

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2020

Erika Klimešová

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Stigmatizace a sebestigmatizace v životě lidí s duševním onemocněním

Erika Klimešová

Bakalářská práce

2020

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2018/2019

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Erika Klimešová**  
Osobní číslo: **Z15124**  
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**  
Studijní obor: **Zdravotně-sociální pracovník**  
Téma práce: **Stigmatizace a sebestigmatizace v životě lidí s duševním onemocněním**  
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

### Zásady pro vypracování

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 pracovní zprávy: **35 stran**  
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**  
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.  
OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5199-3.  
PRAŠKO, Ján a Klára LÁTALOVÁ. *Psychiatrie v somatické medicíně*. Praha: Mladá fronta, 2015. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-3739-6.  
PRAŠKO, Ján. *Obecná psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2570-2.  
RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTOVÁ. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 5. vyd. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-582-4.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Adéla Michková, Ph.D.**  
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2018**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2020**

L.S.

---

**doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.**  
děkanka

---

**Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.**  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 5. března 2020

## **PROHLÁŠENÍ AUTORA**

Prohlašuji:

Tuto práci jsem 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., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, 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.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 27. 4. 2020

Erika Klimešová

## **PODĚKOVÁNÍ**

Na tomto místě bych ráda poděkovala mé vedoucí bakalářské práce Mgr. Adéle Michkové, Ph.D. za vedení mé práce, a především za trpělivost a cenné rady. Dále bych zde ráda poděkovala Mgr. Ivaně Šťastné, vedoucí Centra péče o duševní zdraví za možnost realizace průzkumu na tomto pracovišti, a především všem informantům, kteří se zapojili do průzkumu. V neposlední řadě patří velké díky mé rodině za podporu a trpělivost během studia a při dokončování této práce.

## **ANOTACE**

Tato bakalářská práce, zabývající se otázkou stigmatizace duševně nemocných, je zpracována do dvou částí. Teoretická část se zabývá především shrnutím dostupných poznatků o problematice duševních onemocněních a stigmatizaci.

Teoretická část práce se zabývá především definováním duševních nemocí a s nimi spojenou stigmatizací. Teoretická část si klade za cíl vysvětlit okolnosti vzniku duševně nemocných. Dále se práce zabývá procesem, vznikem a faktory stigmatizace. Poslední část se zabývá reformou psychiatrie a destigmatizací.

Průzkumná část byla zpracována formou kvalitativního průzkumu, která má za cíl popsat, jak duševně nemocní stigmatizaci vnímají a prožívají.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

stigmatizace, sebestigmatizace, duševní onemocnění, prožívání stigmatizace

## **TITLE**

Stigmatization and self-stigmatization in the life of people with mental illness

## **ANNOTATION**

This bachelor thesis concerns with stigmatization of people with mental illness. The bachelor thesis is splitted into two main parts. Theoretical part summarises knowledges about this topic. The part is about important definitions of mental illness and definition of stigmatization. How it is rising, passing off and about factors of stigmatization. At the last part of theoretical side, the thesis speaks about reform of psychiatry and destigmatisation in Czech Republic.

The second part is forming by Qualitative research. The main task is: How people with mental illness passes through with stigmatization in their life.

## **KEYWORDS**

stigmatization, self-stigmatization, mental illness, experience with stigmatization

# OBSAH

Úvod.....	11
1 Cíl práce.....	12
1.1 Cíle teoretické části.....	12
1.2 Cíle průzkumné části.....	12
2 Teoretická část.....	13
2.1 Duševní onemocnění.....	13
2.1.1 Dělení duševního onemocnění.....	14
2.1.2 Schizofrenie.....	15
2.1.3 Afektivní poruchy.....	16
2.1.4 Poruchy osobnosti a chování dospělých.....	17
2.1.5 Příčiny duševního onemocnění.....	18
2.1.6 Dopady duševního onemocnění.....	18
2.2 Stigmatizace a sebestigmatizace u duševního onemocnění.....	20
2.2.1 Stigma.....	20
2.2.2 Stigmatizace.....	21
2.2.3 Sebestigmatizace.....	23
2.2.4 Stigmatizace u lidí se schizofrenií.....	25
2.2.5 Stigmatizace u afektivních poruch.....	25
2.2.6 Stigmatizace u poruch osobnosti.....	26
2.2.7 Destigmatizace a reforma psychiatrické péče.....	26
3 Průzkumná část.....	30
3.1 Hlavní průzkumný cíl.....	30
3.2 Dílčí průzkumné cíle.....	30
3.3 Průzkumné metody.....	30
3.4 Výběr informantů.....	31
3.5 Charakteristika informantů.....	31



3.6	Příprava průzkumu .....	32
3.7	Sběr dat.....	32
3.8	Zpracování dat.....	33
4	Diskuze .....	50
5	Závěr .....	56
6	Použitá literatura .....	58
7	Přílohy.....	61

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Stigmatizace pro mě je .....	33
Obrázek 2 Neznalost společnosti .....	35
Obrázek 3 Rodinné stigma.....	38
Obrázek 4 Veřejné stigma.....	40
Obrázek 5 Stigma ve zdravotnictví.....	43
Obrázek 6 Stigma v oblasti zaměstnání .....	46
Obrázek 7 Osobní stigma.....	48

## **SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK**

BAP	Bipolární afektivní porucha
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí
CDZ	Centrum duševního zdraví
CPDZ	Centrum péče o duševní zdraví
NUDZ	Národní ústav duševního zdraví

## ÚVOD

Jak říkají Praško a Látalová (2015, s. 21) stigmatizace vzniká z neznalosti a neinformovanosti společnosti o problematice, díky které dochází ke společenské ignoraci.

Téma této bakalářské práce jsem si vybrala z důvodu mého zájmu týkajícího se problematiky duševních onemocnění. Během svého studia jsem se několikrát setkala s osobami a organizacemi, které se snaží upozornit na problematiku diskriminace, upírání práv a šancí na spokojený život osob s duševním onemocněním. Stále aktuálnější je problematika stigmatizace osob s duševním onemocněním a s tím související reforma psychiatrické péče. Na rozmezí zdravotnictví a sociální oblasti je tematika duševně nemocných a stigmatizace hojně diskutována, o čemž jsem se přesvědčila na semináři Reforma péče o duševní zdraví v prosinci 2019. Ovšem není tomu tak mezi laickou veřejností. Má bakalářská práce nemá ambice obsáhnout celé široké téma problematiky. Práce podává pohledy na danou problematiku samotných duševně nemocných, se kterými dlouhodobě spolupracuji v rámci dobrovolnické činnosti v Centru péče o duševní zdraví.

Práce je tvořena ze dvou částí.

Cílem teoretické části je shrnout téma duševního onemocnění a s tím spojenou problematiku stigmatizace skupiny duševního onemocnění.

Průzkumná část se zaměřuje na konkrétní vyjádření zvolených informantů k dané problematice. Za důležité považuji upozornit, že vyjádření jednotlivých informantů nelze zobecňovat a u jiného vzorku informantů by pravděpodobně došlo k jiným vyjádřením. Průzkumná část má za cíl popsat možné vnímání osob, kterých se problematika týká. Průzkumná část byla zpracována dle pravidel kvalitativního průzkumu formou polostrukturovaných rozhovorů a následně byla provedena analýza dat a jejich kódování.

# 1 CÍL PRÁCE

## 1.1 Cíle teoretické části

- Popsat problematiku duševních nemocí
- Definovat pojmy stigma, stigmatizace, sebestigmatizace a destigmatizace osob s duševním onemocněním a shrnout základní pilíře reformy psychiatrické péče

## 1.2 Cíle průzkumné části

### Průzkumný cíl:

Průzkumným cílem práce je popsat, jak lidé s duševním onemocněním vnímají stigmatizaci tohoto onemocnění a jak tuto stigmatizaci přijímají.

### Dílčí průzkumné cíle:

- 1) Zjistit, jak informanti rozumí pojmu stigmatizace a jak ho definují.
- 2) Popsat mínění informantů o obecné představě veřejnosti o lidech s duševním onemocněním
- 3) Popsat zažívané stigma informantů

## 2 TEORETICKÁ ČÁST

### 2.1 Duševní onemocnění

Světová zdravotnická organizace psychiatrický případ definuje jako „*zjevnou poruchu duševní činnosti, natolik specifickou ve svých klinických projevech, že je spolehlivě rozpoznatelná jakožto jasně definovaný soubor znaků a natolik závažná, aby způsobila ztrátu pracovní schopnosti, nebo sociálního postavení, nebo obou, a to v takovém stupni, který může být hodnocen jako selhání*“ (Mahralová, Veglářová, 2008, s. 69).

Jedná se o poruchy duševních funkcí ve smyslu hyper-, hypo- a dysfunkce. Znaky duševního onemocnění jsou u většiny případů podobné. Onemocnění je doprovázeno souborem příznaků, takzvaných symptomů, které jsou klinicky rozpoznávány. Mohou se objevit rysy a vlastnosti, které se v ojedinělých případech odchyľují od společenských norem. Změny se projevují převážně v chování jedince, v myšlení a řeči, v prožívání, v paměti a jednání. V mnohých případech dochází k omezení schopnosti zapojit se do pracovního procesu jedince. Současně bývají narušeny také rodinné a společenské vazby, které mohou vést k obtížné integraci jedince do společnosti (Hartl, Hartlová, 2015, s. 346; Nováková 2011, s. 169).

Duševní porucha, kterou jedinec onemocní, se automaticky stává nedílnou součástí jeho života. Duševně nemocný jedinec k nové situaci často zaujme nereálný postoj. K diagnóze přistupuje jako k akutnímu onemocnění, i když jde o onemocnění spíše chronického charakteru. Jedinec je nucen poruchu přijmout a vypořádat se s ní v každodenním životě. Je vystaven velkému stresu z přijetí samotné diagnózy a změn, které s tím souvisí. Ve většině případů se člověk s duševním onemocněním obává vyhledat psychiatrickou pomoc či farmakoterapii. Jedním z hlavních důvodů je stigmatizace. Přijetí nové situace znamená pro jedince omezení vlastní svobody ve smyslu kontroly z okolí a od lékařů (Ocisková, Praško, 2015, s. 35).

Mahralová, Veglářová (2008, s. 71) uchopují duševní onemocnění z pohledu vulnerability, kdy každý jedinec disponuje do nějaké míry silnou, zranitelnou a stabilní osobností. Od této míry osobnosti se dále určuje, nakolik je jedinec schopen odolávat určitému stresu. Z tohoto modelu vyplývá, že veškeré diagnostické kategorie jsou ovlivňovány i vnějšími okolnostmi duševně nemocného. Model vulnerability pracuje s vnějšími i vnitřními faktory nemoci a tím zamezuje duševně nemocnému střet se stigmatem. Tento model nerozděluje společnost na duševně nemocné a zdravé, ale na ty, co jsou výrazně citlivější, a naopak na osoby výrazně

odolnější, které se v konečném výsledku úspěšně vyvarují případné diskriminaci.

Praško a kol. (2011, s. 35-38) vysvětluje vnímání psychické poruchy jako model biopsychosociální. Psychologické, sociální, kulturní a biologické faktory během celého života jedince se neustále interagují a měly by být vnímány odděleně. Každý faktor určitým způsobem podmiňuje vznik psychického onemocnění. Za nejvíce rizikové pro vznik onemocnění, ale současně i faktory podmiňující léčbu považuje autor čtyři hlavní okruhy:

- a) Biologický,
- b) psychologický (osobnost, terapie),
- c) užší sociální (rodina),
- d) širší sociální (pracoviště, společnost, lidstvo).

Biologické faktory samy o sobě nemohou způsobit rozvinutí určitého duševního onemocnění. Jsou podmiňovány osobnostními predispozicemi a okolím jedince v jeho raném vývoji. Každý jedinec má určitý vrozený stupeň zranitelnosti a v rámci působení biopsychosociálních podnětů na jedince nelze určit jeden spouštěč nemoci. Vždy je nutné vnímat onemocnění komplexně, tzn. jaké má jedinec predispozice, v jakém sociálním prostředí vyrůstal, kde žije a jaké stresové situace prožívá. Soubor všech těchto faktorů se podílí na propuknutí psychické poruchy.

### **2.1.1 Dělení duševního onemocnění**

MKN-10 (2018, s. 191-195) dělí psychické poruchy na jedenáct podskupin. Jedná se o organické duševní poruchy, kam je zařazena demence u Alzheimerovy nemoci. Dalšími poruchami jsou vaskulární demence a demence spojená se somatickým onemocněním. Dále se jedná o duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek, schizofrenii a poruchy schizotypální a poruchy s bludy, afektivní poruchy, neurotické, stresové a somatoformní poruchy, syndromy poruch chování spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory, poruchy osobnosti a chování dospělých, mentální retardaci, poruchy psychického vývoje, poruchy chování a emocí v dětství a dospívání a neurčené duševní poruchy.

Blíže se věnuji pouze kategoriím psychotických a afektivních poruch a poruchám osobnosti a chování dospělých. Konkrétně jde o schizofrenii a paranoidní schizofrenii, bipolární

afektivní poruchu obou typů, hraniční poruchu osobnosti a poruchu pohlavní identity. Tyto poruchy úzce souvisí s průzkumnou částí práce.

### 2.1.2 Schizofrenie

Jedná se o prototyp psychózy, který bývá v literatuře označován jako skupina schizofrenií. Existují nejrůznější varianty a podtypy, které do určité míry vyjadřují poruchu myšlení, emoční nepřiléhavost a sklon k progresi a chronifikaci (Hosák a kol., 2015, s. 182).

Schizofrenie a s ní spojené schizofrenní poruchy a poruchy s bludy jsou nejčastěji charakterizovány význačnými poruchami myšlení a vnímání s afektivitou. Ta bývá velmi nepřiměřená až oploštěná. Tito jedinci mají narušený tzv. „filtr třídění informací“. Nejsou schopni rozpoznat důležitost vnějších podnětů. Ty mohou být pro jedince vyčerpávající. Dochází při nich k nepochopení situace, která vede člověka se schizofrenií k přesvědčení, že události, které se mu dějí, mají zlověstný význam. Nemocný schizofrenií vnímá realitu jako zvláštní, nepochopitelnou, falešnou, nastraženou a nereálnou. Staví do popředí nepodstatné rysy celku a tím se stává jeho myšlení nepřesným, nespojitým a nepochopitelným. Osoba s duševním onemocněním trpí zárazy v myšlenkách. Tento proces vnímá, jako by mu byly myšlenky odnímány. Přítomny mohou být bludy s různým obsahem: perzekuční, erotomanické, religiozní apod. Jedinec trpící schizofrenií vnímá situaci tak, že jeho myšlenky, pocity a činy jsou veřejná věc, která je sdílena s dalšími osobami. Může jít o halucinace hlasové, zrakové či tělesné. Schizofrenie postihuje nejčastěji osobnost jedince, který nedosáhl pocitu individuality, jednotnosti a jedinečnosti. Osobnost takového člověka se ale mění. Zploštělá nálada a afektivnost je jen začátkem ke změně osobnosti. Člověk se schizofrenií se postupně stává nápadným svému okolí, a to především svým chováním (Mahralová, Veglářová a kol., 2008, s. 73-74; Hosák a kol., 2015, s. 183).

Schizofrenie má několik klinických forem. V práci uvádím pouze tu nejčastější, se kterou jsem se setkala ve svém výzkumu. **Paranoidní schizofrenie:** projevuje se perzekučními bludy a sluchovými halucinacemi, které jsou spojené s podrážděnou afektivitou až agresivitou proti domnělým nepřátelům. Časté jsou i intrapsychické halucinace s přesvědčením o vlastních telepatických schopnostech (odnímání myšlenek či vkládání cizích myšlenek) (Raboch a kol., 2012, s. 80).



## 2.1.3 Afektivní poruchy

### 2.1.3.1 Bipolární afektivní porucha (BAP)

V případě bipolární afektivní poruchy se jedná v prvotní fázi o depresivní epizody, po nichž následují manické. Je rozlišována bipolární afektivní porucha I. a II. typu. V prvním případě se musí projevovat jak depresivní, tak rozvinutá manická epizoda. V případě BAP II. se po depresivních epizodách rozvíjí hypomanie. Charakteristické pro toto onemocnění je cyklovaná nálada, kde se ve většině případů střídá deprese, mánie a euthymie. Depresivní epizody u člověka trpícího bipolární afektivní poruchou se příliš neliší od epizody člověka trpícího depresivní poruchou. Nejúčinnější léčbou této poruchy je psychoterapie, která pomáhá s vyrovnáním se s onemocněním (Raboch a kol., 2012, s. 91-93; Hosák a kol., 2015, s. 212).

