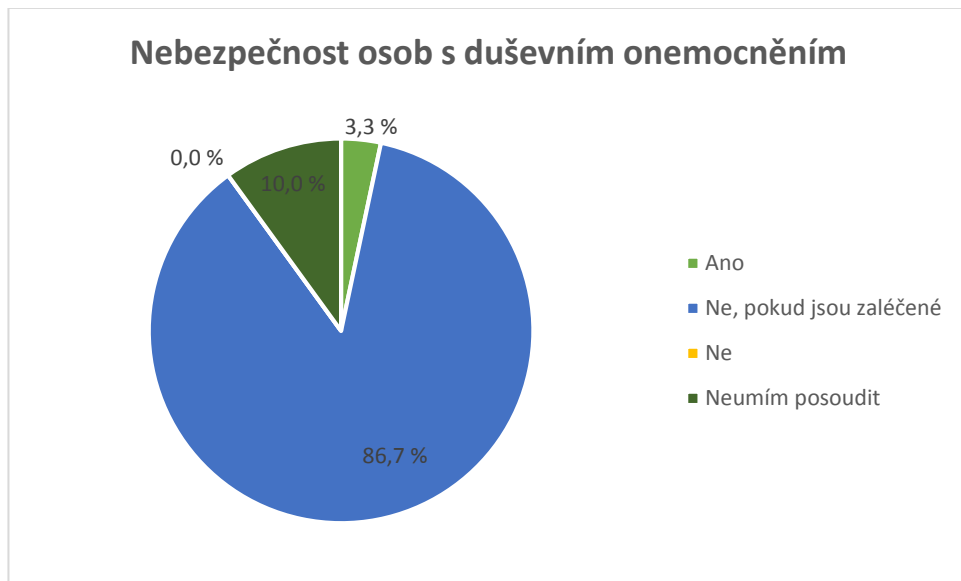
**Otázka č. 6 – Máte informace o typu diagnóz klientů v zařízení ve vaší komunitě?**



**Obrázek 6 Informace o typu diagnóz klientů v zařízení**

V grafu na Obrázku 6 jsou znázorněné odpovědi respondentů na otázku č. 6. Odpovědi jsou celkem vyvážené. Více jak polovina respondentů, celkem 16 (53,3 %) neví, na jaké diagnózy se zařízení specializuje, což je zvláštní, protože na přechodí otázku většina respondentů odpověděla, že ví, pro koho a jak zařízení funguje. Zde pouze 14 respondentů (46,7 %), vybralo odpověď, že ví, na jaké diagnózy se zařízení specializuje.

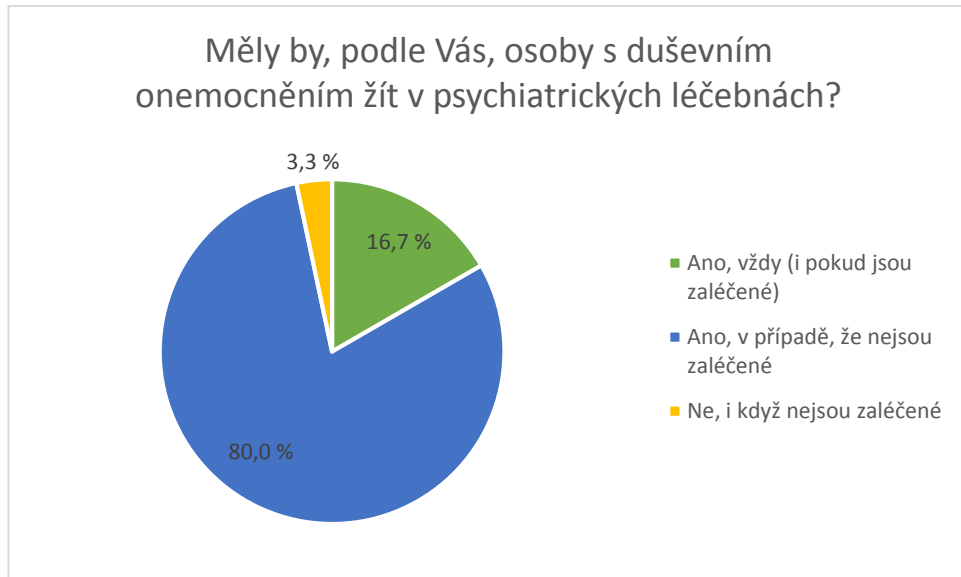
**Otázka č. 7 – Jsou podle Vás osoby s duševním onemocněním nebezpečné pro společnost?**



**Obrázek 7 Nebezpečnost osob s duševním onemocněním**

Sedmá otázka dotazníku se zabývala názorem respondentů, zda jsou osoby s duševním onemocněním nebezpečné. Dle grafu na Obrázku 7 je zřejmé, že většina respondentů, tedy 26 (86,7 %) uvedla, že osoby s duševním onemocněním nebezpečné nejsou, v případě, že jsou zaléčeny. 3 respondenti (10,0 %) uvedli, že toto neumí posoudit. Jeden z respondentů (3,3 %) uvedl, že dle jeho názoru osoby s duševním onemocněním nebezpeční jsou. Odpověď, že osoby s duševním onemocněním nejsou nebezpečné, nezakroužkoval žádný z respondentů.

**Otázka č. 8 – Měly by, podle Vás, osoby s duševním onemocněním žít v psychiatrických léčebnách?**

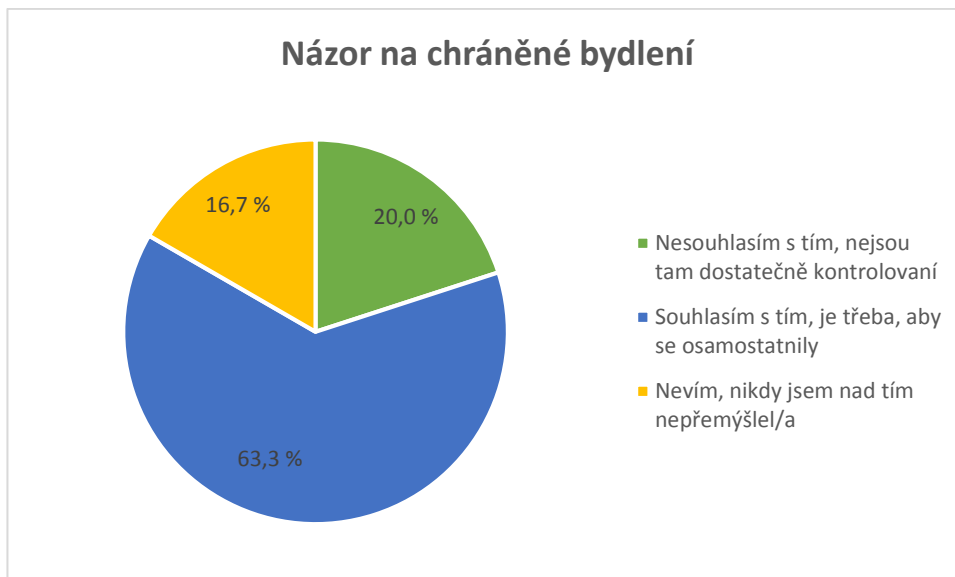


**Obrázek 8 Názor na hospitalizaci v psychiatrických léčebnách**

Na Obrázku 8 je možné pozorovat, že si většina respondentů (80,0 %) myslí, že by osoby s duševním onemocněním měly žít v psychiatrických léčebnách v případě, že nejsou zaléčené. 5 respondentů (16,7 %) uvádí, že by osoby s duševním onemocněním v psychiatrických léčebnách měly žít vždy, i když jsou zaléčené. 1 respondent (3,3 %) uvedl, že by osoby s duševním onemocněním neměly žít v psychiatrických léčebnách vůbec, i když nejsou zaléčené.

