

Univerzita Pardubice

Fakulta filosofická

Stigmatizace, sebestigmatizace, resocializace, reintegrace lidí s duševním
onemocněním

Bc. Zieglerová Lucie

Diplomová práce

2020

Univerzita Pardubice
Fakulta filozofická
Akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Lucie Zieglerová**
Osobní číslo: **H18410**
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Resocializační pedagogika**
Téma práce: **Stigmatizace, sebestigmatizace, resocializace, reintegrace lidí s duševním onemocněním**
Zadávací katedra: **Katedra věd o výchově**

Zásady pro vypracování

Diplomová práce se bude zabývat problematikou stigmatizace, sebestigmatizace a následné reintegrace spojenou s kompletní resocializací lidí s duševním onemocněním (primární zaměřeno na schizofrenii). V teoretické části práce budou rozpracovány druhy duševního onemocnění, sociální služby spojené s následnou péčí a reintegrací pro jedince přicházející z psychiatrických zařízení. Praktickou část práce budou tvořit kazuistiky lidí trpící duševním onemocněním a kvalitativní výzkum. Data budou zjišťována pomocí strukturovaných, polostrukturovaných i neformálních rozhovorů, pozorování a dotazníkového šetření s laiky i odborníky v této problematice ohledně stigmatizace osob s duševním onemocněním. Cílem práce je zmapovat možnosti následné péče pro tyto jedince a jak tyto sociální služby napomáhají k reintegraci do společnosti, dále postoj veřejnosti k lidem s duševním onemocněním a postoj samotných jedinců. Výzkumný soubor budou tvořit jedinci s diagnostikovaným duševním onemocněním, převážně schizofrenie.

Rozsah pracovní zprávy:
Rozsah grafických prací:
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná**

Seznam doporučené literatury:

- BAŠTECKÝ, Jaroslav. 1997. Psychiatrie, právo a společnost postavení duševně nemocného ve společnosti a v právních předpisech. Praha: Galén. ISBN 8085824450.
- GOFFMAN, Erving. 2003. Stigma: poznámky k problému zvládnání narušené identity. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 80-86429-21-0.
- HERMAN, Erik a kol. 2004. Bipolární porucha a její léčba. Praha: Maxdorf s.r.o. ISBN 80-7345-051-8.
- MAHROVÁ, G., M. Venglářová 2008. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2138-5.
- OREL, M. 2012. Psychopatologie. Havlíčkův Brod: Grada. ISBN 978-80-247-3737-9.
- PRAŠKO, Ján. 2001. Psychotická porucha a její léčba příručka pro nemocné a jejich rodiny. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85912-65-1.
- VÁGNEROVÁ, Marie. 2008. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.
- WARNER, Richard. 2004. Recovery from schizophrenia: psychiatry and political economy. Third edition. Hove: Routledge/Taylor & Francis Group. ISBN 9780415212663.

Vedoucí diplomové práce: **PaedDr. Zdenka Šándorová, Ph.D.**
Katedra věd o výchově

Datum zadání diplomové práce: **31. března 2019**

Termín odevzdání diplomové práce: **31. března 2020**



L.S.

doc. Mgr. Jiří Kubeš, Ph.D.
děkan

Ing. Jaroslav Myslivec, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 29. listopadu 2019

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

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 10.8.2020

Bc. Zieglerová Lucie

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala PaedDr. Zdence Šándorové Ph.D., za odborné vedení diplomové práce a cenné rady. Dále děkuji členům mé rodiny, kteří mě podporovali ve studiu. A děkuji i respondentům, kteří byli ochotni se podělit o své osobní příběhy a věnovali mi svůj čas.

ANOTACE

Diplomová práce pojednává o problematice lidí s duševním onemocněním - stigmatizace, sebestigmatizace a následné reintegrace spojenou s kompletní resocializací lidí s duševním onemocněním. V práci jsou rozpracovány druhy duševního onemocnění, ale práce bude primárně zaměřena na schizofrenii.

Součástí práce je rozpracování kazuistik lidí trpících těmito nemocemi a jejich dosavadní příběhy. Jedná se, jak o lidi dlouhodobě stabilizované v domácím prostředí, tak i lidi, kteří přichází z psychiatrických zařízení. Dále jsou zde zpracovány sociální služby, které lidem s duševním onemocněním pomáhají v následné reintegraci a resocializaci.

Cílem práce je zmapovat postoj veřejnosti k lidem s duševním onemocněním, zjistit míru stigmatizace ze strany veřejného mínění a zmapovat možnosti sociálních služeb, které pomáhají k reintegraci a resocializaci lidem s duševním onemocněním do společnosti a možnosti následné péče. Dále postoje samotných jedinců v různých dílčích oblastech.

Klíčová slova

Duševní onemocnění, schizofrenie, sociální služby, stigmatizace, reintegrace, resocializace

ANNOTATION

The diploma thesis deals with the problems of people with mental illness - stigmatization, self-stigmatization and abuse of reintegration associated with the complete resocialization of people with mental impairment. There are scattered types of mental illness in the work, but the work will focus on schizophrenia.

Part of the work is the elaboration of case reports of people suffering from disease records and their previous stories. You are both about people stabilized in the home environment for a long time and people who come from psychiatric facilities. There are also social services that have a mental illness that helps in possible reintegration and resocialization just for discharge from psychiatric facilities.

Focus on perceiving people with mental illness issues, seeking peace on public stigma, and mitigating social services opportunities that help reintegrate and re-socialize people with mental disabilities into society and health care opportunities. Other attitudes of individuals themselves in various sub-areas.

Keywords

Mental illness, schizophrenia, social services, stigmatization, reintegration, resocialization

SEZNAM ZKRATEK

BAP – Bipolární afektivní porucha

DD – Dětský domov

DO – Duševní onemocnění

DNA – deoxyribonucleic acid – nukleová kyselina, nositelka genetické informace

HPO – Hraniční porucha osobnosti

ID – Invalidní důchod

KBT – Kognitivně behaviorální terapie

LMR – Lehká mentální retardace

MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

OCD – Obsedantně kompulzivní porucha

OSN – Organizace spojených národů

PN – Pracovní neschopnost

PTSP – Posttraumatická stresová porucha

PDZ – Péče o duševní zdraví

TZV – Takzvaně

ÚP – Úřad práce

WHO – Světová zdravotnická organizace

Obsah

Úvod	13
TEORETICKÁ ČÁST	14
1. DUŠEVNÍ ONEMOCNENÍ.....	14
1.1. Co je duševní onemocnění	14
1.2. Vznik/příčiny duševního onemocnění	14
1.3. Druhy duševních onemocnění	16
2. SCHIZOFRENIE.....	18
2.1. Co je to schizofrenie	18
2.2. Proč a jak schizofrenie vzniká	19
2.3. Průběh nemoci	19
2.4. Druhy schizofrenie.....	21
2.4.1. Paranoidní schizofrenie	21
2.4.2. Simplexní schizofrenie	22
2.4.3. Hebefrenní schizofrenie.....	22
2.4.4. Katatonní schizofrenie.....	23
2.4.5. Nediferencovaná schizofrenie	24
2.4.6. Reziduální schizofrenie	24
2.5. Příznaky schizofrenie.....	24
2.5.1. Bludy	25
2.5.2. Halucinace	27
2.6. Léčba schizofrenie	28
2.6.1. Psychofarmakologická léčba	28
2.6.2. Psychoterapie.....	29
2.6.3. Socioterapie	29
3. DALŠÍ DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ.....	30
3.1. Bipolárně-afektivní porucha	30

3.2.	Obsedantně-kompulzivní porucha	30
3.3.	Posttraumatická stresová porucha.....	31
3.4.	Sociální fobie	31
3.5.	Deprese	31
3.6.	Mentální anorexie	32
4.	STIGMATIZACE, SEBESTIGMATIZACE, RESOCIALIZACE.....	33
4.1.	Stigmatizace.....	33
4.2.	Stigmatizace lidí s duševním onemocněním.....	34
4.3.	Sebestigmatizace.....	35
4.4.	Resocializace	35
5.	SOCIÁLNÍ PRÁCE S LIDMI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM	36
5.1.	Sociální práce.....	36
5.2.	Sociální pracovník	36
5.3.	Peer konzultant	37
6.	LÉKAŘSKÁ PÉČE O LIDI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM	39
6.1.	Léčba a rehabilitace	39
6.2.	Psychologie a psycholog.....	39
6.3.	Psychologické vyšetření	40
6.4.	Psychiatr.....	41
6.5.	Psychoterapie	41
7.	SOCIÁLNÍ SLUŽBY SPOJENÉ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM	43
7.1.	Sociální služby pro klienty	43
7.1.1.	Chráněné bydlení.....	43
7.1.2.	Komunitní a ústavní péče	43
7.1.3.	Denní stacionáře	44
7.2.	Organizace pro cílovou skupinu	46
7.2.1.	Péče o duševní zdraví	46

7.2.2.	FOKUS	47
7.2.3.	VIDA	48
8.	REFORMA PSYCHIATRICKÉ PÉČE	49
9.	METAANALÝZA REALIZOVANÝCH VÝZKUMŮ	51
9.1.	Stigmatizace a sebestigmatizace v percepce lidí s diagnózou schizofrenie	51
9.2.	Resocializace dospělých jedinců s psychotickým onemocněním a jejich uplatnění v pracovním procesu.....	52
9.3.	Stigmatizace osob s duševním onemocněním z pohledu pacientů s depresí a úzkostmi	54
9.4.	Stigmatizace – Výzkumná zpráva Národního ústavu duševního zdraví.....	56
9.5.	Bariéry v pracovním uplatnění osob s duševním onemocněním z pohledu uživatelů služeb a pracovníků podporovaného zaměstnávání v Praze (šetření).....	57
9.6.	Shrnutí metaanalýza.....	58
	PRAKTICKÁ ČÁST	60
10.	METODOLOGIE	61
10.1.	Metody sběru dat.....	62
10.2.	Cíl výzkumu	63
10.3.	Výzkumné otázky.....	64
10.4.	Dílčí oblasti zkoumání	64
10.5.	Výzkumný soubor / Výběr respondentů	65
10.5.1.	Respondenti s DO	65
10.6.	Etická rizika výzkumu.....	67
10.7.	Limity výzkumu	68
11.	INTERPRETACE KATEGORIÍ U JEDNOTLIVÝCH RESPONDENTŮ	69
12.	KAZUISTIKY	82
12.1.	Kazuistika č. 1	82
12.2.	Kazuistika č. 2.....	84

13. INTERPRETACE VÝSLEDKŮ – KVANTITATIVNÍ DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ.....	87
Diskuze	90
Shrnutí cílů	92
Závěr.....	93
LITERATURA	95
SEZNAM PŘÍLOH	98

Úvod

Diplomová práce se zabývá problematikou stigmatizace, sebestigmatizace a následné reintegrace spojenou s kompletní resocializací lidí s duševním onemocněním (primární zaměřeno na schizofrenii), jako cílovou skupinou.

V teoretické části práce jsou rozpracovány kapitoly: duševního onemocnění, schizofrenie, další duševní onemocnění, stigmatizace, sociální práce s cílovou skupinou, lékařská péče vztahující se k cílové skupině a sociální služby pro duševně nemocné jedince spojené s následnou péčí a reintegrací pro jedince přicházející z psychiatrických zařízení.

Praktická část práce je zpracována převážně kvalitativní metodologií výzkumu (rozhovory, kazuistiky, pozorování). Dále je výzkum obohacen o dotazníkové šetření směřující k široké laické veřejnosti a zabývající se oblastí problematiky stigmatizace osob s duševním onemocněním. Metody jsou tedy jak kvalitativní, tak kvantitativní, jde tedy o výzkum smíšený.

Součástí práce jsou rozpracované kazuistiky lidí trpící těmito onemocněními a jejich dosavadní příběhy. Jedná se, jak o lidi dlouhodobě stabilizované v domácím prostředí, tak i lidi, kteří přichází z psychiatrických zařízení. Dále je zde zpracován přehled sociálních služeb, které respondentům pomáhají s různými sociálními, zdravotními nebo jinými problémy či se snaží pomoci v následné reintegraci a resocializaci právě pro propuštění z psychiatrických zařízení.

Cílem práce je zmapovat postoj veřejnosti k lidem s duševním onemocněním, zjistit míru stigmatizace ze strany veřejného mínění a zmapovat možnosti sociálních služeb, které pomáhají k reintegraci a resocializaci lidem s duševním onemocněním do společnosti a možnosti následné péče. Dále postoje samotných jedinců v různých dílčích oblastech.

TEORETICKÁ ČÁST

1. DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ

V kapitole Duševní onemocnění (dále DO) se budeme zabývat tím, co je duševní onemocnění, vznikem a příčinami duševních onemocnění a základními druhy DO.

1.1. Co je duševní onemocnění

Duševní onemocnění můžeme označit i jako psychická nemoc či porucha, nebo také duševní nemoc či porucha. Pro práci je zvolen termín duševní onemocnění.

„Dle WHO je duševní porucha klinicky prokazatelná změna duševní činnosti, která vyřazuje člověka z práce, společenského života či zodpovědnosti při právních úkonech; šířeji změna některých psychických procesů projevující se v myšlení, pocitech a chování člověka, znesnadňující jeho adaptaci a interakci se sociálním okolím.“ (Hartl a Hartlová, 2000)

Dříve se na lidi s duševním onemocněním pohlíželo většinou s despektem, byli odsouváni a segregováni z pohledu většinové společnosti do různých sanatorií a léčeben. Moderní pohled společnosti se tuto segregaci snaží řešit, situace cílové skupiny se začíná postupem času měnit a v dnešní době se lidi s duševním onemocněním v stabilizovaném stavu pomocí medikace snažíme reintegrovat do běžného života, pracovního procesu a rodinného prostředí. V posledních letech se objevuje i mnoho výzkumných prací na téma stigmatizace a následné reintegrace těchto osob. Bohužel převládá stále názor, že tito lidé jsou nebezpeční pro veřejnost a měli by být izolováni.

1.2. Vznik/příčiny duševního onemocnění

Hartl a Hartlová (2000) uvádí několik druhů příčin vzniku duševního onemocnění, jako jsou příčiny genetické, organické, chemické nebo také způsobené působením vědomých nebo nevědomých konfliktů, chybného učení či vlivům různých situací.

Dle Orla „jevy spojené s lidským bytím (tedy i se zdravím, nemocí a jejich příčinami) je vhodné pojímat, sledovat a popisovat z několika "zorných úhlů". Zohledňujeme stránku jak biologickou (tělesnou), tak psychickou (duševní), sociální (interpersonální - vztahovou) i přesahovou (transcendentní - duchovní - spirituální), tak individuální čas a prostor dotyčného

i širší okolnosti kultury, společnosti a doby. Všechny zmíněné roviny jsou neoddělitelné interakčně propojené a svázané spolu navzájem. Změna v jedné oblasti tak vždy vyvolá odezvu v celém systému a ovlivní všechny ostatní roviny." (Orel a kol., 2016)

Týž autor uvádí: "Lidská psychika a celý lidský život a bytí se vyvíjí a formuje jako interakční model dispozic vrozených - tedy těch, se kterými doslova přicházíme na svět (ať už geneticky daných, nebo vznikajících v průběhu nitroděložního života) a faktorů působících po narození - kam patří působení a vliv prostředí, jiných lidí (zejména z primární rodiny, ale nejen z ní), okolností a událostí (např. včetně úrazů, prožitých traumat) i vlastních aktivit (jako může být konzumace návykových látek apod.)" (Orel a kol., 2016)

A. Biologické aspekty vzniku duševních poruch

"Základem stavby a funkce všech částí našeho těla (od nejmenší buňky přes jednotlivé tkáně a orgány až po celý organismus) je genetická informace uložená v molekule DNA." (Orel a kol., 2016)

"Dnes je již znám kompletní genom člověka a pokroky v genetice jsou obrovské. Genetická příčina je prokázána například u mentálních retardací a geneticky podmíněné dispozice jsou sledovány u řady jiných psychických chorob." (Orel a kol., 2016)

Poznatky dnešní vědy přináší důkazy, že velké množství odlišností mezi jednotlivými lidmi vychází právě z odlišnosti jejich genů, které získali kombinací genů od svých rodičů. Genetické informace v tomto směru tkz. "předurčují" směr jedince, jaký může být. Stále se objevuje spor, jaká z části jedince je podstatnější, zda část biologická nebo psychosociální. Obě dvě části zároveň mají nepochybně vliv na vývoj jedince, i když, jejich intenzita může být různá, případ od případu. Biologický faktor je nezpochybnitelnou částí, kde díky odlišným genům mají jedinci odlišné mozky, které obsahují jedinečné neuronální propojení. (Orel a kol., 2016)

"Příčiny duševních poruch na úrovni těla jsou hledány v rámci tří regulačních, informačních, koordinačních a integrujících soustav (nervové, hormonální a imunitní), které spolu fungují v neoddělitelných obousměrných vazbách a vztazích. Proto změny v kterémkoli z uvedených systémů ovlivní také systémy další - například změny v aktivitě či regulaci hormonální produkce mají vliv na nervový imunitní systém a mohou spolupodmiňovat vznik a rozvoj duševních onemocnění a stavů." (Orel a kol., 2016)

"Z hlediska vlivu prostředí jsou podstatné nejen kvalita a kvantita daného působícího faktoru, ale také čas a doba, kdy působí. Není jedno, zda daný faktor, například chemická látka, působí na plod, dítě či dospělého. Vliv prostředí působí na mozek a psychické funkce prenatálně (před narozením) i postnatálně (po narození). Ve vývoji obecně existují určitá kritická období, kdy mohou negativní faktory výrazněji ovlivnit vývoj určité struktury a nebo funkce. Vyvíjející se organismus (zejména mozek) je v těchto obdobích citlivější k negativním vlivům a poškození. Obvykle platí, že čím dříve negativní poškození vzniká, tím bývá závažnější." (Orel a kol., 2016)

B. Psychosociální aspekty vzniku duševních poruch

"Jednotliví lidé se navzájem výrazně odlišují individuálními vlastnostmi s dispozicemi - lišíme se nejen svými geny, výškou postavy, barvou očí a jinými tělesnými atributy, ale i temperamentem, vitalitou, krastivitou a také řadou psychických vloh a vlastností. V genezi psychických poruch je brán vážně také vliv individuálně jedinečných osobnostních charakteristik a intrapsychických dispozic a předpokladů". (Orel a kol., 2016)

"Člověk nikdy není izolovanou bytostí, vždy je součástí celého systému vztahů. Můžeme říci, že člověk je "vztahově závislý" od prvopočátku své individuální existence." (Orel a kol., 2016)

"Ze vztahů (v nějaké formě a podobě) nevymaníme po celý zbytek života. Nepřekvapí proto, že sociální - vztahová oblast hraje významnou úlohu v rozvoji a fungování zdravého člověka. Může být také jedním ze zdrojů při vzniku některých nemocí a poruch. Dlouhodobá zátěž a určité životní události spojené s druhými lidmi (např. zanedbání, týrání, ztráta rodiče nebo milovaného objektu, separace) mohou zasáhnout jak do celkového vývoje, tak zvýšit riziko rozvoje deprese v budoucnu. Jejich působení se pochopitelně netýká jen dětského věku, ale i dospívání, adolescence, dospělosti a stáří." (Orel a kol., 2016)

1.3. Druhy duševních onemocnění

Klasifikace duševních onemocnění (MKN-10) uvádí následující rozdělení základních duševních poruch a poruch chování:

MKN-10

V. Poruchy duševní a poruchy chování

F00–F09	Organické duševní poruchy včetně symptomatických
F10–F19	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek
F20–F29	Schizofrenie, poruchyschizotypální a poruchy s bludy
F30–F39	Afektivní poruchy (poruchy nálady)
F40–F48	Neurotické, stresové a somatoformní poruchy
F50–F59	Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
F60–F69	Poruchy osobnosti a chování u dospělých
F70–F79	Mentální retardace
F80–F89	Poruchy psychického vývoje
F90–F98	Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání
F99	Neurčená duševní porucha

Druhů duševních onemocnění je velké spektrum, někdy nemusí být diagnostika úplně přesná nebo může být diagnostikováno více druhů duševního onemocnění.

2. SCHIZOFRENIE

V rámci práce byla vybrána cílová skupina lidí s duševním onemocněním (primárně s diagnózou schizofrenie), z tohoto důvodu věnujeme tomuto onemocnění značnou pozornost.

V této kapitole se věnujeme různým pohledům a názorům na schizofrenii. Pohled na schizofrenii jako na onemocnění v historii prodělalo mnoho poznání a změn.

Probstová a Pěč (2014) uvádějí že: „Jako samotné onemocnění schizofrenii identifikoval Kreapelin tím, že ji oddělil na základě příznaků a průběhu od onemocnění maniodepresivního. Kreapelin nazval onemocnění jako „dementiapræcox“ neboli „předčasná demence“, aby podtrhl charakteristický soubor příznaků se začátkem v rané dospělosti s postupným kontinuálním úbytkem psychických funkcí.“ (Probstová, Pěč, 2014)

K dalšímu posunu přispěl Bleuler, který na základě zkoumání v jisté monografii z roku 1911 dospěl k závěru, že štěpení psychických funkcí je jednou z nezanedbatelných charakteristik onemocnění. Na základech daných zkoumání přejmenoval tuto skupinu onemocnění na schizofrenii. (Probstová, Pěč, 2014)

Následně si odpovíme na otázky co je schizofrenie, proč a jak vzniká, jaký je průběh nemoci a rozdělíme druhy schizofrenie.