Typické pro bipolární afektivní poruchu typu I je již výše zmíněná manická epizoda. Jedinec s BAP se vyznačuje povznesenou, podrážděnou až expanzivní náladou. Okolí tuto náladu může vnímat jako abnormní. Jedinec s **BAP I. typu** se v **manické epizodě** cítí skvěle jak po duševní, tak po fyzické stránce. Cítí pocity štěstí, spokojenosti, připadá si úspěšný a vše je dle jeho mínění v naprostém pořádku. Vyznačuje se mizivou potřebou spánku, nevnímá pocity hladu a žízně. Naopak tyto lidé jsou nápadní zvýšenou potřebou konzumace psychoaktivních látek a alkoholu. Během této epizody je pravděpodobnost nadměrného utrácení peněz. Jedinec se v manické epizodě cítí být pro okolí atraktivní a neodolatelný. Vyznačuje se hlasitou řečí, zvýšenou potřebou společenského kontaktu a uchylují se k unáhleným rozhodnutím, která po manické epizodě způsobují danému jedinci problémy. V manické epizodě dochází i k projevům halucinací a bludů, které jedince navádí k určitým činům. Po skončení manické epizody se cítí jedinec fyzicky i psychicky vyčerpan (Hosák a kol., 2015, s. 212; Látalová, 2010, s. 21-28).

V případě **BAP II. typu** je při **hypomanii** charakteristická trvale mírně povznesená nálada s nárůstem energie a aktivity. Jedinci s druhým typem onemocnění mají pocit dobré pohody po fyzické i psychické stránce. Projevují se sociální náklonností, hovorností, zvýšenou sexuální energií a sníženou potřebou spánku. Při hypomanii nejsou projevy natolik silné, aby narušovaly pracovní schopnosti a tím sociálně izolovaly nemocné. Na rozdíl od mánie nejsou přítomny halucinace a bludy. Ve většině případů trvá hypomanická epizoda čtyři dny a do týdne zmizí, manická epizoda trvá minimálně týden (Hosák a kol., 2015, s. 212; Látalová, 2010, s. 21-28).

## **2.1.4 Poruchy osobnosti a chování dospělých**

Jedná se o temperamentové a charakterové rysy daného jedince, které jsou rozdílné od většinové společnosti. Současné člověka ovlivňují vzorce chování, jež si nese z dětství. Ty se projevují jako stereotypní reakce na nejrůznější osobní a sociální situace. Předpokládá se vliv genetických predispozic s biologickými vlohami a následnou interakci psychosociálních vlivů prostředí (Praško 2015, s. 17; Hosák a kol., 2015, s. 312).

### **2.1.4.1 Hraniční porucha osobnosti**

Poruchy osobnosti hraničního typu jsou většinou vnímány jako těžko léčitelné. U mnohých nemocných byla již v dětství diagnostikována emočně nestabilní porucha nebo problémy s koncentrací pozornosti a s chováním. Dětské chování je často doprovázeno nekontrolovatelnými výbuchy vzteku a poruchami chování. Tato porucha se vyznačuje výraznou afektivní nestálostí a tendencí jednat impulzivně bez uvážení následků. U hraničního typu poruchy osobnosti se může objevit emoční nestálost s narušeným vnímáním vlastní osoby. Jedinec má narušené představy o svých cílech a vnitřních preferencích. Mívá časté chronické pocity prázdnoty s prudkým střídáním afektivity a sebehodnocením. Častým důvodem záchvatů jsou nestále interpersonální vztahy, které vedou k sebepoškozování. Lidé s hraniční poruchou osobnosti mohou být i velmi bystří a nemívají problémy s verbálním vyjadřováním. Velmi dobře dokáží mluvit o svých pocitech. Hněv prožívají jako intenzivní zuřivost. K druhým bývají kritičtější než sami k sobě a často jejich stavy vedou k afektivní dysregulaci, kdy nejsou schopni odložit emoční impulz, který jim přinese pouze chvilkovou úlevu. Pro tento typ poruchy je typické selhávání v pracovních a sociálních vztazích. Velký podíl na tom mají časté suicidální pokusy, deprese, somatoformní poruchy, abúzus psychoaktivních látek a přechodné psychotické poruchy (Praško a Látalová 2015, s.28; Praško 2015, s. 17; Grambal a kol., 2017, s. 48).

### **2.1.4.2 Porucha pohlavní identity**

Porucha pohlavní identity neboli transsexualismus je případ, kdy člověk s touto poruchou sám sebe vnímá jako člena opačného pohlaví a cítí se být nespokojený s vlastním tělem (MKN-10, 2018). Hosák a kol. (2015, s. 322) popisují transsexualitu jako inverzní poruchu sexuální identifikace. Tento typ poruchy osobnosti je maximálně vyjádřená „*genderová dysforie*“, kdy se transsexuální muž identifikuje s opačným pohlavím a naopak. Lidé s poruchou pohlavní identity prožívají trýznivé a neustálé pocity příslušnosti k opačnému pohlaví. Hlavním problémem této poruchy je touha po změně pohlaví a negativní vztah k vlastnímu genitálu. Většina transsexuálů se chová heterosexuálně.

### 2.1.5 Příčiny duševního onemocnění

Nováková (2011, s. 169-170) uvádí faktory biogenní, somatogenní, psychogenní a sociogenní. **Biogenní faktory** jsou dle autorky dědičně získané předpoklady. **Somatogenní faktory** zahrnují poškození mozku při úrazu hlavy, infekční onemocnění či tělesné postižení, které narušují funkčnost nervové soustavy. **Psychogenní faktory** jsou dlouhodobé vnitřní konflikty, frustrační, deprivace a stresové stavy či akutní psychické trauma. Poslední skupinou jsou **sociogenní faktory**, které zahrnují nepříznivé sociální prostředí jedince či konflikt se sociálním prostředím. Dále uvádí příčiny přesahové neboli transcendentální (spirituální) a individuální, kde dochází ke střetu času, prostoru, kulturního zázemí a momentální situace.

Všechny faktory jsou neoddělitelně provázané a vzájemně se ovlivňují. Interakce všech faktorů jsou důležité k vývoji silné a odolné osobnosti ve chvíli, kdy se jeden z faktorů náhle změní, dojde k narušení provázaného systému a vznikne základ pro rozvoj duševní poruchy. V případě duševního onemocnění nelze přesně stanovit propuknutí. Vývoj osobnosti člověka probíhá individuálně a nelze plošně stanovit normy a klasifikace propuknutí nemoci ani formu poruchy (Psychologie pro každého, 2016).

### 2.1.6 Dopady duševního onemocnění

Nováková (2011, s. 169-170) uvádí, že největší oblast, která je poškozena duševním onemocněním, je oblast **sociální**. Přímo uvádí problematiku nezaměstnanosti, zvýšené sebevražednosti, stigmatizaci vyústěnou do společenské izolace a marginalizace duševně nemocných lidí.

Člověk po odeznění ataky onemocnění se stává sociálně staženějším a méně společenským. Nevyhledává aktivně společenské kontakty. Do partnerského vztahu vstupují osoby s duševním onemocněním zřídka. Pocity jako stud a strach člověku nedovolí partnerský vztah navazovat. Co se týče oblasti zaměstnání, průčeschnost člověka s duševním onemocněním je zde složitá, jelikož v akutním stadiu nemoci je člověk průčeschný a dlouhodobost léčby neposkytuje možnosti k navázání pracovních vztahů. Ve většině případů vede onemocnění psychickou poruchou k invalidizaci, kdy osoba není schopna vykonávat dlouhodobě a průměrně placené zaměstnání (Dobrá psychiatrie, 2010).

Pro jedince s duševním onemocněním v rámci oblasti zaměstnanosti je velmi problematické. Na základě kolísavého zdravotního stavu by bylo vhodné, aby byla jedincům umožněna změna pracovního režimu na základně aktuálního stavu osoby. Kolísavost pracovního výkonu

zaměstnavatel vyhodnocuje jako nezodpovědné chování a neplnění pracovních povinností. Ve většině případů proto dochází k úplné invalidizaci jako k řešení finanční situace jedince s duševní poruchou. Jako možné východisko u jedinců, kterým nebyl přiznán invalidní důchod v plné výši, jsou možnosti v rámci programu pracovní rehabilitace v chráněných dílnách, sociálně-terapeutických dílnách, tréninkové zaměstnávání a dalších na úvazek minimálně čtyři hodiny denně (Beranová, 2017, s. 8-9).

Dle mého názoru má největší dopad na duševně nemocné samotná stigmatizace, ze které ústí důsledky zmíněné výše. V další kapitole se zabývám obecněji stigmatizací, která ovlivňuje všechny oblasti života osoby s duševním onemocněním.

## 2.2 Stigmatizace a sebestigmatizace u duševního onemocnění

### 2.2.1 Stigma

Praško a Látalová (2015, s. 21) v rámci své publikace zaměřené na psychiatrickou praxi definují stigma neboli nálepku jako diskvalifikační přívlastek duševně nemocného člověka ve vztahu k jeho fungování ke společnosti. Naopak Hartl a Hartlová (2015, s. 565) definují stigma v oboru sociální psychologie jako hanlivé označení jedince, kterému určitá nálepka znesnadňuje se začlenit do společnosti.

V dalších odborných publikacích je stigma autory definováno jako sociální síla, která je spojována s nekonečným počtem vlastností, okolností, zdravotních stavů a sociálních skupin. Představuje tak jedinečnou intimní zkušenost každého jedince se stigmatizací a jeho vyrovnáváním se s negativním postojem (Livingston a Boyd in Praško a Látalová, s. 23, 2015; Grambal a kol., 2017, s. 32).

Stigma také vytváří výraznou změnu v sebepojetí osoby s duševním onemocněním. Samotné stigma se stává velkým problémem a zátěží, které negativním způsobem ovlivňuje vztah k jedinci samotnému, k nemoci, k léčbě a k ostatním lidem. Do tohoto sebepojetí si osoba s duševním onemocněním promítá negativní společenské představy, předsudky a stereotypy (Ocisková, Praško, 2015, s.21).

Vágnerová (2009) uvádí, že existují tři hlavní teorie rozvoje stigmatu určité skupiny:

1. **Stigma omlouvá současnou sociální nespravedlnost** – člověk, který vstoupil do kontaktu s psychiatrií, se cítí být méněcenný, a proto vnímá izolaci od společnosti oprávněně.
2. **Stigma slouží k podpoře základních psychických potřeb člověka** – na základě toho je možné porovnat svůj život s životem duševně nemocného člověka a cítit se díky tomu lépe.
3. **Stigma slouží k tvorbě mentálních zkratk** – které vytváří rychlý názor na jedince s psychickou poruchou. Usnadňuje tak snazší zařazení do potřebné kategorie, na jejímž základě společnost vnímá stigmatizovanou skupinu.

## 2.2.2 Stigmatizace

*„Stigmatizace je založena na očekávání odlišností populace psychiatrických pacientů od běžné populace“ (Ocisková, Praško, 2015, s. 28).*

Stigmatizace vzniká na základě neznalosti a neinformovanosti problematiky, díky které dochází ke společenské ignoraci (Praško a Látalová, 2015, s. 21).

Grambal a kol., (2017, s. 32) říká, že společnost má tendenci všeobecně hodnotit normálnost podle svých měřítek. Tyto tendence jsou základním kamenem pro rozvoj stigmatizace ve společnosti. Hartl a Hartlová (2015, s. 565) stigmatizaci definují jako společenský předsudek vůči někomu, jemuž jsou připisovány záporné vlastnosti. Společnost má již předem vytvořené záporné hodnocení, které danému jedinci či skupině přisuzuje. Ve srovnání Hartl a Hartlová s Novákovou (2011, s. 169) – Nováková uvádí, že stigmatizace je postavena na předpokladu odlišnosti jedinců skupiny duševně nemocných lidí od běžné populace.

Lidé s duševním onemocněním se snadno dostávají do společenské izolace, kvůli které nejsou schopni budovat mezilidské vztahy i mimo skupinu jedinců s duševním onemocněním. Duševní onemocnění velmi často doprovázejí dlouhodobé pobyty v nemocnicích, na psychiatrických jednotkách, což v mnohých případech narušuje jejich mezilidské vztahy (Praško a Látalová, 2015, s. 21).

Ocisková a Praško (2015, s. 43) předkládají názor Ervina Goffmana, který ve své publikaci „Stigma“ poukazuje na případy, kde je stigmatizovaná osoba považována za jedince méněcenného. Tím, že společnost danému jedinci přidělí určité stigma, se dotyčný stává okamžitě stigmatizovaným a diskriminovaným. Ze strany společnosti dochází k trestání, odnímání či omezování práv. Celý proces stigmatizace v sobě nese předpoklad o morální slabosti, nebezpečnosti a vině duševně nemocného, což se promítá do stereotypů většinové společnosti. Na jejich základě dochází k hodnocení osob s duševním onemocněním a vytvářením postojů. U většiny psychických poruch se po sdělení diagnózy objeví strach ze stigmatizace. Člověk má obavy z nálepky „blázen“, což vede k nevyhledání pomoci. Obranné mechanismy z obavy stigmatizace a z okolí se projevují vytěsňením a popřením. Člověk s diagnózou se snaží najít především somatické problémy. Velkou roli v tuto chvíli hraje především rodina. Jedinec s duševní poruchou společně s rodinou vyčkávají, zda příznaky nemoci neodezní samovolně. Snaží se zrelaxovat, odpočinout si či se obrací na nejrůznější léčitele. Všechny tyto pokusy o zmírnění projevů onemocnění jsou pouze oddalováním odborné psychiatrické pomoci.

Ocisková a Praško (2015, s. 21-22) říkají, že společnost stigmatizuje psychiatrické pacienty bez ohledu na jejich typ onemocnění. Mnohdy stačí pouze fakt, že nemocný vstoupil do kontaktu s psychiatrickou léčbou. V některých případech je možné se setkat s popíráním onemocnění. Důvodem je obava z dopadů předsudků a odkládání vyhledání odborné péče.

### 2.2.2.1 Proces stigmatizace

(Thornicroft in Praško a Látalová, 2015, s. 22) popisuje nejkompexnější model jednotlivých složek stigmatizace. Tyto složky blíže specifikují celý proces vzniku stigmatizace u duševně nemocných jedinců. Všechna stadia stigmatizace mohou doprovázet pocity hněvu, strachu, pohrdání a zlosti.

1. „*Labelling*“ neboli značkování vzniká na počátku procesu stigmatizace. Jedná se o interakce mezi jedinci, kteří jsou určitým způsobem odlišní od společenské normy a těmi, kteří tuto normu vytváří a zároveň hodnotí.
2. „*Stereotyping*“ neboli stereotypie je odlišnost jedince, která je spojena s nepřijatelnými osobnostními znaky, vlastnostmi a projevy v jeho chování, které společnost považuje za nepřijatelné.
3. „*Separating*“ neboli separace je základní rozlišení jedinců na „my“ a „oni“.
4. „*Ztráta pozice a diskriminace*“ v nejčastějších případech značí odmítnutí, znevažování či naprosté vyloučení jedinců s duševní poruchou ze společnosti.

Celá stigmatizace stojí na stereotypch duševně nemocného, se kterými se laická veřejnost setkává ve formě vtipů o bláznech, hovorových obrátů či zpráv z masmédií. Tyto stereotypy mohou mít i pozitivní důsledky, které slouží k ochraně jedince, snížení požadavků na plnění životních rolí a menší nárok na výkon. Ovšem i tyto pozitivní důsledky stigmatizace vytvářejí pocit méněcennosti stigmatizovaného (Praško a Látalová, 2015, s. 21). Musil (in Janebová, 2014, s. 30–31) **stereotyp** vymezuje jako ustálenou představu o určité skupině lidí na základě jejich vlastností. Stereotypy vznikají především ze životních zkušeností a sociálního prostředí (rodina, kultura apod.). Jedná se o zjednodušené vzorce, jak v dané situaci reagovat, zatímco **předsudek** je neověřený stereotyp. Jedinec jedná na neověřeném stereotypu a na tomto základě vytváří konečné závěry.