## Otázka č. 9 – Jak vnímáte možnost chráněného bydlení pro osoby s duševním onemocněním?

- (Pozn.: Chráněné bydlení – jedná se o pobytovou službu pro osoby s duševním onemocněním, které potřebují pomoc fyzické osoby ve vykonávání běžných denních činností. Tyto osoby žijí v bytech, kde se snaží o běžný chod domácnosti. S chodem domácnosti jim pomáhají vyškolené pracovníce, které s nimi tráví většinu času.)

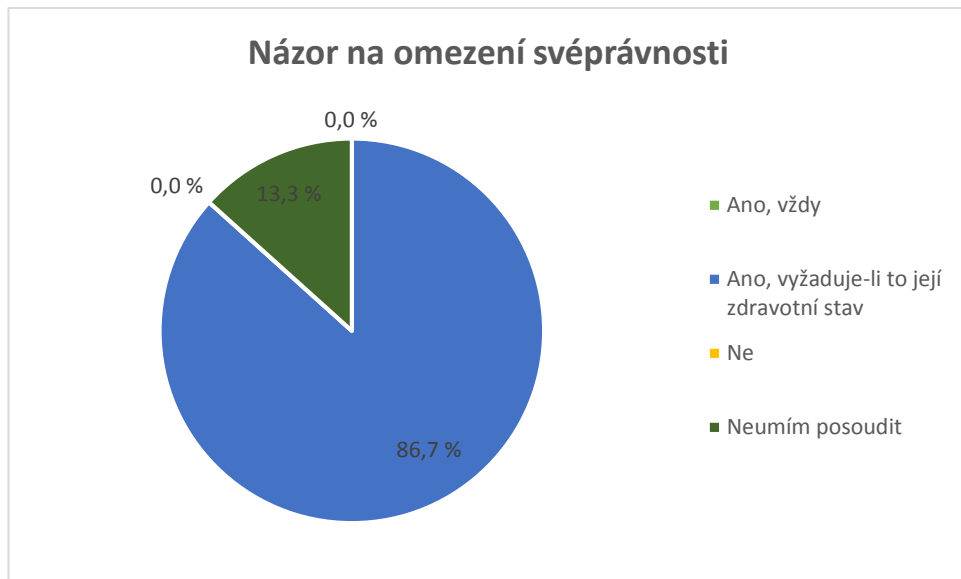


Obrázek 9 Názor na chráněné bydlení

Z Obrázku 9 je zřejmé, že většina respondentů souhlasí s využitím chráněného bydlení u osob s duševním onemocněním. Tuto možnost vybralo 19 respondentů (63,3 %). 6 respondentů (20,0 %) naopak s možností chráněného bydlení nesouhlasí. A 5 respondentů (16,7 %) uvedlo, že nad možností využití chráněného bydlení nikdy nepřemýšleli.



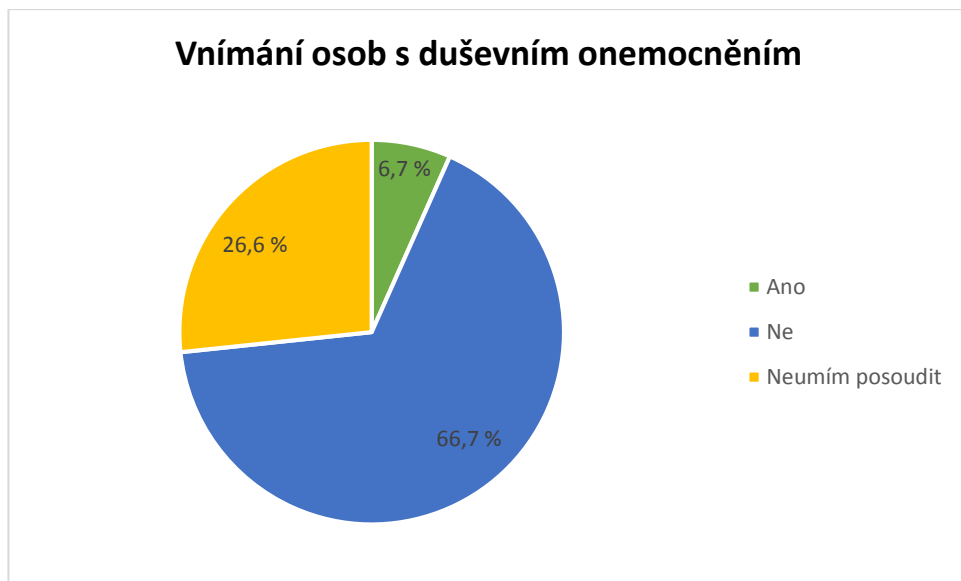
**Otázka č. 10 – Měla by být, podle Vás, osoba s duševním onemocněním omezována na svéprávnosti?**



**Obrázek 10 Názor na omezení svéprávnosti**

Obrázek 10 znázorňuje názor respondentů na omezování svéprávnosti u osob s duševním onemocněním. 26 respondentů (86,7 %) uvedlo, že osoby s duševním onemocněním by měly být omezovány na svéprávnosti, v případě, že to vyžaduje jejich stav. Názor, že by měly být tyto osoby omezovány na svéprávnosti vždy, uvádí pouze 4 respondenti (13,3 %). Odpovědi, že by neměly být omezovány na svéprávnosti, a že respondenti neumí situaci posoudit, nebyly využity v žádném z dotazníků.

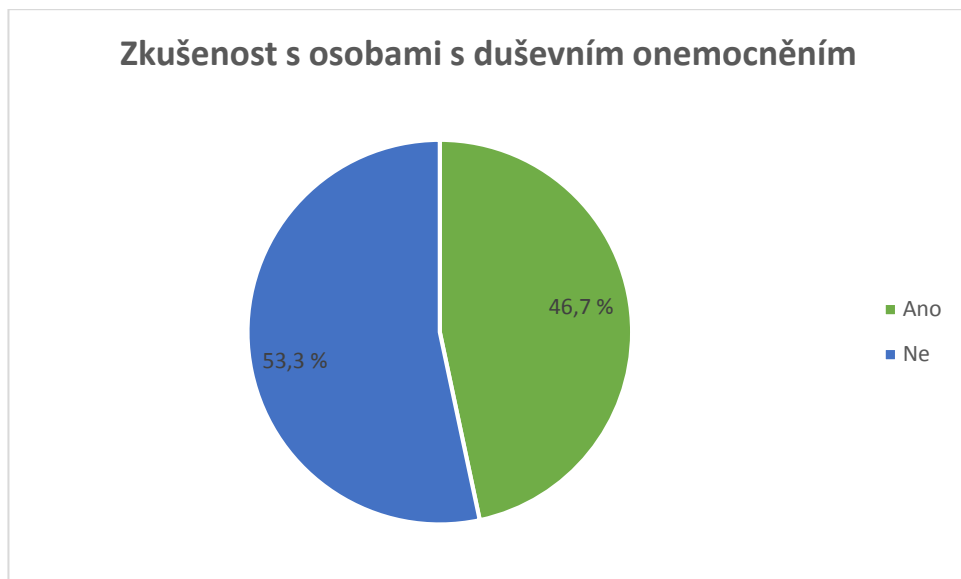
**Otázka č. 11 – Vnímáte osoby s duševním onemocněním jako zátěž pro společnost?**



**Obrázek 11 Vnímání osob s duševním onemocněním**

Z Obrázku 11 je patrné, že většina respondentů osoby s duševním onemocněním nevnímá jako zátěž pro společnost. Jedná se o 20 respondentů (66,7 %). Pouze 2 respondenti (6,7 %) uvedli, že osoby s duševním onemocněním jako zátěž vnímají. Ostatní, jednalo se o 8 respondentů (26,6 %), uvedli, že neumí tuto otázku posoudit.