2.1. Co je to schizofrenie

Podle Orela, „samotný pojem schizofrenie je něco přes sto let starý. Je odvozen z řeckých slov schizen – štípat a fren – mysl.“ (Orel, 2016)

„Schizofrenie je mnohotvárné duševní onemocnění. Mění významně prožívání, chování i postoj ke skutečnosti. Představuje celou skupinu forem s pestrými příznaky, které zahrnují různou měrou narušené vnímání, myšlení, emoce, motivaci i chování. Můžeme říci, že schizofrenie je „nemocí sta tváří“ – sto nemocných se schizofrenií ukazuje sto odlišných obrazů téže nemoci.“ (Orel, 2016)

„Schizofrenie začíná typicky v adolescenci. Vyskytuje se stejně často u žen i u mužů (jen u žen nastupuje zpravidla o něco později). Zhruba u dvou třetin nemocných má schizofrenie tendenci chronifikovat a zkracuje délku života. Je tedy jasné, že představuje

velmi závažný problém nejen pro jedince a jeho rodinu, ale pro celou společnost.“ (Orel,2016)

Vágnerová doplňuje, že „schizofrenie patří k nejzávažnějším duševním chorobám. Je pro ni charakteristická porucha myšlení, vnímání, emočního prožívání a celkově změněné chování. Nemocnému v akutní fázi chybí náhled na jeho chorobu. V klinické praxi se rozlišuje několik typů schizofrenie: paranoidní, hebefrenií katatonii, simplexní a smíšená.“ (Vágnerová, 2008)

„Schizofrenie je chorobou, která je léčitelná, i když mnohdy nedojde k úplnému uzdravení. Léčba schizofrenie může trvat velmi dlouho a v průběhu času může dojít k různým výkyvům, ke střídání akutních atak s fázemi remise, k proměně symptomů, resp. ke vzniku postprocesuálních změn. Tato terapie obvykle bývá kombinovaná, jde o psychofarmakologickou léčbu, resp. léčbu pomocí jiných biologických metod, která je doplněna psychoterapií, resp. socioterapií.“ (Vágnerová, 2008)

2.2. Proč a jak schizofrenie vzniká

Příčiny a vznik onemocnění schizofrenií jsou multifaktoriální, to znamená, že se na rozvoji poruchy podílí řada různých faktorů, které se však vzájemně ovlivňují. Tomu musejí odpovídat i léčebné postupy, které ovlivňují biologickou, psychologickou i sociální stránku onemocnění a tvoří komplexní provázaný celek.

Vágnerová (2008) zdůrazňuje, že dispozice k rozvoji schizofrenie jsou dědičně podmíněné. Stejně jak u jiných duševních onemocnění příčinu a vznik schizofrenie nemůžeme s jistotou identifikovat, je zde mnoho faktorů, které mohou vývoj onemocnění ovlivnit, viz.v kapitole 3.2. Vznik/příčiny duševního onemocnění.

2.3. Průběh nemoci

Podle Vágnerové počátek onemocnění může být náhlý nebo plíživý. „V případě plíživého průběhu může v období před vypuknutím choroby dojít k dalšímu nápadnému zhoršení výkonu v různých oblastech (např. zaměstnání, ve studiu, v péči o sebe sama).“ (Vágnerová, 2008)

„Krystalizační fáze chorobného procesu se projevuje nejen celkovým neklidem, nejistotou a úzkostí, ale i pocitem, že se děje něco divného, ohrožujícího, co si nedovede vysvětlit. Přestává rozumět světu, nevyzná se v něm a často nerozumí ani sám sobě. Může mít pocit proměny své vlastní osobnosti, a proto se začne ve zvýšené míře pozorovat. Zdá se mu, že všechno má najednou jiný význam, že se všechno změnilo. Toto zjištění je doprovázeno prožitky úzkosti a strachu, nemocný se bojí nesrozumitelnosti, kterou tato změna přináší. Objevují se halucinace, které nemocný subjektivně vnímá jako reálné informace o okolním světě.“ (Vágnerová, 2008)

Průběh onemocnění může být u každého člověka jiný, například z hlediska počtu akutních atak a vzniku přetrvávajícího psychického rozpoložení. Různé druhy průběhu můžeme dle Vágnerové (2008) rozdělit:

- Epizodický průběh – projeví se pouze jednou atakou, po které dojde k přijatelné úpravě zdravotního stavu
- Opakovaný průběh – projevuje se v pravidelných i nepravidelných intervalech, střídá se období chorobných atak a remisí
- Maligní průběh – náhlý začátek onemocnění, rychlý vznik osobnostního defektu
- Chronický průběh – opakované chorobné ataky, nepříznivé změny – postupný úpadek osobnosti
- Reziduální, resp. chronický průběh onemocnění – zde přetrvává některý z negativních symptomů nemoci, dochází k postupnému úbytku různých kompetencí, nemocní nejsou schopni zvládat běžné zátěže, neprožívají radost

Pfeifer, (1995) i Vágnerová, (2008) uvádí souhrnně shrnuté příznaky prodromální fáze schizofrenie:

- Zvýšená zranitelnost a slabost ega
- Nápadné introvertní zaměření, uzavřenost
- Omezená schopnost osamostatnění, (vázanost na nejbližší)
- Obtíže v mezilidských vztazích
- Nižší výkon ve škole a v zaměstnání

2.4. Druhy schizofrenie

Schizofrenii rozlišujeme podle symptomů na paranoidní, simplexní, hebefrenii, katatonii, nediferencovanou a reziduální. Dále také dle věku můžeme mluvit o dětské schizofrenii.

Podle MKN-10 můžeme schizofrenii dělit do následujících podkategorií:

- F20.0 Paranoidní schizofrenie
- F20.1. Hebefrenní schizofrenie
- F20.2. Katatonní schizofrenie
- F20.3 Nediferencovaná schizofrenie
- F20.4 Postschizofrenní deprese
- F20.5 Reziduální schizofrenie
- F20.6 Schizofrenie simplex
- F20.8. Jiná schizofrenie
- F20.9 Nespecifikovaná schizofrenie (MKN-10)

2.4.1. Paranoidní schizofrenie

Paranoidní schizofrenie je charakterizována patologickou podezíravostí vůči okolí, která bývá posilována paranoidními bludy: pronásledováním, kontrolováním a ovlivňováním. Často se u nemocných objevují halucinace, zejména sluchové, ve formě hlasů, jež něco přikazují, hrozí apod. Pacient je přesvědčen, že je pronásledován, že mu hrozí zničení, že bude použit k nějakým účelům nadpřirozenými silami atd. Může se objevit i patologická žárlivost. Blud ohrožení může být vztahován nejen k nějakým nadpřirozeným bytostem (např. mimozemšťanům), ale i ke skutečným lidem, např. členům rodiny, sousedům, spolupracovníkům apod. Vzniká zde určité nebezpečí, že by nemocný mohl tyto nic netušící lidi napadnout, aby se - v rámci své patologické logiky - bránil proti ohrožení. S výjimkou své anomální podezíravosti bývají tyto nemocní emočně spíše otupělí. Mívají také poruchu vůle, bývají hypobuličtí, nedovedou se přinutit k potřebné aktivitě (opět s výjimkou činnosti, která nějak souvisí s jejich paranoidními bludy a halucinacemi). Myšlení je narušené, a to především svým přizpůsobením bludnému výkladu reality. Tato forma schizofrenie vzniká v pozdějším věku než ostatní varianty, zpravidla do 40 až 45 let. (Vágnerová, 2008)

Většina klientů a lidí, s kterými jsem se setkala, trpí převážně paranoidní schizofrenií.

Ve formě paranoidní schizofrenie dominují především halucinace a bludy, které doprovází poruchy emotivity a vůle. (Orel, 2016)

2.4.2. Simplexní schizofrenie

Tento druh onemocnění je typický časným a plíživým vznikem. Nemocní bývají pasivní, apatičtí, bez zájmu o cokoli, jsou autističtí a izolují se od společnosti. Jsou nápadní svou neschopností zvládat i běžné požadavky, jakož i celkovou nevykonností. Jejich myšlení se postupně zhoršuje až na úroveň demence. Nerespektují běžné sociální normy, potulují se a zahálí. Existují i kombinované typy a tzv. nediferencované schizofrenie, klasifikace rovněž zahrnuje časové hledisko. (Vágnerová, 2008)

„Simplexní schizofrenie je typická stažením dotyčného do vnitřního světa, oploštěním emočních projevů, ztrátou zájmu, motivace s výrazným poklesem aktivity, apatií. Výkonnost a vnější projevy jsou významně utlumeny.“ (Orel, 2016)

2.4.3. Hebefrenní schizofrenie

Hebefrenní schizofrenie je typickým onemocněním adolescence a rané dospělosti, vzniká obvykle ve věku 15 až 25 let. Mívá špatnou prognózu, protože zasáhne rozvoj osobnosti v období, kdy by se měla vytvářet a stabilizovat nová identita jedince. Pokud v této době vypukne závažné duševní onemocnění, nová identita se nevytvoří. V tomto případě ale není dětská identita dostatečně stabilní, aby sloužila jako základ stabilní osobnosti. Tato forma schizofrenie vypadá jako prohloubená a protahovaná puberta s nápadným šaškováním neodpovídajícím věku. Nemocní bývají hrubí, neomalení a často i vulgární. (Vágnerová, 2008)

Charakteristickými znaky onemocnění jsou poruchy myšlení a emočních reakcí. Nemocní se chovají velice nápadně a nepřiměřeně situaci, protože ji také nepřiměřeně prožívají a hodnotí. Emoční prožívání je na počátku nemoci charakterizováno kolísáním citových prožitků, bezdůvodným střídáním emočního vzrušení s depresí a strachem. Nápadné bývají i mimické a pantomimické projevy, které mají za normálních okolností určitý

komunikační význam, avšak nyní jej ztrácejí, takže se komunikační partner podle nich nemůže orientovat. Nemocní grimasují, smějí se nepřiměřeně situaci nebo podivně a nesmyslně gestikulují. Mají tendenci k planým, pseudofilozofickým úvahám a jalovému vtipkování. Typická bývá značná suverenita, resp. naprostá necitlivost ke korektivním reakcím okolí. Chovají se, jako by věděli všechno nejlíp. Jejich uvažování však bývá patologické. Verbální projev je nápadný, užívají neobvyklých slovních vazeb i neologismů. Postupně dochází k oploštění emocí a celkovému úpadku myšlení. Někdy mívají bizarní bludy, často hypochondricky nebo kosmicky zaměřené. Halucinace jsou v tomto případě častěji zrakové než sluchové (zatímco u nemocných s paranoidní schizofrenií je tomu naopak). Důsledkem porušeného prožívání a uvažování je podivné, a z hlediska pozorovatele nesmyslné chování. Nemocní jsou např. schopni náhle, zdánlivě bez příčiny utíkat, začínají se toulat apod. Rovněž jejich úprava zevnějšku bývá nápadná a neobvyklá, v pozdějších fázích choroby je spíše projevem celkového úpadku osobnosti. (Chodí např. bez ohledu na roční dobu ve stále stejném oblečení, nosí neustále kabát, ale nemají spodní prádlo, nosí boty naboso, bez ponožek apod.) (Vágnerová, 2008)

„Hebefrenní schizofrenie je charakteristická nápadným projevem budících zpravidla pozornost. Objevují se především nepřiléhavosti a dezorganizace v chování a emocích, negativismus, dětinské způsoby, plané mudrování až inkoherece v myšlení.“ (Orel, 2016)

2.4.4. Katatonní schizofrenie

Tento typ schizofrenie je velmi typický svými nápadnostmi v oblasti motorické aktivity.

Vágnerová (2008) v knize „*Psychopatologie pro pomáhající profese*“ uvádí rozlišení na dvě různé varianty:

Produktivní forma, která se vyznačuje nadměrnou a nepřiměřenou pohybovou aktivitou. Může jít o celkově zvýšenou aktivitu nebo např. jen o echolálie a echopraxie, kdy nemocný stále opakuje určitá slova či věty, popř. nějaké pohyby.

Stuporózní forma, která se projevuje celkovým zpomalením nebo útlumem veškeré motorické aktivity. To znamená, že se pacient nehýbá, často vydrží velice dlouho v jedné poloze, nemluví a projevuje odpor vůči snaze jej nějak aktivizovat. Je negativistický, a pokud

nějak reaguje, jeho reakce jsou opačné, než k jakým jej vybízel pokyn. Jestliže by byl nemocný uveden do nějaké polohy, např. kdyby jej někdo posadil nebo mu zvedl ruku, tak by v této poloze zůstal. Tento příznak se nazývá *flexibilitas cerea*, tj. vosková ohebnost. Pacient reaguje jako loutka. Nemocní mívají halucinace, které jim zakazují mluvit, jednat apod. Mohou být proto značně nevyzpytatelní, jelikož nelze odhadnout, k čemu je hlasy vyzvou. (Vágnerová, 2008)

U katatoníí schizofrenie převládají především poruchy hybnosti jako například extrémně zvýšení a neúčelné motorické aktivity nebo naopak snížení hybnosti až do nehybného stuporu. (Orel, 2016)

S tímto druhem schizofrenie jsem se mezi klienty a lidmi trpící duševním onemocněním (schizofrenií) nesetkala.

2.4.5. Nediferencovaná schizofrenie

„Pokud jsou splněna kritéria schizofrenie, ale žádný ze znaků není charakteristický pro výše uvedené typy, klasifikuje nediferencovanou schizofrenií“ (Orel, 2016)

2.4.6. Reziduální schizofrenie

Další formou schizofrenie je schizofrenie reziduální, kterou můžeme diagnostikovat po jasně proběhlé schizofrenii, avšak při přetrvávání určitých zbytkových schizofrenních symptomů. Tato forma schizofrenie se projevuje podivínstvím, bezcílností, omezením sociálních kontaktů, chudostí projevu a celkovým oploštěním a pasivitou. V minulosti se hovořilo jako o tzv. „postpsychotickém defektu“ (Orel, 2016)

2.5. Příznaky schizofrenie

Ve výše uvedených kapitolách jsme uvedli druhy schizofrenie a vždy byl daný druh popsán spolu i se základními symptomy. V této kapitole uvádím podrobnější popis pouze některých základních příznaků. Další symptomy jsou uvedeny výše.

Podle Orla (2016) patří k typickým příznakům schizofrenie poruchy vnímání (halucinace), poruchy myšlení (bludy – pronásledování, ovlivňování), poruchy emocí (emoční oploštěnost, stažení), poruchy chování (ztráta zájmů, apatie,..). (Orel, 2016)

Podle MKN-10 (1992) i DSM-IV (1994) patří mezi příznaky schizofrenie halucinace a bludy.

2.5.1. Bludy

„Chorobně vzniklá, nepodložená a nevyvratná přesvědčení neodpovídající realitě, která mají vliv na jednání a prožívání, se nazývají bludy.“ (Orel, 2016)

Obsahy bludů sice mohou být různé, ale často v nich bývají zahrnuty nějaké bytosti (mnohdy ani nejsou lidské), které mají k osobě nemocného určitý vztah. V bludném světě není nemocný sám, je středem pozornosti (i když často negativní) - v protikladu k reálnému světu, kde se spíše cítí osamocený a nejistý (Kalina, 1987).

„Bludy se mohou rozvíjet postupně a mohou se také rozšiřovat. Než se blud jasně vykrytalizuje, setkáváme se někdy s bludnou náladou, bludnou vztahovostí a bludným vnímáním reality. Pak se objeví bludný nápad, který přinese bludné vysvětlení a formuje blud.“ (Orel, 2016)

Orel (2016) popisuje několik druhů bludu:

- Bludy primární
- Bludy sekundární
- Bludy tranzitorní
- Bludy kontinuální
- Bludy indukované

Týž autor také dělí bludy podle obsahu na bludy depresivní, expanzivní a paranoidní.

Depresivní bludy mohou být:

- mikromanické, kde nemocný podceňuje sám sebe, insuficietní, kde je nemocný přesvědčen o bezmoci a vlastní neschopnosti, autoakuzační, kde nemocný obviňuje sám sebe
- ruinační, kde si nemocný myslí, že nemá žádné prostředky
- obavné, které jsou spojené s katastrofou či velkým neštěstím

- hypochondrické, kdy si nemocný myslí, že trpí nevléčitelnou chorobou nebo se jí obává
- dysmorfofobické, kdy nemocný má domněnky o zohavení či znetvoření těla či jeho části
- eternity, což je blud, kdy nemocný má chorobné přesvědčení o nekončícím utrpení

Expanzivní bludy mohou být:

- megalomanické
- extrapotenční
- originární
- inventorní – vynálezecké
- religiózní
- erotomanické
- kosmické
- eternity

Paranoidní bludy mohou být:

- perzekuční
- kverulační – kverulatorní
- emulační
- metamorfózní

Dle Kučerové (2018) blud musí splňovat následující kritéria:

- Blud je přesvědčení pacienta o něčem, co není pravda, co ve skutečnosti neexistuje nebo se nestalo.
- Blud nelze pacientovi rozmluvit, vyvrátit a vysvětlit mu, že ve skutečnosti není možné, aby bylo pravda to, co on si myslí.
- Blud zcela ovládá pacientovu psychiku, je dominantou jeho myšlení a má emoční náboj.
- Blud má vliv na pacientovo jednání, neboli pacient pod vlivem bludu mění svoje jednání a chování.
- Blud vždy vzniká na patologické bázi, nikdy nemůže vzniknout ve zdravé mysli, vždy jsou přítomny ještě další příznaky psychotického stavu.

2.5.2. Halucinace

Jedním z hlavních příznaků schizofrenie jsou halucinace, které nemocného velmi ovlivňují. Dnešní moderní medikace dokáže tyto příznaky do značné míry tlumit a tím přispívají k normálnímu fungování nemocných.

"Halucinace jsou klamné vjemy, vznikající nezávisle na vnějším podnětu, o jejichž reálnosti je subjekt nevyvratně přesvědčen." (Zvolský, 1996)

Typické jsou halucinace nemocných s paranoidní schizofrenií, kteří slyší halucinatorní hlasy, jež pacientovi něco přikazují, komentují jeho chování nebo mu něco významného a tajného sdělují. Někdy hlasy nemluví přímo k němu, ale o něm. Nemocný tyto hlasy obvykle slyší přicházet zvenku, vzácně vycházejí přímo z jeho nitra. Někdy se mohou vyskytovat i jiné typy halucinací, např. zrakové, tělesné, čichové apod. Nemocný není schopen akceptovat, že halucinace jsou pouze výplodem jeho psychiky, protože by to odporovalo jeho interpretaci světa. Halucinace a bludy mohou být příčinou neobvyklého jednání nemocného. V závislosti na jejich obsahu se nemocný může stát nebezpečný sám sobě nebo svému okolí. Například hlasy sdělí nemocnému, že se musí oběsit, popř. označí nepřítele určeného k likvidaci nebo dům, který by měl být spálen, doporučí k ochraně nemocného výrobu výbušnin apod. Neléčený člověk trpící schizofrenií by mohl být k takovému jednání náchylný. Proto schizofrenie někdy vyžaduje i hospitalizaci na uzavřeném psychiatrickém oddělení. (Vágnerová, 2008)

Orel (2016) ve své knize „*Psychopatologie*“ uvádí dělení halucinací podle smyslů:

Halucinace sluchové (auditivní – akustické)

- Nejčastěji se vyskytující halucinace, projevující se slyšením neexistujících zvuků či hlasů

Halucinace zrakové (optické – vizuální)

- Nemocný vidí neexistující věci, osoby nebo zvířata
- Tyto zrakové halucinace mohou být velikostně reálné, menší (mikropsie) nebo naopak větší (makropsie)

Halucinace čichové (olfaktorické) a chuťové (gustatorické)

- Jde o neexistující pachy a chutě (většinou nepříjemné)

Halucinace tělové

- Ty můžeme dále dělit na hmatové, pohybové, orgánové a halucinace posedlosti.

Halucinace inadekvátní

- Nemocný vnímá jiným smyslem nebo jinou částí těla (slyší kůží či čte čichem)

Halucinace extrakampinní

- Jde o halucinace mimo reálnou dostupnost smyslů (např. nemocný slyší rozhovor na velmi vzdáleném místě)

2.6. Léčba schizofrenie

Léčba duševních onemocnění a hlavně tedy schizofrenie, je velmi důležité ke stabilnímu stavu nemocného. Včasná a pravidelná léčba předchází velmi negativním vlivům nemoci, které mohou mít za následek velmi akutní ataky a následné hospitalizace.

„Pro léčbu schizofrenie snad ještě více než u jiných chorob platí, že musí být komplexní. Sestává tedy především z farmakoterapie, kterou je třeba doplňovat psychoterapií a soustavnou rehabilitací.“ (Kučerová, 2018)

„Schizofrenie je chorobou, která je léčitelná, i když mnohdy nedojde k úplnému uzdravení. Léčba schizofrenie může trvat velmi dlouho a v průběhu času může dojít k různým výkyvům, ke střídání akutních atak s fázemi remise, k proměně symptomů, resp. Ke vzniku postprocesuálních změn. Tato terapie obvykle bývá kombinovaná, jde o psychofarmakologicko léčbu, resp. léčbu pomocí jiných biologických metod, která je doplněna psychoterapií, resp. socioterapií.“ (Vágnerová, 2008)

2.6.1. Psychofarmakologická léčba

Tento druh léčby obvykle slouží k uklidnění, ke zvýšení odolnosti a k regulaci psychických projevů. Nejčastěji jde o neuroleptika, která se podávají ke snížení napětí a úzkosti. Tato medikace zmírňuje akutní příznaky choroby, i když nemusí zcela zmizet. V některých případech se používají tkz. depotní dávky léků, které působí v těle delší dobu.

V akutních fázích onemocnění bývá nutná hospitalizace, tito pacienti v období ataky nemají náhled na danou situaci a nemusí vždy spolupracovat. (Vágnerová, 2008)

2.6.2. Psychoterapie

Další důležitou součástí je psychoterapeutický přístup k pacientovi. Psychoterapie slouží k podpoře pacienta, aby nemoc lépe zvládnul, porozuměl ji i sobě samému. (Vágnerová, 2008)

„Psychoterapie je nedílnou součástí léčby duševně nemocných. Je v kompetenci psychiatra, psychologa nebo psychoterapeuta, který je erudovaný některým z psychoterapeutických směrů. I sociální pracovníci vstupují do psychoterapeutických výcviků, aby rozšířili své vzdělání a získali další nástroje pro přímou práci s klienty.“

„Psychoterapie je odborná a záměrná aplikace klinických metod a interpersonálních postojů vycházejících z uznávaných psychologických principů se záměrem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce nebo osobní charakteristiky směrem, který obě strany považují za žádoucí.“ (De Leon in Terapeutická komunita pro závislé I., 2004)

2.6.3. Socioterapie

Socioterapie je primárně zaměřena na aktivizaci nemocného, na podporu a rozvoj. Hlavním cílem socioterapie je dosažení sociální adaptace a sociální integrace v oblasti bydlení a zaměstnání.