Vrbová a kol., (in Česká a slovenská psychiatrie, 2016) uvádějí základní faktory a úrovně stigmatizace:

Jedná se o faktory:

- a) **neznalost** (absence dostatečného povědomí o podstatě duševních poruch ve společnosti);
- b) **předsudky** (negativní postoje);
- c) **diskriminace** (chování narušující nebo omezující práva a možnosti uplatnění jedince).

Úrovně, ve kterých stigma působí:

- a) **veřejné** (tj. jakým způsobem je stigmatizace projevována v dané společnosti, kultuře, médiích, každodenních zvycích a postojích);
- b) **strukturální** (institucionální, tj. na úrovni fungování organizací, úřadů, zaměstnavatelů apod.);
- c) **osobní** (tj. jak pacient hodnotí sám sebe) (Vrbová a kol. in Česká a slovenská psychiatrie 2016).

### 2.2.3 Sebestigmatizace

Corrigan and Rao (2012) sebestigmatizaci definují jako postupný proces, při kterém stigmatizovaný jedinec přijímá za své negativní hodnocení společnosti. To se ve většině případů týká jeho rysů a vlastností. Proces internalizace se stigmatem je postupný. V počáteční fázi se jedinec setkává se sníženým pocitem přijetí od společnosti a uvědomuje si stereotypy, kvůli kterým s ním není jednáno jako s rovnocenným. Jestliže dojde u člověka k uvědomění si stereotypů, začne s nimi sám souhlasit. V konečné fázi dojde k aplikaci na sobě samém a ke zvnitřnění se se stigmatem.

Ocisková a Praško (2015, s. 38) sebestigmatizaci dělí na tři podskupiny. **Sociální** stigma popisují jako stereotyp velkých sociálních skupin těch menších. **Strukturální** stigma je jednaní veřejných institucí s duševně nemocnými. Jako příklad lze uvést poskytovatele zdravotní péče, školství či justice. Poslední podskupinou je **internalizované** stigma. Jedná se o ztotožnění jedince s názory společnosti o jeho osobě. Pojem osobní stigma, které je opět tvořeno z více faktorů, je další formou sebestigmatizace.

**Osobní stigma** je vnímání obecného stigmatu společnosti jedincem s duševním onemocněním. Zároveň se jedná o postoj jedince k sobě samému jako ke členu stigmatizované skupiny. Faktor, kterým může být osobní stigma tvořeno, je prožívané stigma čili konkrétní diskriminace či omezení jeho osoby.



Osobní stigma u lidí s duševním onemocněním je rozděleno do tří kategorií:

1. **Vnímané stigma** je mínění jedince s duševním onemocněním o obecné představě společnosti o jedincích s duševním onemocněním.
2. **Zažívané stigma** jsou osobní zkušenosti duševně nemocných se stigmatizací.
3. **Sebestigmatizace** je výsledek zvnitřnění se s veřejným stigmatem (Ocisková, Praško, 2015, s. 38).

Internalizace se stigmatem začíná okamžikem, kdy si duševně nemocný všimne, že se vůči němu druzí začínají chovat jinak. Uvědomí si předsudky, které k takovému jednání vedou. Posléze začíná věřit, že jsou názory a postoje společnosti vůči lidem s duševní poruchou opodstatněné. V poslední fázi internalizace stigmatu tyto negativní předsudky vztahuje na sebe a jedná v souladu s nimi. Ztotožněné stigma je v častých případech spojeno s nižší svolností k léčbě, těžší symptomatologií a prognóze onemocnění. Stigma nezasahuje pouze duševně nemocného, ale úzce souvisí i s jeho rodinou. Příbuzní si obvykle uvědomují předsudky společnosti vůči duševně nemocným dříve než samotný nemocný. Svým chováním mohou způsobit, že nemocný nevyhledá psychiatrickou péči. S tím úzce souvisí i skutečnost, že duševně nemocný má strach ze stigmatizace (Vrbová a kol. in Česká a slovenská psychiatrie, 2016).

Pro jedince je velmi těžké přijmout fakt, že trpí duševním onemocněním. Snaží si vsugerovat, že diagnóza je mylná a přestává užívat léky. Člověk s nově diagnostikovanou psychickou poruchou má velký strach ze stigmatizace okolí. Trvá velmi dlouhou dobu, než jedinec odbornou pomoc vyhledá, takže sám sebe nevědomky izoluje od okolí. Často prožívá vlastní znehodnocení a pocity odmítnutí, aniž by k tomu ve skutečnosti došlo („Jsem blázen, když to stále kontroluji.“). Tím, že jedinec očekává diskriminaci a ponižování, aplikuje často dysfunkční strategie (utajování problémů, izolace od ostatních), čímž snižuje svou sebeúctu, pracovní schopnost, sociální fungování a sociální vazby. Může se snažit úzkost natolik potlačit, že ji přestane vnímat jako psychickou potíže, ale začne ji vnímat jako potíže tělesnou, čímž má subjektivně pocit vyklouznutí ze stereotypu duševních poruch (Praško a kol., 2011, s. 363-365).

### **2.2.3.1 Důsledky stigmatizace a sebestigmatizace**

Důsledkem sebestigmatizace je izolace duševně nemocného člověka od zbytku společnosti, která vede k pocitům osamělosti, pesimismu, beznaděje a slabosti. Tyto pocity mohou vést až ke snížení vůle k životu, ztrátě smyslu života. Izolace se projevuje ve více rovinách:

v **sociální** (ztráta zájmu o kontakt s okolím), **emocionální** (nesdílí své zážitky, emoce a potřeby s okolím) a **kognitivní** (nedostatek podnětů a vzorů). Častým důsledkem zvnitřnění se se stigmatem je pokles sebedůvěry a sebevědomí, závažnější příznaky nemoci, menší ochota spolupracovat v léčbě, horší sociální a pracovní fungování, nižší příjmy, demoralizace a obecně nižší kvalita života. Důsledky stigmatizace přesahují do vnitřní percepce, přesvědčení a emocí stigmatizovaného. Tím že společnost stigmatizuje skupinu duševně nemocných, může být sebestigmatizace v některých případech důsledek toho, proč osoba s duševním onemocněním nedodrží léčebný postup (Ocisková, Praško, 2015 s. 43-44; Praško a kol. 2015, s. 29; Vrbová a kol., in Česká a slovenská psychiatrie, 2016).

#### **2.2.4 Stigmatizace u lidí se schizofrenií**

Především u schizofrenních poruch má společnost alespoň malé povědomí o onemocnění a nejčastěji vychází z obecně známých stereotypů o duševně nemocných. Tyto osoby bývají často považovány za nevyzpytatelné a neschopné, jež by měly být zavřené v dlouhodobé institucionální péči. Samotné osoby se onemocnění bojí, jelikož je název obecně známý. Ocisková a Praško (2015, s. 52) ve své publikaci popisují fakt, že pro osoby s duševním onemocněním, které vnímají nálepkou „schizofrenik“, to znamená ztrátu nezávislosti a nutnost akceptovat stav, že budou ve většině případů považovány za nesvéprávné, hloupé a potenciálně nebezpečné. Akceptovat takový pohled společnosti vůči vlastní osobě není jednoduché. Často z obav soucitu a diskriminace okolím nevyhledá jedinec odbornou pomoc.

Nejčastějším aspektem u lidí trpících schizofrenií je stud za onemocnění a odcizení se. Sebestigmatizace je predikována především depresí, sociální úzkostí, nižší kvalitou života, menším sebevědomím, horším sociálním fungováním, zhoršeným fungováním v běžném životě a horší spoluprací v léčbě. Současně se při zvnitřnění se se stigmatem zvyšuje riziko regrese emocí, sebehodnocení a kvality života s nárůstem anticipačních úzkostí při jednání s druhými (Ocisková, Praško, 2015, s.59; Česká a slovenská psychiatrie, 2014).

#### **2.2.5 Stigmatizace u afektivních poruch**

Lidé s afektivní poruchou se se stigmatizací setkávají stejně často jako lidé se schizofrenií. Společnost k tomuto onemocnění zaujímá méně negativní postoj. U lidí s afektivní poruchou je stigmatizace podmíněna zvláštními činnostmi, které nemocný provádí v mánii (pro okolí se může chování zdát „šílené“), a následným depresivním propadem, který se pro společnost jeví jako známka slabosti. U lidí s afektivní poruchou je stigmatizace především v oblasti pracovní. Po proběhlých atakách je jedinec propuštěn ze zaměstnání a má sníženou možnost

najít si zaměstnání nové. Pokud potenciální zaměstnavatel zjistí, že má člověk psychické problémy či byl léčen na psychiatrii, zvyšuje se u něj pravděpodobnost problému s udržení si starého či s nalezením nového zaměstnání. U lidí s afektivní poruchou je stigmatizace spojena většinou se sníženou kvalitou života, nižším sebevědomím, demoralizací a zvýšeným vyhýbavým chováním. U tohoto onemocnění se ne všichni se stigmatem internalizují (Ocisková, Praško, 2015, s. 80-83).

### **2.2.6 Stigmatizace u poruch osobnosti**

Pro lidi s poruchami osobnosti si veřejnost ustálila nejrůznější pojmy jako „podivín“, „rapl“ či „asociál a hysterka“. Všechny tyto přezdívky vznikají na základě abnormálního chování lidí s touto poruchou. Stigmatizace u lidí s jakoukoliv poruchou osobnosti je vnímána velmi individuálně. Pro jedince s hraničními poruchami osobnosti a se smíšenými poruchami osobnosti nemusí být vždy stigma duševně nemocný vnímáno negativně. Velmi často se stává, že stigmatizaci vnímají jako pozitivní či přímo legitimní sdělení k jejich osobě. Některé poruchy stigmatizaci nevnímají. Společnost na jedince reaguje negativně. Jedince s poruchou osobnosti ovšem takové chování nepodníká k reakci, ale i přes hanlivé předsudky a výčitky setrvává ve svém životním stylu (Ocisková, Praško, 2015, s. 215-216).

Lidé s poruchou osobnosti mají při stigmatizaci nejčastější problém s nálepkou, kterou si nesou ze společenského hodnocení a stereotypního přesvědčení o sobě samém. Negativní postoje k osobám s poruchami osobnosti spočívají především v problémech s uplatněním se v oblasti zaměstnání, vzdělávání a ubytování. Duševně nemocný s diagnózou porucha osobnosti (nejčastěji u hraničních poruch) se dále potýká s nálepkou jako například: obtížně léčitelný, neléčitelný, komplikovaný a náročný případ. Tyto pojmy, které jsou jedinci přisuzovány, mohou vyústit až do sebepoškozujícího chování. Jestliže je ale přítomna sebestigmatizace, má osoba mnohem vyšší pravděpodobnost užívání návykových látek a zvyšuje se rezignace k léčbě jako způsobu zvládnutí stresu. Tito jedinci disponují menší mírou naděje na spokojený život a již předem se nesnaží o dosažení svého vytyčeného cíle (Grambal a kol., 2017, s. 32-33).

### **2.2.7 Destigmatizace a reforma psychiatrické péče**

*„Cílem destigmatizace je změnit stereotyp člověka trpícího duševní poruchou tak, aby nebyl společensky izolován ani trestán. Důležité je proto seznamovat veřejnost s projevy duševních poruch tak, aby lidé nevnímali duševně nemocné odlišně, ale aby byli schopni jim porozumět a chápat jejich projevy“* (Nováková, 2011, s. 169).

Cílem procesu destigmatizace je změnit stereotyp člověka s duševním onemocněním ve vnímání společnosti tak, aby nebyl izolován a sankcionován, změnit postoje zaměstnavatelů, rodiny, přátel a zdravotníků. Jedna z cest změny je seznamovat veřejnost s projevy duševního onemocnění, porozumět jim, pochopit je a případně jim pomoci (Praško a Látalová, 2015, s. 28-29).

Jednou z nejdůležitějších rolí v procesu destigmatizace duševně nemocných je zdravotnická osvěta a výchova. Informovanost populace je jedinou cestou, jak stereotypy o duševně nemocných pozměnit. Aby mohl být proces destigmatizace úspěšný, je nutné, aby společnost pochopila proces stigmatizace a stereotypy, které o duševním onemocnění kolují. Je potřebné, aby nebyla skupina duševně nemocných vnímána podle svých odlišností. Stigma duševně nemocný velmi dobře udržují média. Například v případech, kdy se stane nehoda, agrese či zločin, je ve většině případů uvedeno, že se jedná o psychiatrického pacienta. Při výběru informací pro laickou veřejnost tak dochází k prohlubování stigmatizace. Čím více společnost pochopí dané onemocnění, tím je větší šance daného člověka začlenit (Praško a Látalová, 2015, s. 28-29).

Aby destigmatizace fungovala, bylo potřeba se zamyslet nad celkovou změnou psychiatrické péče a změnit tak celkový koncept péče v České republice. Ten stávající je zastaralý, nepodporuje individualitu ani adaptaci na prostředí jedinců. Nekoordinovaná spolupráce subjektů v péči o jedince s duševním onemocněním je jedním z hlavních problémů začlenění se do společnosti. Hlavním cílem reformy je **zlepšení kvality života člověka s duševním onemocněním**, a to naplňováním lidských práv dle úmluvy OSN. Reforma chce dosáhnout především restrukturalizace zdravotních a sociálních služeb a současně vytvoření funkční sítě poskytujících služeb. Snaží se dále změnit přístup, zlepšit kvalitu, dostupnost a provázanost služeb. Nutné je změnit primární psychiatrickou péči, aby nedocházelo k mylným diagnózám a aby byla včasně zajištěna a lépe fungovala návaznost s dalšími psychiatrickými službami. Dalšími změnami chce reforma snížit počet lůžek v dlouhodobé psychiatrické péči a pozornost obrátit k rozšíření komunitní péče, tzn. vzniku nových služeb pro duševně nemocné. **Výsledkem úsilí** by mělo být posunutí způsobu léčby v co největší možné míře k poskytování v komunitě. (Malý průvodce reformou psychiatrické péče, 2017; Strategie reformy psychiatrické péče, 2013).

### 2.2.7.1 Cíle a kroky v rámci reformy

Strategie reformy psychiatrické péče stanovila hlavní globální cíl a vizi, které chce v období 2014–2023 naplnit. Globální definovaný cíl reformy je „*zvýšení kvality života osob s duševním onemocněním*“. Vize se opírá o strategii zdravější společnosti, ve které není vysoká kvalita života určena výhradně pro zdravou populaci, ale i skupinám s určitým zdravotním omezením. Pro naplnění globálního cíle a vize byly stanoveny strategické cíle reformy. Jedná se o:

- 1) Zvýšení kvality psychiatrické péče změnou v systému a organizaci v poskytování.
- 2) Omezení stigmatizace duševně nemocných a oboru psychiatrie.
- 3) Zvýšení spokojenosti uživatelů s poskytovanou psychiatrickou péčí.
- 4) Zvýšení efektivity psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemoci.
- 5) Zvýšení úspěšnosti plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti (zlepšení podmínek pro zaměstnanost, vzdělávání, bydlení a další).
- 6) Zlepšení provázanosti služeb zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb.
- 7) Humanizace psychiatrické péče.

1 ad) Základním krokem ke splnění cíle je vznik Center duševního zdraví (celkem 30 po celé České republice), která by vytvořila samostatný pilíř v poskytování péče lidem s psychickou poruchou a současně i s návazností na sociální oblast. Dále by se měla tato síť poskytovatelů rozšířit a celkově by se měla restrukturalizovat lůžkovou péčí.

2 ad) Dosažení omezení stigmatizace osob s duševním onemocněním spočívá především v oblasti edukace jak laické, tak odborné veřejnosti a zaměstnanců státní správy. Jedná se tedy o transformaci směrem k otevřenosti nezávislé a jasně ukotvené kontroly. Cílem je vytvořit dlouhodobé destigmatizační a vzdělávací programy.

3 ad) Hlavním zaměřením je zlepšení komunikace mezi odbornou veřejností s duševně nemocnými a jejich rodinami. V tomto případě se jedná především o edukaci odborné veřejnosti a vyšší provázanost zdravotních a sociálních služeb. Tohoto cíle chce strategie docílit vytvořením projektu „SKVP“ (Standardní klasifikace vybudovaného prostředí u poskytovatelů psychiatrické péče) a definice standardů kvality poskytovaných služeb.