**Otázka č. 12 – Máte nějakou zkušenost s osobami s duševním onemocněním?**



**Obrázek 12 Zkušenost s osobami s duševním onemocněním**

Otázka č. 12, jejíž odpovědi jsou znázorněny na Obrázku 12, byla zaměřena na zkušenosti respondentů s osobami s duševním onemocněním. V případě, že na tuto otázku respondenti odpověděli, že zkušenost nemají, pokračovali s vyplňováním dotazníku až u otázky č. 19. V tomto případě se jednalo o 16 respondentů (53,3 %), kteří uvedli, že zkušenosti s osobami s duševním onemocněním nemají. Pouze 14 respondentů (46,7 %) uvedlo, že zkušenost s těmito osobami mají.

V případě následujících otázek, od otázky č. 13 do otázky č. 17, odpovídalo pouze 14 respondentů, kteří v předchozí otázce uvedli, že mají zkušenost s osobami s duševním onemocněním. Těchto 14 respondentů tvoří 100 %.

**Otázka č. 13 – Pokud jste se s osobou s duševním onemocněním setkal/a, jakou jste měl/a zkušenost?**

V případě otázky č. 13 respondenti vybírali ze dvou možných odpovědí. Buďto mohli zvolit variantu, že mají pozitivní zkušenost nebo mohli uvést, že jejich zkušenost je negativní. Všechny 14 respondentů (100,0 %) uvedlo, že jejich zkušenost je pozitivní.

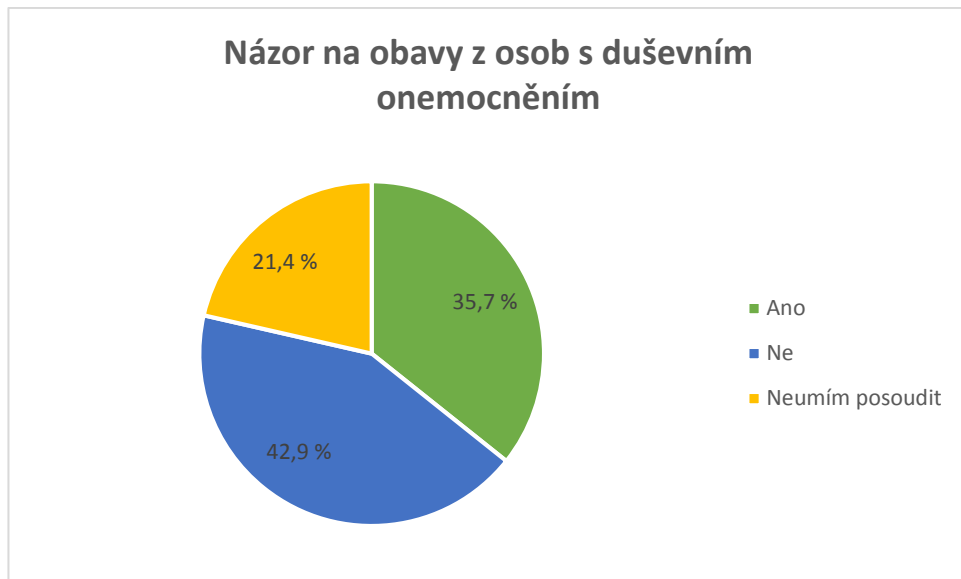
**Otázka č. 14 – Popište prosím vlastními slovy Vaši zkušenost.**

**Tabulka 3 Vlastní zkušenosti s osobami s duševním onemocněním**

Odpovědi na otázku č. 14	Absolutní četnost
Nemám s nimi problém.	2
Setkávám se s těmito lidmi každý den.	1
Z náhodných setkání. S klienty v obci nemám zápornou zkušenost. Chovají se slušně, lze s nimi pohovořit.	1
Jsou jako malé děti.	1
Někteří jsou bezprostřední, jiní málomluvní, vše se asi odvíjí od druhu nemoci a povahy.	1
S touto osobou se dalo komunikovat, ale s menšími odchylkami.	1
Potkávám je dost často na procházce po obci.	1
Celkem dobrá.	1
Nadání v umělecké tvorbě, bezprostřednost pocitů.	1
Nikomu nevadí, nepřekáží.	1
Tyto lidé jsou přátelštější, bezprostřední, žijí v jiném světě.	1
Moc nemluví, spíše se straní.	1
Většinou vystupují slušně, v některých případech spíše pasivní jednání.	1
<b>Celkem odpovědí</b>	<b>14</b>

V Tabulce 3 jsou znázorněny odpovědi na otázku, která se zabývala zkušenostmi s duševním onemocněním. Všechny odpovědi jsou vesměs pozitivní. Pouze dva respondenti uvedli stejnou odpověď. Ostatní uvedli odpovědi odlišné, přesto se v některých částech odpovědi shodují.

**Otázka č. 15 - Souhlasíte s tvrzením, že většina lidí má z osob s duševním onemocněním obavy?**



**Obrázek 13 Názor na obavy z osob s duševním onemocněním**

Na Obrázku 13 jsou zobrazeny odpovědi na otázku, která se věnovala obavám z osob s duševním onemocněním. 6 respondentů (42,9 %) uvedlo, že s výše uvedeným tvrzením nesouhlasí. Pouze o jednoho respondenta méně, tedy 5 respondentů (35,7 %) odpovědělo, že s tvrzením souhlasí a 3 respondenti (21,4 %) využili odpověď, že toto neumí posoudit.

### **Otázka č. 16 – Jak se chovala osoba s duševním onemocněním ve Vaší společnosti?**

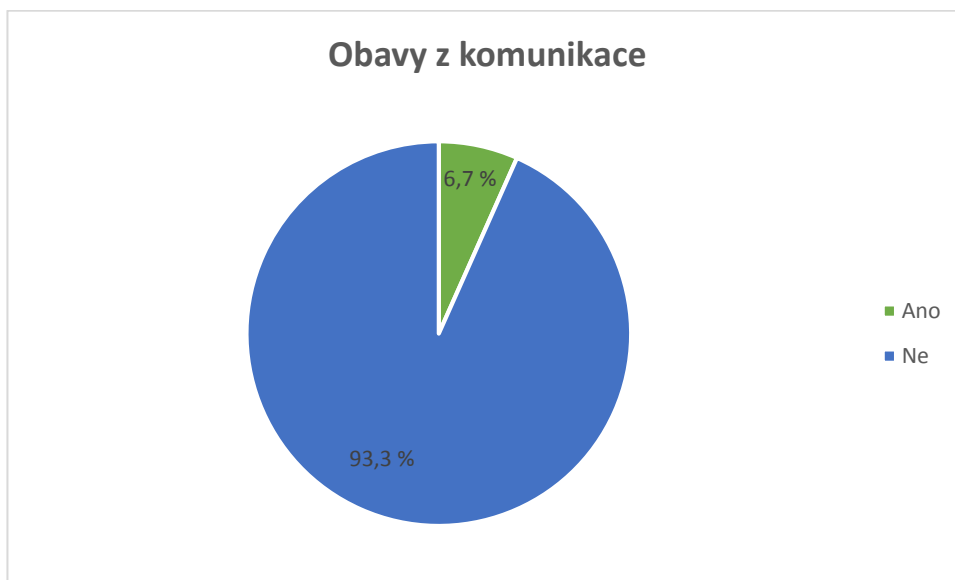
U této otázky respondenti vybírali ze tří možných odpovědí. Jednalo se o odpovědi:

- a. Dle společenských norem, nevšiml/a jsem si výrazných odchylek v chování
- b. Nerespektovala společenské normy
- c. Dle společenských norem, ale s drobnými odchylkami běžného chování

Žádný z respondentů neuvedl variantu B nebo C. Všech 14 respondentů (100,0 %) zvolilo možnost A, která říká, že se osoba s duševním onemocněním, ve společnosti respondenta, chovala podle společenských norem a respondent si nevšiml výrazných odchylek v chování.