Soužití rodiny, aktivizace nemocného, pracovní zařazení a další důležité věci jsou pro nemocného velmi zásadní v jeho zotavování, proto se vlivem socioterapie pracuje se všemi dostupnými prostředky ke zlepšení sociální adaptace a integrace. (Vágnerová, 2008)

Cílem snažení socioterapie je schopnost klienta žít v sociálním a politickém prostoru dané společnosti. Též vyzkoušet, ve kterých oblastech jsou překážky vzhledem k jeho nemoci. Terapie dává možnost získat kompetence, jak se vypořádat s různými situacemi. (Mahrová, 2008)

3. DALŠÍ DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ

V této kapitole jsou uvedeny další druhy duševních onemocnění ve vztahu k respondentům výzkumu. Je zde rozpracováno následující DO: bipolárně-afektivní porucha, obsedantně-kompulzivní porucha, posttraumatická stresová porucha, sociální fobie, deprese či úzkostná porucha.

3.1. Bipolárně-afektivní porucha

„BAP je charakterizována střídáním manických, depresivních epizod, při nichž jsou hluboce narušeny nálada a úroveň činnosti. Tato porucha spočívá někdy ve fázi zvýšené energie a aktivity (mánie), jindy zase ve skleslé náladě, nedostatku energie a aktivity (deprese). Mezi fázemi bývá období remise – klidu, bez projevů nemoci. Manické fáze začínají obvykle náhle a trvají dva týdny až- měsíců. Deprese mají tendenci k delšímu trvání (průměrná délka je kolem šesti měsíců), i když zřídka trvají déle než rok (s výjimkou starších osob). Oba druhy epizod často přicházejí po stresové životní události nebo jiném duševním traumatu.“ (Mahrová, Venglářová a kol., 2008)

3.2. Obsedantně-kompulzivní porucha

Obsedantně-kompulzivní porucha, dále jako OCD je jedním z neurotických poruch, podle klasifikace MKN-10.

"Její typickým znakem jsou především nutkavé myšlenky - obsese, které se vtírají proti vůli dotyčného a obtěžují ho. Vznikající tíseň je tlumena různými formami nutkavého jednání - kompulzemi." (Orel a kol., 2016)

„Obsedantní myšlenky (obsese) jsou nápady, impulzy, myšlenky opakující se ve stereotypní podobě. Mohou se týkat možnosti ušpinění, kontaminace, nakažení, preciznosti, symetrie, obav ze zanedbání, nebezpečí, ale i náboženských, sexuálních či filozofických obsahů. Obsese vnímá dotyčný jako obtěžující a zatěžující vlastní myšlenky." (Orel a kol., 2016)

3.3. Posttraumatická stresová porucha

PSTM „vzniká jako zpožděná nebo protahovaná odezva na psychologicky traumatizující stresovou událost, která obvykle přesahuje rozsah běžné lidské zkušenosti (přírodní katastrofa, vojenské bojové akce, mučení, znásilnění) a která pravděpodobně u každého jedince vyvolá pronikavou tíseň.“ (Zvolský, 2013)

Mezi hlavní symptomy řadíme pocity otupělosti, nezájem o jakékoliv činnosti, které dříve vyvolávaly radost, odtržení se od lidí s pocitem odcizení, znovuprožívání traumatu ve vzpomínkách a snech, přehnané reakce, úzkosti, porucha spánku a nadměrná ostražitost. (Zvolský, 2013)

3.4. Sociální fobie

„Lidé trpící sociální fobií pociťují v sociálních situacích silnou úzkost a mají přehnaný strach z toho, že se v těchto situacích ztrapní. Často se obávají, že nezakryjí projevy své úzkosti, jako například třes rukou, červenání se a chvění hlasu. Sociální fobie jsou obvykle spojeny s úzkými sebehodnocením a strachem z kritiky. Mezi nejčastější potíže jedinců, kteří trpí sociálními fobiemi, patří strach ze ztrapnění se při vystupování na veřejnosti, při společném stravování, v běžném společenském kontaktu. Symptomy úzkosti mohou progredovat až do panických atak. Tyto potíže vedou k vyhýbání se situacím, ve kterých jedinec pociťuje úzkost, což může vést až téměř k úplné sociální izolaci.“ (Zvolský, 2003)

3.5. Deprese

„Je reakcí na utrpěnou újmu, která bývá spojena s útlumem veškeré reaktivity. Jde o projev smutku, truchlení nad ztrátou různých významných hodnot, které člověku způsobila traumatizující situace – např. úmrtí blízké bytosti. (Gelner a kol., 1996 in Vágnerová, 2008)

Základním znakem deprese je depresivní nálada charakterizována smutkem, ztrátou zájmů, potěšení a spontánní motivace po dobu alespoň dvou týdnů. Nejvyšší intenzity dosahuje depresivní nálada zpravidla ráno – hovoříme o ranních pesimech. Objevují se pocity ztráty energie až stavy vnímané jako „zcela bezu energie a vnitřních sil“. ... V myšlenkách se vyskytuje výrazné pesimistické ladění, často pocity provinění, sebedoceňování, bezcennosti

a bezvýchodnosti. Někdy mluvíme o „černých myšlenkách“, které mají tendenci se kupit, narůstat a expandovat. Pocity méněcennosti, špatnosti a viny mohou přejít až za hranici bludu. Tíha beznaděje je mnohdy tak neúnosná, že se objevují myšlenky na smrt, která se zdá být řešením.“ (Orel a kol., 2016)

3.6. Mentální anorexie

„Mentální anorexie je porucha charakterizovaná úmyslným snižováním váhy, které si pacient způsobuje a udržuje sám. Vyhýbá se jídlům, „po kterých se tloustne“, může si vyprovokovat zvracení, vyvolávat defekaci, nadměrně cvičit, nejíst. Přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle je vtíravá a ovládavá myšlenka. Porucha se nejčastěji vyskytuje u dospívajících dívek a mladých žen, vzácněji mohou být postiženi i dospívající chlapci a mladí muži, jakož i děti před pubertou a starší ženy až do menopauzy.“

4. STIGMATIZACE, SEBESTIGMATIZACE, RESOCIALIZACE

Důležitým pojmem týkající se problematiky cílové skupiny výzkumu je pojem stigmatizace. Před pojmem stigmatizace je nutno si určit samotný pojem stigma.

„Stigmatem se rozumí znamení hanby či méněcennosti, jež vede k odmítání jeho nositele. Stigma může být zjevně patrné (viditelná estetická vada, vzhled některých kriminálních zločinců, tiky nebo tardivní dyskinezy) anebo může jít o stigma skrytá, s odlišným mechanismem působení, v této druhé situaci – na rozdíl od první – jedná postižený jedinec spíše pod vlivem pocitu vlastní méněcennosti a podněcuje své okolí, aby jej za méněcenného považovalo. Tento mechanismus je v souvislosti s předpokládaným působením nálepky. Stigma skrytá není zpracováno tedy pouze okolím, nýbrž převážně jeho nositelem, ve smyslu pojetí sebe sama jako méněcenného. Následkem je odlišné chování. To je buď přímým důsledkem pocitu méněcennosti, nebo obrannou strategií vůči postojům okolí, jež nemusí být vždy reální nebo aktuální, ale je subjektem s obavami anticipováno.“ (Baštecký, 1997)

Goffman (2003) též rozlišuje různé typy stigmatu a to na:

- tělesné znetvoření – vzhledem k minulosti mohlo jít o vypálená znamení, tetování apod.
- charakterové vady – duševní poruchy, homosexualitu, radikální politické projevy nebo alkoholismus
- kmenová stigmata rasy, národa a náboženství

4.1. Stigmatizace

Sociologický slovník (2001) definuje stigma jako: „Označení, kterým se nějaká skupina negativně odlišuje od platných standardů, především od psychické, fyzické nebo soc. normality, což ji ohrožuje v její soc. identitě a plném přijetí ze strany druhých“ (2001: 239).

„Stigma souvisí se stereotypy a předsudky. Pomocí stereotypů bývají určité skupiny posuzovány zjednodušeně a iracionálně. Duševní porucha patří mezi stigmata působící hlavně v situacích úzkého interpersonálního kontaktu. Stigmatizace může způsobit změny jak v prožívání, tak v chování stigmatizovaného. Díky negativnímu vnímání duševně nemocných často dochází ke stigmatizaci“ (Mahrová, Venglářová a kol. 2000: 126-132).

4.2. Stigmatizace lidí s duševním onemocněním

"Společnost má sklony duševně nemocné se schizofrenií izolovat a zahrnout je předsudky vycházejícími ze stereotypu duševní nemoci. Jsou pokládáni za nevypočitatelné a neschopné, za lidi, pro které je nejlepší dlouhodobá ústavní péče a kterým nelze nic důležitého svěřit. Pacient, který onemocní psychózou, nemusí vůbec rozpoznat, že je nemocný. IO když ví, že něco není v pořádku, neidentifikuje příznaky svého onemocnění. Považuje je za slabost, nedostatek síly čelit nepřízni osudu, spíše než by v nich viděl známky nemoci."

"Když připustí, že se jedná o duševní nemoc, věnuje značné úsilí tomu, aby své potíže vyložil jako projevy pochopitelné nervozity. Pacienti se duševní nemoci bojí, protože je podle jejich názoru i podle názoru okolí jiná než ostatní nemoci. Nese s sebou cejch - stigma, které je jakýmsi shrnutím předsudků o tom, co to znamená být duševní nemocný. Pro mnohé to znamená, že se musí vzdát své autonomie, rezignovat na své vidění skutečnosti a akceptovat, že budou považováni za nesvéprávné, hloupé a hlavně nevypočitatelné a potencionálně nebezpečné. Často to také znamená, že jejich nemoc je nevléčitelná a oni patří do blázince či ústavu. Přijmout takovou vyhlídku se nikomu nechce ani tehdy, když člověk ví a cítí, že potřebuje pomoc. Hledá ji tedy jinde než u psychiatra nebo vytrvale a někdy zoufale popírá její potřebu. Nechce být předmětem obav, soucitu a diskriminace od ostatních lidí." (Ocisková, Praško, 2015)

„Otázkou je, do jaké míry společnost přispívá ke vzniku a udržování psychických poruch a jejich chronicity. „

"Osobní zkušenosti lidí s psychickými poruchami se stigmatizací lze rozdělit do tří oblastí:

1. Vnímaného stigmatu - co si jedinec myslí o tom, co si společnost myslí o stigmatizované skupině, ke které patří
2. Zažívaného stigmatu - zážitky diskriminace spojené se stigmatizací
3. Sebestigmatizace - výsledek zvnitřnění veřejného stigmatu. (Ocisková, Praško, 2015)

„Ze sociálního hlediska je schizofrenie výrazně stigmatizujícím onemocněním. Nejasná etiologie, nedostatek znalostí o příčinách této choroby, se projevuje posílením předsudků.“ (Vágnerová, 2008)

4.3. Sebestigmatizace

Vlivem špatného nahlížení a předsudků vůči lidem s duševním onemocněním dochází k tzv. „selfstigmatizaci, kdy se diagnostikovaný cítí jako méněcenný, má tendenci se podceňovat, má pocit, že se nehodí do okolního světa“ (Mahrová, Venglářová a kol. 2000: 126-132).

4.4. Resocializace

Resocializace – (z lat. předpony re- značící opakování; socialis = družný, od socius = druh) – opětová, další socializace u jedince, který podobným procesem již jednou prošel. Může být z jeho strany záměrná, vyvolaná a podporovaná snahou sžít se s novým sociálním prostředím (ať už se do něj dostal náhodně nebo programově), nebo spontánní, neuvědomovaná, bez snahy o regulaci a urychlení celého procesu. V některých případech je proces r. brzděn záměrným nebo spontánním odporem příslušného jedince, protože se do nového soc. prostředí dostal proti své vůli.

Resocializace je charakterizována rozpadem dosud přijatých hodnot a vzorců chování, po němž následuje přijetí radikálně nových a odlišných. (Giddens, 2005)

„K resocializaci často docházelo u vězňů v nacistických koncentračních táborech. Podle Bettelheima (1986) in Giddens (2005) docházelo ke změnám osobnosti vězňů v následujícím sledu – šok z uvěznění a odtržení od normálního života; následoval pokus o udržení si předchozího způsobu chování, což bylo nemožné; strach, deprivace a nejistota vedly k tomu, že se osobnosti vězňů začali hroutit; někteří ztratili veškerou vůli a zájem o vlastní osud, jiní se začali chovat jako děti (ztráta představy o čase a schopnosti myslet dopředu, prudké změny nálad apod.); vězni, kteří byli v táboře déle než rok, dokonce začali napodobovat své dozorce – prošli procesem resocializace. Obdobné změny chování byly pozorovány u jedinců, kteří prošli násilným výslechem nebo tzv. vymýváním mozků. Tito lidé pak navíc začínali pociťovat sympatie ke svým trýznitelům. Problémy s resocializací měli i vojáci, kteří se vrátili z války v Koreji, Vietnamu či Iráku. Nedokázali se už začlenit do společnosti, která byla naprosto odlišná od situace ve válce.“ (Giddens, 2005)

5. SOCIÁLNÍ PRÁCE S LIDMI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

V kapitole sociální práce s lidmi s DO, věnujeme pozornost sociální práci jako takové, sociálnímu pracovníkovi, peer konzultantovi a sociální rehabilitaci.

5.1. Sociální práce

„Sociální práce je teoretickou i praktickou disciplínou vycházející z mnoha vědních oborů. Využívá poznatků psychologie, sociologie, ekonomie, práva, pedagogiky, lékařství a jiných vědních disciplin. Vzhledem k této své multiparadigmaticčnosti dosud nebyla jednoznačně definována. Přes svou širší záběru je však její úkol jasně vymežitelný: je jím snaha řešit na profesionální úrovni problémy lidí nacházejících se v obtížných životních situacích. Tyto situace jsou přitom v sociální práci pojímány v kontextu sociální reality, čímž se sociální práce výrazně odlišuje od jiných pomáhajících profesí. Tento pohled umožňuje sociální práci pojímat problémy člověka jako obtíže přesahující jisté hranice a ovlivňující nejen jeho samého, ale celé jeho sociální okolí.“ (Socialniprace.cz)

5.2. Sociální pracovník

„Sociální pracovník plánuje, realizuje, monitoruje a vyhodnocuje poskytované sociální služby. Pracuje přímo s cílovou skupinou, vede a vyhodnocuje plány uživatelů této služby. Poskytuje sociálně-právní poradenství. Při realizaci sociálních opatření může spolupracovat se zdravotnickými pracovníky.“ (Prace.cz, [cit. 2020-08-16]).

Sociální práce spadá mezi tzv. pomáhající profese. Psychologický slovník definuje tyto profese jako „veškeré profese, jejichž teorie, výzkum a praxe se zaměřují na pomoc druhým, identifikaci a řešení jejich problémů a na získávání nových poznatků o člověku a jeho podmínkách k životu tak, aby mohla být pomoc účinnější; patří sem lékaři, psychologové, sociální pracovníci, speciální pedagogové, šířeji i fyzioterapeuti, balneologičtí pracovníci apod.“ (Hartl, Hartlová, 2009).

„Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízení poskytující služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové

pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.“ (Zákon č 108/2006)

5.3. Peer konzultant

Peer konzultanti jsou lidé s osobní zkušeností s některou duševní nemocí, kteří právě skrze tyto své zkušenosti usilují o podporu klientů a posilování naděje na zotavení. Role peer konzultantů je velmi užitečná a nelze ji nahradit jinými pracovníky. (Reforma péče o duševní zdraví, 2017)

5.4. Sociální rehabilitace

„Sociální rehabilitace je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb.“ (zákon 108/2006 Sb.).

„Terénní nebo ambulantní služba poskytuje tyto základní činnosti:

- a) nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění,
- b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- c) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Pobytové služby v centrech sociálně rehabilitačních služeb poskytují základní činnosti a na ně ještě navazují činnosti:

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,

c) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu“ (zákon 108/2006).

6. LÉKAŘSKÁ PÉČE O LIDI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Nedílnou součástí práce je také lékařská péče o lidi s duševním onemocněním. V této kapitole se budeme věnovat všem dílčím částím lékařské péče, jako je:

- Léčba a rehabilitace
- Psycholog
- Psychologické vyšetření
- Psychiatr
- Psychoterapie

6.1. Léčba a rehabilitace

„Příčiny a vznik onemocnění schizofrenií jsou multifaktoriální, to znamená, že se na rozvoji poruchy podílí řada různých faktorů, které se však vzájemně ovlivňují. Tomu musejí odpovídat i léčebné postupy, které ovlivňují biologickou, psychologickou i sociální stránku onemocnění a tvoří komplexní provázaný celek. Nejvýhodnější cestou pro dosažení komplexní kooperující péče je spolupráce v multiprofesním týmu, v němž jsou svou odbornou specializací nezastupitelní rovněž sociální pracovníci. Optimální týmová spolupráce je však u nás zabezpečena jen na některých místech a tam, kde není, by se sociální pracovníci měli snažit dosáhnout co nejefektivnější spolupráce s psychiatry, praktickými lékaři, klinickými psychology, psychiatrickými sestrami či ergoterapeuty.“ (Kučerova, 2013)

„Základem biologického přístupu u schizofrenie je léčba medikamenty – antipsychotiky, které snižují intenzitu a výskyt především pozitivních příznaků (bludů a halucinací), upravují neklid. ... Klasická antipsychotika s sebou přinášejí i řadu vedlejších účinků. Jde především o tzv. extrapyramidový syndrom, který se může projevit svalovou ztuhlostí, třesem, zpomalením pohybů a snížením mimiky.“ (Kučerová, 2013)

6.2. Psychologie a psycholog

Psychologie je věda zabývající se psychologickými aspekty lidského bytí – chováním, myšlením, prožíváním, city atd. Je opět oborem s teoretickým i praktickým zázemím.

V podobě klinické psychologie je přímo spojena se zdravotnictvím a je rovněž součástí zdravotní péče.

„Psycholog je absolventem jednooborového magisterského studia psychologie na filosofické fakultě, který se profesně zabývá psychologií. Rovněž psycholog se může specializovat v jednotlivých psychologických oborech a pokračovat v dalším vzdělávání a kariérním růstu (formou atestace z klinické psychologie, doktorandského studia apod.).“ (Orel, 2016)

6.3. Psychologické vyšetření

Psychodiagnostické metody se užívají k hodnocení osobnosti jako celku nebo její dílčí složky, určité psychické funkce nebo vlastnosti.

Prvním důležitým předpokladem psychologického vyšetření je stanovení jeho cíle. Tento cíl je dán psychickými problémy, kterými daný člověk, resp. jeho okolí, trpí, kvůli nimž vyhledal odbornou pomoc nebo byl na takové vyšetření doporučen. Psychologické vyšetření respektuje dva základní principy (podle Říčana, 1997):

1. Ekologický princip: Psychický stav každého jedince v různé míře ovlivňuje i prostředí, v němž v dětství vyrůstal a v němž nyní žije. P. Říčan doporučuje věnovat pozornost i konkrétní situaci, která vedla k vyšetření. To znamená zaměřit se na aktuální vlivy prostředí (rodiny, zaměstnání, společnosti atd.), které mohly přispět k rozvoji současných potíží.

2. Princip kontinuity: Psychologické vyšetření by mělo zachytit všechny podstatné informace z různých období života vyšetřovaného člověka. Z tohoto důvodu je výhodné rozdělit vyšetření na několik částí. To je výhodné i proto, že se zde projeví eventuelní stabilita či kolísavost psychických funkcí vyšetřovaného člověka, jeho emočního ladění, chování, postojů atd.

Anamnestické údaje zahrnují osobní a rodinnou anamnézu:

- osobní anamnéza je zaměřena na zjištění všech nápadností dosavadního vývoje vyšetřovaného člověka, jeho typické projevy a problémy, které kdy měl, jeho vztahy k lidem, školní a profesní úspěšnost, somatická onemocnění, úrazy apod.;

- rodinná anamnéza zjišťuje výskyt podobných problémů, případně jiných závažnějších psychických onemocnění, závislosti na alkoholu či drogách, sebevražedného chování apod. u dalších členů rodiny.