4 ad) Zaměření na pregraduální a postgraduální vzdělávání lékařů a odborných pracovníků mimo oblast psychiatrie. Jedná se o včasné odhalení a diagnostiku psychiatrických potíží

a urychlení poskytnutí časně léčby. Jedná se o edukaci zdravotnických pracovníků a uplatnění konsiliární psychiatrie ve všeobecných nemocnicích.

5 ad) Opatření, která povedou k lepší provázanosti zdravotní a sociální oblasti a zavedení pilíře CDZ a rozšíření sítě poskytovatelů psychiatrické péče.

6 ad) Jedná se o usnadnění přístupu k využívání sociálních služeb a dalšího vzdělávání. Důraz je kladen na meziresortní a multiprofesní přístup.

7 ad) Jedná se o odstoupení od institucionalizovaného modelu k poskytování péče v komunitních službách v přirozeném prostředí duševně nemocných a tím ke zlepšení kvality života lidí s duševní poruchou. Jedná se tedy o rozvoj CDZ a snížení počtu lůžek v psychiatrické péči (Strategie reformy psychiatrické péče, 2013).

### **2.2.7.2 Dosavadní výsledky reformy**

Plnění cílů v rámci reformy probíhá ve formách výzev. V současné době bylo vybudováno 17 CDZ po celé České republice. Současně byla CDZ otevřena a péči zajišťují multidisciplinární zdravotně-sociálně terénní týmy. Do konce února roku 2020 výzva slibuje otevření dalších čtyř CDZ. Probíhající projekty „deinstitutionalizace“, které budují komunitní péči, také zajišťuje multidisciplinární tým. Zároveň se zřizují ambulance s rozšířenou péčí, které přijímají pacienty s různorodým spektrem duševních obtíží. V ambulanci poskytují služby psychiatr, psycholog a terénní psychiatrické sestry, spolupracující s praktickými lékaři. V rámci Národního akčního plánu pro duševní zdraví 2020–2030 bylo zjištěno, že je nutno, aby oblasti zaměstnání, bydlení a omezování stigmatu byly stejně přetransformovány jako oblast zdravotnická. Zároveň mění akční plán reformu jednoho segmentu a rozvíjí oblast prevence a péče o dětské duševní zdraví. Ministerstvo zdravotnictví uzavřelo memorandum se zdravotními pojišťovny a poskytovateli lůžkové péče k podílení se na financování akutních oddělení psychiatrické péče. Zástupci Rady vlády pro duševní zdraví pravidelně kontrolují plnění a koordinaci Národního akčního plánu (Reforma péče o duševní zdraví, 2019).

## **3 PRŮZKUMNÁ ČÁST**

### **3.1 Hlavní průzkumný cíl**

Průzkumným cílem práce je popsat, jak lidé s duševním onemocněním vnímají stigmatizaci tohoto onemocnění a jak tuto stigmatizaci přijímají.

### **3.2 Dílčí průzkumné cíle**

- 1) Zjistit, jak informanti rozumí pojmu stigmatizace a jak ho definují.
- 2) Popsat mínění informantů o obecné představě veřejnosti o lidech s duševním onemocněním
- 3) Popsat zažívané stigma informantů.

### **3.3 Průzkumné metody**

Pro naplnění cíle mé bakalářské práce jsem zvolila kvalitativní design výzkumu. Hendl (2016, s.45) kvalitativní výzkum definuje tak, že na začátku výzkumu je stanovené téma a výzkumné otázky, které posléze mohou být modifikovány a doplňovány v průběhu výzkumu, sběr dat či analýza výzkumného vzorku. Cílem kvalitativního výzkumu je hledat odpovědi na zvolené výzkumné otázky a provést u získaných dat deduktivní a induktivní závěry. Sběr dat je časově náročnější než kvantitativní výzkum. Spolupráce s jednotlivými informanty je dlouhodobější a lze získat větší obsah dat. Na tomto základě se výzkumník rozhoduje, která data potřebuje. Při tomto typu výzkumu je nutné, aby byl znám podrobný popis místa zkoumání, rozsáhlé citace z rozhovorů a poznámek, které byly získané v terénu.

Deduktivní metoda vychází z obecně formulovaného problému, který výzkumník předkládá a následně vymezuje výsledky, k nimž by měl výzkumník v šetření dospět. Až poté následuje samotný sběr dat. Oproti tomu induktivní metoda začíná pozorováním, kde se pátrá po pravidelnostech, jež se objevují v realitě. Ty výzkumník popíše v závěru výzkumu. (Majerová, Majer 2005).

Průzkumná část byla zpracována pomocí kvalitativního výzkumu s polostrukturovanými rozhovory s lidmi s duševním onemocněním. Do průzkumu se zapojili informanti s těmito diagnózami – se schizofrenií, s bipolárně afektivní poruchou a poruchami osobnostmi, konkrétně hraniční poruchou osobnosti a hraniční poruchou osobnosti smíšenou s poruchou pohlavní identity.

### 3.4 Výběr informantů

Informanti, kteří se průzkumu zúčastnili, museli splňovat dvě základní kritéria, a to mít diagnostikovanou duševní poruchu se stanovenou diagnózou trvající minimálně po dobu dvou let. Všichni zapojení informanti jsou klienty sociálně aktivizačních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením dle zákona 108/2006 Sb., které se zaměřují na poskytování služeb právě osobám s duševním onemocněním (Centrum péče o duševní zdraví při Centru pro integraci osob se zdravotním postižením Královehradeckého kraje, o.p.s.).

### 3.5 Charakteristika informantů

Průzkum byl proveden se šesti informanty. Aby byla zachována anonymita, v průzkumu nebudou zveřejněna jejich jména. Konkrétní data do charakteristiky pocházejí z mého dřívějšího kontaktu se sociální službou (odborná praxe v rámci studia a následná dobrovolnická činnost) nebo z rozhovorů provedených pro tuto práci.

**Informant 1** – žena, 37 let, diagnóza: bipolární afektivní porucha, nedokončené středoškolské vzdělání, nemocí trpí od 17 let, pobíratel invalidního důchodu 3. stupně

**Informant 2** – žena, 53 let, diagnóza: bipolární afektivní porucha, vyučena, nemocí trpí od 42 let, pobíratel invalidního důchodu 3. stupně

**Informant 3** – muž, 56 let, diagnóza: schizofrenie, středoškolské vzdělání ukončeno maturitou, nemocí trpí od svých 26 let, pobíratel invalidního důchodu 3. stupně

**Informant 4** – muž, 39 let, diagnóza: paranoidní schizofrenie, nedokončené středoškolské vzdělání, nemocí trpí od svých 17 let, pobíratel invalidního důchodu 3. stupně

**Informant 5** – muž, 47 let, diagnóza: porucha pohlavní identity smíšená s hraniční poruchou, středoškolské vzdělání ukončeno maturitou, nemocí trpí od 27 let, pobíratel invalidního důchodu 2. stupně, zaměstnán na zkrácený úvazek v Centru péče o duševní zdraví, pozice uklízeč

**Informant 6** – muž, 44 let, diagnóza: hraniční porucha osobnosti, vyučen, nemocí trpí od 34 let, pobíratel invalidního důchodu 2. stupně, na zkrácený úvazek zaměstnán na chráněném pracovním místě



### 3.6 Příprava průzkumu

Aby mohly být stanoveny oblasti průzkumu, byla provedena rešerše bibliografických zdrojů, které byly použity jak pro průzkumnou část práce, tak pro část teoretickou. Klíčovou literaturou jsou publikace *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch* autorů Marie Ociskové a Jána Praška (2015) a publikace *Psychiatrie v somatické medicíně* od Jána Praška a Kláry Látalové (2015).

Na základě této literatury, kterou považuji za ústřední pro celé téma, byl stanoven hlavní průzkumný cíl. Aby bylo možné dosáhnout hlubšího prozkoumání tématu a získání konkrétních odpovědí informantů, byla zvolena kvalitativní forma průzkumu. Na základě stanoveného hlavního průzkumného cíle bylo možné konkrétněji stanovit dílčí cíle, které byly při rozhovorech zpracovány do polostrukturovaného rozhovoru tak, aby bylo možné dosáhnout osobního vyjádření jednotlivých informantů ke stanovenému tématu.

Každý z oslovených informantů byl osobně kontaktován autorkou bakalářské práce přibližně měsíc před uskutečněním rozhovoru, kde došlo k seznámení s autorkou práce, cílem bakalářské práce a informacemi o průběhu rozhovoru. Všichni oslovení informanti s rozhovorem souhlasili. Všechny informace, které informanti v rámci výzkumu poskytli, jsou anonymizované a využity pouze pro účely této bakalářské práce.

### 3.7 Sběr dat

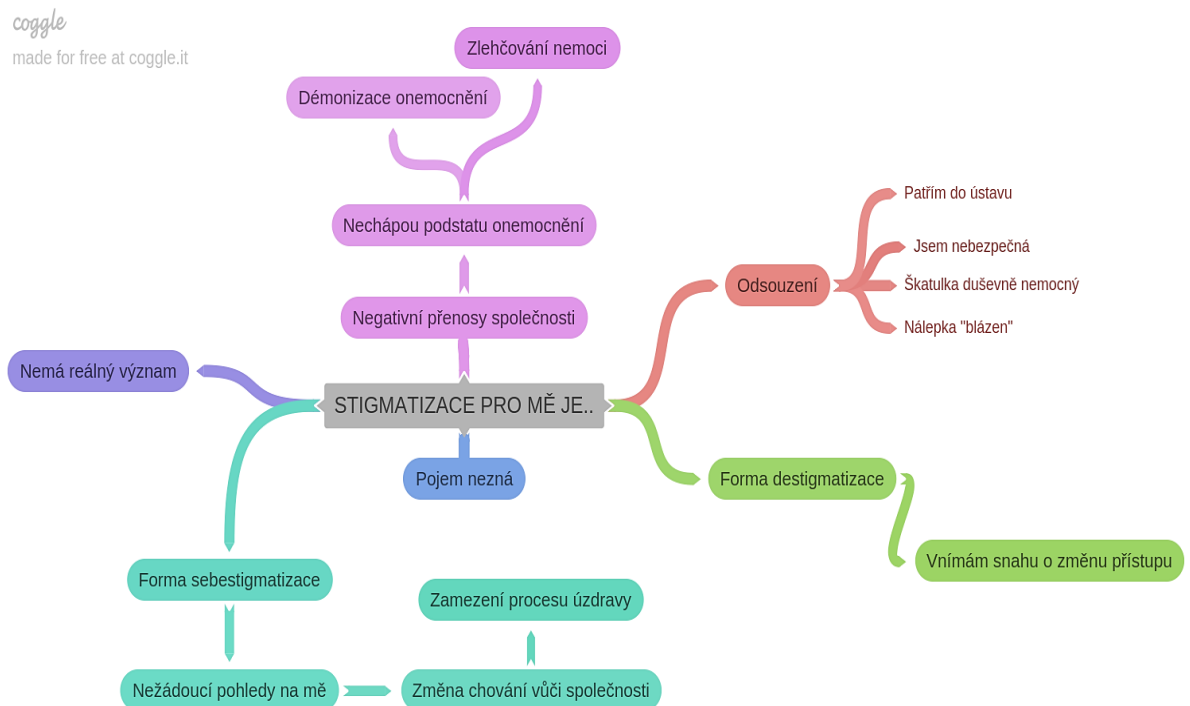
Na základě předchozího oslovení byl s jednotlivými informanty sjednán termín a čas osobního rozhovoru. Všechny rozhovory se uskutečnily na půdě Centra péče o duševní zdraví pod hlavičkou Centra pro integraci osob se zdravotním postižením Královehradeckého kraje, o.p.s. Před rozhovorem byl informantům znovu sdělen cíl práce a přibližný průběh rozhovoru. Následně každý podepsal informovaný souhlas s rozhovorem a byl zahájen polostrukturovaný rozhovor. Všechny rozhovory byly nahrávány na mobilní telefon, vybavený funkcí diktafon. Informanti byli požádáni o vyjádření se ke všem oblastem průzkumu vždy ve stejném pořadí. Body v jednotlivých oblastech byly pokládány ve stejném pořadí, avšak jestliže informant mluvil plynule a věcně k dané oblasti, a byly zodpovězeny veškeré body dané oblasti průzkumu, do hovoru nebylo informantovi vstupováno. Po rozhovoru, kdy byly zodpovězeny všechny oblasti, byla nahrávka rozhovoru uložena do mobilního telefonu a posléze anonymizována a doslovně přepsána do písemné podoby, jejíž části jsou použity v této bakalářské práci. Data byla zpracována pomocí otevřeného kódování.

Kategorizace pro tuto práci se inspirovala rozdělením dle autorky Vrbová a kol., (2016) z periodika Česká a slovenská psychiatrie viz strana 21 a 22 v teoretické části bakalářské práce. Ta dělí faktory a úrovně stigmatizace. Faktory jsou dle autorky: neznalost, předsudky a diskriminace. Úrovně stigmatu dělí na veřejné, strukturální a osobní. Během první fáze analýzy rozhovorů byly následně vytvořeny kategorie: **Neznalost společnosti, Rodinné stigma, Veřejné stigma, Stigma ve zdravotnictví, Stigma v oblasti zaměstnání a Osobní stigma**. Následně byla doplněna kategorie **Stigmatizace pro mě je**: aby došlo k ucelení informací. Tyto konkrétní kategorie byly zvoleny pro obsáhlejší analýzu dat, jejichž následné zpracování se zaměřovalo na postižení souvislostí mezi jednotlivými sděleními informantů jak v rámci kategorií, tak mezi nimi.

### 3.8 Zpracování dat

#### Kategorie 1. Stigmatizace pro mě je

Tato kategorie vyjadřuje, jaký význam má pro informanty pojem stigmatizace, jak pojem definují a jak mu rozumí. Kódy jsou vyobrazeny na obrázku č. 1.



Obrázek 1 Stigmatizace pro mě je

V této kategorii byla informantům položena otázka: „Co pro Vás znamená termín stigmatizace?“

Informantka 1 jako jediná **nevěděla**, co termín stigmatizace znamená, proto jí byl vysvětlen. I přestože informantka pojem samotný neznala, v dalších kategoriích popisuje situace, které považuje za omezující (viz kategorie 4 a 5), ovšem v kontextu kategorie 7 odpověděla, že stigmatizaci pravděpodobně na sobě cítí. Informantka určité diskomfortní situace zažila.

Informanti 2, 5, 6 termínu rozumí jako určité formě **odsouzení**. Informantka 2: „*Pro mě je to odsouzení nemocného člověka s jakoukoliv nemocí do určitý škatulky. Třeba pro mě, jako duševně nemocného člověka to je nálepka blázen. Že mě ostatní berou jako blázna. Prostě si o mě okolí myslí, že když mám psychický onemocnění, tak jsem nebezpečná a mám být v nějakým ústavu nebo tak.*“ Informant 5 termín definoval následovně: „*Termín stigmatizace bych řekl, že to jsou určitý negativní přenosy nebo předsudky lidí, který si spojují s duševním onemocněním a nechápou ho vlastně správně. Nějak si ho demonizují a zhoršují a nevědí si jich anebo naopak zlehčují a nevnímají to vlastně odborně správně.*“ Informant 6 říká: „*Já to znám velice dobře, ale spíš ve formě destigmatizace, o kterou se teď odborníci snaží, že je to odbourávání předsudků, který jsou vytvořeny ve společnosti vůči nám duševně nemocným anebo vůči celkový psychiatrii.*“

Informant 3 problematiku popisoval ve formě **sebestigmatizace**, kdy veřejnost svým chováním působí na člověka s duševním onemocněním. Duševně nemocný posléze chování společnosti přetransformuje do pochybností o sobě samém, které se následně odrážejí v jeho chování. Z odpovědí tohoto informanta bylo zřejmé, že se o problematiku zajímá více než ostatní dotazovaní informanti. Sám informant zmínil, že se aktivně podílí v hnutích za změnu přístupu péče pro duševně nemocné. Z kontextu dalších odpovědí lze vyčíst, že se informant pravděpodobně snažil vyhýbat zcela upřímným odpovědím a často hovořil ve smyslu „my schizofrenici“ obecně, když popisoval pravděpodobně své osobní zkušenosti. Z jeho odpovědí, protože informanta znám již několik let, se domnívám, že informant pociťuje stigmatizaci, ovšem nerad, pravděpodobně ve formě obrany hovořil o zkušenostech v množném čísle. Informant se v odpovědích snažil vždy hovořit obecněji než přímo odpovědět na otázky. Tím se dle mého snažil zakrývat skutečné pocity a osobní postoj k tématu. Domnívám se, že se informant sám osobně se stigmatizujícím chováním příliš nesesetkal (vyvozují z odpovědí v následujících kategoriích), ale pro informanta je problém přijmout nálepku duševně nemocný jako takovou.