V případě následující otázky, měli respondenti možnost výběru ze dvou odpovědí. Jestliže, na otázku odpověděli „ne“, pokračovali otázkou č. 19. Na následující otázky odpovídalo 14 respondentů, kteří tvoří 100,0 %.

**Otázka č. 17 - Měl/a jste obavy z komunikace s osobou s duševním onemocněním?**



**Obrázek 14 Obavy z komunikace**

Jak lze vyčíst z Obrázku 14, 13 respondentů (93,3 %) uvedlo, že obavy z komunikace s osobou s duševním onemocněním neměli. Pouze 1 respondent (6,7 %) uvedl, že měl obavy z komunikace s osobou s duševním onemocněním. Jaké obavy respondent měl, konkretizovala následující otázka.

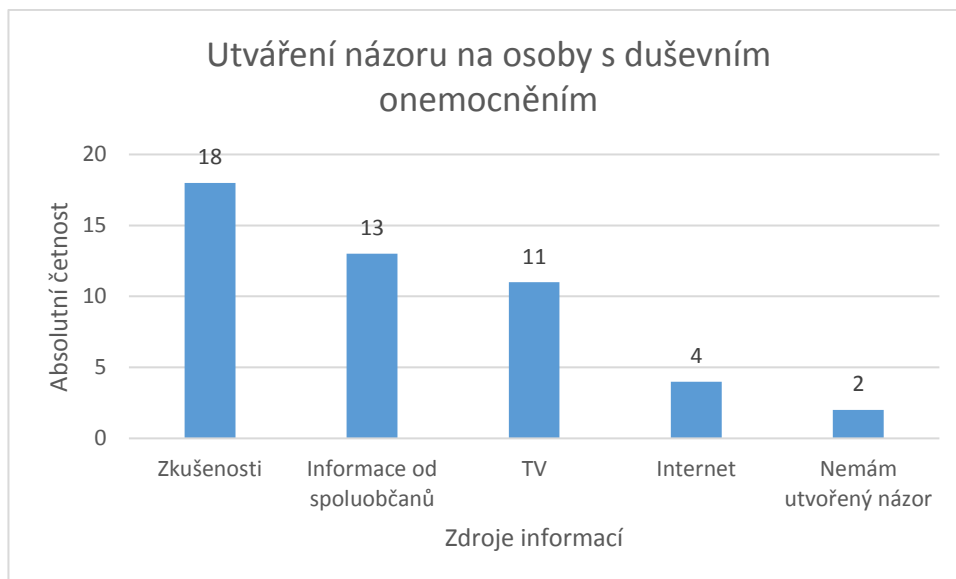
**Otázka č. 18 – Jaké obavy jste měl/a? Popište prosím vlastními slovy.**

V případě této otázky, odpověděl pouze jeden respondent ze 14, který v přechozí otázce uvedl, že měl obavy z komunikace s osobami s duševním onemocněním. Jeho odpověď je znázorněna v této tabulce:

**Tabulka 4 Obavy z komunikace s osobami s duševním onemocněním**

Odpovědi na otázku č. 18	Absolutní četnost
Nevím, co můžu čekat.	1
<b>Celkem odpovědí</b>	<b>1</b>

**Otázka č. 19 – Na základě čeho, si utváříte názor na osoby s duševním onemocněním?  
Lze zakroužkovat více odpovědí.**



**Obrázek 15 Utváření názoru na osoby s duševním onemocněním**

Stejně jako v případě otázky č. 4, měli respondenti možnost zvolit více odpovědí, které jsou vztaženy k počtu respondentů.

Z grafu na Obrázku 15 je evidentní, že nejvíce byla vybírána odpověď, která uvádí, že si respondenti utvářejí názor na základě zkušeností. Tuto variantu zvolilo 18 respondentů (60,0 %), přestože pouze 14 respondentů u otázky č. 12 uvádí, že s osobami s duševním onemocněním nějakou zkušenost mají. Druhou nejčastější odpovědí byla odpověď, že si respondenti utváří názor na základě informací od spoluobčanů, tuto odpověď zvolilo celkem 13 respondentů (43,3 %). 11 respondentů (36,6 %) zvolilo jako zdroj pro vytvoření názoru na osoby s duševním onemocněním televizi. Internet zvolili celkem 4 dotazovaní (13,3 %). Pouze 2 respondenti (6,6 %) uvedli, že nemají utvořený názor na osoby s duševním onemocněním.



## 9 DISKUSE

Tato část bakalářské práce se zabývá diskusí nad výsledky dotazníkového šetření. Výsledky z výzkumného šetření jsou vztaženy pouze k mému výzkumnému vzorku, který tvořilo 30 respondentů pocházejících z vybrané komunity, kteří mnou vytvořený dotazník vyplnili.

### **Výzkumná otázka č. 1: Jak laická veřejnost vybrané komunity vnímá osoby s duševním onemocněním?**

Pro první výzkumnou otázku byly použity výsledky otázek č. 7, 8, 9, 10, 11 a 19.

Kalvach a kol. (2011, s. 79) uvádí, že osoby s duševním onemocněním jsou společností vnímány jako nebezpečné a násilnické. V případě mého výzkumu odpověděla většina respondentů, že osoby s duševním onemocněním nejsou pro společnost nebezpečné, jsou-li zaléčené. Pouze jeden respondent, přestože má pozitivní zkušenost s těmito osobami, kterou popisuje takto: „*Většinou vystupují slušně, v některých případech spíše pasivní jednání.*“, uvedl, že jsou osoby s duševním onemocněním pro společnost nebezpečné. Domnívám se, že jeho názor na duševně nemocné může být ovlivněn zdrojem, z něhož informace o lidech s duševním onemocněním čerpá. V případě tohoto respondenta je to internet. Nicméně tento respondent připouští, že jsou jeho znalosti ohledně této problematiky malé, na škále od 1 do 5, dle klasického školního hodnocení, je ohodnotil číslicí 4.

V České republice byla v roce 2013 vydána Strategie reformy psychiatrické péče, jedním ze stěžejních bodů této reformy je deinstitucionalizace, přičemž tento termín označuje snahu o poskytování sociálních služeb klientovi individuálně a v jeho přirozeném prostředí (Malíková, 2011, s. 32). Ale většina mých respondentů si myslí, že by osoby s duševním onemocněním měly žít v psychiatrických léčebnách, pokud není jejich onemocněním zaléčeno. Výsledky lze porovnat s diplomovou prací Lucie Wawreczkové (2013, s. 62), která zkoumá postoje společnosti k osobám se schizofrenií, která je bezpochyby také duševním onemocněním. V případě tohoto výzkumu byli respondenti rozděleni do dvou skupin na muže a ženy. V obou skupinách většina respondentů odpověděla, že by osoby s duševním onemocněním měly žít v léčebnách. Alternativou psychiatrických léčeben je chráněné bydlení, které prostřednictvím sociálních, popřípadě zdravotnických pracovníků, zajišťuje pomoc v samostatném bydlení klientům, kteří nejsou zcela soběstační (Orel a kol., 2016, s. 24). Mnou oslovení respondenti většinou s chráněným bydlením souhlasili. Podle nich je nutné, aby se osoby s duševním onemocněním osamostatnily. Tuto odpověď lze srovnat s názory respondentů v bakalářské práci Slovákové (2015, s. 63), kteří uvádí, že chráněné

bydlení je prospěšné, zajišťuje prostor pro osamostatnění klientů, kteří jsou pak více schopní se začlenit do společnosti.