6.4. Psychiatr

„Psychiatrie je specializovaným lékařským oborem, který je zaměřen na teoretické i praktické aspekty diagnostiky, klasifikace, léčby, prevence, rehabilitace a výzkumu psychických (duševních) onemocnění a stavů. Psychiatrie je tedy součástí medicíny.“ (Orel, 2016)

„Psychiatr je lékař – absolvent lékařské fakulty (u nás s titulem MUDr.), který se psychiatrií profesně zabývá. Atestaci (specializaci) v oboru psychiatrie získává lékař po absolvování povinné praxe a složení atestačních zkoušek. Profesně se pak může dále specializovat na jednotlivé dílčí oblasti a obory psychiatrie (např. dětskou a dorostovou psychiatrii, léčbu závislostí atd.).“ (Orel, 2016)

6.5. Psychoterapie

„Psychoterapie je oborem, který může praktikovat jak psycholog, tak psychiatr, zdravotní sestra, sociální pracovník apod., ovšem za předpokladu splnění psychoterapeutického vzdělání (výcviku), vlastní psychoterapie v rámci některého z psychoterapeutických směrů a následné supervize.“ (Orel, 2012)

„Psychoterapie představuje soubor způsobů, jak na pacienta působit slovními (verbálními) nebo neslovními (neverbálními, nonverbálními) prostředky komunikace tak, aby se zlepšil jeho celkový zdravotní stav, tedy duševní i tělesný. Psychoterapie v současné době představuje velmi rozsáhlou součást psychiatrie a psychologie, v níž se prolínají prvky těchto velkých disciplín. Psychoterapie stojí na pomezí obou, zasahuje do obou a tvoří mezi nimi pouto vzájemné spolupráce.“ (Kučerová, 2013)

Existují také různé speciální psychoterapeutické směry a techniky, mezi které patří psychoanalýza a její odvozené směry, například: kognitivně-behaviorální psychoterapie

(KBT), humanistická psychoterapie, gestap terapie, existenciální psychoterapie, integrovaná psychologie, transakční analýza, psychodrama, hypnoterapie. (Kučerová, 2013)

Psychické obtíže a poruchy v mnoha případech působí svým nositelům a jejich okolí značné problémy. Úsilí o zmírnění nebo odstranění těchto obtíží bývá zaměřeno dvojím způsobem: biologicky nebo psychoterapeuticky. Psychoterapie je léčebná činnost, užívající psychologických prostředků k dosažení prospěšné změny při poruchách různých, zejména psychických funkcí (Balcar, 1997; Kratochvíl, 1997). Psychoterapii může provádět jen specialista s příslušným vzděláním, zpravidla lékař nebo klinický psycholog. Specifické znaky psychoterapeutického působení lze stručně shrnout do několika bodů (podle Kratochvíla, 1997): Psychoterapie využívá psychologických prostředků - verbálních i neverbálních podnětů, různých způsobů stimulace emocí, mechanismu učení, vlivu dynamiky skupinových vztahů a interakcí atd. Cílem psychoterapie je odstranění nebo zmírnění potíží, případně i odstranění příčin, které je vyvolali. V průběhu psychoterapie dochází ke změnám v oblasti emočního prožívání, rozumového hodnocení, celkového postoje k sobě i ke světu a ke změně v chování. Klient získává korektivní emoční zkušenost, náhled, tzn., že porozumí svým problémům a naučí se přijatelnějším způsobům chování. Psychoterapii může provádět jen odborník s přesně vymezenou kvalifikací. Laické působení by mohlo být i škodlivé. (Vágnerová, 2008)

7. SOCIÁLNÍ SLUŽBY SPOJENÉ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

7.1. Sociální služby pro klienty

7.1.1. Chráněné bydlení

„Chráněné bydlení je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního znevýhodnění nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového nebo individuálního bydlení (§51, zákona o sociálních službách). Služba chráněné bydlení je určena lidem se zdravotním znevýhodněním, kteří nepotřebují podporu pracovníka celých 24 hodin denně a nepotřebují stálou ošetrovatelskou péči (podporu zdravotníka).“ (msk.cz)

"Chráněné bydlení je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení. Služba obsahuje poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu." (mpsv.cz)

7.1.2. Komunitní a ústavní péče

„Komunitní péče je široký soubor služeb, programů a zařízení, jehož cílem je pomoci lidem s duševní poruchou žít co nejvíce v podmínkách běžného života, subjektivně co nejuspokojivějším způsobem tak, aby mohly být co nejvíce uspokojeny jejich zdravotní, psychologické a sociální potřeby.“ (Probstová, Peč, 2014)

7.1.3. Denní stacionáře

Denní stacionáře se u nás začala více objevovat v 60. letech 20 století. V tomto případě šlo o několik zařízení, které se staly významnými středisky pro poskytování psychoterapie. K většímu a výraznějším rozvoji došlo až po roce 1989. Denní stacionáře se objevovaly především ve větších městech a stále u nás nalezneme oblasti, které nejsou v této sféře rozvinuty téměř vůbec. (Peč a kol., 2010)

Denní stacionáře jsou zajišťované ambulantní formou. V zákoně č. 108/20016 Sb., o sociálních službách, v platném znění, jsou v § 46 denní stacionáře charakterizovány následně: „V denních stacionářích se poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.“

„Služba podle výše uvedeného obsahuje tyto základní činnosti:

- a) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
 - b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
 - c) poskytnutí stravy,
 - d) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
 - e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
 - f) sociálně terapeutické činnosti,
 - g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.
- (msk.cz)

„Léčebný postup v denním stacionáři s psychoterapeutickou péčí sestává zejména ze systematické psychoterapie. Obvykle se kombinuje s další odbornou zdravotnickou a rehabilitační péčí. Umožňuje zamezit nebo zkrátit hospitalizaci v lůžkovém psychiatrickém zařízení, umožňuje pacientům přirozený kontakt s jejich domácím prostředím, zabraňuje nebo zamezuje chronifikaci nemoci, zintenzivňuje odbornou zdravotnickou péči v lůžkovém zařízení, se kterým denní stacionář spolupracuje a napomáhá reintegraci nemocných do běžného života.“ (Peč a kol., 2010)

„Systematická psychoterapie je poskytována vysoce kvalifikovanými vysokoškolskými zdravotnickými pracovníky v rámci psychoterapeutického programu denního stacionáře. Podpůrnou psychoterapii vykonávají i další zdravotničtí pracovníci pod supervizí vysokoškolských zdravotnických pracovníků.“ (Peč a kol., 2010)

„Psychoterapeutický program je soustava diagnostických a léčebných postupů, technik, metod a výkonů, který je vypracován terapeutickým týmem podle povahy onemocnění a potíží pacienta. Psychoterapeutický program sestává z individuálních a skupinových forem psychoterapie a rodinné terapie. Jádrem programu obvykle spočívá v intenzivní skupinové psychoterapii. Pacienti, kteří absolvovali psychoterapeutický program, v indikovaných případech pokračují v péči formami následné a doléčovací psychoterapie nebo resocializace (chráněná práce a bydlení, volnočasové aktivity). Program je obvykle kombinován s dalšími odbornými vyšetřeními dle povahy onemocnění (psychiatrická, psychologická, interní či další), příslušnou odbornou léčbou (farmakoterapie) a rehabilitací (ergoterapie, nácvik praktických dovedností).“ (Peč a kol., 2010)

Psychoterapeutický program dále můžeme dělit na denní a frakcionovaný.

- „Denní komplexní psychoterapeutický program trvá alespoň 6 hodin v jednom dni a je určen pro pacienty, kteří docházejí do denního stacionáře každý všední den.“ (Peč a kol., 2010)
- „Frakcionovaný psychoterapeutický program je poskytován indikovaným pacientům, jejichž zdravotní stav nevyžaduje plný denní program, jednou či vícekrát týdně a trvá alespoň 3 hodiny v jednom dni. Frakcionovaný program slouží rovněž jako forma následné doléčovací psychoterapie.“ (Peč a kol., 2010)

„Pro specifické skupiny nemocných mohou být vytvořeny specializované programy (pro dlouhodobě nemocné, psychogeriatrické, pro děti a adolescenty se školní výukou, pro léčbu závislostí a jiné).“ (Peč a kol., 2010)

Délka psychoterapeutických programů se odvíjí od klinické diagnózy, stupni poruchy, míře chronicity, individuálních schopnostech pacienta a vybraném psychoterapeutickém programu. Tyto programy můžeme dělit na krátkodobé, které obvykle trvají 1-3 měsíce a dlouhodobé, které trvají od 3 do 9 měsíců. Psychoterapeutické programy je možné opakovat. Stacionáře po ukončení programu také zajišťují pacientovi další návaznou psychoterapeutickou, rehabilitační a resocializační péči, jako je chráněné bydlení, chráněné pracovní místo, apod.

nebo péči ambulantního specialisty či domácí péči. Některé z výše uvedených typů lze pacientovi poskytovat již v průběhu programu. Pro program může být formou kontraindikace pacientům stav vyžadující akutní lůžkovou péči, stavy se vzrušeností, agresivitou či poruchou vědomí. Dále pak riziko sebevražedného jednání, nesouhlas pacienta s léčbou, intoxikace alkoholem nebo psychotropními látkami či jedna z forem mentální retardace. (Peč a kol., 2010)

7.2. Organizace pro cílovou skupinu

V této kapitole jsou vybrány tři sociální služby pomáhající lidem s duševním onemocněním a to: Péče o duševní zdraví, organizace VIDA a organizace FOKUS. Tyto služby jsou zde popsány se záměrem čerpání služeb mých respondentů.

7.2.1. Péče o duševní zdraví

Spolek Péče o duševní zdraví, dále jen PDZ je nestátní, nezisková a politicky nezávislá organizace, která se zaměřuje na pomoc lidem s duševním onemocněním. Organizace byla založena již v roce 1995 z přesvědčení, že duševní nemoc nesmí být důvodem společenskému odmítání a izolaci těchto jedinců od společnosti. Jejich posláním je podporovat a pomáhat dlouhodobě duševně nemocným lidem, aby mohli žít v prostředí podle své volby plnohodnotným životem spokojeně a co nejsamostatněji. Tento spolek pomáhá lidem žít s duševní nemocí již více než 20 let a snaží se o zapojení lidí s duševním onemocněním do společnosti tak, aby mohli žít spokojeně, samostatně a zvládali všechny potřebné každodenní náležitosti. PDZ pomáhá lidem s vážnými duševními nemocemi, jako je BAP, schizofrenie apod., spolu s nimi se snaží řešit sociální problémy a podporují je v jejich samostatném růstu. Od roku 2018 poskytuje pobočka Pardubice i zdravotní služby, jak terénní, tak i ambulantní formou v Pardubickém a Královehradeckém kraji. (Pdz.cz)

„Filozofií organizace je především mobilnost, díky níž týmy poskytují pomoc přímo tam, kde je třeba, tedy v místě bydliště klienta. Služby úzce kooperují s ambulantními a lůžkovými psychiatrickými zařízeními. Nejvíce se však snaží o předcházení hospitalizací klientů a jejich setrvání mimo zdravotní instituce. Snaží se podpořit jejich spokojený a smysluplný život v přirozeném prostředí. Organizace v rámci sociální rehabilitace podporuje samostatné bydlení lidí s duševním onemocněním. Možnost osvojit si návyky potřebné k samostatnému bydlení poskytuje v tréninkových bytech v Hradci Králové, Pardubicích, Chrudimi, Ústí nad Orlicí a nově v Náchodě. Zároveň klientům pomáháme i k nástupu do

zaměstnání. Za tímto účelem byl založen pobočný spolek středisko sociální služby zaměřené na trénink pracovních dovedností a přípravu Výměník, které poskytuje na zaměstnání ve 3 různě náročných stupních - sociálně terapeutická dílna, sociální rehabilitace a chráněné zaměstnání. Pro účel sociální rehabilitace a chráněného zaměstnávání provozuje šicí dílnu s obchodem, kavárnu a technickou dílnu. Ročně je organizace v kontaktu až s devíti sty osobami a má na tři sta nových zájemců o službu, kteří potřebují pomoci s problémy způsobenými duševním onemocněním. Vedle poskytování sociálních a zdravotních služeb se organizace zapojuje do vzdělávacích aktivit pro odbornou i laickou veřejnost. Pořádá vzdělávací akreditované kurzy a semináře. Organizuje osvětové akce, jako jsou Týdny pro duševní zdraví.“ (PDZ.cz)

7.2.2. FOKUS

Fokus ČR se dělí na 10 samostatných Fokusů působících v 7 krajích České republiky. Fokusy jsou neziskové organizace, které zde začaly vznikat začátkem 90.let, kdy na našem území byla oblast psychiatrické péče zaměřená převážně na izolaci lidí s duševním onemocněním ve velkokapacitních léčebnách, kde byly podmínky v rozporu s lidskými právy a svobodami. Situace psychiatrické péče byla neúnosná, proto se později hlavním posláním organizace stala přímá podpora lidí s duševním onemocněním. Možnost pomoci, aby tito lidé mohli žít ve svém přirozeném prostředí, v úzkém kontaktu s nejbližšími (rodina, komunita, přátelé) a ve spolupráci s odbornými ze sociálních a zdravotnických služeb. Organizace též podporuje a věří ve schopnost lidí s duševním onemocněním žít plnohodnotným životem s možností rozhodovat o sobě samém. (Fokusr.cz)

„Aktivně se podílíme na tvorbě strategie reformy psychiatrické péče v ČR. Propagujeme a ve svých službách i aplikujeme moderní trendy a ověřené postupy ze zahraničí. Naším cílem, ke kterému v transformaci aktivně směřujeme, je systém komunitní péče založený na: multidisciplinarity týmů, terénní práci, dostupnosti služeb a vysoké kvalitě a odbornosti....Usilujeme o destigmatizaci lidí s duševním onemocněním, organizujeme besedy, setkání a diskuse s laickou i odbornou veřejností. Aktivně přispíváme do odborných i populárních médií, vytváříme destigmatizační PR kampaně, iniciujeme společné akce a happeningy se spřízněnými organizacemi a spolky.“ (Fokusr.cz)

7.2.3. VIDA

„VIDA je celorepubliková organizace, která podporuje rozvoj uživatelského hnutí a proces destigmatizace osob s duševním onemocněním. VIDA smysluplně využívá osobní zkušenost s duševním onemocněním v pomoci stejně handicapovaným lidem, jejich rodičům a příbuzným i široké veřejnosti.“

Organizace poskytuje sociální služby, poradenství v oblasti integrace (zaměstnání, vzdělání, bydlení,...), další integrační, rehabilitační a vzdělávací programy pro osoby s duševním onemocněním. Nedílnou součástí jejich práce je také vynaložené úsilí o vzdělávání veřejnosti právě v oblasti duševního zdraví a podpora destigmatizace osob s duševním onemocněním. (vida.cz)

8. REFORMA PSYCHIATRICKÉ PÉČE

Reforma psychiatrické péče představuje velmi zásadní systémovou změnu v péči o duševně nemocné. Jde o dlouhodobý proces, na kterém se pracuje již několik let a tento proces ještě několik let potrvá. Tato reforma se týká medicínských oborů, jako je psychiatrie, ale také celého systému péče o nemocné. Reforma psychiatrické péče zahrnuje podporu nových služeb, nových přístupů, budování nových vztahů za pomoci nových technologií při vytváření nového prostředí. (Reforma péče o duševní zdraví, 2017)

V České republice se v psychiatrické péči od počátku 90. let 20. století neudály žádné změny, což také podpořilo vznik reformy. Model péče o duševně nemocné pacienty byl též zastaralý a nezajišťoval jejich dostatečnou podporu, jak v oblasti spolupráce mezi jednotlivými složkami, tak i v jejich vlastním prostředí. Obecným cílem je tedy zlepšování kvality života lidí s duševním onemocněním a s naplňováním jejich práv vyplívající z úmluvy OSN „O právech lidí se zdravotním postižením“. (Reforma péče o duševní zdraví, 2017)

V Malém průvodci reformy psychiatrické péče (2017) můžeme nalézt obsah transformační péče, zavádění nových přístupů a metod, které zajistí:

- Plný respekt práv pacientů/klientů
- Maximálně možnou inkluzi pacientů/klientů do běžné společnosti
- Plnohodnotné zapojování pacientů/klientů i rodinných příslušníků do všech podstatných rozhodovacích procesů týkajících se léčby, pomoci a potřebné podpory.

„Tvorba Strategie reformy psychiatrické péče je organizována Ministerstvem zdravotnictví České republiky. Mezi důvody, proč ministerstvo k iniciaci této reformy přistoupilo, patří zejména rigidní systém institucionální psychiatrické péče s těžištěm v materiálně a technicky zastaralých psychiatrických léčebnách, jejichž dostupnost není v mnoha regionech optimální, dále kvůli absenci služeb v přirozeném prostředí pacienta a nízké míře koordinace jednotlivých složek péče.“ (Ministerstvo zdravotnictví, 2012) (Reformapsychiatrie, 2012)

„Strategie reformy psychiatrické péče by měla být v souladu se strategií Světové zdravotnické organizace (WHO). Ta podporuje především rozvoj komunitní péče, zvýšení role primární péče a všeobecných nemocnic, transformaci psychiatrických léčeben a vzdělávání odborných pracovníků. Zcela zásadní součástí reformního úsilí v České republice

by měl být posun ke způsobu léčby poskytované v co největší míře v přirozené komunitě.“
(Ministerstvo zdravotnictví, 2012) (Reformapsychiatrie, 2012)

9. METAANALÝZA REALIZOVANÝCH VÝZKUMŮ

Poslední součást teoretické části tvoří metaanalýzy a výzkumů, která slouží jako přechod mezi částí teoretickou a praktickou.

Ve výzkumech sloužící pro metaanalýzu jsou zpracovány výsledky výzkumů týkající se stigmatizace, sebestigmatizace a uplatnění na trhu práce lidí s duševním onemocněním. Všechny práce jsou zpracované kvalitativní metodologií, u které je nejčastěji použito polostrukturovaných rozhovorů. Metaanalýza je zde zahrnuta z důvodu komparace již zjištěných dat v jiných odborných pracích. Struktura je následující: název, autor, rok, stručný obsah teoretické části spolu s dílčími cíly výzkumu a závěr výzkumu.

9.1. Stigmatizace a sebestigmatizace v percepce lidí s diagnózou schizofrenie

Diplomová práce autorky Bc. Lucie Kretové z roku 2018 se zaměřuje na téma stigmatizace a sebestigmatizace z pohledu lidí trpících duševním onemocněním, schizofrenií. Cílem práce autorka uvádí zjistit, do jaké míry se cítí tyto lidé s diagnostikovanou schizofrenií být stigmatizováni. Teoretickou část tvoří základní charakteristika schizofrenie, účinky nemoci na chování nemocného, či na jeho život ve společnosti a sociální fungování. Také rozebírá téma sebestigmatizace a tím, jak lidé se schizofrenií vnímají stigmatizující projevy stigmatizaci veřejnosti proti své osobě.

Praktickou část práce tvoří popis kvalitativního výzkumu. Zde byly použity dva nástroje sběru dat, a to, sebehodnotící škála ISMI a polostrukturované interview.

Cílem práce bylo zjistit, do jaké míry se lidé se schizofrenií stigmatizaci zvnitřnili a tím pádem jakou míru sebestigmatizace mají. Dalším dílčím cílem je komparace výsledků ze šetření pomocí standardizovaného dotazníku ISMI a metodou polostrukturovaných interview.

Dílčí cíle si autorka určila následující:

- „1: Zjistit, jak moc cizí se v tomto světě cítí být osoby se schizofrenií.*
- 2: Zjistit, do jaké míry souhlasí lidé se schizofrenií se stereotypy o duševně nemocných.*
- 3: Zjistit, jak silně vnímají osoby se schizofrenií diskriminaci ze strany společnosti.*
- 4: Popsat, do jaké míry se lidé se schizofrenií stahují ze společnosti.*

5: *Zjistit, jak hodně se cítí být lidé se schizofrenií odolní vůči stigmatu.*“
(Kretova,2018)

Vzhledem k tématu a problematice výzkumu autorka zvolila výzkum kvalitativní, který umožňuje získat podrobný popis případu. Výzkumník se tedy noří k jádru problému, kde může zkoumat procesy a sledovat jejich vývoj. Jako hlavní hodnotící metodu sběru dat je využito sebehodnotící metody ISMI (The Internalized Stigma of Mental Illness Scale), což je škála měřící míru sebestigmatizace u jedinců s psychickou poruchou. Informanti zde hodnotí každou položku Likertovou škálou (rozhodně souhlasím x souhlasím x nesouhlasím x rozhodně nesouhlasím).

Další metodou bylo polostrukturované interview, které proběhlo skrz předem připravené struktury otázek. Smyslem tohoto interview bylo zjistit, do jaké míry se lidé cítí být stigmatizováni na základě jejich výpovědí. Po zpracování dat z rozhovorů následovalo kódování, poté analýza a syntéza. Tímto autorka zodpověděla dílčí výzkumné otázky a poté i hlavní výzkumnou otázku.

Výběr informantů měl tři základní kritéria, mezi které patří: diagnóza schizofrenie, bydliště na Jičínsku a okolí a ochota podrobit se výzkumu. Ze vzorku byli náhodným výběrem vybráni tři informací, dva muži a jedna žena ve věkovém rozmezí 26-50 let.

Závěr výzkumu autorka zhodnocuje cíle výzkumu. Zjištění míry sebestigmatizace osob s diagnostikovanou nemocí schizofrenie. Ze třech zúčastněných informantů dosahl jeden z respondentů kladného hodnocení, u kterého byla určena střední míra sebestigmatizace s pozitivním laděním. Dva zbývající informací se pohybují na střední průměrné míry sebestigmatizace. (Kretova, 2018)

9.2. Resocializace dospělých jedinců s psychotickým onemocněním a jejich uplatnění v pracovním procesu

V roce 2014 Bc. Bulíčková Tereza obhájila na Univerzitě Pardubice diplomovou práci s názvem Resocializace dospělých jedinců s psychotickým onemocněním a jejich uplatnění v pracovním procesu. Zaměřuje se na jedince s diagnostikovanou schizofrenií.

Cílem teoretické části bylo vymezení problematiky duševních onemocnění s důrazem na schizofrenii. Také se dále zabývala stručnou historií péče o tyto jedince a charakteristiku

současné podoby resocializace těchto jedinců. Také uvádí kvalitu života osob se schizofrenií a též stigmatizaci osob s duševním onemocněním na trhu práce. Cílem praktické části bylo popsat situaci zaměstnávání osob s duševním onemocněním na trhu práce.

„Studie nahlíží na duševní poruchu zejména z pohledu stigmatizace a diskriminace těchto jedinců na pracovním trhu. Zabývá se předsudky ve společnosti a postavením široké veřejnosti k nemocnému i postoji člověka s duševní poruchou k vlastní nemoci.“ (Bulíčková, 2004)

Výzkumný soubor tvoří jedinci s duševním onemocněním se zaměřením na schizofrenii ve stabilizovaném stavu nemoci ve věkovém rozmezí 18-35 let. Tento výzkumný soubor tvořilo šest respondentů (tři ženy a tři muži), kteří pravidelně navštěvují centrum pro duševně nemocné a docházejí do chráněných pracovišť v Pardubicích. K získávání dat bylo využito polostrukturovaných rozhovorů, zúčastněného pozorování a studiem materiálů od daných organizací či Úřadu práce. (Bulíčková, 2014)

Hlavní cíl výzkumného šetření:

Zmapování současné situace zaměstnávání osob se schizofrenií v Pardubicích.

Dílčí výzkumné otázky:

1: Kde mohou lidé se schizofrenií v Pardubicích nalézt uplatnění v podobě chráněného zaměstnání?

2: Jaké pomoci a podpory se dostává lidem s duševním onemocněním z řad organizací zaměřených na péči o duševní zdraví?

3: Jaké jsou osobní poznatky a zkušenosti lidí s diagnostikovanou schizofrenií v oblasti zaměstnávání?

Cílem této diplomové práce bylo zhodnotit a zmapovat situaci duševně nemocných na pracovním trhu v současné době. Ve výzkumném šetření se potvrdilo, že hlavní bariérou v procesu zaměstnávání lidí s duševním onemocněním jsou předsudky přetrvávající v naší společnosti a záměnu duševní nemoci za formu mentální retardace. Zásadní problém je nedostatečná osvěta veřejnosti o životě těchto nemocných lidí a mediální obraz znázorňující lidi s duševním onemocněním v negativním světle. Další překážkou je omezenost pracovních míst, které může člověk s duševním onemocněním vykonávat.