Informant 4 odpověděl, že **problém nevnímá**: „*Tak pro mě osobně to moc význam nemá, protože já jsem se nikdy moc nesesetkal s nějakou negativní odezvou od společnosti.*“ V tomto

případě informant popisuje v následujících kategoriích opravdu minimum situací, které pro něj byly určitým způsobem nepříjemné. To může být i dle mého názoru způsobeno tím, že se vyskytuje pouze ve společnosti duševně nemocných a případné negativní chování společnosti vůči sobě nevnímá jako natolik negativní, aby se jím zabýval. Dle mého tento postoj zaujímá i díky partnerskému vztahu (viz kategorie 4), kde je vnímám jako zdravý člověk a tím zaujímá sebevědomý postoj k sobě samému. Přestože ale informant na sobě stigmatizaci nepociťuje, vnímá postoj společnosti jako negativní a vyjadřuje se k němu v následující kategorii, kde se jeho odpověď shoduje s odpověďmi ostatních informantů.

## Kategorie 2. Neznalost společnosti

Tato kategorie vyjadřuje obecné mínění společnosti o duševních poruchách očima informantů. Kódy objevující se v této kategorii jsou vyobrazeny na obrázku č. 2.



Obrázek 2 Neznalost společnosti

Informantům byly pokládány otázky: „Jaká je dle Vás obecná představa společnosti o lidech s duševním onemocněním? Čím je tato představa ovlivněna?“

Všichni informanti se shodli, že obecná představa veřejnosti o lidech s duševním onemocněním je značně negativní a největší problém spatřují v **generačních rozdílech**. Všichni informanti odpověděli, že **starší generace má často zkreslené představy** o duševně

nemocných nebo se **nezajímá o problematiku**. Zároveň udávají, že za minulého režimu nebyli duševně nemocní vidět. Informantka 2 uvedla: „*Já si myslím, že je to tou minulostí, protože za minulého režimu by se dalo říct, že se ty lidi schovávali do ústavů, aby nebyli vidět, a v tom státu je to pořád zakořeněný. Hlavně ta představa, že prostě psychicky nemocnej člověk je blázen a patří do ústavu. ... Třeba člověk, kterej má někoho v okolí, kdo má taky nějaký problémy, tak na to taky třeba koukej trochu jinak.*“ Informant 3 popsal pohled velmi podobně: „*U spousty lidí tam ta nevdělanost v český populaci ohledně schizofrenie je velmi velká a lidi se o tu chorobu začínají zajímat až ve chvíli, kdy někdo z rodiny nebo oni sami mají možnost poznat na vlastní kůži.*“ Zároveň se informant 3 a 4 se shodli, že společnost neví, co si má pod onemocněním představit, a proto je pro starší generaci lehčí věřit tomu, co se píše v médiích a co je lehčí pochopit. Přestože informant 4 v předchozí kategorii uvedl, že termín stigmatizace pro něj osobně význam nemá, zastává názor, že negativní pohled na skupinu duševně nemocných mají především média, která informace zkreslují. Z této odpovědi informanta mám dojem, že on sám se nevnímá jako člen stigmatizované skupiny, což může být podmíněno i jeho sebevědomým přístupem k životu (viz kategorie 7) a zároveň ho může ovlivňovat vztah, ve kterém je od partnera vnímám jako zdravý jedinec (viz kategorie 4).

Informanti 3, 4 a 6 se dále shodli, že mladá generace je více otevřená a nemá vytvořené předsudky vůči duševně nemocným. Informant 3 na generační rozdíly pohlíží takto: „*No, starší generace, do které patřím i já, žila v prostředí, kde se duševní choroby braly prostě jinak než dnes, kdy k veslu přichází nová generace, která už není tak jako postižená tou stigmatizací. Ta mladá generace to bere prostě trochu jinak a není zatížená tím stereotypem.*“ Informant 6 dodává: „*Já, když se setkávám s těma mladejma lidma, kteří třeba studujou školy a tak, tak ty jsou odevřeny tomu to pochopit a nebráněj se diskuzi jako ty starší. Nemaj vytvořený tolik ty předsudky a dokážou si na to udělat vlastní názor.*“

Zároveň informanti zmínili i fakt, že společnost zaujímá postoj k celé problematice neutrální až negativní. Například informant 5 uvedl: „*Mně přijde, že ta společnost má nějaký zvláštní blok nebo nechut' a nezájem v dnešní době o ty duševní onemocnění.*“ V kontextu dalších odpovědí informanta si lze všimnout, že popisovaný blok od společnosti nemusí být zcela pravdivý a plyne to spíše z postoje samotného informanta, kdy jasně popisoval, že on sám je vůči společnosti skeptický a očekává odmítnutí (viz kategorie 4).

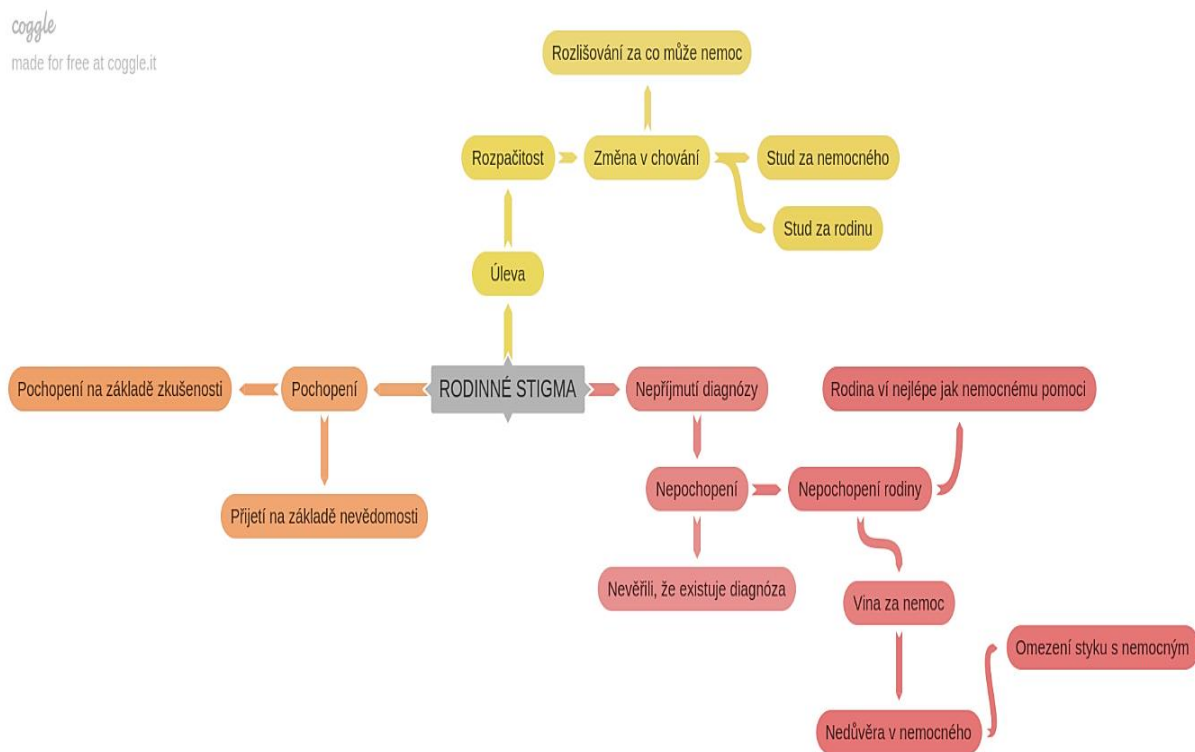
Všichni informanti uvedli, že ve společnosti stále převažuje strach společnosti z psychiatrie. Informant 6 uvedl: „*Ono je to prostě tak, že ta psychiatrie, která byla nebo vlastně i pořád je vyloženě tabu, tak každej, kdo na psychiatrii byl, je prostě a jednoduše cvok a blázen.*“ Informantka 2 doplnila, že představa, kterou společnost má, je ta, že člověk s psychickými problémy patří automaticky do psychiatrické léčebny. Z těchto odpovědí soudím, že oba informanti zažili negativní zkušenost ve spojitosti s veřejnou komunikací o psychických problémech a následnou negativní reakcí od společnosti.

Informant 4 strach společnosti z psychiatrie popisoval takto: „*On je prostě problém to, že část společnosti to vidí hodně negativně, a že když někdo někoho zabije, tak hned ty noviny napíšíou, že to byl schizofrenik, a to podle mě vyvolává tu všeobecnou paniku.*“ Informanti se také shodli, že velký podíl na obecně vytvářeném strachu z lidí s duševním onemocněním mají média. Na tomto názoru se shodli informanti 3 a 6. Informant 3: „*No podle některých čtenářů Blesku a podobně je schizofrenik rovná se vrah.*“

Kategorie 3 až 6 vyjadřují konkrétní zkušenosti s negativními postoji a reakcemi od společnosti. Všechny níže popsané situace a zkušenosti jsou popsány tak, jak je vnímají sami informanti, proto je nutné upozornit, že nelze odpovědi zobecňovat.

### Kategorie 3. Rodinné stigma

Tato kategorie vyjadřuje zkušenosti informantů, se kterými se setkali od svých rodinných příslušníků. Kódy, které jsou pro tuto kategorii společné, jsou vyobrazeny na obrázku č. 3.



Obrázek 3 Rodinné stigma

Zde jsem se informantů ptala na reakci jejich rodiny na jejich onemocnění. Otázka zněla: „Jaká byla reakce Vaší rodiny na onemocnění?“

Informanti 1, 4 a 5 popisovali **úlevu**. Informant 5: „Možná taková rozpačitost, úleva, takovej pocit, že nevědí, jak se mají ke mně chovat. Jo, jako by se ne že by se za mě styděli, ale že se spíš styděli sami za sebe, že nevěděli, jak se mají ke mně chovat.“ Informant 4 popisoval reakci následně: „Já jsem to řekl mamince asi hned po první hospitalizaci. Ona to přijmula, ona taky nebyla příliš informovaná. Snažil jsem se jí číst knížku Léčíme se s psychózou a ona mi říkala: No, proč jsi mi to nedal přečíst dřív, to bych hned neměla tolik starostí. Ale asi to bylo i takhle v pohodě tím, že moje sestra má schizofrenii, ale je dobře zaléčená, takže maminka věděla, že se s tím dá v pohodě žít.“ I zde si lze povšimnout a najít souvislost, proč

informant 4 nevnímá svou poruchu jako disabilitu. Pravděpodobně zde sehrála roli reakce matky a zkušenost s psychickým onemocněním u sourozence. Právě možná tato reakce informanta přiměla na začátku sžít se s poruchou, takže se nevnímá jako člen stigmatizované skupiny. Informantka 1 popisovala, že nemocí trpí od 17 let a že si příliš nepamatuje, jaká byla reakce, jen že jí strýc pomohl a odvezl na léčení. Pouze zmínila: „*Řekla bych, že si asi i oddechli a díky tomu se naučili rozlišovat, za co můžu já a za co nemůžu.*“

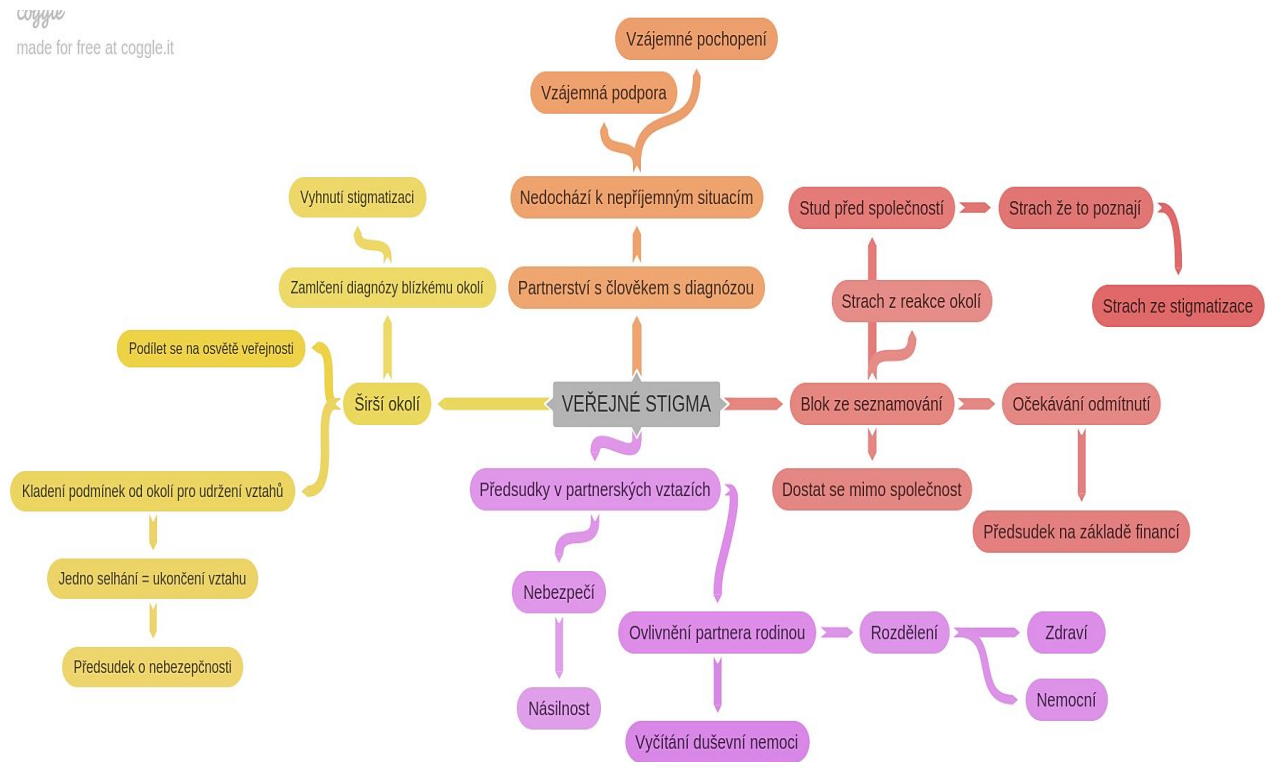
Informanti 3 a 6 odpověděli, že to rodinám trvalo dlouho, než akceptovali, že jejich dítě je opravdu nemocné. Informant 6 situaci sdělení diagnózy popsal: „*No tak samozřejmě, že jsem jim to řekl hned potom, co mi to bylo diagnostikovaný. Tam trvalo celý roky, než pochopili, že teda nějak opravdu nemocnej jsem. Nejdřív to bylo jenom o tom, že jsem líný, že se mi nechce jen nic dělat a prostě dlouhou dobu jsem se setkával s nepochopením.*“ ... „*V poslední době už maj ke mně docela dobrej přístup. Už třeba neřešej, že si potřebuju jít lehnout přes den anebo tak. Už je to pro ně takový normální.*“ ... „*Oni na začátku vůbec nebrali v potaz, že teda mám nějakou diagnózu, že se neválím pro nic za nic.*“ U informanta 3 v tomto případě lze polemizovat, zda se opravdu necítí být členem stigmatizované skupiny (viz kategorie 7). Reakci rodiny popisoval tak, že měla na začátku problémy s pochopením nové situace. Pravděpodobně právě tato reakce mohla informantem otrást natolik, že poruchu nepřijal do současnosti a v jeho vyjadřování se o své osobě v množném čísle může být určitá obrana.