Jak bylo již jednou uvedeno, osoby s duševním onemocněním jsou často omezovány na svéprávnosti (Juříčková, 2014, s. 61). V případě mého výzkumu převládal u respondentů názor, že by osoby s duševním onemocněním měly být omezeny na svéprávnosti v případě, že to vyžaduje jejich zdravotní stav. Andrea Zedníčková (2014, s. 60) ve své bakalářské práci také uvádí názor na tuto problematiku. Výsledek jejího výzkumu je velice podobný s výsledky mého výzkumu. S tím rozdílem, že v roce 2014 existovala možnost zbavit svéprávnosti úplně, nebo částečně. Nejvíce respondentů v případě výzkumu Zedníčkové uvedlo, že by osoby s duševním onemocněním měly být zbavovány svéprávnosti částečně. Dle mého názoru je částečné zbavení svéprávnosti v některých aspektech podobné jako omezení na svéprávnosti, například v tom, že v případě omezení svéprávnosti je osoba omezována jen v některých činnostech. S názorem respondentů souhlasím. Pokud by zdravotní stav osob s duševním onemocněním jejich rozhodnutí ovlivňoval, je pro ně lepší, pokud o důležitých záležitostech nerozhodují ony samy.

Ocisková a Práško (2015, s. 56, 80) uvádějí, že laická veřejnost považuje osoby se schizofrenií, ale také například s afektivními poruchami za líné a neschopné. V případě mého výzkumu vyšly výsledky naopak, protože většina respondentů uvedla, že osoby s duševním onemocněním jako zátěž pro společnost nevnímají.

Dále Ocisková a Práško (2015, s. 57-58) uvádějí, že převažující podíl na utváření názoru na osoby s duševním onemocněním mají média. Pokud lze za média považovat televizi a internet, tak můj výzkumný vzorek je uvádí až na třetí a čtvrté pozici. V rámci mého výzkumu bylo nejčastější odpovědí, že si respondenti utvářejí názor na základě zkušenosti. Tuto odpověď uvedlo celkem 18 respondentů, přičemž u otázky č. 12, kde jsem zjišťovala, zda mají respondenti zkušenost s osobami s duševním onemocněním, zvolilo variantu „ano“, pouze 14 respondentů. Naskytá se tedy otázka, co je pro respondenty považováno za zkušenost. Zda v případě této otázky, tedy otázky č. 19, považují za zkušenost i zprostředkovanou zkušenost někoho známého apod.

Na první výzkumnou otázku si lze odpovědět tak, že respondenti vybrané komunity vnímají osoby s duševním onemocněním v celku pozitivně, nicméně jim velice záleží na tom, aby byly залéčeny. Dle odpovědí v dotazníku, které se vztahovaly k první výzkumné otázce, si dovolím tvrdit, že u respondentů v žádném případě nepřevládá strach, o kterém hovoří

Kalvach a kol. (2011, s. 79), který strach uvádí jako součást stigmatu. Dále autor ve své knize (s. 79) uvádí, že převládajícím názorem na duševně nemocné je, že jsou nebezpeční a projevuje se u nich násilné chování. Při porovnání s odpověďmi mých respondentů, je patrné, že u nich tento názor nepřevládá. Je nutné znovu zmínit, že se výsledky mého výzkumu vztahují pouze k názoru 30 respondentů vybrané komunity. Myslím si, že velký podíl na vnímání osob s duševním onemocněním ve vybrané komunitě mají i v dotazníku zmíněné zkušenosti, které respondenti mají.

## **Výzkumná otázka č. 2: Jaké má laická veřejnost vybrané komunity informace o duševním onemocnění a o zařízení ve vybrané komunitě?**

Ke druhé výzkumné otázce se vztahovaly otázky z dotazníku č. 2, 3, 4, 5 a 6.

V rámci dotazníkového šetření byla respondentům položena otázka, co pro ně znamená duševní onemocnění. Tato otázka byla otevřená a nejčastějšími odpověďmi bylo, že je to „*Omezení v běžném životě.*“ a „*Člověk, který neví, co dělá.*“. Obě odpovědi uvedli 3 respondenti. Je zapotřebí poukázat na to, že méně respondentů odpovědělo na to, co si představují pod pojmem duševním onemocnění. Např.: „*Duševní onemocnění se vyznačuje poruchou mozkových funkcí.*“, „*Onemocnění nebo porucha myslí.*“ nebo „*Nemoc, která napadá duši. Člověk není schopný vnímat reálný svět, má stavy úzkosti, strach.*“ apod. Většina respondentů popisovala člověka a sociální dopady, které nemoc má. Tomšovský (2010, s. 36-37) ve své bakalářské práci uvádí, že okolo 30 % respondentů, které měl rozděleny na muže a ženy, uvádí podobné odpovědi, které se spíše zabývají člověkem a jeho pocity než popisem duševního onemocnění. Stejně tak jako v jeho výzkumu, nikdo z mých respondentů neuvedl, že se může jednat o závislost, která do duševních poruch také patří. Z odpovědí „*Nikdo neví, co se v něm odehrává.*“ nebo „*Nenormální chování.*“, mám pocit, že tito respondenti mají z osob s duševním onemocněním obavy. Velice mne zaujala odpověď „*Prostě blázen.*“, zaměřila jsem se na odpovědi tohoto respondenta. Respondent uvádí, že nemá informace o duševním onemocnění, dále uvádí, že by osoby s duševním onemocněním měly žít v psychiatrických léčebnách, a také to, že na tyto osoby nemá utvořený názor. Dle mého názoru je tento respondent příkladem osoby, která se řídí stereotypy společnosti.

Ocisková a Práško (2015, s. 258) uvádějí, že stigmatizující postoje společnosti souvisí s nedostatečnou znalostí problematiky. V případě mého výzkumu respondenti svoji znalost hodnotili na škále od 1 do 5. Mezi odpověďmi nebyly patrné velké odlišnosti, protože většina respondentů zvolila číslici 3, která byla označována jako dobrá znalost. Pouze jeden

respondent uvedl, že je jeho úroveň znalostí velmi špatná, označil ji tedy číslicí 5. Je zvláštní, že pouze jeden z respondentů ohodnotil své znalosti číslicí 5, přestože tři respondenti v následující otázce uvádí, že nemají informace. Soudím, že respondentova odpověď souvisí s tím, že nemá zkušenost s osobami s duševním onemocněním, a přestože bydlí v dané komunitě, kde se nachází již zmiňované zařízení pro osoby s duševním onemocněním, neví jak a pro koho zařízení funguje a na jaké diagnózy se zaměřuje. Domnívám se, že úroveň znalostí souvisí se zdrojem, kde dotazovaní čerpají informace o duševním onemocnění. V případě mého výzkumu respondenti nejčastěji uváděli, že své informace získávají prostřednictvím televize, známých a z internetu. Odpovědi lze srovnat s výzkumem Zedníčkové (2014, s. 50), která uvádí, že stejně jako v případě mého výzkumu i její respondenti čerpají nejčastěji informace z televize a internetu. Ve spojitosti s otázkou číslo 19 lze uvést, že přestože respondenti čerpají informace o duševním onemocnění nejčastěji z televize a internetu, většina respondentů uvádí, že si vlastní názor utváří na základě zkušeností, které s osobami s duševním onemocněním mají. Nicméně musíme brát v potaz, že někteří respondenti v dotazníku uvedli, že zkušenost s osobami s duševním onemocněním nemají, a přesto čerpají informace ze zkušeností. Jak již bylo řečeno, nejspíše záleží na tom, co respondent považuje za zkušenost.