Praktická část této studie, tedy výzkumné šetření potvrdilo skutečnost, kterou je neuspokojivé množství pracovních míst a diskriminace se strany zaměstnavatelů. Velký význam měl rozhovor s pracovní konzultantkou Podporovaného zaměstnávání FORMIKA, který ukázal na chybějící služby sociálních služeb nabízených pro lidi duševně nemocné v Pardubickém kraji, tedy sociální službu Podporovaného zaměstnávání.

V České republice jsou snahy o změnu postavení duševně nemocných vyvíjeny ze strany organizací zaměřujících se na podporu a péči o duševní zdraví a dalších dobrovolníků a široké veřejnosti. (Bulíčková, 2014)

9.3. Stigmatizace osob s duševním onemocněním z pohledu pacientů s depresí a úzkostmi

Diplomová práce autorky Bc. Štěpánkové Terezy z roku 2018 pojednává o problematice stigmatizace duševně nemocných lidí s depresemi a úzkostmi v současné české společnosti. Práce je studií z pohledu nemocných pacientů a představuje problematiku v kontextu současných politických opatření a výzkum včetně srovnání České republiky se zahraničím. Dále poukazuje na aktuální stav psychiatrické péče v České republice a současné destigmatizační aktivity, které bojují a cílí za změnu stigmatizačního a sebestigmatizačního stavu.

Rozhovory proběhly s deseti pacienty s diagnostikovanou depresí či úzkostí, na těchto rozhovorech je patrné, že stigmatizace se v případě těchto pacientů neprojevuje v takové podobě, v jaké ji definuje literatura. Účastníci rozhovoru ale zažívají mnoho negativních reakcí, z nichž však všechny neodpovídají definicím stigmatizace. V různých oblastech života se stigmatizace liší i v závislosti na předchozích zkušenostech okolí s duševním onemocněním. Obava se stigmatizace, je u těchto pacientů s úzkostí a depresí častější, než stigmatizace jako taková.

Účastníci rozhovorů poukazují na velmi nízkou informovanost veřejnosti o problematice stigmatizace osob s duševním onemocněním a sami se do organizovaných aktivit destigmatizačních projektů nezapojují. Zajímavým zjištěním byla ze strany žen obava ze založení rodiny a také velmi časté označení „blázen“. Už jen to představuje nálepkou, kterou se opakovaně označují při snaze se vyrovnat se svou novou identitou.

V úvodu práce je rozebrána problematika „zaostalost“ České republiky, co se týče psychiatrické péče ve srovnání se západními státy. Téma stigmatizace duševně nemocných je díky různým občanským iniciativám v ČR stále více a více diskutované, ale bohužel ani to nestačí oproti nárůstu počtu duševně nemocných pacientů. Mimo psychiatrické nemocnice neexistuje státní kontrola duševně nemocných a kvalitní péče je málo dostupná.

Samotná veřejnost je málo informována o duševních nemocech i o preventivních opatřeních, ke kterým můžeme řadit programy ve školách či duševní hygienu, která je v posledních letech velmi nutná. Všechny tyto aktivity jsou zajišťovány pouze neziskovými spolky a organizacemi. V České republice je tak duševní onemocnění je tak dlouhodobě beze změny se silným stigmatem vůči těmto pacientům.

Cílem tohoto výzkumu bylo odhalit, v jakých oblastech života se duševně nemocní cítí být stigmatizováni a popsat jejich každodenní zkušenosti s duševním onemocněním.

Výzkumné otázky:

1. Cítí se pacienti s depresí či úzkostmi stigmatizováni v souvislosti s duševním onemocněním? Jaká je jejich zkušenost se stigmatizací? V jakých oblastech života cítí se stigmatizováni nejvíce?

2. Lze typizovat stigmatizaci v souvislosti s duševním onemocněním? Pokud ano, jak? Jaké jsou podobnosti či odlišnosti v míře stigmatizace mezi účastníky rozhovorů?

3. Jaký je soulad činnosti destigmatizačních aktivit v České republice s reálnou situací, kterou prožívají duševně nemocní pacienti?

Pro tuto práci bylo použito kvalitativní metodologie a jako výzkumná metoda bylo vybráno polostrukturovaných epizodických rozhovorů s duševně nemocnými osobami. Výběr byl zúžen na 25 účastníků s diagnostikovanou depresí či úzkostnou poruchou, které jsou jedny z nejčastějších forem duševního onemocnění v České republice. Pro další porovnávání bylo zvoleno rozhovorů s oficiálně diagnostikovanými pacienty, z nichž byli tři muži ve věku od 20 do 30 let a zbytek ženy stejného věku. Rozhovory proběhly v Praze na místě preferovaném účastníkem rozhovoru. Všichni účastníci rozhovorů momentálně žijí, studují nebo pracují v Praze.

Na závěr shrneme výzkum, který probíhal s deseti pacienty pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Tento výzkum ukázal, že míra stigmatizace se u těchto

pacientů se neprokázala ve stejné podobě, jak je vyřčena v literárních zdrojích a ani se neshoduje s nedávnými výzkumy stigmatizujících postojů v České republice. Deprese a úzkostné stavy nejsou na první dojem zřejmé, tím pádem nedochází ke stigmatizaci před diagnózou, ale spíše ve fázi diagnózi. U každého z účastníků se ukázala různá míra stigmatizace v různých oblastech jejich života. Někde probíhala stigmatizace ze strany zdravotnického personálu, u jiného pacienty ze strany rodiny či přátel. Největší obavy ze stigmatizace pacienti cítí v oblasti vzdělávání a zaměstnání. Samotní účastníci výzkumu (pacienti) sebe sami nálepkují pojmem „blázen“ k popisu jejich duševního stavu. Jak jsem již psala výše, další překvapivou informací byl strach za založení rodiny, který se objevoval u ženských pacientek. Nízká informovanost není jen u široké veřejnosti, ale i u samotných pacientů. Poslední ze zajímavých výstupů rozhovoru je, že míra stigmatizace v blízkém okolí duševně nemocného člověka se objevuje na základě předchozích zkušeností s duševně nemocnými. Jako přínos práce autorka uvádí samotnou realizaci. (Štěpánková, 2018)

9.4. Stigmatizace – Výzkumná zpráva Národního ústavu duševního zdraví

Výzkumná zpráva Národního ústavu duševního zdraví je zaměřena na stigmatizaci a sebestigmatizaci osob s duševním onemocněním. Data jsou zpracována a porovnána z celého světa.

Profesor Thornicroft zahrnuje tři elementy stigmatizace duševně nemocných a to jsou nevědomost, předsudky a diskriminace, i on tvrdí že nemocní jsou společností velmi diskriminováni a opomíněni. Výzkumy zaměřené na uživatele služeb ukazují, že úroveň stigmatizace je velmi vysoká bez ohledu na přesnou diagnózu. Negativní postoje vůči stigmatizovaným nemocným souvisí s negativními emocemi a předsudky celé společnosti. Tyto předsudky zahrnují nepřátelské, diskriminační a odmítavé jednání. Toto jednání je ale podmíněno neznalostí a negativní nálepkou, což vede k diskriminaci. Výzkum uvádí, že například ve Velké Británii více než 85% klientů tamních služeb péče o duševní zdraví se setkalo s diskriminací a stigmatizací v jakékoli oblasti, ať už šlo o sociální nebo rodinný život. K nejvíce stigmatizovaným diagnózám v oblasti duševního zdraví nejvíce patří schizofrenie.

Dále jsou zde rozpracovány a porovnávány již provedené výzkumy na podobná témata. Pro tuto práci jsem z nich vybrala následující:

V roce 2004 proběhl výzkum, který ukázal, že 57% české populace nemá dostatek informací o schizofrenii, 55% nikdy nebyli v kontaktu s osobou s diagnózou schizofrenie, 36% si myslí, že není možné s touto diagnózou normálně žít a pracovat, podle 21% by měli být lidé se schizofrenií umístěni do léčeben a 43% Čechů jsou přesvědčeni, že jsou tito lidé nebezpeční a násilničtí. (Reforma péče o duševní zdraví)

9.5. Bariéry v pracovním uplatnění osob s duševním onemocněním z pohledu uživatelů služeb a pracovníků podporovaného zaměstnávání v Praze (šetření)

Ve výzkumném šetření z roku 2008 se středem zájmu staly bariéry v pracovním uplatnění lidí s duševním onemocněním, tak jak se s nimi setkávají uživatelé pražských komunitních služeb a pracovníci programu podporovaného zaměstnávání pražských komunitních služeb pro duševně nemocné při spolupráci se svými klienty.

Metody získávání informací a dat byly polostrukturované rozhovory s osobami s duševním onemocněním, především s klienty s dlouhodobými obtížemi v různých stádiích nemoci a pracovníky komunitních služeb.

V rámci rozhovorů osoby s dlouhodobým duševním onemocněním popisovaly množství překážek v pracovním uplatnění na trhu práce, s kterými se přímo setkaly nebo stále setkávají. Také pracovní konzultanti pracovníků programu popsali, že při spolupráci se též setkávají s překážkami, které klientům brání a znesnadňují pracovní uplatnění na trhu práce.

Velmi důležitým výsledkem výzkumného šetření jsou kategorie vnitřních a vnějších bariér. Kategorie bariér vycházejí přímo z toho, jak se lidé s duševním onemocněním a pracovníci služeb popisovali a vycházejí z jejich subjektivního pohledu. Vzhledem k malému rozsahu šetření nelze závěry šetření zobecnit na celou populaci osob s duševním onemocněním, ale můžeme předpokládat, s jakými překážkami se musejí tito lidé setkávat v pracovním uplatnění. Šetření můžeme považovat za jakousi sondu, jakoby se jednalo o empirický vstup do problematiky překážek a znehodnocování v pracovním uplatnění těchto lidí u nás.

Jako významné překážky se ukázaly zejména předsudky, diskriminace a stigmatizace ze strany zaměstnavatelů spojená s neochotou zaměstnávat tyto lidi, nedostatek volných míst na pracovním trhu, neochot, upřednostňování jiného typu znevýhodnění/postižení, nedostatek

sebedůvěry, nízké sebevědomí, oslabená vůle, neznalost pracovních schopností, neznalost možností výdělků k invalidnímu důchodu a v neposlední řadě vedlejší účinky léků a projevy nemoci, jako jsou poruchy pozornosti, paměti, vůle, emocí nebo myšlení. (Farbiaková, 2007)

9.6. Shrnutí metaanalýza

Práce jsou podloženy vlastními výzkumy v oboru sociální práce, psychologie a psychiatrie v rozmezí 5 let. Respondenti jsou vybráni náhodně na základě diagnostikovaných duševních onemocnění (schizofrenie, deprese či úzkost). Věk respondentů je odlišný v rozmezí 18-60 let.

Výsledky poukazují na:

- velkou míru stigmatizace u lidí s duševním onemocněním
- diskriminací na trhu práce.

(Diskriminace na trhu práce může být hned z několika hledisek, nejčastěji však od samotných zaměstnavatelů. Poté také z důvodu strachu, kolísavosti nemoci či malého množství volných pracovních míst, které by lidé s duševním onemocněním mohly vykonávat.)

Z uvedených výzkumů lze říci, že stigma ve společnosti velmi ovlivňuje postoje a předsudky široké veřejnosti. Lidé s duševním onemocněním jsou segregováni v rámci běžného života.

Jak již bylo psáno, použité výzkumy jsou tvořeny kvalitativními metodami, většinou polostrukturovanými rozhovory, některé výzkumy pro přesnější informaci použili i standardizovanou sebehodnotící škálu ISMI, která je pouze na je pouze na jejich subjektivním pohledu, sloužící k pohledu člověka s duševním onemocněním na sebe samého a na přístup okolí.

Zjištění metaanalýzy vyvstalo velmi zajímavé zjištění ohledně stigmatizace osob s duševním onemocněním. Výsledky a závěry metaanalýzy byly platformou pro zpracování praktické části diplomové práce a při formulaci dílčích cílů práce. Stigmatizace a sebestigmatizace je již známý pojem v této oblasti sociální práce, ale stále není znám v široké veřejnosti.

Na základě shrnutí metaanalýzy jsem jako autorka práce doznala toho, že výběr tématu práce byl adekvátní a v současné době je závažným společenským problémem.

PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část je zpracována logicky, systémově a strukturovaně v následujících částech:

- Metodologie
- Metody sběru dat
- Cíl výzkumu
- Výzkumné otázky
- Dílčí oblasti zkoumání
- Výzkumný soubor
- Etická rizika výzkumu
- Limity výzkumu
- Shrnutí zjištěných dat
- Diskuze
- Závěr

10. METODOLOGIE

Další kapitolou diplomové práce je metodická část, v které jsou rozpracovány metodické postupy věnované samotnému výzkumu. Jsou zde představeny výzkumné cíle, které jsou dále rozpracovány do dílčích kategorií výzkumu. Metodická část obsahuje výzkumné strategie včetně jejich odůvodnění, metody výzkumu a výzkumný vzorek. Dále jsou v textu uvedeny způsoby zpracování získaných dat, etická rizika, která výzkum přináší a následná interpretace výzkumu spolu se shrnutím výzkumné části.

Samotný výzkum můžeme členit podle různých hledisek. Předložený výzkum řadíme ke krátkodobým, individuálním a smíšeným výzkumům. Použité metody jsou kvalitativní i kvantitativní.

Kvantitativní výzkum – takto orientovaný výzkum vychází, z pozitivismu, respektive novopozitivismu. Z této filosofie vyplývá existence pouze jedné objektivní reality, která není závislá na názorech, citech, přesvědčení nebo postojích aktérů výzkumu. (Gavora, 2010)

Kvalitativní výzkum – takto orientovaný výzkum vychází zejména z fenomenologie, která zdůrazňuje subjektivní aspekty jednání lidí, a tudíž kvalitativně orientované výzkumy připouštějí existenci více realit. (Gavora, 2010)

Zpočátku výzkumu byla vytvořena krátká metaanalýza, v které jsou uvedeny výzkumy zabývající se problematikou stigmatizace, resocializace, reintegrace a následnou péčí o lidi s duševním onemocněním z důvodu komparaci již zjištěných dat. Více v kapitole 9. Metaanalýzy.

Výzkumná část práce je obohacena i o osobní zkušenosti s respondenty, dále pak o kazuistiku vybraných respondentů nebo dokonce popis různých krizových situací, které uvedli respondenti během rozhovorů.

Tab.č. 1. – Kvantitativní a kvalitativní výzkum – srovnávací tabulka

Kvantitativně orientovaný výzkum	Kvalitativně orientovaný výzkum
Pozitivismus	Fenomenologie
Jedna realita	Více realit
Vysvětlení jevu Ověřování teorie	Porozumění smyslu
Číslo	Slovo, význam
Velké skupiny osob	Malé skupiny osob
Zobecnění	Jedinečnost
Odstup od zkoumaného	Vcítění se, ponoření se do situace

Zdroj: P. Gavora, 2010

Gavora (2010) vymezuje dotazník jako „způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí“.

10.1. Metody sběru dat

Vzhledem k omezeným možnostem v rámci nouzového stavu (pandemie Covid19) nebylo možné se všemi respondenty učinit osobní rozhovor, bylo tedy využito moderních technologií, jako například sociálních sítí, webkamer a e-mailu. V případě dotazníkového šetření byl též dotazník rozesílán elektronickou cestou pomocí e-mailu, sociálních sítí a nasdílením odkazu na dotazníkové šetření na stránkách a portálech.

Jednou z hlavních metod v kvalitativním výzkumu byly použity rozhovory. Vzhledem k překážce nouzového stavu nebyl se všemi informanty možný osobní rozhovor. Dále byly rozhovory vedeny komunikací přes sociální sítě a webkamery. Další doplňující informace proběhly už pouze e-mailovou komunikací. S respondenty s duševním onemocněním byly vedeny dva rozhovory. První zpočátku neformální seznamující rozhovor a poté další schůzka byla již cíleně zaměřená na výzkumná data (polostrukturované rozhovory). Rozhovory byly nahrávané na diktafon a v průběhu rozhovoru jsem si dělala poznámky s nejdůležitějšími informacemi, které by mohly být přínosem pro výzkum.

Rozhovory byly dále přepsány do notebooku, kde byly následně podle dílčích oblastí analyzovány. Na základě zpracování rozhovorů vplynuly tyto kategorie:

- Kategorie I. - pohled na nemoc
- Kategorie II. - vztahy s rodinou a přáteli
- Kategorie III. - stigmatizace/sebestigmatizace
- Kategorie IV. - sociální služby
- Kategorie V. - pohled respondenta na informovanost široké veřejnosti.”

Další část výzkumu byla zkoumána kvantitativní metodou. Pro sběr dat bylo využito dotazníkového šetření. Dotazník byl tvořen pro zmíněnou laickou veřejnost s cílem zmapovat postoje široké laické veřejnosti k lidem s duševním onemocněním, zda veřejnost vnímá duševní nemoc jako stigma a jaké jsou jejich předsudky. Dále dotazník směřoval i na oblast informovanosti veřejnosti v různých oblastech samozřejmě týkající se lidí s duševním onemocněním (sociální služby, příznaky, léčba apod.)

Vyhodnocování dotazníků zaznamenalo více dílčích způsobů. Některé otázky (s výběrem jedné z variant) byly vyhodnoceny procentuálně. U otázek otevřených proběhla rovněž analýza s následným rozdělením kategorií. Při tvorbě a analýze dotazníku byla použita internetová stránka Survio.com, kde proběhlo i následné vyhodnocování. Dotazník tvořilo 19 otázek, jak otevřených, zavřených i s možností výběru několika variant. Dotazník je uveden v příloze.

Dále jsou v práci uvedeny krátké kazuistiky respondentů s DO.

„Případová studie neboli kazuistika (z latinského *casus* – případ) je způsob práce s jednotlivým případem, kdy přehledně, podle předem daného schématu, uspořádáme všechna fakta, která jsou nám o případu známa a následně je analyzujeme. Jedná se o standardní metodu, která prokazuje svou prospěšnost v každé oblasti, kde jsou případové studie používány. Metoda umožňuje postihnout některé souvislosti, které nejsou na první pohled zjevné, a tak hlouběji pochopit celý případ. To pak vede ke zvolení adekvátního přístupu k řešení celého případu.“ (HadjMoussová, 2005)

10.2. Cíl výzkumu

Cílem práce je zmapovat možnosti péče a služeb pro osoby s duševním onemocněním, jak tyto služby napomáhají k reintegraci do společnosti, dále zmapování postojů laické

veřejnosti k lidem s duševním onemocněním, zda se stále ve společnosti objevují předsudky směřující k lidem s DO, a do jaké míry. Zjistit informovanost týkající se dané problematiky jako celku (např. základní edukace těchto nemocí, pomáhající organizace, osobní zkušenosti s lidmi s duševním onemocněním apod.). Dále někteří z nich vyprávěli svůj příběh k následnému sepsání krátkých kazuistik.

10.3. Výzkumné otázky

V rámci diplomové práce byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

VO1: Do jaké míry se lidé s duševním onemocněním cítí být stigmatizováni?

VO2: Jak reagovala rodina při vyřčení diagnózy?

VO3: Do jaké míry jsou lidé s DO informováni o poskytování sociálních služeb?

VO4: Jaký je postoj veřejnosti k lidem s DO?

10.4. Dílčí oblasti zkoumání

Na základě analýzy rozhovoru byly identifikovány kategorie zkoumání u respondentů s duševním onemocněním na následující:

K1 – Pohled na nemoc

K2 – Postoje blízkých (rodina, přátelé,...)

K3 – Stigmatizace / sebestigmatizace

K4 – Informovanost veřejnosti

K5 – Sociální služby

Také jsou na konci práce zpracované osobní příběhy některých z respondentů s duševním onemocněním formou krátkých kazuistik k lepšímu pochopení životních komplikací respondentů.

10.5. Výzkumný soubor / Výběr respondentů

Výzkumný soubor je tvořen dvěma odlišnými skupinami. První skupinou jsou lidé s diagnostikovaným duševním onemocněním a druhou tvoří laická veřejnost.

První soubor tvoří 10 diagnostikovaných lidí s duševním onemocněním, ať už s diagnózou schizofrenie, tak i OCD, BAP či kombinací několika poruch osobnosti.

Tento výzkumný soubor byl zpracován kvalitativními metodami (rozhovory, kazuistiky). Informanti byli vybráni dle následujících kritérií:

- Diagnostikované duševní onemocnění
- Chuť a čas se zapojit
- Sdílet svůj příběh

Druhý soubor výše nazvaný laická veřejnost tvořilo 193 respondentů, pro které nebylo jasně dané kritérium. Výsledky byly zpracovány pomocí kvantitativní metody - dotazníku. Respondenti mohli dotazník vyplňovat přes internetové připojení a mohl se zapojit kdokoli. Dotazník byl šířen na internetu pomocí sociálních sítí a oslovování různých internetových stránek.

10.5.1. Respondenti s DO

U většiny respondentů jde o vážné duševní onemocnění, kvůli kterému být součástí trhu práce je celkem nemožné. V době realizace výzkumu pouze jeden z respondentů byl zaměstnán, jeden respondent byl ve statusu studenta a jeden z respondentů v pracovní neschopnosti. Zbylých 7 respondentů pobírá ID. Též ve většině případů je nefunkční rodinné prostředí a respondenti nejsou ve styku se svými rodinami (rodiče, děti,..), a pokud ano, členové rodiny nijak nepomáhají v úzdravě svým blízkým. S tím souvisí i spouštěče, jak samotné nemoci, tak jednotlivých atak. Nejčtenějším spouštěčem u níže zvolených respondentů je rodinné prostředí, ať už z důvodu násilí či týrání, tak zanedbávání či prohlubování depresí posměšky apod.

V rámci výzkumu jsem hledala co nejširší spektrum respondentů (věk, doba léčby, diagnóza, atd.). Respondenti jsou ve věku v rozmezí 24 až 68 let. Doba léčby je od 1 roku do několika desítek let.