Informantka 2 se dle mého názoru jako jediná setkala s přímou negativní zkušeností v rodině od více příbuzných. V jejím případě se jednalo o výčitky a odsouzení. „*Třeba moje dcera prohlásila, že my jsme tu s tátou na té zahradě makali dva roky a tys jenom pořád ležela někde po nemocnicích. Jo nebo mi často říká, jestli mi může to dítě dát, když na tom nejsem takhle dobře.*“ ... „*Třeba moje teta mi často říkává, že ona ví, co je to deprese, že pořád jen někde jezdím, že bych se měla spíš doma modlit a dělat ze sebe dámu, že bych neměla kouřit nebo chodit po večerech tancovat, že bych se měla spíš zajímat o rodinu a vnoučata, a tak a že bych se měla nad sebou zamyslet a že mi to pomůže ty deprese nemít.*“ ... „*Moje matka mi řekla, že za mnou do nemocnice na otevřený oddělení nepůjde, že nesnáší nemocnice, ale za svým vzdáleným příbuzným byla na áčku.*“ V kontextu dalších odpovědí bych zmínila, že informantka veškeré negativní situace hodnotí jako chybu a problém ostatních (např. kategorie 6) a zároveň fakt, že ona sama nepřijala svou diagnózu (viz kategorie 7).



## Kategorie 4. Veřejné stigma

Tato kategorie vyjadřuje zkušenosti informantů. Kategorie je zaměřena na problém při seznamování či na problémy v partnerských vztazích a předsudky vůči blízkému okolí. Kódy jsou viditelné na obrázku č. 4.



Obrázek 4 Veřejné stigma

Otázky, které jsem informantům pokládala, zněly: „Všiml/a jste si nějaké reakce od okolí, která souvisela s Vaší diagnózou?“ a „Jak vnímáte Vaši nemoc při navazování přátelských či partnerských vztahů?“

Informanti 2, 3 a 4 shodně považují za jednodušší seznámit se s **přítelem/přítelkyní přímo z centra** s diagnózou. Informanti uvedli, že předcházejí nepříjemným situacím a lidé se stejným problémem si více rozumí navzájem. Informant 4 přímo uvedl: „No, já mám teď jednoho partnera, kterej je teda taky nemocnej. Má stejnou nemoc jako já, a ještě jinou nemoc a tím, že on je takhle nemocnej, tak mě bere jako normálního.“ Jak jsem uvedla výše (viz kategorie 1), právě tento vztah může v informantovi vyvolávat falešný úsudek o vlastní osobě, a proto se může považovat za zdravého člověka.

Právě možná tento stav, kdy informanti žijí v partnerských vztazích s člověkem s diagnózou, v nich vyvolává dojem, že jsou zdraví a nejsou osobou trpící duševní poruchou. Jedná se o případy informantů 3 a 4. Může zde být vyvolán dojem: „jsem schopný soužití ve vztahu,

*vyrovnám se tím zdravým jedincům“*, což samozřejmě může kladně posilovat jejich sebevědomí, ovšem pouze v rámci skupiny duševně nemocných.

V případě informantky 2 bych zmínila, že její vnímání chování ostatních ovlivňuje původní rodina a bývalý manžel, což může být příčinou pouze přijímání negativních interakcí (viz kategorie 3).

**Blok ze seznamování** byl viditelný u tří informantů. Informant 5 uvedl, že on sám má strach a stud svou diagnózu říci na veřejnosti. Uvedl, že mu tyto pocity nedovolí jít do společnosti a navazovat bližší společenské vztahy. Již dopředu se domnívá, že bude odmítnut. V kontextu kategorie 2 lze říci, že informant tento postoj nevědomky promítá do myšlení a domnívá se, že chyba je ve společnosti, a ne v jeho myšlení a přístupu k nemoci. Informant 6 k tématu dodal: *„Tady nastává problém už přitom, když se mě ta ženská zeptá, kde pracuju, a když jí povím, že mám důchod a pracuju ve chráněný dílně, tak dřív nebo později uteče. Ať chce nebo ne, stejně tam ten předsudek má a dřív nebo později to zabalí. Tak co bych se o něco snažil, když vím, že to nemá cenu.“* I informant 6 trpí předsudkem vůči společnosti, kdy již předem odmítá do interakce vstoupit, jelikož bude odmítnut. Domnívá se, že chyba je pouze ve finanční stránce budování vztahu a nemusí vnímat poruchu jako ten hlavní problém. Informant 3: *„Ono u těch schizofreniků je problém, že oni se mohou velmi rychle dostat mimo společnost, oni jsou hodně mimo po těch lécích anebo když se dobře neléčí, tak se straní těch bližších kontaktů a má strach, že to na něm poznají, že je duševně nemocnej a že ho začnou terorizovat, a proto radši žádný bližší kontakty nevyhledává.“*

V tomto případě, kdy je vytvořen určitý blok ze strany duševně nemocných vůči společnosti, ovšem pozorují, že je blok vytvořen na obou stranách. Informanti se již několikrát setkali s odmítavou reakcí od společnosti. Dle mého názoru a odpovědí dotazovaných se domnívám, že strach nepociťují pouze duševně nemocní ze společnosti, ale že i sama společnost má strach z kontaktu s lidmi s diagnózou. Vyvozují to také z kontextu odpovědí z kategorií 2, 3, 5 a 6. S tímto tvrzením souhlasí i odpověď, kterou uvedla informantka 1, která se s odmítavou reakcí v partnerských vztazích také setkala. *„Já, jak jsem chodila s tím přítelem, tak jeho tatínek, když se mu svěřil, že chodí s člověkem, co má duševní onemocnění, tak hned situaci uzavřel, že jsem nebezpečná a že ho zapíchnu. A on se samozřejmě nechal ovlivnit a ukončil to se mnou. Že má jeho tatínek pravdu a že kdybych byla zdravá, tak by se mnou byl, ale že nejsem, takže se mnou nebude.“*

**Kód širší okolí** označuje, že zkušenost má každý z dotazovaných. Informant 3 uvedl, že při oznámení diagnózy přátelům se setkal pouze s názorem, že pokud bude dodržovat režim, nemají jeho přátelé problém setrvat s ním v přátelském vztahu. I v tomto případě lze vyvodit, že informant se nesetkal s přímou negativní reakcí od přátel mimo duševně nemocné, a proto se v jeho odpovědích projevuje, že o svých zkušenostech v obraně hovoří v množném čísle, jelikož se považuje za zdravého jedince (viz kategorie 7). Informanti dále uvedli, že před svým okolím (sousedí, známí) svou nemoc raději zatají, než aby se s ní svěřili, lež považují za řešení, jak se vyhnout stigmatizaci. V okolí, kde informanti bydlí, se nikdo nesetkal s přímou reakcí, pouze informanti 2 a 4 uvedli, že sousedi tuší, že je to nemoc psychického rázu, ale dále se odmítají na toto téma bavit. Informant 4 uvedl, že v jeho bezprostředním okolí nemoc raději popře, ale u cizích kolemjdoucích se snaží o osvětu, jak on sám nazývá. „*Jel jsem jednou autobusem a jeli tam dva kluci s maminkou a já říkám, to jsou autisti, že. A ona říkala, že jo a já jí říkal, že jsem taky nemocnej a že mám schizofrenii a ona mi říká, že mám teda odvalu, že o tom takhle mluvím nahlas. Tak jsem se jí ptal proč, že je to nemoc jako každá jiná.*“ Informant 4 o své nemoci hovoří pouze s cizími lidmi, nikoliv s osobami, které mu jsou svým způsobem blízké. Právě možná tím se snaží pro své blízké okolí vypadat jako silná osobnost, ale před cizími se rád zvláštností pochlubí. Je možné, že se na základě své nemoci cítí být výjimečný.

## Kategorie 5. Stigma ve zdravotnictví

Tato kategorie vyjadřuje zkušenosti informantů v oblasti zdravotnictví. Kódy jsou znázorněny na obrázku č. 5.



Obrázek 5 Stigma ve zdravotnictví

Otázky, které jsem informantům kladla, zněly: „*Jaká je Vaše osobní zkušenost se zdravotnictvím? S jakým chováním jste se setkal/a u Vašeho praktického lékaře, zdravotníku na psychiatrii či jiných specialistů?*“

Informanti 1, 2, 3, 4 a 5 se vyjádřili **k praktickým lékařům** pouze s pozitivní zkušeností. Žádný ze zmíněných informantů se nesetkal s negativní reakcí u svých praktických lékařů. Informant 6 sdělil svůj pohled na praktické lékařství následovně: „*Tak třeba u obvodáka, když za ním přijdu s nějakým problémem a on mi řekne, že na tohle řešit nemá čas nebo tak, protože tam je vždycky nějaký předpoklad, že ty moje problémy jsou psychosomatický, ale na druhou stranu, abych neříkal, že je to jenom nevýhoda, když přijdu a řeknu mu, že jsem unavený a bolejí mě klouby, že chci zůstat doma, tak mě třeba zase nechá doma jako, že si zase s tou mojí diagnózou netroufne poslat do práce zase.*“

S negativní zkušeností ve zdravotnictví se setkali informanti 2 a 3 na **pohotovosti**. Zde oba narazili na odmítavé chování od personálu nemocnice. Informantka 2 popsala svou zkušenost

následovně: „*No teda na pohotovosti jsem teda měla hroznej zážitek, protože paní doktorka, co tam měla službu, by měla vrátit diplom. My jsme tam nejdřív volali, že co je za problém, a oni nám řekli, že ať přijedeme, a jelikož to bylo nad ránem, tak jsme tam dojeli kolem šesté ráno a přijeli jsme tam a ona mi hned, když viděla diagnózu, chtěla narvat rivotril a oxazepam a řekla, ať vezmeme auto a jedeme do Jičína k mýmu psychiatroji. To bylo všechno. Hlavně, že jsme museli zaplatit 90 korun a normálně nás vyhodila. Ani se na mě nepodívala.*“

Informant 3 popsal svou zkušenost s pohotovostí: „*Setkal jsem se třeba s tím, že jsem šel na pohotovost, ani už nevím jako asi kvůli nějakýmu bodnutí to bylo nebo nevím už a oni, že ono se tam rozhodovalo v té hale, jak jsou rozmístěny ty jednotlivý ordinace, kdo mě má prostě odvést do té správný ordinace a ty lidi, co tam seděli, to bylo asi půl jedný v noci, a když se jim dostalo informace, že jsem schizofrenik, tak jste viděla jejich oči dolů, nikdo se k tomu nehlásil, tak tam měli ze mě lidi strach, přestože to jsou zdravotníci a měli by mít nějaký vzdělání a měli by přinejmenším z profesionálního hlediska se kontaktu s duševně nemocným člověkem nebránit.*“

Ohledně zkušeností s **psychiatrií** každý z informantů zmínil negativní zkušenost. Všichni se shodli, že chování lékařů a sester není dle jejich názoru v pořádku. Informanti uvedli nejčastěji nekomunikaci zdravotních sester na oddělení. Informant 6: „*Já hodně chování lidí zkousnu, ale třeba největší problém je to chování těch lidí na psychiatrii samotný. Jako při hospitalizaci, to s váma, to s člověkem jednaj, jako kdyby byl kus hadru, jako kdyby lidi s duševním onemocněním neměli žádný práva prostě. Tam si člověk připadá jako kus hadru. Jako chtít po nich obyčejnou informaci, jakej mi dáváte teda prášek, když jste mi měnili léky, tak to se všechno považuje za nějakou drzost, když se na ně zeptáte. Třeba oni vám tam seberou všechny osobní věci, a když z nich něco prostě chcete, tak vás tam v klidu nechaj sedět dvacet minut a oni tam seděj v té ordinaci a vědí, že tam jste na té chodbě, ale jasně vám tím jejich chováním dávaj najevo, kdo je tady pán. Což já to samozřejmě chápu, je to vytvořený chováním určitých pacientů, ale nevím no, myslím si, že by to šlo dělat jinak.*“

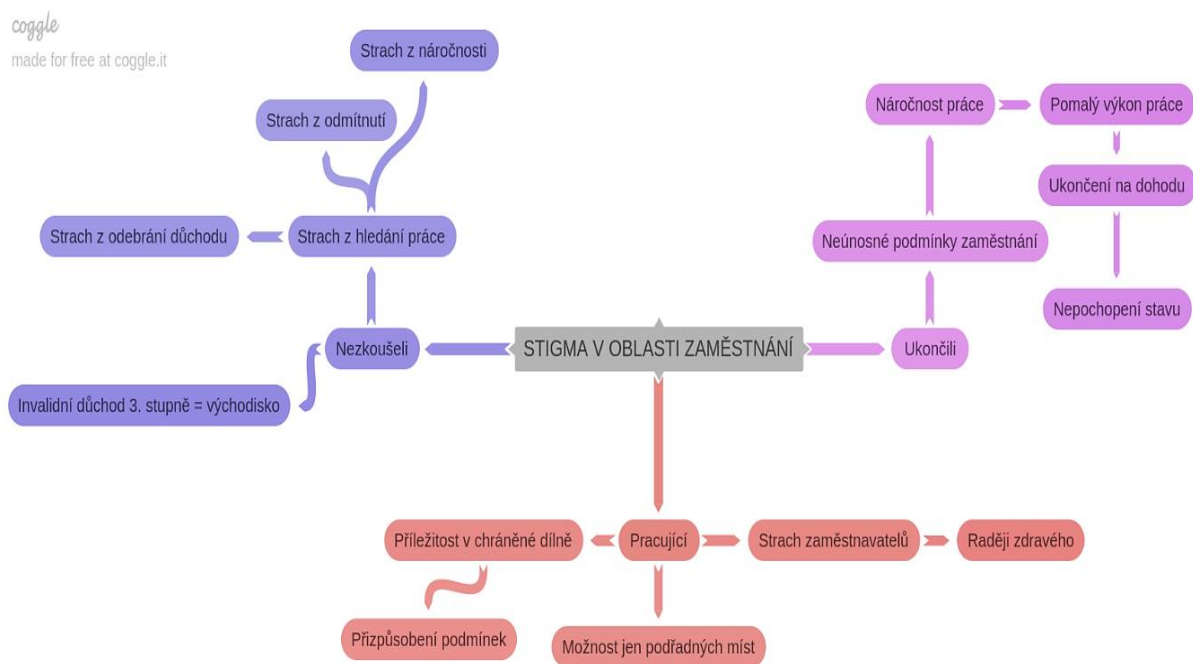
Pochopení pro určité chování zdravotníků na psychiatrických odděleních vyjádřili informanti 1, 3, 4 a 6. Informant 3: „*Jako když to vezmu z hlediska těch zdravotníků, tak když ten člověk ohrožuje sebe a ty lidi okolo, což je prostě zcela běžný, tak se stává, že oni musej z pozice zdravotníků zasáhnout, já si to pamatuju u sebe, já s tím jejich chováním svým způsobem souhlasím, protože já vím, že jsem se choval při té atace hrozně a že oni s tím mají určitou*

*zkušenost, že prostě dělaj všechno, co můžou. Ale je tam svým způsobem cítit od nich ten odstup od nás, duševně nemocnejch.“ Informant 4 uvedl: „No, tam bylo hrozný, že oni u té hospitalizace chtěli, abych se svlékl do trenek, a to se mi teda hodně nelíbilo. Já to všechno vnímal, a ptal jsem se, až jedinej ten sanitář, co byl trochu normální, se mi to snažil vysvětlit, že to má v předpisech. To jsem si to potom v hlavě srovnal a uznal, že je to asi potřeba, ale když to člověka chytne, tak potřebuje trochu vědět, co se s ním děje.“*

Informanti 2 a 5 se setkali s odmítavým postojem **psychiatrů**, kdy informantku 2 bez předešlých vyšetření či dalších informací klientův problém uzavřeli. Informantka 2: *„V nemocnici na psychiatrii se mi stalo, předloni, že vedoucí lékař si prostě myslel, že je to psychosomatický, a bez dalších vyšetření mě poslal domů a na základě mojí diagnózy to rovnou hodil na psychosomatiku a bylo to. A přitom se pak později zjistilo, že to psychosomatický nebylo, že jsem měla kamínek v močových cestách.“* Informant 5 popsál svou zkušenost: *„No, ze začátku jsem se setkal s takovýma reakcema od psychiatrů, že to všechno moc prožívám a že nad těma věcma moc přemýšlím, ale nechci nikoho jmenovat. Že prej nemám nad těma věcma tolik přemýšlet a nefilozofovat a brát je prostě tak, že to je. Že to mám brát víc realisticky a ne paranoidně.“*

## Kategorie 6. Stigma v oblasti zaměstnání

Tato kategorie vyjadřuje negativní zkušenosti informantů v zaměstnání či při jeho hledání. Jedná se o názory a zkušenosti informantů se zaměstnáním, z jakého důvodu nepracují či se nepokoušejí práci najít. Kódy jsou zobrazeny na obrázku č. 6.