Myslím si, že je žádoucí, aby obyvatelé měli informace o chodu zařízení pro osoby s duševním onemocněním, které se v dané komunitě nachází. V případě páté otázky dotazníku bylo zjišťováno, zda mají respondenti informace o celkovém chodu zařízení. 23 respondentů uvedlo, že mají informace o chodu zařízení v dané komunitě. Pouhých 7 respondentů uvedlo, že informace o chodu zařízení nemá. V případě 6. otázky, která se zabývala tím, zda respondenti vědí, jaké diagnózy klienti domova mají, tedy na jaký typ diagnóz se zařízení zaměřuje, uvedlo až 16 respondentů, že tuto informaci nevědí. Dovolím si tvrdit, že tato skutečnost velmi souvisí s tím, jakým způsobem se zařízení propaguje pro veřejnost v dané komunitě. Napadá mne, že by bylo dobré, kdyby zařízení pořádalo během roku několik „Dní otevřených dveří“, kdy by obyvatelé komunity mohli do zařízení zajít a zjistit o typu diagnóz klientů více informací. Zařízení v dané komunitě každý rok pořádá slavnosti, kde klienti zařízení vystupují s různými vystoupeními, čímž ukazují svoje schopnosti a své nadání. Nicméně si nejsem vědoma, že by byla možnost se do zařízení podívat a zjistit zmíněné informace. Tyto informace jsou uvedeny na webu zařízení, ale ne všichni obyvatelé mají možnost se na webové stránky podívat.

V případě této výzkumné otázky, si dovolím tvrdit, že respondenti jsou o duševním onemocnění a o zařízení v jejich komunitě informováni nedostatečně. Mé výsledky lze porovnat s výzkumem v bakalářské práci Tomšovského (2010, s. 44-45), který uvádí, že v případě jeho výzkumu až 78 % respondentů není dostatečně informováno o duševním onemocnění.

### **Výzkumná otázka č. 3: Jakou má laická veřejnost vybrané komunity zkušenost s osobami s duševním onemocněním?**

K této výzkumné otázce se vztahují otázky č. 12, 13, 14, 15, 16, 17 a 18.

Zedníčková (2014, s. 46-47) ve svém výzkumu v rámci bakalářské práce uvádí, že většina respondentů osobu s duševním onemocněním zná, ale setkává se s ní jen zřídka. Druhou nejvíce volenou odpovědí ve výzkumu Zedníčkové je, že se respondenti nikdy nesečkali s osobou s duševním onemocněním, takže zkušenost nemají. Výsledky Zedníčkové lze srovnat s výsledky mého výzkumu. Pouze 14 mých respondentů uvedlo, že má zkušenost s osobami s duševním onemocněním. To znamená, že i v případě mého výzkumu více jak polovina respondentů nemá zkušenost s takto nemocnými osobami. V případě, že respondenti měli zkušenost s osobou s duševním onemocněním, zajímalo mne, zda je pozitivní nebo negativní. Všichni dotazovaní uvedli, že mají pozitivní zkušenosti. Pouze dva respondenti uvedli stejnou odpověď a to „*Nemám s nimi problém.*“. Z několika odpovědí respondentů je patrné, že se nejčastěji setkávají právě s klienty zařízení v jejich komunitě. Dále lze říci, že žádný z respondentů nemá nepříjemnou zkušenost. Dotazovaní často uvádí, že se osoby s duševním onemocněním chovají slušně. Na způsob chování byla také zaměřena otázka v dotazníku. Všichni respondenti odpověděli, že se osoba s duševním onemocněním chovala dle společenských norem s drobnými odchylkami chování. Pokud budu brát v potaz, že mnoho respondentů hovoří o tom, že se setkali s osobami s duševním onemocněním v jejich komunitě, tak lze říci, že odpovědi na 16. otázku souvisí s tím, že jsou osoby s duševním onemocněním, které jsou v zařízení, zaléčeny. Pokud by nebyly, odchylky v chování by byly větší. Například k projevům hebefrenní schizofrenie patří chování, které se podobá pubertálnímu. To znamená, že se nemocný projevuje například hlasitě a neomaleně (Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 76).

Jak již bylo zmíněno, Kalvach (2011, s. 79) hovoří ve své knize o tom, že součástí stigmatu je strach. Mnou oslovení respondenti uvedli, že nesouhlasí s tvrzením, že by většina lidí měla z osob s duševním onemocněním obavy. Výzkum Tomšovského (2010, s. 42) vykazuje

podobné výsledky. Většina respondentů v jeho výzkumu se necítí být ohrožena osobami s duševním onemocněním, z toho vyplývá, že obavy nemají. Wawreczková (2010, s. 64), která měla svou diplomovou práci zaměřenou na postoje k osobám se schizofrenií, ve svém dotazníkovém šetření získala také podobné údaje. I její respondenti uvádí, že souhlasí nebo spíše souhlasí s tím, že nejsou osoby se schizofrenií nebezpečné.

Domnívala jsem se, že mnoho lidí má z komunikace s osobou s duševním onemocněním obavy. Ale v případě mého výzkumu vyšly výsledky opačně, než jsem předpokládala. Pouze jeden respondent uvedl, že obavy má. V souvislosti s jeho odpovědí jsem se zaměřila na celý dotazník, který mi vyplnil. Přestože respondent uvedl, že má pozitivní zkušenost s osobami s duševním onemocněním, uvádí, že má obavy a jako jediný tedy odpovídal na otázku č. 18, kde měl popsat, jaké obavy měl. Zde klient uvedl, že neví, co od nich může čekat. Tento respondent dále v dotazníku uvádí, že pro něho duševní onemocnění znamená „*nenormální chování*“, a že jsou osoby s duševním onemocněním pro společnost nebezpečné. Já osobně bych předpokládala, že pokud má někdo pozitivní zkušenost s osobou s duševním onemocněním, není pro něho nebezpečná. Otázkou je, co je pro respondenta důležité při utváření názoru, zda dá více na svou zkušenost, kterou uvádí jako zdroj jeho informací o duševním onemocnění, nebo zda si názor spíše utváří na základě informací z internetu nebo televize, které jako zdroj uvádí také. Zedníčková (2014, s. 54) ve výsledcích svého výzkumu uvádí, že strach z osob s duševním onemocněním má 15 respondentů z 90. Další výzkum, který lze porovnat, je výzkum Wawreczkové (2013, s. 68), která se svých respondentů tázala na názor, zda by byli ostražití v případě jednání s osobou se schizofrenií. Nadpoloviční většina respondentů uvedla, že by ostražitá byla. Z čehož mi vyplývá, že by dotazovaní obavy z komunikace měli. Opět si myslím, že v případě mého výzkumu, kde vyšel pravý opak než u uvedené autorky, má velký podíl na rozlišnosti odpovědí fakt, že respondenti, kteří otázku v dotazníku vyplňovali, mají s osobami s duševním onemocněním zkušenosti, které uvádí jako pozitivní.

Odpovědí na třetí výzkumnou otázku je fakt, že respondenti mají pozitivní zkušenost s osobami s duševním onemocněním a ve většině případů se u nich neobjevuje strach. Nicméně je pro mne velice překvapující, že zkušenost má méně jak polovina dotazovaných, přestože žijí ve stejné komunitě, jako klienti zařízení.