Tab.č.2. – Respondenti s DO

Respondent	Věk		Diagnóza	Spouštěč	Nemoc	Doba léčby	Rodina	Soc.sl./ Organizace
Jindřich	46 let	ID	Paranoidní schizofrenie (chronická)	Neznám	Neznámo	Cca 8 let	-	Charita, Fokus
Judita	24 let	PN	HPO, deprese, úzkosti Mentální anorexie, Závislost na alkoholu, marihuaně,	Stresové rodinné prostředí	8 let	Několikrát, přerušovaně, nyní 4 roky	-	PDZ, SKP
Karel	68 let	ID	Paranoidní schizofrenie	Neznám	Cca 40 let	Cca 12 let	-	Fokus, neznámo
Klára	29 let	ID	Obsedantně kompulzivní porucha, úzkostná porucha, deprese	Sexuální napadení	6 let	4 let	-	VIDA z.s.
Leoš	34 let	ID	Paranoidní schizofrenie	Rodinné prostředí, užívání drog	8 let	5 let	-	Laxus, PDZ
Miroslav	28 let	ÚP	Paranoidní schizofrenie, Toxická psychóza	Užívání drog	1,5 roku	1 rok	Otec, matka, bratr, babička	RIAPS, PDZ

Petra	43 let	ID	LMR, Úzkostná p.o., deprese	Neznám o	12 let	10 let	Matka, dcera	RIAPS, PDZ, Pferda, z.ú.
Václav	49 let	ID	Paranoidní schizofrenie, PTSP	Dlouhodobý stres	Cca 20 let	Několikrát, přerušovaně, nyní 3 roky	Sestra	Neznámo
Veronika	29 let	Pracující - prodavačka	OCD, HPO, PTSP, úzkostná porucha,	Týrání, zneužití ze strany rodiny - Po porodu	5 let	přerušovaně	-	Žádné
Vojtěch	26 let	Student UK	BAP	neznámo	3,5 roku	3 roky	Matka	Žádné

Zdroj: vlastní

10.6. Etická rizika výzkumu

V rámci výzkumu je důležité zmínit etická rizika. Hlavní riziko výzkumu zaznamenávám v momentální psychické rozpoložení respondenta během dotazování. Respondent nemusí být v době rozhovoru ve stabilním psychickém stavu a tak je zde riziko mylných informací. Pokud je respondent neastabilní, mohli být odpovědi nesmyslné, mylné či se známkami paranoi.

Dalším etickým rizikem výzkumu uvádím anonymitu. Respondenti mohou mít obavy, zda se nemohou dostat konkrétní informace do jejich okolí. V rámci ochrany osobních údajů jsou jména pozměněna.

V rámci etických rizik vystupuje na povrch riziko stigmatizace respondentů z postoje výzkumníka. Aby nedošlo k nemířené stigmatizaci v rámci rozhovoru a tak dále. Celkovým rizikem všeho výše zmíněného je však citlivost a otevřenost tohoto tématu.

10.7. Limity výzkumu

V práci je důležité zmínit limity výzkumu, na které je nutno upozornit.

Mezi limity výzkumu můžeme řadit nepoměr zastoupení žen se zastoupením mužů. Tento nepoměr přisuzují větší otevřenosti žen v daném tématu, než u mužů.

Dále pak respondent nemusí mít žádnou zkušenost se sociální službou zaměřující se na klienty s duševním onemocněním či celkově se sociální prací.

11. INTERPRETACE KATEGORIÍ U JEDNOTLIVÝCH RESPONDENTŮ

Tato kapitola práce se věnuje dílčím kategoriím zkoumání u respondentů s duševním onemocněním. Pro bližší specifikaci bylo vybráno 5 respondentů s duševním onemocněním, kteří jsou podrobněji popsáni níže. U všech 10 respondentů proběhlo výzkumné šetření v následujících oblastech, pouze 5 z nich uvádím.

Kategorie zkoumání jsou následující:

K1 – Pohled na nemoc

K2 – Postoje blízkých (rodina, přátelé,...)

K3 – Stigmatizace / sebestigmatizace

K4 – Informovanost veřejnosti

K5 – Sociální služby

Respondent: Jindřich

Jindřich, 46 let, trpí chronickou paranoidní schizofrenií. V jeho případě jde o časté bludy a halucinace. Žije sám a potýká se s velkými zdravotními, finančními i sociálními problémy.

- Kategorie I. – Pohled na nemoc

Jindřich už si na život s tímto onemocněním zvykl. Stále ho nemoc omezuje a trápí. Rád by, aby všechno tohle skončilo a mohl žít normální život a ne v neustálém strachu. Má velké obavy, že se z této situace nikdy nedostane.

„Trvá to už dlouho, nikdy to nepřejde, furt to budu muset poslouchat.“

„Nikdo mi nepomůže“.

- Kategorie II.

Špatná sociální i zdravotní situace se táhne několik desítek let. Pan Jindřich je již několik let vdovec a má dvě dospělé děti. Děti, které ale nejeví příliš velký zájem o kontakt s otcem nebo nabídku pomoci. Jak již bylo řečeno, již v minulosti se pan Jindřich potýkal s nepříznivými sociálními poměry spojené s jeho psychickým stavem, nacož mu byly obě děti odebrány a následně vyrůstaly v DD. Od té doby se moc nestýkají, spíše vůbec.

„Děti mi nepomůžou, nemáme dobrý vztah. Celej můj život je na prd. Nikdo mi nepomůže, ani psychiatr, ani léky, ani děti, nikdo.“

- Kategorie III.

„Lidi se ke mně chovají hnusně, někteří se mě bojí a koukají na mě, jak kdybych byl nějaký bezdomovec nebo blázen, někteří se mi zase smějí. Já už je jen přehlížím.“

- Kategorie IV.

Výše zmíněná oblast stigmatizace se prolíná i do oblasti informovanosti veřejnosti, kde pak Jindřich uvedl, jak se k němu chovají ostatní lidé. Co se týče celkové informovanost o duševním onemocněním, tak na to respondent nedokázal odpovědět.

„Nevím.“

- Kategorie V.

Jindřich navštěvoval v minulosti hned řadu sociálních služeb. Jeho životní příběh je dosti smutný a ponurý, několikrát se i pan Jindřich ocitl na ulici, naštěstí jen na krátko.

„Navštěvoval jsem nějaký to centrum, kde jsem se mohl najíst. Dávali nám tam polívku nebo nějakou kaši s párkem třeba a tak.“ V rámci rozhovoru jsme se dopracovali, že šlo pravděpodobně o **nízkoprahové denní centrum pro osoby bez přístřeší**.

Další čerpanou službou byly různé služby od **oblastní či farní Charity**, která panu Jindřichovi a jeho rodině poskytovala více služeb.

„Ta Charita nám pomáhala, když jsme tu měli ještě děti, tak nám pomáhala s nima. Děti si tam chodily hrát a ta paní se s nima učila. Někdy chodila i k nám a doučovala děti doma.“

„Taky jsme od nich dostaly nějaké oblečení a postel.“

Co se týče Jindřichova zdravotního stavu tak s tím spojené sociální služby mu byly poskytnuty informace v rámci hospitalizace. Několik měsíců poté se pan Jindřich odhodlal a navštěvoval službu **Sociální rehabilitace** v Kolíně od organizace **Fokus**, ale bohužel dlouhodobě situaci neudržel a spolupráci s touto organizací přerušil již po 3 měsících s tím, že se k tomu chtěl vrátit, ale bohužel se tak již nestalo.

„Pak nás vyhodili, tak jsme se přestěhovali na nějakou ubytovnu a pak do domu po manželčiny rodičích do vesnice u Chrudimi.“

„Teď co jsem už úplně sám, tak sem nikdo nechodí jako dřív. Mě je to jedno, hlavně když mám léky. Jo a ještě sem chodila sociálka.“

Respondent: Karel

Karel, 68 let, trpí paranoidní schizofrenií.

- Kategorie I.

Za těch několik desítek let, kdy musí žít se svými zdravotními i psychickými problémy, je s touto nemocí již plně obeznámen. Avšak v nepravidelných intervalech ataky stále vystupují na povrch i při pravidelné medikaci, terapii apod. V tomto případě jde o chronickou schizofrenii. Ve stabilním stavu Karel náhled na svou situaci má, bohužel při zhoršení stavu jde všechna racionalita do pozadí a jakýkoliv náhled nemá.

Sám uvedl: „*Až po nějaké době zpátky si uvědomím, že to co jsem si myslel, že se děje, to, co jsem si myslel, že je reálné, realitou asi nebylo.*“

„*Nevím co si o tom myslet, myslel jsem si, že to bylo doopravdy, ale asi to tak nebylo...asi to mám tady nějaké pomíchané*“, ukazuje si na hlavu.

Pan Karel byl v průběhu let i několikrát hospitalizován na psychiatrickém oddělení, jak v krajské nemocnici, tak psychiatrické nemocnici v Havličkově Brodě.

Při zhoršení stavu se jeho paranoidita objevuje formou zvnitřněné pocitu pronásledování a obavami o svůj život. „*Měl jsem pocit, že mě někdo sleduje ze střechy protějšího domu, myslel jsem si, že mě chtěli ublížit. Kolikrát už nevím, co je pravda a co ne. Jsem z toho unavený.*“

- Kategorie II.

Jediná rodina, kterou pan Karel má je jeho bratr a sestra. Rodiče jsou již po smrti a on sám se nikdy neoženil a neměl děti. S bratrem i sestrou se nijak nestýká.

„*S rodinou se nenavštěvujeme, v minulosti to s nimi i semnou asi nebylo lehké. Už je to přes 10 let co jsem nikoho neviděl a oni zájem asi nemají. Mám ale kamaráda Pepu, s tím chodíme každý pátek k němu hrát karty. Pepa je také invalidní důchodce, tak má na mě čas.*“

- Kategorie t III. – Stigma /self-stigma

„*Ta nemoc je hrozně omezující, mám pocit, že to každý o mně ví.*“

- Kategorie IV. – informovanost veřejnosti

„Lidé by o tom měli vědět víc. Víím, že se občas chovám jak blázen, ale nejsem. Jen někdy nedokážu poznat co se to vlastně děje. Já jsem si to nevybral, také bych chtěl žít bez toho všeho co se mi děje“.

- Kategorie V.

Když bylo panu Karlovi něco málo přes 30 let, navštěvoval po propuštění z psychiatrického oddělení pravděpodobně **terapeutickou komunitu**.

„Chodil jsem na nějaká hromadná sezení, asi to byla terapie. Mluvili jsme tam o sobě, jak se máme, co jsme zažili a nějaký psycholog tam s námi vedl rozhovory“.

Při jedné z následujících hospitalizací se pan Karel dozvěděl o existenci sociálních služeb pro lidi s duševním onemocněním. Po propuštění tedy navázal komunikaci se **sociální službou Fokus**.

„Je hrozně fajn, že něco takového je, dřív nic takového nebylo, když jsem byl mladý. Dřív vás šoupli na psychiatrii a konec“

Nyní je pan Karel plně obeznámen s možnostmi sociálních služeb, dokonce nyní dochází do **terapeutických chráněných dílen**, kde tvoří různé výrobky všeho druhu a je velmi spokojený.

Respondent: Leoš

Leoš, 34 let, trpí paranoidní schizofrenií přibližně 8 let.

- Kategorie I.

„Je jedno co si o tom myslím. Nechci se o tom bavit“

- Kategorie II.

Leoš nemá doslova vůbec nikoho. Rodina od něho dala ruce pryč v období, kdy byl závislý na různých typech drog (Marihuana, Pervitin, Kokain + občasné užívání LSD). I po hospitalizaci v Psychiatrické léčebně, kde proběhla detoxikace a odvykací léčba rodiče bez zájmu. Leoš sám uvedl, že mu bylo rodiči řečeno, že si za všechno může sám, tak proč by mu teď měli pomáhat.

Kamarádi, které měl, jsou všechno lidé závislý na drogách, takže od nich po čase i on sám chtěl dát ruce pryč a léčit se poté jak s toxickou psychózou, tak poté s paranoidní schizofrenií, kterou mu pravděpodobně spustily právě uvedené drogy.

„Momentálně mám jen jednoho kamaráda, kterého znám z léčebny“.

Leoš si během pobytu v Havlíčkově Brodě našel kamaráda, který měl podobný životní příběh. Dnes spolu bydlí na ubytovně a navzájem se podporují.

- Kategorie III. – Stigma /self-stigma

„Je to hrozné, je to jako bych to měl napsaný na čele, BLÁZEN!“

- Kategorie IV. – informovanost veřejnosti

„Nikdo nic neví, nechápe. Jsem blázen.“

- Kategorie V. – Leoš byl hospitalizovaný něco málo přes rok,

*„Myslel jsem si, že to co slyším je z těch drog. Bylo to čím dál horší a častější. Slyšel jsem divné hlasy, které nejdříve šeptaly, ale pak se to trochu stupňovalo. Nevěděl jsem co to je, tak jsem se snažil nebrat, ale stejně tam občas byly. Chtěl jsem hrozně „bejtčistej“ a zkusit nebrat, ale nějak mi to nešlo. Byl jsem potom v péči **Laxusu**, ale nebylo to nějak dlouho.“*

Poté se Leoš dostal na nemocnici na psychiatrické oddělení, kde souhlasil s léčbou v Havlíčkově Brodě.

„Bylo to hrozný, nemohl jsem spát, nemohl jsem někdy i jíst, musel jsem se léčit. Na jednu stranu jsem si říkal, není to pravda, není to pravda, ale na druhou stranu se tomu nešlo nijak bránit a ignorovat to.“

Hospitalizovaný byl asi rok. Se sociálními pracovníky léčebny našli azylový dům, do kterého potom Leoš nastoupil a byl tam asi 4-5 měsíců. Poté se sestěhoval ke kamarádovi, kterého poznal na léčení. Kamarád bydlel na ubytovně a hledal někoho na pokoj k sobě, což se Leošovi hodilo. S oběma muži pracuje **sociální služba**, kterou Leoš nechce zveřejňovat, aby nedošlo k jeho identifikaci.

„S pracovníci jsem spokojený. Řešil jsem s nimi dávky, důchod, trochu i rodinné vztahy, ale to nemá cenu.“

Respondent: Veronika

Veronika, 29 let, momentálně v pracovní neschopnosti. Problémy má od dětských let, kdy byla fyzicky i psychicky týraná. V průběhu těchto let byla i zneužita.

„Nevím jaký to je být duševně zdraví jedinec.“

- Kategorie I.

„Mám za sebou 17 let tyranského života plných fyzického i psychického týrání včetně zneužití. Těchto 17 let mně vycepovalo do dokonalé opatrnosti a odsoudilo do nekonečné temnoty, do propasti samoty.“

„Stále jsem nepřijala HPO a braním se zuby nehty téhle diagnóze.“

Co se týče ostatních diagnóz, Veronika se se vším snaží vypořádat.

„Po narození druhého syna, jsem si začala uvědomovat, že to není povaha, ale nemoc.“

„Abnormálně velké úzkosti, panické ataky, nekonečná deprese, prázdnota a vlastní neschopnost.“

Při otázkách směřující na rodinu, se Veronika svěřila, že nikoho z rodiny, kdo by stál při ní, nemá. Postupně jsme se propracovali k otázce, jak se k jejím diagnózám staví rodina a především teda sám manžel. Odpověď respondentky mě velmi zarazila.

„Z manželovy strany se ke mně otočili zády takřka všichni, včetně manžela. Vlastní rodinu nevidám.“

„Mají narážky typu: „No jo, ty jsi ten magor, už sis dneska vzala prášček?“ Využívání toho že si nepamatuji dost věcí, takže i to, co si pamatuji, řeknou, že to tak nebylo, aby si mohli opět rejpnou. Hlavně manžel tohle dělá.“

- Kategorie III.

Při rozhovoru ohledně stigmatizace, respondentka cítí stigmatizaci všude kolem sebe.

„Takřka ve všem, doma i u doktora. Veškeré problémy hází automaticky na psychosomatiku. Hodili i krvácení do břicha, že je to psychosomatické a že není potřeba ani sono. Následný den mně akutně operovali. A vytáhli hrobníkovi z lopaty.“

Co se týče sebestigmatizace, Veronika odpovídá zcela otevřeně, že určitě ano, sama s tím vším ještě neumí pracovat a podle postoje druhých, kteří ji stále dávají najevo, že je něco méně než oni, se s těmito narážkami postupně začíná ztotožňovat.

„Asi jsem opravdu k ničemu, nevím....Stále jsem nepřijala HPO a braním se zuby nehty téhle diagnóze.“ „Mám „nálepku“

- Kategorie IV.

„Lidé v mém okolí o tom neví vůbec nic! Jinak by se tak hnusně nechovali.“

- Kategorie V.

Veronika nikdy žádné sociální služby nenavštěvovala. Kamarád, který působí jako krizový intervent, Veroniku plně informoval jaké má možnosti v okolí svého bydliště, ale ona sama spolupráci zatím odmítá. Tento přítel také Veroniku přiměl, aby navštívila odbornou pomoc a začala se léčit.

„Nechci nikam chodit, nechci nikomu nic říkat. Akorát by se mi zase všichni vysmívali.“

- Osobní příběh

„Mám velký problém v kontaktu s lidmi, často nechápu okolí. A můj prostor, jako komfortní zóna. Každý v blízkosti 2m je potencionální hrozba.“

Respondent: Vojtěch

Vojtěch, 26 let, momentálně dokončuje Mgr. Studium na Karlově Univerzitě v Praze. Přibližně před 3 lety mu psychiatr diagnostikoval Bipolárně-afektivní poruchu, ale již necelý rok předtím se ze začínajícími obtížemi potýkal sám, než vyhledal odbornou pomoc. Z počátku trpěl silnými mániemi, kvůli kterým nedostudoval bývalou vysokou školu, Univerzitu Hradec Králové. Poté se začali objevovat deprese, které se stupňovali až do fáze, kdy na Vojtěcha matka udeřila s tím, že musí navštívit odbornou pomoc.

- Kategorie I.

„Už jsem se s tím naučil žít, беру to jako součást mě. Nebylo to vždy lehké, ale nic s tím bohužel neudělám“

- Kategorie II.

Jediný člověk, který Vojtěchovi v tom nejhorším období pomohl, byla a stále je mamka. Vojtěch o svých problémech moc nemluvil a mnoho přátel také nikdy neměl. Ale i těm, s kterými se stýkal, zpočátku nic neřekl.

„Šel jsem, jak se říká, z kůži na trh až po půl roce. Musel jsem si to srovnat v hlavě a dát se dokupy.“

- Kategorie III. – Stigma /self-stigma

Stigma Vojtěch cítí především v oblasti zaměstnávání a na trhu práce.

„Skoro ve všech zaměstnání jsem nevydržel kvůli své nemoci, ale spousta zaměstnavatelů to nechápe. I když jsem byl poté zaléčen a jakékoliv příznaky byly jen mírné, stejně jsem na pracovních pohovorech neuspěl, protože jsem chtěl vyložit karty na stůl hned zpočátku spolupráce...která se stejně nekonala. Najednou se rozhodli jinak, když mi byla pozice přislíbena například a tak. Takže v této oblasti to já osobně pociťuji nejvíce.“

- Kategorie IV.

„Lidé o tom nic nevědí. Nikdo si to neumí ani představit, jaké to je žít s něčím takovým, ale mohu říct, že jsem se s tím docela rychle vypořádal.“

Podle Vojtěcha spousta lidí si myslí, že ví, co to je psychické onemocnění, ale jen malá část z nich tomu rozumí a chápe závažnost tohoto onemocnění.

„Mnoho lidí si myslí, že se jedná o jedince, kteří nezapadají do dané škatulky a jsou prostě jen divní a raději by se měli zavřít, než sobě nebo někomu ublížit. Takové lidi bych s prominutím nakopal někam.“

- Kategorie V.

„O sociálních službách zaměřující se na lidi s psychickými potížemi vím, ale já jsem je nikdy nepotřeboval. Studoval jsem sociální školy, takže jsem něco již věděl a sociální oblasti se zabýval již před tím, než mi diagnostikovali BAP. Do budoucna bych i rád zkusil nějakou takovou práci s těmito lidmi, jelikož se do toho dokážu vcítit.“

Interpretace výsledků v dílčích oblastech zkoumání

Tab.č.3.

	Kategorie I.	Kategorie II.	Kategorie III.	Kategorie IV.	Kategorie V.
Respondent Jindřich	Vše co je respondentovi děje, je reálné. Náhled na nemoc zde není.	Děti v kontaktu, ale žádným způsobem nepomáhají.	-	Bez názoru	Dlouhou dobu spolupracuje.
Respondent Judita	S náhledem na nemoc. Již za těch 8 let se s nemocí smířila.	Problém v rodinném prostředí, nyní podporuje pouze otec.	-	„Měla by být určitě větší“ Nedostatečná osvěta.	V minulosti využívala, nyní není potřeba.
Respondent Karel	Nestabilní zdravotní stav. Neví, čemu věřit, co je realita	Rodina nefunkční	Všichni ví, že je nemocný. Cítí méněcennost.	Bez názoru	Plně informován o všech možnostech sociálních služeb. V minulosti v několika organizacích.
Respondent Klára	Nemůže se s nemocí vyrovnat. Pocity viny, že si za vše může sama.	Pouze matka v občasném osobním kontaktu.	Stigmaty všude kolem – práce, blízcí, kamarádi,...	Informovanost minimální. Potřeba podpory.	Využívala, nyní bez služeb. „Kdykoliv se na ně mohu obrátit“
Respondent Miroslav	Dg přijal. Doufá, že již bude stále stabilní.	Rodina ve styku, ale nepodporuje v úzdravě.	Stigma nejvíce cítí v navazování vztahů.		Nyní ve službě více organizací.
Respondent Leoš	Neznámo	Bez vazeb na rodinu. Figuruje zde pouze jeden kamarád.	Méněcennost, nálepka „blázna“	Lidé nemohou pochopit, co to je	Informace získal v HB na hospitalizaci, momentálně využívá.
Respondent	Bez názoru	Matka podporuje.		Bez názoru	Do zařízení přišla

Petra		Dcera v péči Petry matky.			na popud matky. V minulosti využívala mnoho služeb i pobytových zařízení.
Respondent Václav	„Jsem jiný, než jsem byl a je to na mě vidět, že jsem nemocný.“	Nefunkční rodina – bez vazeb, nyní pomáhá sestra (chce prodat byt ve kterém Václav žije)		„Lidi to nezajímá, každý se zajímá jen o sebe. Dřív mě byli takový lidé taky ukradení. Nikoho nezajímáte, zda jste nemocný nebo ne, stejně se Vám smějí a mají Vás za feťáka.“	Využívá již 3 roky a je plně spokojen se službami.
Respondent Veronika	Nepřijala svou dg. Utápění se v problémech	Rodina v častém kontaktu, ale nebere Veroniky zdravotní stav.. Tvrdí, že je blázen, ponižují a baví se na její účet.	Velké stigma v místě bydliště – údajně celá vesnice proti ni. (Zesměšňování, narážky, ponižování).	Informovanost žádná, lidé podle respondentky nechápou ani nedokážou pochopit, co člověk prožívá.	Nehledala, ale neplánuje vyhledat. Pouze v péči psychologa.
Respondent Vojtěch	Smířen se vším co nemoc přináší	Velká podpora matky.	Velké stigma na trhu práce.	Informovanost veřejnosti velmi nízká.	Studoval sociální práci, o těchto službách moc dobře ví, ale nepotřeboval je.