Obrázek 6 Stigma v oblasti zaměstnání

Otázka, kterou jsem se informantům dávala, zněla: „*Jaké jsou Vaše pracovní zkušenosti po stanovení diagnózy?*“

Informanti 2 a 4 dříve s diagnózou pracovali. V případě informantky 2 se jednalo nejdříve o plný úvazek prodavačky v potravinách. Následně když se změnilly podmínky zaměstnavatele (noční směny, dvanáctihodinové služby), byla informantka okolnostmi donucena práci ukončit. Sama uvádí, že když si zažádala o invalidní důchod a byl jí přiznán 2. stupeň invalidity, snažila se ještě na zkrácený úvazek uklízet. Posléze se její stav zhoršil natolik, že o tuto práci přišla. Následně jí byl přiznán invalidní důchod 3. stupně.

Informant 4 uvádí, že dříve se o práci snažil, ovšem pro nepochopení zaměstnavatele byl donucen pracovní vztah ukončit. „*Zkoušel jsem to po brigádách, ale měl jsem šéfa, co byl dost náročnej, a on nechápal, že člověku může být i špatně. Já jsem tam chodil normálně na osmihodinové směny, ale byl jsem pomalej, protože jsem se dlouho rozmýšlel, a tak to po chvílce se mnou vlastně ukončil.*“ Zde v porovnání s odpověďmi v kategoriích 1, 2, 3, 4, 7 je

jasné, že informant se i po stanovení diagnózy pokoušel o aktivity, které bohužel na základě svého zdravotního stavu nebyl schopen je vykonávat. Ani v tomto případě nepřemýšlel nad omezeními, která plynou z jeho onemocnění, a to i v případě, kdy určitá omezení pociťoval, ale neuvědomoval si je.

Informanti 1 a 3 se o pracovní vztah po stanovení diagnózy nepokoušeli. Informantka 1 to zdůvodnila tím, že její nemoc propukla velmi brzo a její stav není doposud natolik vyhovující, aby si ona sama dovolila být v pracovním vztahu a plnit z toho plynoucí závazky. I v tomto případě dle mého hraje roli rodina informantky, která se k ní nedopatřením chová příliš opatrně a nenechává jí prostor k samostatnému rozvoji a zapojení se do sociálního života. Informant 3 uvedl jako důvod toho, že není nezaměstnan, strach. *„Já jsem se o to nepokoušel, já jsem onemocněl v době, kdy se tradovalo, že přivydělávat si při důchodu je vystavovat se riziku, že na mě přijde správa sociálního zabezpečení a že mě přehoděj z trojky do dvojky. Tak jsem se naučil hospodařit z toho, co mám.“*

Pouze informanti 5 a 6 uvedli, že momentálně jsou zaměstnání na zkrácený úvazek. Informant 5 uvedl, že pracuje v CPDZ na čtyři hodiny denně. Informant 6 odpověděl, že pracuje v chráněné dílně, kde si jsou všichni rovni a nemusí se potýkat s porovnáváním zdravý a nemocný. *„Tady je pořád předsudek, že když jim na pohovoru řeknete, že máte duševní problém, tak vezmou radši zdravýho. Ten předsudek tam prostě pořád je. No a vlastně mě, kde jedině vzali, bylo v chráněný dílně, kde jsem si všichni rovní invalidi, takže se nikdo nad nikoho nepovyšuje. Já si totiž myslím, že když se rozhodnu, že budu dělat skladníka nebo nějakou podřadnou práci, tak problém mít nebudu, ale když budu chtít jít dělat někam vejš, na nějaký průměrně placený místo, tak tam vždycky vezmou radši toho zdravýho. Protože z nějakýho debila jsou cejtít akorát problémy, žejo.“* V kontextu odpovědi informanta 6 si lze všimnout, že se snaží svou sociální situaci zlepšit, ale viz kategorie 4, on sám nepřekročí předsudek, který si vůči společnosti vytvořil, ale snaží se alespoň o mírné zlepšení své finanční situace.



## Kategorie 7. Osobní stigma

Tato kategorie vyjadřuje vnímání se informantů jako členů stigmatizované skupiny, zda se cítí, či necítí být od okolí stigmatizováni. Kódy jsou znázorněny na obrázku č. 7.



Obrázek 7 Osobní stigma

Informantů jsem se dotazovala: „Cítíte se být stigmatizován/a?“

V této kategorii bych ráda na začátku shrnula, že ze šesti dotazovaných informantů pouze dva odpověděli, že se necítí být členy stigmatizované skupiny. Jedná se shodou okolností o informanty 3 a 4. Z kontextu jejich předchozích odpovědí se domnívám, že u informanta 3 k určité míře stigmatizace dochází, jelikož neodpovídal na všechny otázky pouze kladně a s určitým nekomfortním chováním se setkal. Informant v předešlých dvou kategoriích odpověděl, že o zaměstnání se nepokoušel, jelikož nechtěl přijít o invalidní důchod 3. stupně, ovšem může jít také o to, že se nesnažil do společnosti začlenit i mimo skupinu duševně nemocných a v kategorii zdravotnictví popisoval zkušenost na pohotovosti, kde kvůli diagnóze vnímal překážku v podání zdravotnické péče. Svým chováním se pravděpodobně snaží před společností vytvářet iluzi zdravého člověka v obraně před stigmatizujícím chováním. Plné znění odpovědi informanta 3: „Ne, ne. No jako setkal jsem se s tím, že jako nevím, čím to je, tak nějak že jsem měl pocit, že mě berou, jako bych žádnou chorobu neměl.“

*Že působím natolik věrohodně a sebevědomě a bez známek fyzického poškození obličeje, že vypadám normálně, že jako si myslím, že spousta lidí má pocit, že jsem jako oni.*“ Na základě nesouladu odpovědí informanta se domnívám, že se cítí být částečně stigmatizován například ve zdravotnictví, v oblasti zaměstnání a v rodině.

Informant 4 odpověděl: *„Já chci mít hlavně svůj klid. Já nechci, aby si na základě mé nemoci o mně lidi mysleli něco špatného. Já jsem silná osobnost. Já jsem svůj a takovej prostě budu. Nic si nepřipouštím. Mně záleží především na tom, jak se cítím. Je mi jedno, že mám cejch schizofrenie, ale důležitý je, jak to cejtím já a s tím se učím pracovat, a hlavně to neřeším.*“ Zde také vnímám, že informant není zcela vyrovnán se svou nemocí, ale snaží se pozitivně ovlivňovat svou náladu a svůj postoj k životu. Jeho přístup je velmi sebevědomý a všechny jeho odpovědi byly v podobném duchu. Domnívám se, že informant se cítí, že je člověkem, který má onemocnění schizofrenie, ale nevnímá sám sebe jako člena stigmatizované skupiny.

Ostatní informanti odpověděli, že se vnímají jako členové stigmatizované skupiny a nejsou s touto skutečností spokojeni.

Informantka 1: *„Já bych řekla, že asi jo. Nějakej předsudek tam asi bude.*“

Informantka 2: *„Já jo, já mám problém přijmout nemoc jakoby mám problém přijmout, že jsem nemocná. Já bych strašně ráda chodila do práce. Strašně ráda bych fungovala jako dřív, jakože nebudu mít úzkosti, nebude se mi dělat blbě z lidí, nebudu vyklepaná z lidí, nebudu rvát na vnoučata, když mam zrovna mánii.*“

Informant 5: *„Ano, já určitě vnímám, že nálepkou duševní nemoci mám. Konkrétně třeba ten můj problém bych řekl, vyvolává nepochopení, že ta společnost to nechápe a asi ani nechce chápat. Já mám asi určitej vztek, že ty věci nejdou změnit, že člověk musí dělat kompromisy, i když nechce. Já to na jednu stranu vnímám jako frustraci a na druhou jako dar.*“

Informant 6: *„No tak pro mě je to třeba hrozně těžký, když řeknu, že mám invalidku. Tak je tam okamžitě otázka a na co, jo. Možná kdybych neměl ledvinu, tak je to asi v pořádku, ale když je to na hraniční poruchu osobnosti nebo ty deprese a úzkosti, tak lidi nevěděj, co to znamená. No samozřejmě že jsem taky stigmatizovanej. Každěj člověk má v sobě různý předsudky vůči různějm věcem a lidem a oblastech.*“

## 4 DISKUZE

V části diskuze jsou diskutována témata, která z rozhovorů vyplynula a dle mého názoru stojí za to se u nich pozastavit. Zodpovězené průzkumné cíle jsou v závěrečné části. Pro realizované kvalitativní šetření byla přidanou hodnotou skutečnost, že jsem se s klienty znala již z mé předešlé dobrovolnické činnosti a odborných praxí v rámci studia v zařízení. Z tohoto důvodu jsem měla možnost zvolit individuální přístup k jednotlivým informantům a tím dosáhnout jejich otevřeného vyjadřování k tématu.

### **Průzkumný cíl č. 1: Zjistit, jak informanti rozumí pojmu stigmatizace a jak ho definují.**

Většina informantů pojem i problematiku znala. Pouze jedna informantka ho neznala, ovšem se s diskomfortním chováním setkala. Jeden z informantů se o problematiku zajímal více než ostatní na základě svých aktivit v uživatelských hnutích. Jestliže vezmu v potaz, že kromě jedné informantky měli všichni určitou představu, co stigmatizace znamená, nabízí se zamyšlení, zda je důležité, aby samotní duševně nemocní se o problematiku zajímali, aby rozuměli mechanismům a faktorům stigmatizace a zda může pomoci jejich angažovanost. Kdyby došlo k určitému sebevzdělávání osob s duševním onemocněním v rámci stigmatizace, nakolik by jim vědomosti pomohli se začlenit do společnosti?

V rámci tohoto tématu, kterým se v diskuzi zabývám, nelze dohledat žádné konkrétní publikace. Dle mého názoru se přesně o tuto úroveň informovanosti snaží pracovníci CPDZ a CDZ. Při své činnosti v jednom takovém zařízení jsem se nespočetněkrát setkala se snahou klienty těchto služeb zapojovat do dění kolem problematiky stigmatizace. Viděla jsem, že většina mých informantů se účastní nejrůznějších konferencí, sezení a přednášek na dané téma. Konkrétně na výzkumném pracovišti se jedná o zapojení klientů do Týdnů duševního zdraví či samo zařízení v rámci dne otevřených dveří se snaží přiblížit veřejnosti duševní onemocnění. Dále pracovníci seznamují klienty s aktuálními informacemi v rámci komunitního plánování či o krocích v rámci reformy psychiatrie. Dle mého názoru právě tato informovanost je pro osoby s duševním onemocněním důležitá a jistá orientace v problematice pomáhá s vyrovnáváním se s případným stigmatizujícím chováním od společnosti.

Následně tento průzkumný cíl porovnávám s literaturou od Jána Praška a Ociskové Marie (2015), Hartla a Hartlové (2015).

Autoři Ocisková a Praško (2015, s.43) popisují, že osoby s duševním onemocněním se cítí být méněcenné a nebezpečné, se silnými pocity viny za duševní onemocnění. Odpovědi informantů s tímto výrokem částečně souhlasily. Informanti zmínili, že se cítí být ve škatulce duševně nemocných a tím se cítí být odsuzováni, méněcenní. Udávali, že oni samotní se necítí být nebezpeční, ale pociťují tyto obavy od společnosti.

Informanti dále uváděli předsudky a negativní přenosy společnosti vůči osobám s duševním onemocněním. Toto zjištění je shodné s tvrzením od Hartl a Hartlová (2015, s. 565), kteří uvádí že, společnost si vytváří předsudek vůči někomu, jemuž jsou připisovány záporné vlastnosti. Společnost má již předem vytvořené záporné hodnocení, které danému jedinci či skupině přisuzuje.

Informant 6 dodal, že nejvíce pociťuje stigmatizaci lidí s duševním onemocněním ve strachu veřejnosti z psychiatrie. S tím souhlasí literatura od Ociskové a Praška (2015, s.21-22), kteří tuto problematiku popisují. Autoři rozebírají především první kontakt nemocného s psychiatrií. Popisují, že společnosti mnohdy stačí pouze zmínka o návštěvě psychiatrie a předsudky se vzápětí objeví.

## **Průzkumný cíl č. 2: Popsat mínění informantů o obecné představě veřejnosti o lidech s duševním onemocněním**

Informanti se domnívají, že obecná představa společnosti o duševně nemocných je velmi negativní. Většina je názoru, že společnosti nejvíce chybí osobní zkušenost s onemocněním z blízkého okolí. A právě v osobní zkušenosti veřejnosti vidí informanti jednu možnost řešení. Z toho vyplývá otázka, nakolik osobní zkušenost společnosti s problematikou duševních poruch větší informovanost o průběhu jednotlivých onemocnění dokáže změnit její vnímání. Otázkou také je, jestli se liší pohled lidí, kteří již zkušenost s osobou s duševním onemocněním mají, a to ať již v rodině, nebo v partnerských vztazích.

Podobně tuto situaci vidí i autoři Faltus a Janečková v časopise Česká a slovenská psychiatrie (2008), kteří podstatu změny přístupu společnosti k lidem s duševním onemocněním spatřují v kvalitní informovanosti společnosti o duševních poruchách, jejich průběhu a léčení. Dostatečnou informovanost laické veřejnosti autoři považují za stěžejní. Dle mého názoru se o tuto změnu snaží současná reforma péče o duševní zdraví, která přesouvá léčbu lidí s duševní poruchou z institucionální péče do komunitního prostředí, čímž dochází k častějšímu kontaktu laické veřejnosti s osobami trpící duševními poruchami.

Podobně na toto téma pohlíží iniciativa Na rovinu, která usiluje o snížení stigmatizace a diskriminace lidí s duševním onemocněním a zlepšení informovanosti společnosti a přístupu společnosti k této skupině. Příčinu stigmatizace ve společnosti vidí v nedostatku přímého sociálního kontaktu s lidmi, kteří duševním onemocněním trpí. Tomuto problému zároveň nahrávají i veřejná média, která se buď problému duševních poruch vyhýbají, nebo lidi s tímto typem onemocnění vykreslují jako agresivní a nevyzpytatelné bytosti, které musí být takzvaně zavřeny na psychiatrických odděleních (Na rovinu, 2017).

Já osobně souhlasím s výroky informantů, že ve společnosti stále převažuje spíše neznalost a nezájem. Několikrát za dobu, kdy jsem osobně v pravidelném kontaktu s lidmi s duševním onemocněním, jsem se i já ve svém okolí setkala s názory, že jsou duševně nemocní nebezpeční blázni, kteří patří do institucí. Ovšem nemyslím si, že je to především předsudek starší generace, jak uváděli informanti. Mezi svými vrstevníky se setkávám s obdobnými názory, tudíž se přikláním spíše k nevědomosti veřejnosti a k určité míře přehlížení problému.

Jiný pohled přináší Praško a Látalová (2015, s. 21). Ti základ celé stigmatizace staví na vtipech o bláznech, hovorových obratech z veřejných médií. Tyto faktory dle autora ovlivňují celkový pohled společnosti na skupinu lidí s duševním onemocněním. Praško mimo jiné hovoří i o pozitivních důsledcích, které mohou sloužit k ochraně jedince, ke snížení požadavků na plnění životních rolí a menší nároky na výkon. S faktory jako vtipy o lidech s duševním onemocněním jsem se nesečkala u výpovědi žádného informanta. S hovorovými obraty jsem se setkala u všech informantů, ale pravděpodobně v jiném smyslu, než píše autor. Ve většině případů šlo o postoje, kdy samotní informanti o sobě hovoří jako „bláznech a magorech“ a zároveň tyto hovorové obraty používají především v komunikaci mezi sebou. O pozitivních důsledcích hovořil pouze informant 6, který sám popsal situaci u praktického lékaře, kde vnímal svou diagnózu jako pozitivum. Ovšem v tom smyslu, jak ho popisuje Praško, jsem se setkala pouze u informantky 1, kde rodina na základě onemocnění omlouvá činy informantky a má menší požadavky na její výkon, viz následující téma v průzkumném cíli 3.