## 10 ZÁVĚR

Touto bakalářskou prací byl zjišťován postoj laické veřejnosti vybrané komunity, kterou tvořili obyvatelé vybrané komunity, k osobám s duševním onemocněním. Teoretická část práce se mimo jiné věnovala změnám vnímání osob s duševním onemocněním v průběhu historie. Dalšími kapitolami jsou kapitoly pojednávající o tom, co je to duševní onemocnění, zejména schizofrenie a afektivní poruchy, protože jsou výsledky výzkumné práce vztahovány pouze k vybrané komunitě, kde je zařízení pro duševně nemocné zaměřeno na léčbu právě těchto onemocnění. Dále jsou v teoretické části popsány zdravotní a sociální služby, postoje veřejnosti k osobám s duševním onemocněním a stručně je zde popisována problematika omezení svéprávnosti. Teoretický cíl byl splněn. Výzkumná část práce byla zaměřena na postoj laické veřejnosti k osobám s duševním onemocněním.

Cíle praktické části práce byly naplňovány za pomoci výzkumných otázek. Cíle praktické části práce byly splněny. Výsledky, které se vztahují k první výzkumné otázce, mne překvapily. V případě vybrané komunity ve většině případů nepřevládá strach z takto nemocných osob. Nedá se říci, že vybraná komunita osoby s duševním onemocněním vnímá jako sobě rovné, přesto nejsou osoby s duševním onemocněním vnímány negativně. Naopak výsledky u druhé výzkumné otázky mne nepřekvapily vůbec. Předpokládala jsem, že respondenti budou mít málo informací o chodu zařízení i o duševním onemocnění. Co se týče informovanosti o chodu zařízení, jak jsem již uváděla v diskusi, bylo by dle mne vhodné, aby zařízení, které se ve vybrané komunitě nachází, zvětšilo svoji propagaci. Vzhledem k tomu, že obyvatelé dané komunity nejvíce informací čerpají ze zkušeností a z informací od spoluobčanů, dá se říci, že by se díky tomu mohla zvýšit informovanost i v okolních obcích, protože by se mohli informovaní občané dané komunity podělit o své zkušenosti a zážitky. Díky třetí výzkumné otázce bylo zjištěno, že více jak polovina respondentů nemá zkušenost s osobami s duševním onemocněním. Dovolím si tvrdit, že tato skutečnost opět souvisí s propagací zařízení.

Myslím si, že díky větší informovanosti nejen vybrané komunity by se zlepšil postoj k osobám s duševním onemocněním. Je třeba si uvědomit, že s těmito osobami se budeme ve společnosti setkávat stále. A já doufám, že díky rozvoji komunitní péče se s nimi budeme setkávat častěji. Domnívám se, že stereotypy, které ve společnosti převládají, můžeme zbořit tehdy, kdy bude mít společnost větší možnost duševně nemocné poznat. V České republice je mnoho aktivit, které k boření mýtů a stereotypů o duševním onemocněním napomáhají, pro příklad uvádím festival Mezi ploty, který pořádá psychiatrická léčebna v Bohnicích. I v dané

komunitě zařízení pořádá již zmiňované slavnosti, kterých se může veřejnost účastnit. Nicméně na základě mých poznatků si myslím, že by bylo vhodné takových akcí pro veřejnost pořádat více. Přestože většina dotazovaných z vybrané komunity má pozitivní zkušenosti, u některých se nadále objevují obavy. Jako užitečné bych vnímala, kdyby došlo ke společné spolupráci obyvatel dané komunity a klientů zařízení, například při konání společenských akcí, kdy by občané a klienti zařízení spolupracovali na organizaci. Díky této spolupráci by pak došlo k lepšímu poznání klientů a následnému boření mýtu nejen mezi některými obyvateli dané komunity.

Myslím si, že by bylo zajímavé, kdyby byl tento výzkum rozšířen o názor komunity, kde zařízení pro osoby s duševním onemocněním není, a následně tyto dva výzkumy porovnat. Domnívám se, že by názory obyvatel přilehlých měst a obcí byly rozdílné od názorů obyvatel dané komunity.



## 11 POUŽITÁ LITERATURA

### Knižní zdroje

**BARTOŠOVÁ, Iva a SKUTIL, Martin.** *Dotazník.* In: SKUTIL, Martin. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství.* Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-736-7778-7.

**ČERNÁ, Marie.** *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením.* 2. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-3071-7.

**DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ.** *Diagnostika a terapie duševních poruch.* Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-1620-6.

**DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ.** *Diagnostika a terapie duševních poruch.* 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4826-9.

**HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ.** *Psychologický slovník.* 2. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-736-7569-1.

**HANUŠOVÁ, Anna.** *Stigmatizace v psychiatrii.* In: HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a pedopsychiatrie.* Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8.

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

**CHRÁSKA, Miroslav.** *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu.* 2. vyd. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5326-3.

**JURÍČKOVÁ, Lubica, Kateřina IVANOVÁ a Jaroslav FILKA.** *Opatrovnictví osob s duševní poruchou.* Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4786-6.

**KALVACH, Zdeněk.** *Křehký pacient a primární péče.* Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.

**KUČEROVÁ, Helena.** *Psychiatrické minimum.* Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4733-0.

**KUZNÍKOVÁ, Iva.** *Sociální práce ve zdravotnictví.* Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1.

- LÁTALOVÁ, Klára.** *Bipolární afektivní porucha.* Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3125-4.
- LÁTALOVÁ, Klára, Dana KAMARÁDOVÁ a Ján PRAŠKO.** *Suicidialita u psychických poruch.* Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4305-9.
- LIBIGER, Jan.** *Krátká historie psychiatrie.* In: HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a pedopsychiatrie.* Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8.
- MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ.** *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním.* Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.
- MALÍKOVÁ, Eva.** *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních.* Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MIKULÁŠTÍK, Milan.** *Komunikační dovednosti v praxi.* 2. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2339-6.
- OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO.** *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch.* Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5199-3.
- OREL, Miroslav.** *Psychopatologie: nauka o nemocech duše.* 2. vyd. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5516-8.
- PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ.** *Ošetřovatelství v psychiatrii.* Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4236-6.
- RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ.** *Psychiatrie.* Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1985-9.
- REICHEL, Jiří.** *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů.* Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3006-6.
- SKUTIL, Martin.** *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství.* Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-736-7778-7.
- VLČEK, Jiří, Daniela FIALOVÁ a Magda VYTRÍŠALOVÁ.** *Klinická farmacie.* Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-3169-8.
- ZAMAZALOVÁ, Marcela.** *Marketing.* 2. vyd. Praha: C.H. Beck, 2010. ISBN 978-80-740-0115-4.

## Elektronické zdroje

**FOKUS LABE**, 2008-2013. *Neviditelní lidé*. [online] [cit. 2017-2-1]. Dostupné z: <http://www.fokuslabe.cz/projekty-podporene-z-prostredku-eu/neviditelni-lide/>.

**HERETIK, A., POLUCHOVÁ, J.** (2009). *Stigma duševných poruch z pohľadu ľudí s diagnózou schizofrénia. Výsledky výzkumu. Psychiatrie, psychoterapia, psychosomatika* [online] [cit. 2017-2-1]. Dostupné z: <http://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/1-2009/PSY1-2009-cla1.pdf>

**INSTAND z. ú.**, 2004 – 2015. *Metodika výkonu opatrovnictví* [online] [cit. 2017-03-07]. Dostupné z: [https://www.instand.cz/dokumenty/metodika-vykonu-opatrovnictvi\\_201507211422189.pdf](https://www.instand.cz/dokumenty/metodika-vykonu-opatrovnictvi_201507211422189.pdf).

**MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR (MZ)**. *Strategie reformy psychiatrické péče: Vstupní zpráva* [online]. 2012 [cit. 2017-2-1]. Dostupné z: [http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/12/vstupni-zprava\\_srpp\\_final\\_7\\_12\\_2012.pdf](http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/12/vstupni-zprava_srpp_final_7_12_2012.pdf).