12. KAZUISTIKY

V této kapitole jsou popsány zkrácené příběhy respondentů. Vzhledem k ochraně osobních údajů jsou jména respondentů smyšlená a upravena kvůli jejich anonymitě. Podstata výzkumu a jejich výpovědí se tímto ale nemění.

Jsou zde vybrány a popsány kazuistiky tří z respondentů výzkumu k představení jejich životních příběhů pro lepší pochopení dané problematiky.

„Případová studie neboli kazuistika (z latinského *casus* – případ) je způsob práce s jednotlivým případem, kdy přehledně, podle předem daného schématu, uspořádáme všechna fakta, která jsou nám o případu známa a následně je analyzujeme. Jedná se o standardní metodu, která prokazuje svou prospěšnost v každé oblasti, kde jsou případové studie používány. Metoda umožňuje postihnout některé souvislosti, které nejsou na první pohled zjevné, a tak hlouběji pochopit celý případ. To pak vede ke zvolení adekvátního přístupu k řešení celého případu.“ (HadjMoussová, 2005)

12.1. Kazuistika č. 1

Osobní údaje: **Veronika**, 29 let, pracuje jako prodavačka, ale nyní je dlouhodobě v pracovní neschopnosti

Osobní anamnéza:

Veronika trpí Posttraumatickou stresovou poruchou spolu s obsedantně-kompulzivní poruchou. Nedávno ji psychiatr diagnostikoval Hraniční poruchu osobnosti a celkově je Veronika velmi úzkostný člověk se středně těžkými depresemi a panickými stavy, které jsou zapříčiněny výše uvedenými diagnózami.

Od dětských let Veronika vyrůstala v nevyhovujícím prostředí pro výchovu dítěte. Rodiče ji zpočátku zanedbávali, ale postupem času začalo docházet k týrání ze strany jak rodičů, tak blízkého rodinného přítele, kde později došlo i k zneužití (v té době nezletilé Veroniky). Sama Veronika uvedla „Mám za sebou 17 let tyranského života plných fyzického i psychického týrání včetně zneužití. Těchto 17 let mně vycepovalo do dokonalé opatrnosti a odsoudilo do nekonečné temnoty, do propasti samoty.“ První vzpomínky na děsivé dětství

sahají asi do 3-4 let věku. Již v dětství Veronika prožívala úzkosti, paniky, nechápavost okolního světa, deprese a prošla si i fází sebepoškozování.

Její problémy tedy nastaly pravděpodobně již před obdobím dospívání. Veronika se brzy odstěhovala se svým přítelem od rodičů, poté se vdala a žila si svůj život, který sice nebyl vždy lehký, ale zvládala vše, co bylo potřebné. Veronika již v této době měla úzkostné stavy a lehké příznaky posttraumatické poruchy, s kterými ale dokázala pracovat a plnit své úlohy. Později se Veronice a jejímu manželovi narodil syn a za nedlouho poté druhý. Po porodu druhého syna se Veroniky psychický stav stále prohluboval, větší strach, větší úzkosti a deprese, izolovanost, až to přešlo do fáze, kdy nebyla schopna se o syny sama postarat. Podle jejich slov, po porodu druhého syna je to 10-krát horší!!! Svůj zdravotní a psychický stav dlouhou dobu neřešila. Postupně se začaly projevovat problémy v rodině čím dál tím hlouběji a manžel nedokázal pochopit stav Veroniky a nijak ji podpořit.

Postupně se s manželem oddalovali, až to přešlo do fáze, kdy se jí manžel spolu se svými kamarády posmíval a znevažoval její problémy. Podle jejich slov ji má celá vesnice za blázna, na kterého pokřikují. Postupně se i kamarádi začali stranit a dávat od Veroniky ruce pryč, do dneška neví proč, ale domnívá se, že z důvodu toho, že je psychicky nemocná a že o ni ve vsi kolují špatně pověsti.

Veronika svůj stav začala řešit až v této fázi, kdy situace byla již neúnosná i ze strany rodiny, která stála za manželem (manželova strana) a se svou rodinou se nestýká.

Na řešení jejího stavu ji přivedl kamarád, který působí jako krizový intervent. Díky němu Veronika začala své stavy řešit. Navštívila tedy psychologa a psychiatra. Psychiatr nasadil medikaci a spolu s psychoterapií se snaží o zlepšení Verončina stavu. Sociální služby Veronika nikdy nevyužívala ani do budoucna nechce.

Nynější situace je velmi chaotická, Veronika spolu s manželem a jejich dvěma syny žije, ale je vystavována stálému nátlaku a zesměšňování ze strany manžela i jeho přátel. Rádi si z ní dělají srandu a využívají toho, že si některé věci Veronika nepamatuje nebo naopak ji tvrdí věci, které tak nebyli a svádějí na ní vinu s tím, že ona si to nemůže pamatovat. Situace je dlouhodobě neudržitelná a neblaze se podepisuje na Veroničině zdravotním i psychickém stavu.

12.2. Kazuistika č. 2

Osobní údaje: **Václav**, 49 let, invalidní důchodce

Osobní anamnéza: Vašek trpí posttraumatickou stresovou poruchou již několik desítek let. Bohužel se před několika lety objevily stavy, které do té doby neznal, proto vyhledal svého ambulantního psychiatra, který mu později diagnostikoval paranoidní schizofrenii.

Václav vyrůstal s matkou i otcem na jedné nejmenované vsi. Matka i otec si Václava moc nevěšili, takže to byl kluk, který byl stále venku a vyváděl se svými vrstevníky spoustu lumpáren, za které od otce vždy dostal pěkných pár facek. Otec hodně pil a matka byla pravděpodobně psychicky nemocná. Jak uvedl Václav, na všechno si brala hromady léku. „Když se rozčílila, vzala si prášek. Začala se z ničeho nic klepat, vzala si prášek. Pohádala se s tátou, vzala si prášek. Nemohla spát, vzala si prášek. Z ničeho nic občas začala křičet a mumlat si. Byli to desítky prášků denně.“ Sled těchto událostí vyústil v každodenní hádky matky s otcem, u kterých Václav musel být. Často se o něho přetahovali, když mluvili o rozvodu, kdo koho opustí a podobně. Matka prý poté skončila v psychiatrické léčebně a Václav zůstal doma pouze s otcem, který jeho výchovu nezvládal. Nakonec se Václav ocitl u babičky, kde mu podle jeho slov bylo asi nejlépe. Babička na něj byla hodná a milá, ale on si toho nevážil a asi v 15 letech poprvé utekl.

Po nástupu na střední odborné učiliště se jeho chování celkem srovnalo a vypadalo to nadějně, ale necelý rok na to, když si ho otec vzal opět do své péče, spal po kamarádech, nádražích, sklepech, zastávkách a všude kde mohl. Škola spolu s babičkou tento problém začali řešit.

Václavovi byla diagnostikována posttraumatická stresová porucha již asi v 17 letech, ale dlouhou dobu předtím se potýkal s problémy, jako byly návaly úzkosti, neoprávněné strachy z cizích lidí, nedůvěra a občas paranoidní myšlenky.

První pobyt na psychiatrii byl pro Václava zásadní, teprve až tam si uvědomil, že má závažný problém. Když odcházel, řekl si, že se tam už nikdy nechce vrátit. Bohužel tam dodnes byl hospitalizovaný již 3x.

Po hospitalizaci Václav žil chvíli v azylovém domě, kde dlouho nevydržel. Naštěstí na ulici strávil pouze pár měsíců a poté se mu naskytla příležitost pracovat jako dělník

s možností ubytování v ubytovně. Úzkostné a panické stavy se sice stále objevovali, ale při dodržování medikace pouze minimálně.

O několik let později se začaly objevovat stavy, které Václav neznal. Jeho psychický stav se začal zhoršovat, vyhledal tedy svého ambulantního psychiatra, který mu později diagnostikoval paranoidní schizofrenii. S touto diagnózou se Václav nemohl smířit a věřil, že je v pořádku. Vinu přikládal nepravidelnému spánku a stresu. Jeho paranoidní představy ho ale začaly děsit, proto se po několika týdnech v péči psychiatra nechal dobrovolně umístit do psychiatrické léčebny. Po zaléčení a nástupu medikace se stavy zlepšily a Václav se mohl vrátit do svého dosavadního života.

Momentálně Václav pobírá plný invalidní důchod, brigádně pracuje jako pomocná síla na stavbách a jako „stěhovák“. Spolu s organizací pomáhající duševně nemocným, kam dochází již 3 rok, podal žádost o městský byt. Celé 3 roky je úspěšně bez hospitalizace.

Jediný problém, který teď Václav řeší, jsou dluhy, které mu za neplacené roky vyšplhaly do velmi vysokých částek. Dluhy má například na komunálním odpadu, na jízdném, platby za telefon apod.

12.3. Kazuistika č. 3

Osobní údaje: **Klára**, 29 let, Invalidní důchodce

Klára trpí posttraumatickou stresovou poruchou spojenou s dílčími příznaky OCD. V posledních několika měsících se objevuje i sociální fobie, která se začíná stupňovat a sama Klára si neví rady. S tímto problémem nastoupila do péče sociální služby v Kolíně, s kterými v minulosti již spolupracovala ohledně zmíněného posttraumatu.

Posttraumatická stresová porucha u Kláry propukla po sexuálně mířeném útoku cizím mužem. V minulosti ji také přepadli v Pražském metru, když cestovala z koncertu s kamarádkou. Sled těchto otřesných událostí se stal v průběhu 3 měsíců a neblaze se to podepsalo na Klárině psychickém stavu.

U Kláry, jak již bylo zmíněno, se začala objevovat i sociální fobie. Zpočátku šlo o vyhýbání se velkým akcím s mnoha lidmi, ale později se to dostalo až do stavu, kdy nebyla schopna jít do obchodu, kde bylo více lidí natož do obchodního centra. Přestala tedy chodit do

supermarketů a vycházení ven bylo spojeno pouze s nákupem potravin v blízké vietnamské večerce.

Momentálně je Klára podle jejich slov „v normě, kdy je schopna fungovat“.

Jediný, kdo je Kláře oporou, je její matka, která bydlí asi 120 km od Kláry, takže se stýkají tak jednou až dvakrát do měsíce. S matkou je ale v častém kontaktu přes telefon nebo aplikace přes webkameru. S otcem se momentálně nestýká. V dětství vyrůstala s oběma rodiči, ale ti se rozvedli, když byla Klára na střední škole. Klára uvedla, že otec odjakživa dost pil a moc se o ní a matku nezajímal.

„Otec celé moje dětství nefungoval, byl a je to podle mého alkoholik. Když jsem se mu svěřila s tím, co se mi stalo, bylo mi řečeno, že z toho dělám drahoty, že se mi přece nic tak hrozného nestalo, tak ať si nevymýšlím jen proto, abych nemusela pracovat“.

„Opravdu mi zbyla jen mamka, kamarády jsem odizolovala sama, měla jsem problém se sama se sebou smířit, vyhledat pomoc, pochopit to, co se stalo, pracovat s tím a tak.“

Klára prvně navštěvovala sociální služby v Kolíně, necelý rok poté, co si prožila přepadení a za pár týdnů sexuální napadení. Po těchto událostech navštěvovala psychologa a psychiatra, kde ji byla nastavena medikace, která ji tlumila a Klára nebyla schopna chodit do práce a obstarat si základní potřeby. Poté se někde doslechla o službě přímo pro lidi trpící duševním onemocněním a skoro po roce hledání všelijaké pomoci navštívila tyto služby. Ve službě byla asi 2 roky, kde ji pracovníci pomohli zařídit vše, co Klára potřebovala.

„Pomohli mi zařídit sociální dávky, chodila jsem na nějaké sezení a mohla s nimi postupem času o všem mluvit“.

13. INTERPRETACE VÝSLEDKŮ – KVANTITATIVNÍ DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

Dotazníkové šetření s názvem „Postoj veřejnosti k lidem s duševním onemocněním

Dotazník byl zpracován na internetové stránce Survio.com, kde byl později analyzován vyhodnocovacím programem. V dotazníkovém šetření se zapojilo 193 respondentů během 14 dnů. Do dotazníkového šetření se mohl zapojit kdokoliv, jelikož byl dotazník šířen skrz sociální sítě, sdílením a pomocí e-mailu. Všechny otázky a vyhodnocení dotazníkového šetření je uvedeno v příloze.

1. Co se týče pohlaví respondentů, převažovaly ženy, a to v 82%. Zastoupení mužských respondentů bylo tedy pouze 18%.
2. Vzdělání respondentů je velmi rozmanité, nejvyšší podíl tvořili respondenti se středoškolským vzděláním 44%, poté respondenti s vysokoškolským vzděláním 36%, vyučení respondenti tvořili cca 10%, univerzitní vzdělání má 9% a základní vzdělání tvořilo pouhé 1%.
3. Třetí otázka dotazníkového šetření směřovala na momentální školní/pracovní stav respondentů. 48% respondentů již pracují jako zaměstnanci na různých pracovních pozicích, přibližně 35% respondentů tvořili studenti různých typů škol a univerzit, 5% tvořili lidé podnikatelé a 12 % tvořila složka „jiné“, která obsahovala ženy na mateřské dovolené, lidé hlášení na ÚP, lidé v invalidním důchodu apod.
4. Další otázka byla směřovaná na věk respondentů. Věk není v našem výzkumu nijak potřebný, ale z celkového hlediska tato část mohla přinést zajímavé informace. Nejvíce respondentů tvořila věková skupina od 25-30 let (40%), poté skupina 20-25 let (32%), dále 30-35 (7%), 40-45 (5%), 45-50 (4%), 35-40 (4%), 50-55 (3%), 55-60 (2%), 60-65 (2%).
5. Otázka č. 5 měla za účel zmapovat, odkud lidé získali/získávají informace o duševním onemocnění. Nejvyšší procentuální podíl získal internet, který tvoří 55%, dále pak knihy a časopisy (38%), dále byla možnost „mám blízkého/známého s duševním onemocněním, tato skupina tvořila 37%, televize (29%) a jen tak z doslechu 16%. Byla zde i možnost „jiné“, ta tvořila 29%. V této variantě odpovídali převážně studenti, kteří uváděli, že o této problematice ví z praxí či školy.

6. Další otázka byla směřována, zda respondenti mají osobní zkušenost s člověkem trpící duševním onemocněním. Zde v 75% byla odpověď kladná, pouze 25% respondentů nemá osobní zkušenost s duševně nemocným.
7. Otázka č. 7. Měla za cíl zmapovat, s jakými druhy duševního onemocnění respondenti přišli do styku. Nejvyšší podíl měla schizofrenie spolu s poruchou příjmů potravy, obě dvě varianty jsou hodnoceny 47%, další v pořadí s nejvyšším počtem jsou neurotické poruchy, které tvořili 43%, stejný počet respondentů měla i bipolárně-afektivní porucha spolu s obsedantně-kompulzivní poruchou, obě varianty tvořily 28%. Zbýlých 15% tvořila odpověď jiné, které jsem již dále nenechávala respondenty rozpracovat.
8. Pocity, které respondenti mají při setkání s duševně nemocným člověkem byly také velmi rozmanité. Někteří respondenti se těchto lidí obávají a mají strach, jiní naopak odpověděli, že toto setkání v nich nic zvláštního nevyvolává, jejich pocity jsou naprosto normální. Často se u této otázky objevovala lítost a pocit nutnosti pomoci.
9. 55% respondentů si myslí, že by duševně nemocného člověka na ulici nepouznali. 31% respondentů uvedlo, že by tohoto člověka poznali po chvíli pozorování, jelikož mají své specifické vlastnosti. Pro mě překvapivou informací bylo, že pouhé 4% lidí uvedlo, že by duševně nemocného na ulici poznali. Též i v této otázce byla na výběr varianta „jiné“, kde lidé uváděli, že velmi záleží na druhu a závažnosti onemocnění.
10. Co se týče zkušeností s lidmi s duševním onemocněním, 65% respondentů uvedlo neutrální zkušenosti, pouhých 19% respondentů uvedlo zkušenost pozitivní a 9% respondentů má negativní zkušenosti. Opět i zde, byla možnost „jiné“, kde respondenti většinou odpovídali, že mají více zkušenosti, kde některé byli pozitivní a ba naopak některé velmi negativní.
11. Obavy z lidí s duševním onemocněním má 36% respondentů. 55% respondentů žádné obavy nemá, dále možnost „jiné“.
12. Další otázka se týkala, zda respondenti mají předsudky ohledně lidí s duševním onemocněním a zda tyto lidé v dotazovaných vyvolávají nějaké negativní pocity. Respondenti ve větší míře zodpověděli, že předsudky nemají, jen velmi málo respondentů uvedlo, že předsudky do jisté míry mají, ale spíše se objevuje lítost.
13. U otázky č.13, týkající se nebezpečnosti lidí s DO vůči svému okolí a společnosti, většina respondentů (57%) odpověděla „jiné“, ve které velmi mnoho respondentů uvedlo, že záleží na druhu onemocnění a je to velmi individuální, jak na diagnóze, tak na samotném člověku. 27% odpovědělo „Ne“ a zbývajících 16% uvedlo obavu, že tyto jedinci mohou být nebezpeční sobě i okolí.

14. Otázka č.14. nabízela respondentům výběr z 12 různých „stereotypů“, které se o duševně nemocných tvrdí. Respondenti měli za úkol vybrat varianty, s kterými oni sami souhlasí. Největší zastoupení sestupně: dělají zvláštní věci a pohyby, straní se, neradi komunikují s okolím, jsou nepřítomní, mluví sami se sebou, viz. příloha 2.
15. Otázka č.15. měla za úkol zmapovat informovanost veřejnosti ohledně sociálních služeb, které pracují s lidmi s duševním onemocněním, respondenti uváděli dané organizace, které znají. Lidé zde v hojném počtu uváděli Svítání, které k této problematice nepatří. Většina respondentů uvedla organizaci Péče o duševní zdraví, CEDR, Centrum Kosatec, organizaci FOKUS, CDZ nebo dokonce různé stacionáře či pomocné služby jako je Charita apod.
16. Hodnocení informovanosti veřejnosti o duševním onemocněním (duševně nemocných), respondenti mohli hodnotit na škále od 1 do 10, kde: 1 - veřejnost nemá žádné informace a 10- veřejnost je plně informovaná o dané problematice. Nejvyšší podíl získal bod 3, který uvedlo 27% respondentů. Celkový průměr je 3,9.
17. V této otázce jsme se respondentů doptávali, v jaké oblasti mohou být lidé s DO nejvíce stigmatizováni. Nejvyšší procentuální zastoupení tvořila odpověď „Osobní život (rodinný, milostný)“ a to v 32%, dále pak odpovědi „Ve studiu“ a „V práci“, kde každá z odpovědí dosáhla hranice okolo 21%. Pouze 19% získala odpověď „Ve společnosti“. Nejmenší míra stigmatizace se objevuje pode rozdělení respondentů v zájmové činnosti.
18. Otázka č.17. zjišťovala postoj respondentů, zda oni osobně z lidí s duševním onemocněním mají strach. Podrobněji rozvést zda Ano, a proč/Ne, a proč. Velmi příznivě hodnotím, že většina respondentů tuto otázku dostatečně rozvedla a převážně hodnotila, že není důvod se těchto lidí bát nebo mít jakýkoliv pocit strachu.

Podrobnější informace a přehled vyhodnocení dotazníku naleznete v příloze č.2.

Diskuze

Výzkum byl rozdělen na 2 samostatné části, kdy jedna část výzkumu zkoumala respondenty s duševním onemocněním a druhá část širokou laickou veřejností skrze dotazníkové šetření, kde se zapojilo 193 respondentů. Výzkum s lidmi s DO byl prováděn pomocí rozhovorů s 10 respondenty, u kterých je diagnostikováno duševní onemocnění.

Před výzkumným šetřením jsem měla jistá očekávání, která jsem se rozhodla podložit krátkou metaanalýzou 5-ti různými výzkumy v obdobné problematice.

Na základě metaanalýzy vyvstaly výsledky poukazující na velkou míru stigmatizace u lidí s duševním onemocněním a diskriminací na trhu práce. Všechny výzkumy v rámci metaanalýzy (diplomové práce, výzkumné zprávy Národního ústavu duševního zdraví a výzkumných šetření) dospěly k podobným výsledkům.

Stigma ve společnosti velmi ovlivňuje postoje a předsudky široké veřejnosti. Lidé s DO jsou segregováni v rámci běžného života, což se zpětně odráží na jejich zdravotním stavu. Tato metaanalýza byla platformou pro zpracování praktické části diplomové práce. Na základě jejího shrnutí jsem se jako autorka práce dozvěděla toho, že výběr tématu byl adekvátní a v současné době je tato problematika závažným společenským problémem.

V praktické části jsem si mé domněnky a výsledky z metaanalýzy částečně potvrdila, ale spíše v oblasti pocíťující stigmatizace respondentů s DO. Společnost již na duševně nemocné nepohlíží jako na skupinu, kterou je nutno segregovat, ale stále zde panují pocity strachu.

Pro mě jako autorku práce překvapil postoj široké laické veřejnosti k lidem s DO. Většina respondentů (široká veřejnost) má pozitivní zkušenosti s lidmi s DO a nepocíťují žádné negativní pocity. Také informovanost veřejnosti o sociálních službách je více než uspokojivá. Většina zmíněných respondentů uvedla několik pomáhajících organizací.