### **Průzkumný cíl č. 3: Popsat zažívané stigma informantů**

#### **Rodina**

Informanti popisovali nejčastěji zažívanou situaci. Rodina zprávu o diagnóze přijala s klidnou reakcí, ale s počátečním nepochopením a zároveň zaujala k informantovi ochranný postoj před sociálním prostředím. Nazvala bych tuto reakci určitým typem „přepečování“ nebo

nadměrnou péčí o informanta. Z odpovědí informantů se jednalo především o ochranu před vnějšími vlivy sociálního prostředí. Rodina informantů se domnívá, že musí informantovi ulehčit situaci. Zde mě napadá zamyšlení, kde je hranice rodinné péče a pomoci a za co si již nesou odpovědnost samotní duševně nemocní? A kdy již rodina zasahuje do schopností a povinností duševně nemocného člověka?

Jarolímek (2006, s. 21-25) popisuje prvotní reakce rodiny na nastalou situaci jako značné zklamání a rozčarování, kdy musí situaci řešit a změnit dosavadní plány a cíle, dosavadní chod a život rodiny. I Praško a kol. (2011, s. 363-365) ve své publikaci zmiňují, že stigmatizace v rodině není ojedinělá. Často se projevuje ve formě omlouvání chování duševně nemocného, nebo k odmítání diagnózy. V jednom ze svých dalších textů Praško přímo popisuje chování rodiny jako „zabezpečovací chování“. Jedná se o chování, kdy příbuzní vyřizují za duševně nemocného záležitosti s úřady, všude ho doprovází a poskytují mu úlevy v oblastech, ve kterých se nemocný cítí nesvůj (Praško, 2007).

## **Okolí**

Z výpovědí informantů vyplývá, že pocíťují strach společnosti z kontaktu s osobou s duševní poruchou. V odpovědích informantů jsem se setkala se zkušeností, kdy okolí dotázaného (v tomto případě se jednalo o přátelé) akceptovalo změnu a rozhodli se s informantem i nadále stýkat. Ze strany přátel došlo k nevědomému vymezení možnosti budoucího kontaktu. Z odpovědí vyplynulo, že další kontakt je možný pouze v případě dodržování medikace informanta a kontakt pouze u předem domluvených aktivit. Jednalo se tedy ze strany přátel o snahu vpravit informanta zpět do společností nastavených norem chování? Je pro společnost nekomfortní či ohrožující zůstat v kontaktu s člověkem jehož chování je vnímáno neobvykle a nakolik je společnost schopna se přizpůsobit?

Jak je již zmíněno výše, i autoři Ocisková a Praško (2015, s. 21-22) a Faltus a Janečková v periodiku Česká a slovenská psychiatrie (2008) se shodují, že největším problémem je neinformovanost společnosti. Předsudky o nebezpečnosti a méněcennosti duševně nemocných jsou v dnešní společnosti nejčastějšími nedorozuměními a vyvolávají v lidech strach z kontaktu s osobou s duševním onemocněním. Autoři apelují na poskytování dostatek informací o psychických poruchách, jejich průběhu a léčení. To považují za nejdůležitější podstatu toho, jak změnit přístup společnosti k problematice.

## **Zdravotnictví**

Na základě odpovědí informantů k oblasti zdravotnictví a duševně nemocní jsem se setkala s názorem, že lékaři mimo psychiatrické zaměření nejednají s duševně nemocným pacientem profesionálně (viz kapitola zpracování dat, str. 44). V tomto případě se jedná o lékaře v rámci poskytování péče na pohotovosti. Z jakého důvodu psychiatričtí pacienti vnímají chování zdravotníků mimo psychiatrickou specializaci jako rozdílné od ostatních pacientů. Přístup zdravotníků může být ovlivněn řadou faktorů, např. složitostí oboru psychiatrie a celkovou nevědomostí o duševních poruchách či předsudky o duševně nemocných. Nakolik jsou psychiatričtí pacienti zranitelní a kdy pociťují negativní chování zdravotníků? Jak zdravotníci rozlišují, ke komu se mají, jak chovat? Na kolik jsou pacienti schopni se vydobýt svá práva a co by se stalo, kdyby se o svá práva začali zajímat. Ve chvíli, kdy se pacient cítí méněcenný, kdy vnímá, že se na něj ostatní dívají přes prsty, je pro něj těžké se bránit. Tímto zamyšlením navazuji na téma informovanosti duševně nemocných lidí (diskutované u průzkumného cíle č. 1), které by mohlo podpořit schopnost duševně nemocných hájit svá práva a zájmy.

Praško (2007) uvádí, že pacienty s duševním onemocněním zdravotnický personál mimo obor psychiatrie většinou vnímá jako osoby problémové a často k nim zaujímá odmítavý postoj. Především u lékařů se nelze vyhnout stereotypu v názoru na duševně nemocné. Lékařská odbornost v péči o duševně nemocné zaujímá důležitou roli.

Dle studie NUDZ vyšlo najevo, že lékaři mají pozitivnější přístup k osobám s duševním onemocněním než běžná populace v České republice. V rámci 27 kategorií výzkumu se lékaři ve 26 vyjádřili pozitivněji než obecná populace. Právě poslední kategorii se lékaři vyjádřili pozitivněji pro hospitalizaci duševně nemocných jako jediné formě pomoci, která je zde zakotvena z minulého režimu (NUDZ, 2016). To by se mělo ale v rámci reformy psychiatrické péče změnit a péče by se měla přesunout do komunitního prostředí.

## **Zaměstnání**

Z odpovědí informantů vyplývá, že všichni informanti kromě informantky 1 se potýkají s problematikou profesního uplatnění. I přestože mají dokončené vzdělání (kromě informanta 4), většina se setkala s odmítnutím či donucením ukončit pracovní poměr.

Beranová (2017, s. 8-9) popisuje, že zaměstnavatelé si uvědomují především nevýhody plynoucí ze zaměstnávání těchto osob. I když je stav pracovníka při jeho nástupu do

zaměstnání stabilizovaný, může dojít k náhlému zhoršení. Kolísavost v pracovním výkonu mohou zaměstnavatelé vnímat jako nespolehlivost a nezodpovědnost. Lidé s duševním onemocněním k získání a uchování pracovního místa potřebují získat či rozvinout sebedůvěru, motivaci, schopnost překonat úzkost, efektivně reagovat na zhoršení zdravotního stavu, předcházet mu apod. Průběh duševní nemoci je zpravidla obtížně předvídatelný, což je pro nástup do zaměstnání ztěžující faktor. Jako jednu z možných a potřebných úprav je udávána potřeba úpravy pracovní doby. Faltus a Janečková v periodiku České a slovenské psychiatrie (2008) popisují, že pro duševně nemocné je velmi důležité, aby se po ukončení akutní léčby mohli postupně vrátit do pracovního procesu. Autoři zmiňují podpůrné programy založené na resocializační, rehabilitační a edukační bázi.



## 5 ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce s názvem „Stigmatizace a sebestigmatizace v životě lidí s duševním onemocněním“ bylo popsat, jak lidé s duševním onemocněním vnímají stigmatizaci tohoto onemocnění a jak tuto stigmatizaci přijímají. Průzkum se zaměřoval na informovanost lidí s duševním onemocněním o tématu, o obecném mínění společnosti z pohledu informantů a na konkrétní zkušenosti se stigmatizací. K naplnění cíle byla využita forma kvalitativního výzkumu realizací polostrukturovaných rozhovorů s lidmi s duševním onemocněním. Po následné analýze a kódování jednotlivých rozhovorů vychází následující.

Informanti pojmu stigmatizace rozumí a jsou schopni rozlišit stigmatizující chování. Zvyšování informovanosti osob s duševním onemocněním o problematice stigmatizace a jejich vlastní zapojení v aktivitách podporujících destigmatizaci může přispívat k posílení jejich schopnosti hájit svá práva a zájmy.

Informanti jsou přesvědčeni o negativním mínění společnosti o duševně nemocných. Osobní zkušenost s člověkem s diagnózou a vyšší informovanost společnosti o psychických poruchách se jeví jako jednou z možností, jak změnit celospolečenský přístup k osobám s duševním onemocněním

Informanti se s chováním, které považují za stigmatizující setkávají ve všech oblastech života. Nejvýrazněji informanty stigma omezuje v oblastech zaměstnání a zdravotnictví.

Hlavního průzkumného cíle bylo dosaženo.

Důležitým tématem v problematice duševně nemocných a se související stigmatizací se na základě mého průzkumu jeví důležitost posílit informovanost duševně nemocných osob o procesu stigmatizace a jejich faktorech. Proto, aby informovanost byla dostatečná, je dle mého názoru důležité informovat i společnost a seznámit ji hlouběji s duševními onemocněními a možnostmi pomoci.

Přínos práce vidím v uceleném podkladu pro studium problematiky stigmatizace a duševních nemocí a témata vycházející z rozhovorů jako případný podklad dalších výzkumů. Tato práce mi poskytla hlubší znalost problematiky, seberealizaci v práci s duševně nemocnými a být součástí změn v péči o duševně nemocné. Práce mimo jiné také přináší ucelené zmapování

postojů vybraných klientů CPDZ k problematice a přináší možnosti pro další sociální práci s nimi.

## 6 POUŽITÁ LITERATURA

- BERANOVÁ, Nela. *(Ne)možnost pracovního uplatnění*. In: *Fokus ČR* [online]. Praha: Fokus ČR, 2017, 2017 [cit. 2020-02-18]. Dostupné z: [http://www.fokus-cr.cz/images/Brozura\\_Nemoznost\\_pracovniho\\_uplatneni.pdf](http://www.fokus-cr.cz/images/Brozura_Nemoznost_pracovniho_uplatneni.pdf)
- CORRIGAN, P.W. and D. RAO, 2012. *On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change*. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), pp.464-469.
- ČESKÁ A SLOVENSKÁ PSYCHIATRIE [online]. Galén, 2008, **104**(6) [cit. 2020-01-16]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: [http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2008\\_6\\_313\\_319.pdf](http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2008_6_313_319.pdf)
- Česká a slovenská psychiatrie* [online]. Galén, 2016, **112**(5) [cit. 2020-04-26]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1113>
- ČESKÁ A SLOVENSKÁ PSYCHIATRIE [online]. Olomouc: Galén, 2014, **110**(5) [cit. 2020-01-16]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: [http://www.cspsychiatr.cz/cislo\\_akt.php?cis=74](http://www.cspsychiatr.cz/cislo_akt.php?cis=74)
- DOBRÁ PSYCHIATRIE: PSYCHÓZY [online]. Frýdek-Místek: MUDr. Monika Weimerová, 2010 [cit. 2020-01-11]. Dostupné z: <http://www.dobrapsychiatrie.cz/psychozy>
- GRAMBAL, Aleš, Ján PRAŠKO a Petra KASALOVÁ. *Hraniční porucha osobnosti a její léčba*. Praha: Grada Publishing, 2017. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5796-4.
- HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0873-0.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
- HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8.
- JANEBOVÁ, Radka. *Teorie a metody sociální práce – reflexivní přístup*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-374-1.
- JAROLÍMEK, M., *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*. BAOBAB. Praha 2006. ISBN 80-254-8619-2.
- LÁTALOVÁ, Klára. *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3125-4.

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008, 168 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2138-5.

MAJEROVÁ, Věra a Emerich MAJER. *Kvalitativní metody v sociologii venkova a zemědělství*. V Praze: Česká zemědělská univerzita, Provozně ekonomická fakulta ve vydavatelství Credit, 2005. ISBN 80-213-0507-X.

MALÝ PRŮVODCE REFORMOU PSYCHIATRICKÉ PÉČE. In: Reforma péče o duševní zdraví: Strategie reformy psychiatrické péče. [online]. Praha: Galén, 2017, duben 2017 [cit. 2019-12-29]. Dostupné z: [http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/04/MZ\\_psychiatrie\\_pruvodce\\_final.pdf](http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/04/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf)

MKN-10: *mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize: obsahová aktualizace k 1.1.2018*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018.

NA ROVINU [online]. Praha: Národní institut duševního zdraví, 2017 [cit. 2019-12-29]. Dostupné z: <http://narovinu.net/projekt-destigmatizace/>

NOVÁKOVÁ, Iva. *Zdravotní nauka: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3709-6.

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

PRAŠKO, Ján a Klára LÁTALOVÁ. *Psychiatrie v somatické medicíně*. Praha: Mladá fronta, 2015. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-3739-6.

PRAŠKO, Ján. *Obecná psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2570-2.

PRAŠKO, Ján. *Poruchy osobnosti*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0900-3.

PSYCHOLOGIE PRO KAŽDÉHO [online]. Praha: Lenka Martínková, 2016 [cit. 2020-01-11]. Dostupné z: <https://psychologieprokazdeho.cz/priciny-psychicky-poruch/>

RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTOVÁ. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 5. vyd. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-582-4.

REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ: *Seminář reforma péče o duševní zdraví* [online]. Praha, 2019 [cit. 2019-12-29]. Dostupné z: <http://www.reformapsychiatrie.cz/2019/12/18/seminar-reforma-pece-o-dusevni-zdravi/>

STIGMATIZACE U PSYCHOGENNÍCH PORUCH. Hodina Surrael [online]. Praha: Praško Ján, 2007, 2007 [cit. 2020-03-04]. Dostupné z:

<https://hodinasurrael.wordpress.com/2007/04/06/stigmatizace-u-psychogennich-poruch-jan-prasko/>

STIGMATIZACE V ČESKÉ REPUBLICE: VÝZKUMNÁ ZPRÁVA [online]. Praha: Národní ústav duševního zdraví, 2016 [cit. 2020-02-18]. Dostupné z:

[http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/02/Stigmatizace-v-CR\\_zprava\\_NUDZ.pdf](http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/02/Stigmatizace-v-CR_zprava_NUDZ.pdf)

STRATEGIE REFORMY PSYCHIATRICKÉ PÉČE [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013 [cit. 2020-01-16]. Dostupné z: [http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP\\_publikace\\_web\\_9-10-2013.pdf](http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP_publikace_web_9-10-2013.pdf)

VÁGNEROVÁ, Pavlína (2009 a). Stigma, strach, předsudky, odmítání. Časopis České asociace pro psychické zdraví, 13 (7-8), s. 6-7.

## **7 PŘÍLOHY**

Příloha A – <i>Informovaný souhlas s rozhovorem</i> .....	62
---	----

## INFORMOVANÝ SOUHLAS S ROZHOVOREM

**Název bakalářské práce:** Stigmatizace a sebestigmatizace v životě lidí s duševním onemocněním

**Autor bakalářské práce:** Erika Klimešová

**Vedoucí bakalářské práce:** Mgr. Adéla Michková, Ph.D.

Já.....níže

podepsaný/á svým podpisem stvrzuji, že se dobrovolně účastním průzkumu Eriky Klimešové v rámci její závěrečné bakalářské práce. Byl/a jsem dostatečně seznámen/a s podmínkami a cílem jejího průzkumu a souhlasím s nimi.

Mým podpisem dávám Ericce Klimešové souhlas, aby materiál, který jsem poskytl/a, použila za účelem sepsání bakalářské práce.

Tímto dávám souhlas s nahráváním mého rozhovoru s Erikou Klimešovou, vyhodnocením zvukového záznamu a s jeho přepisem. Souhlasím, že Erika Klimešová může ve své bakalářské práci citovat informace, které ji poskytnu a jsem si vědoma/a, že přepis rozhovoru může být pro účely vypracování této práce poskytnut vedoucímu této bakalářské práce.

Jsem seznámen/a s možností, rozhovor kdykoliv ukončit nebo na jakékoliv otázky neodpovědět.

Autorka průzkumu Erika Klimešová se zavazuje, že veškeré osobní údaje budou ihned po pořízení záznamu anonymizovány. Veškeré veřejně přístupné výstupy z průzkumu a jeho analýzy budou citovány anonymně a bude s nimi nakládáno bez vazby mojí osoby.

Souhlasím s poskytnutím rozhovoru Ericce Klimešové pro účely její závěrečné bakalářské práce.

Datum a místo rozhovoru.....

Podpis informanta.....

Podpis autora průzkumu.....