**RABOCH, J., WENIGOVÁ, B.** *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)*. [online] [cit. 2017-2-1]. Dostupné z: [http://www.ceskapsychiatrie.cz/images/stories/OZ\\_zkr\\_komplet.pdf](http://www.ceskapsychiatrie.cz/images/stories/OZ_zkr_komplet.pdf)

**SLOVÁKOVÁ, Jitka**. *Chráněné bydlení z pohledu sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách* [online]. Zlín, 2015 [cit. 2017-4-3]. Dostupné z: [http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/33405/slov%C3%A1kov%C3%A1\\_2015\\_dp.pdf?sequence=1](http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/33405/slov%C3%A1kov%C3%A1_2015_dp.pdf?sequence=1). Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.

**TOMŠOVSKÝ, Petr**. *Duševní nemoc a názory společnosti, veřejnosti* [online]. České Budějovice 2010 [cit. 2017-4-3]. Dostupné z: [http://theses.cz/id/1avkq4/downloadPraceContent\\_adipIdno\\_7163](http://theses.cz/id/1avkq4/downloadPraceContent_adipIdno_7163). Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.

**WAWRECZKOVÁ, Lucie**. *Postoje společnosti k osobám se schizofrenií* [online]. Olomouc, 2013 [cit. 2017-4-3]. Dostupné z: [https://theses.cz/id/ajkn9j/LUCIE\\_WAWRECZKOV.pdf](https://theses.cz/id/ajkn9j/LUCIE_WAWRECZKOV.pdf). Diplomová práce. Univerzita Palackého Olomouc.

**ZEDNÍČKOVÁ, Andrea.** *Názor společnosti na osoby s duševním onemocněním* [online]. Zlín, 2014 [cit. 2017-4-4]. Dostupné z: [http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/29019/zedn%C3%AD%C4%8Dkov%C3%A1\\_1\\_2014\\_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/29019/zedn%C3%AD%C4%8Dkov%C3%A1_1_2014_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y) . Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.

## **Právní předpisy**

**ČESKO.** Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006, o sociálních službách. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.

**ČESKO.** Zákon č. 89 ze dne 3. února 2012, občanský zákoník. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2012, částka 33. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89>.

## 12 PŘÍLOHY

Příloha A – *Použitý dotazník*

### Dotazník k bakalářské práci

Vážené respondentky, vážení respondenti,

jmenuji se Nikola Hrubá a třetím rokem studuji obor Zdravotně-sociální pracovník na Univerzitě Pardubice. Obracím se na Vás s žádostí vyplnění tohoto dotazníku, který bude sloužit jako podklad pro mou bakalářskou práci, na téma „Postoj laické veřejnosti k osobám s duševním onemocněním“. Tento postoj jsem se rozhodla zkoumat v komunitě, kde se nachází zařízení pro tyto osoby. Ráda bych Vás požádala o co nejpřesnější vyplnění všech otázek. Nebude-li uvedeno jinak, u každé otázky prosím zakroužkujte jednu odpověď. Tento dotazník je zcela anonymní a jeho vyplnění je dobrovolné.

Děkuji Vám za Vaši ochotu a Váš čas.

**1. Jste zaměstnancem místního zařízení pro osoby s duševním onemocněním?**

- a. Ano
- b. Ne

Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a ANO, v dotazníku dále prosím nepokračujte.

**2. Co pro Vás znamená duševní onemocnění? Popište prosím vlastními slovy.**

**3. Jak hodnotíte úroveň svých znalostí o duševním onemocnění? Vyznačte na škále od 1 do 5. (Hodnocení jako ve škole).**

- Výborná úroveň      1      2      3      4      5      Velmi špatná úroveň

**4. Odkud čerpáte informace o duševním onemocnění? Lze zakroužkovat více odpovědí.**

- a. Knihy, odborné články
- b. Internet
- c. TV
- d. Známí
- e. Nemám informace

**5. Máte informace o chodu zařízení pro osoby s duševním onemocněním ve vaší komunitě?**

- a. Ano, vím, jak a pro koho zařízení funguje
- b. Ne, nevím, jak a pro koho zařízení funguje

**6. Máte informace o typu diagnóz klientů v zařízení ve vaší komunitě?**

- a. Ano, vím, na jaké diagnózy se zařízení specializuje
- b. Ne, nevím, na jaké diagnózy se zařízení specializuje

**7. Jsou podle Vás osoby s duševním onemocněním nebezpečné pro společnost?**

- a. Ano
- b. Ne, pokud jsou zaléčené
- c. Ne
- d. Neumím posoudit

**8. Měly by, podle Vás, osoby s duševním onemocněním žít v psychiatrických léčebnách?**

- a. Ano, vždy (i pokud jsou zaléčené)
- b. Ano, v případě, že nejsou zaléčené
- c. Ne, i když nejsou zaléčené

**9. Jak vnímáte možnost chráněného bydlení pro osoby s duševním onemocněním?**

(Pozn.: Chráněné bydlení – jedná se o pobytovou službu pro osoby s duševním onemocněním, které potřebují pomoc fyzické osoby ve vykonávání běžných denních činností. Tyto osoby žijí v bytech, kde se snaží o běžný chod domácnosti. S chodem domácnosti jim pomáhají vyškolené pracovníce, které s nimi tráví většinu času.)

- a. Nesouhlasím s tím, nejsou tam dostatečně kontrolovány
- b. Souhlasím s tím, je třeba, aby se osamostatnily
- c. Nevím, nikdy jsem nad tím nepřemýšlel/a

**10. Měla by být, podle Vás, osoba s duševním onemocněním omezována na svéprávnosti?**

- a. Ano, vždy
- b. Ano, vyžaduje-li to její zdravotní stav
- c. Ne
- d. Neumím posoudit

**11. Vnímáte osoby s duševním onemocněním jako zátěž pro společnost?**

- a. Ano



- b. Ne
- c. Neumím posoudit

**12. Máte nějakou zkušenost s osobami s duševním onemocněním?**

- a. Ano
- b. Ne

Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a NE, pokračujte prosím od otázky číslo 19.

**13. Pokud jste se s osobou s duševním onemocněním setkal/a, jakou jste měl/a zkušenost?**

- a. Pozitivní
- b. Negativní

**14. Popište prosím vlastními slovy Vaši zkušenost.**

**15. Souhlasíte s tvrzením, že většina lidí má z osob s duševním onemocněním obavy?**

- a. Ano
- b. Ne
- c. Neumím posoudit

**16. Jak se chovala osoba s duševním onemocněním ve Vaší společnosti?**

- d. Dle společenských norem, nevšiml/a jsem si výrazných odchylek v chování
- e. Nerespektovala společenské normy
- f. Dle společenských norem, ale s drobnými odchylkami běžného chování

**17. Měl/a jste obavy z komunikace s osobou s duševním onemocněním?**

- a. Ano
- b. Ne

Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a NE, pokračujte prosím otázkou číslo 19.

**18. Jaké obavy jste měl/a? Popište prosím vlastními slovy.**

**19. Na základě čeho, si utváříte názor na osoby s duševním onemocněním? Lze zakroužkovat více odpovědí.**

- a. Zkušeností
- b. Informací od spoluobčanů
- c. TV
- d. Internet
- e. Nemám utvořený názor

**20. Pohlaví:**

- a. Muž
- b. Žena

**21. Kolik je Vám let?**

**22. Jaké máte dosažené vzdělání?**

- a. Základní
- b. Vyučen/a
- c. Středoškolské
- d. Vyšší odborné
- e. Vysokoškolské