Jak již bylo uvedeno v tabulce č. 3., diplomová práce přinesla mnoho zajímavých zjištění. Mezi nejzásadnější považuji fakt, že většina respondentů neměla stabilní rodinné zázemí. Dá se očekávat, že nestabilní rodinné zázemí může být jeden ze "spouštěčů" DO nebo faktor, který vývoj DO může ovlivnit.

Respondenti s DO pociťují stigmatizaci v mnoha oblastech života. Mezi ně patří například zaměstnání, vzdělávací instituce, dokonce se stigmatizující prvky odráží v intimních oblastech života. Zatímco druhý vzorek respondentů vykázal opačné zjištění. Z uvedeného vyplynulo, že druhý vzorek respondentů nemá negativní nebo odmítavý postoj k osobám s DO, v pár případech respondenti do svého postoje zahrnuli lítost vůči cílové skupině. Chvályhodné také je, že většina respondentů dokázala uvést alespoň jeden název organizace věnující se osobám s DO. Poukažme na skutečnost, že DO se stává běžným onemocněním. Toto tvrzení uvádím, na základě zjištění, že z 193 dotázaných osob, má osobní zkušenost s osobou s DO celkem 144 respondentů, což je 75 %.

Shrnutí cílů

V této kapitole si shrneme výzkumné šetření a výzkumné cíle.

VO1 – Lidé s DO se cítí být stigmatizaci ve všech oblastech života (rodina, zaměstnání, studium, milostné vztahy). Každý respondent uvádí pocíťovanou stigmatizace v jiné oblasti života, ale všichni se shodují že stigmatizace je všudypřítomná a je součástí jejich života.

VO2 – Většina respondentů pochází s nestabilního rodinného prostředí, což se odrazilo i na postoji samotné rodiny k onemocnění jejich blízkých. Jen u velmi malé části respondentů se rodina s onemocněním vyrovnala a dokázala s tím pracovat. Bohužel většina respondentů s DO se ocitla bez jakékoliv podpory a závislá na pomoci sociálních služeb.

VO3 – Informovanost ohledně poskytování sociálních služeb pro duševně nemocné hodnotím velmi kladně. Všichni uvedení respondenti využívají nebo v minulosti využili některou sociální službu nebo s nimi byli obeznámeni.

VO4 – Postoj veřejnosti k lidem s DO můžeme v rámci výzkumu vidět z 2 perspektiv. Respondenti (široká veřejnosti) převážně uvádějí pozitivní přístup k lidem s duševním onemocněním, ačkoliv někteří pocíťují mírný strach nebo lítost. Oproti tomu z druhé perspektivy (z pohledu osoby s DO) tomu tak není. Může se jednat o formu sebestigmatizace, která lidi s DO může částečně segregovat.

Další vyhodnocení dílčích částí (kategorií) v rámci rozhovorů s respondenty s DO naleznete popsány v tabulce č.3.

Závěr

Diplomová práce si kladla za cíl zmapovat postoj veřejnosti k lidem s duševním onemocněním, zjistit míru stigmatizace ze strany veřejného mínění a zmapovat možnosti sociálních služeb, které pomáhají k reintegraci a resocializaci lidem s duševním onemocněním do společnosti a možnosti následné péče. Dále postoje samotných jedinců v různých dílčích oblastech zkoumání.

Práce si kladla otázky, jako: do jaké míry se lidé s duševním onemocněním cítí být stigmatizováni, též do jaké míry jsou lidé s DO informováni o poskytování sociálních služeb a jaký je postoj veřejnosti k lidem s DO.

Výzkum probíhal pomocí kvalitativních metod a to, neformálních a polostrukturovaných rozhovorů s deseti respondenty (lidé s duševním onemocněním) a prokázal ve většině případů nevyrovnanost respondentů s jejich diagnózou a nestabilní stav. Rodinné vztahy jsou též u většiny respondentů velmi nestabilní a rodina tedy neplní svou funkci. Nejrizikovější kategorií vzhledem ke stavu respondentů je oblast stigmatizace, kde respondenti cítí stigmatizace nejen ze strany široké laické veřejnosti, někteří z nich uvádějí stigmatizace i ze strany známých, rodin, zaměstnanců a školních institucí, dokonce i lékařů. V každé oblasti života se ukázala různá míra stigmatizace. Stigma je tedy něco, co „získali“ spolu s onemocněním. Je zde zastoupena i částečná sebestigmatizace, která je převážně ovlivněna stigmatizací ve všech oblastech života. Co se týče informovanosti v oblasti sociálních služeb, všichni informanti mají alespoň částečné povědomí o možnostech spolupráce s pomáhajícími organizacemi a většina z nich je již využívá.

Kvantitativní výzkum pak probíhal formou dotazníkového šetření u široké laické veřejnosti, kde bylo dáno za cíl zjistit míru stigmatizace k lidem s duševním onemocněním pomocí internetového dotazníku. Tento dotazník přinesl velmi zajímavá data, která nejsou úplně uspokojivá, ale již je znám posun smýšlení veřejnosti ohledně cílové skupiny. Většina respondentů široké laické veřejnosti má neutrální zkušenosti s duševně nemocnými a nepocítují strach či potřebu je izolovat. Avšak výzkum uvádí, že je zde riziko nebezpečnosti vzhledem k typu diagnózy. Samotní respondenti (veřejnost), uvádí velmi malou informovanost veřejnosti ohledně duševního onemocnění a celkově této problematiky ve společnosti. Velmi příjemným zjištěním byla informovanost o pomáhajících organizacích, kde většina respondentů uvedla hned několik zástupců sociálních služeb.

Do budoucna doufám, že toto téma bude dalšími výzkumníky zkoumáno, jelikož téma stigmatizace a celkové problematiky lidí s duševním onemocněním je velkým tématem současnosti i vzhledem k reformě psychiatrické péče.

LITERATURA

- BAŠTECKÝ, J. Psychiatrie, právo a společnost. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-45-0.
- De Leon, G., Terapeutická komunita pro závislé. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 2004.
- OREL, M. Psychopatologie: nauka o nemocech duše. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5516-8.
- GAVORA, P. Úvod do pedagogického výzkumu. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.
- GIDDENS, A. Sociologie. Praha: Argo, 2005. ISBN 9788025708071.
- GOFFMAN, E. Stigma. Poznámky o způsobech zvládnání narušené identity. Praha: Slon, 2003. ISBN 80-86429-21-0.
- HARTL P., HARTLOVÁ, H. Psychologický slovník. Praha: Portál, 2000. ISBN 978-80-262-0873-0.
- KUČEROVÁ, H. Bolest v psychiatrii. Praha: Galén, 2018. ISBN: 978-80-7492-378-4.
- KUČEROVÁ, H. Psychiatrické minimum. Praha: Grada, 2013. ISBN:978-80-247-4733-0.
- MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.
- OCISKOVÁ, M., PRAŠKO, J. Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch. Praha: Grada, 2015. ISBN: 978-80-247-5199-3.
- PFEIFER, S. Slabé nésti- Moderní psychiatrie a biblická duchovní péče. Ostrava: JUPOS, 1995. ISBN 80-85832-03-6.
- PROBSTOVÁ, V., PEČ, O. Psychiatrie pro sociální pracovníky. Portál. 978-80-262-0731-3.
- VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.
- ZVOLSKÝ, P. Speciální psychiatrie. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-7184-203-6.
- Malý průvodce reformou psychiatrické péče. Praha: Galén, 2017.

INTERNETOVÉ ZDROJE

HADJMOUSSOVÁ, Zuzana. Případová studie - Kazuistika [online]. [cit. 2020-08-2]. Dostupné z: <https://turbo.cdv.tul.cz/mod/book/view.php?id=3737&chapterid=5284>

Model sociální služby. Chráněné bydlení. [Cit. 2.8. 2020]. Dostupné z: https://www.msk.cz/assets/socialni_oblast/model_2_chranene-bydleni_1.pdf

Mpsv. *Mpsv.cz* [online]. [cit. 2020-08-2]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/socialni-sluzby-1>

Mpsv. *Mpsv.cz* [online]. [cit. 2020-08-2]. Dostupné z: https://www.msk.cz/assets/socialni_oblast/model_5_denni-stacionare.pdf

Péče o duševní zdraví. *Pdz.cz* [online]. [cit. 2020-08-2]. Dostupné z: <http://www.pdz.cz/uploaded/data/files/Dokumenty/VZ/PDZ-VZ-2018-KOMPLET-online.pdf>

Prace.cz: encyklopedie profesi [online]. [cit. 2020-08-2]. Dostupné z: <https://www.prace.cz/encyklopedie-profesi/s/socialni-pracovnik>

Stigmatizace v ČR: Výzkumná zpráva. *Reformapsychiatrie* [online]. Klecany: Národní ústav duševního zdraví, 2016 [cit. 2020-08-12]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/02/Stigmatizace-v-CR_zprava_NUDZ.pdf

Vida. *Vidacr.cz* [online]. [cit. 2020-08-2]. Dostupné z: <http://www.vidacr.cz/o-nas/>

Výzkumná práce 2017. Stigmatizace v ČR. [Cit. 2.8.2020]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/02/Stigmatizace-v-CR_zprava_NUDZ.pdf

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. [Cit. 2. 8. 2020]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

KVALIFIKAČNÍ PRÁCE

BULÍČKOVÁ, T. 2014. Resocializace dospělých jedinců s psychotickým onemocněním a jejich uplatnění v pracovním procesu. Diplomová práce, Univerzita Pardubice.

FARBIÁKOVÁ, I. 2007. Program pracovní rehabilitace a podpora zaměstnávání osob s dlouhodobým duševním onemocněním. Diplomová práce, Univerzita Karlova.

KRETOVÁ, L., 2018. Stigmatizace a sebestigmatizace v percepci lidí s diagnózou schizofrenie. Diplomová práce, Univerzita Pardubice.

ŠTĚPÁNKOVÁ, T., 2018. Stigmatizace osob s duševním onemocněním z pohledu pacientů s depresí a úzkostmi. Diplomová práce, Univerzita Karlova.

SEZNAM PŘÍLOH

1. Dotazník směřovaný laické veřejnosti
2. Vyhodnocení dotazníku programem Survio.com

Postoj veřejnosti k lidem s duševním onemocněním

Dobrý den,

věnujte prosím několik minut svého času vyplnění následujícího dotazníku.

1. Jaké je Vaše pohlaví?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Muž
 Žena

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Základní
 Vyučen
 Středoškolské
 Vysokoškolské
 Univerzitní

3. Jsem...?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- Student UPCE
 Student UHK
 Student jiné VŠ, uveďte jaké.
 Pracuji. Doplněte v jakém sektoru.
 Podnikatel. Doplněte v jakém oboru.
 Jiná...

4. Kolik Vám je let?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

20-25

25-30

30-35

35-40

40-45

45-50

50-55

55-60

60-65

Jiná...

5. Odkud máte informace o duševním onemocněním?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

Televize

Internet

Knihy a časopisy

Mám blízkého/známého s duševním onemocněním

Jen tak z doslechu

Jiná...

6. Máte osobní zkušenosti s lidmi s duševním onemocněním?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

Ano

Ne

7. S jakými druhy duševního onemocnění jste se setkali?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- Schizofrenie
- Bipolární porucha
- Neurotické poruchy
- Obsedantně-kompulzivní porucha
- Porucha příjmů potravy
- Odpověď

8. Jaké máte pocity při setkání s duševně nemocným člověkem?

9. Myslíte si, že na ulici poznáte člověka s duševním onemocněním na první pohled?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Ano
- Ne
- Až po chvíli pozorování
- Jiná...

10. Jaké byly zkušenosti s lidmi s duševním onemocněním?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Pozitivní
- Negativní
- Neutrální
- Jiná...

11. Měl/a jste obavy z lidí s duševním onemocněním?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

Ano

Ne

Jiná...

12. Máte předsudky ohledně lidí s duševním onemocněním? Vyvolávají ve Vás tyto lidi nějaké negativní pocity? Rozvedte.

13. Myslíte si, že jsou osoby s duševním onemocněním nebezpečné vůči svému okolí a společnosti?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

Ano

Ne

Jiná...

14. O lidech s duševním onemocněním se říká mnoho věcí, označte s čím s níže uvedeným souhlasíte.

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- Jsou nebezpeční
- Jsou "duchem" nepřítomní
- Neradi komunikují s okolím
- Nemluví
- Jsou apatičtí
- Stále v depresi
- Straní se
- Dělalí zvláštní věci a pohyby
- Mluví sami se sebou
- Jsou agresivní (slovně)
- Jsou agresivní (mohou mě napadnout)
- Jiná...
- Jiná... (Odpověď 13)

15. Znáte nějaké sociální služby, které pracují s lidmi s duševním onemocněním? Popř.jaké a jak jste se k těmto informacím dostali?

16. Jak by jste ohodnotili informovanost veřejnosti o duševním onemocnění? (1- veřejnost nemá žádné informace, 10- veřejnost je plně informovaná o dané problematice)

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆ / 10

17. Do jaké míry jsou/mohou být podle Vás lidé s duševním onemocněním v níže uvedených oblastech stigmatizováni (...)?

Rozdělte: 100 bodů

Osobní život (rodinný, milostný)

Ve studiu

V práci

Ve společnosti

V zájmové činnosti

Odpověď

18. Máte Vy osobně z lidí s duševním onemocněním strach? .. (Ano, a proč/ Ne, a proč)

19. Sem vložte svoje nápady či zkušenosti. Také co Vám v dotazníku chybělo a na co by bylo dobré ještě poukázat.

Základní údaje

 Název výzkumu	Postoj veřejnosti k lidem s duševním onemocněním
 Autor	Lucie Zieglerová
 Jazyk dotazníku	 Čeština
 Veřejná adresa dotazníku	https://www.survio.com/survey/d/Y4E6U1H3I9X1S2M9C
 První odpověď	12. 05. 2020
 Poslední odpověď	23. 05. 2020
 Doba trvání	12 dnů

Statistika respondentů

405

Počet
návštěv

193

Počet
dokončených

0

Počet
nedokončených

212

Pouze
zobrazení

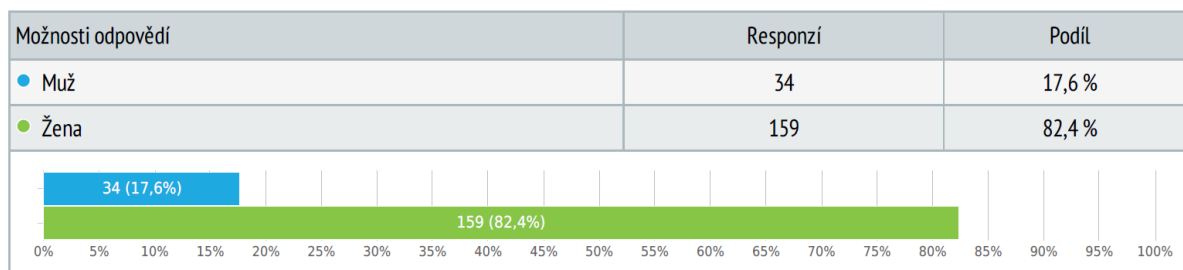
47,7 %

Celková úspěšnost
vyplnění dotazníku

Výsledky

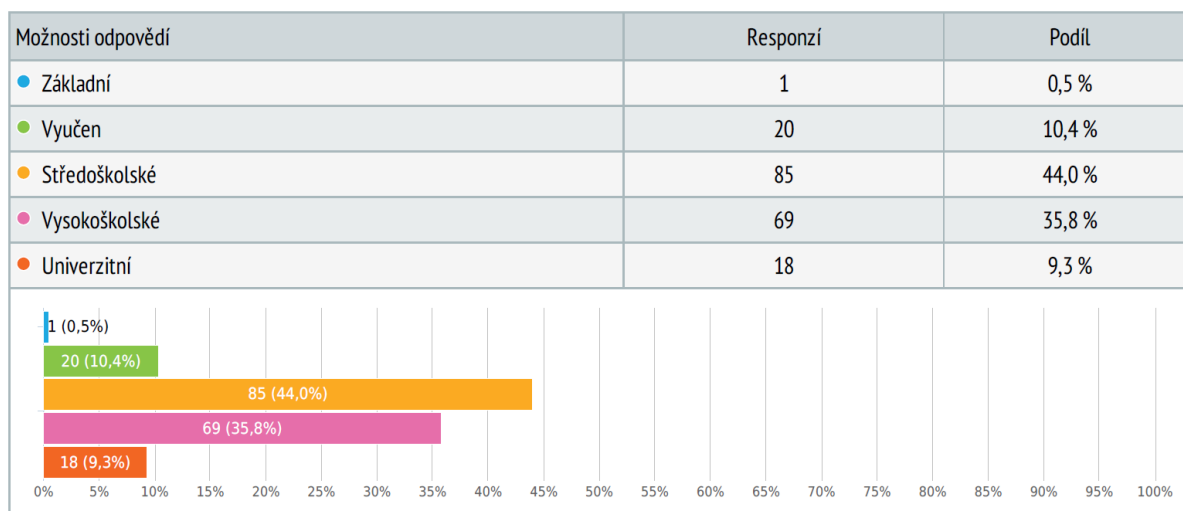
1. Jaké je Vaše pohlaví?

Výběr z možností, zodpovězeno 193x, nezodpovězeno 0x



2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

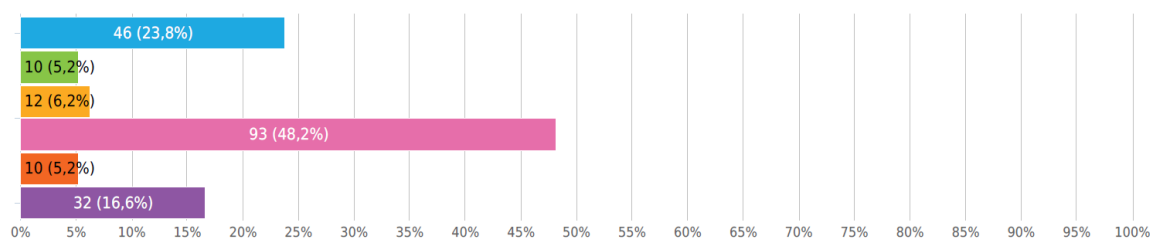
Výběr z možností, zodpovězeno 193x, nezodpovězeno 0x



3. Jsem...?

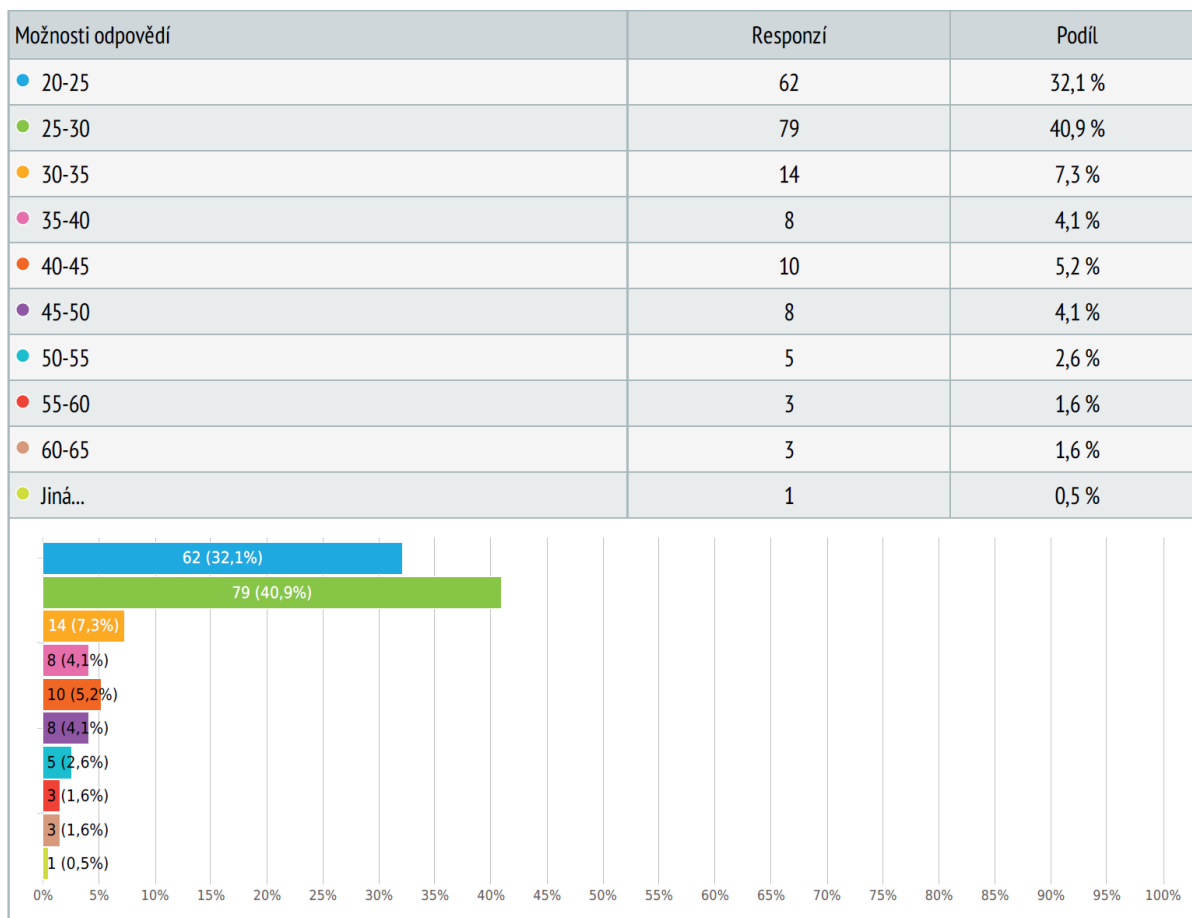
Výběr z možností, více možných, zodpovězeno 193x, nezodpovězeno 0x

Možnosti odpovědí	Responzí	Podíl
● Student UPCE	46	23,8 %
● Student UHK	10	5,2 %
● Student jiné VŠ, uveďte jaké.	12	6,2 %
● Pracuji. Doplňte v jakém sektoru.	93	48,2 %
● Podnikatel. Doplňte v jakém oboru.	10	5,2 %
● Jiná...	32	16,6 %



4. Kolik Vám je let?

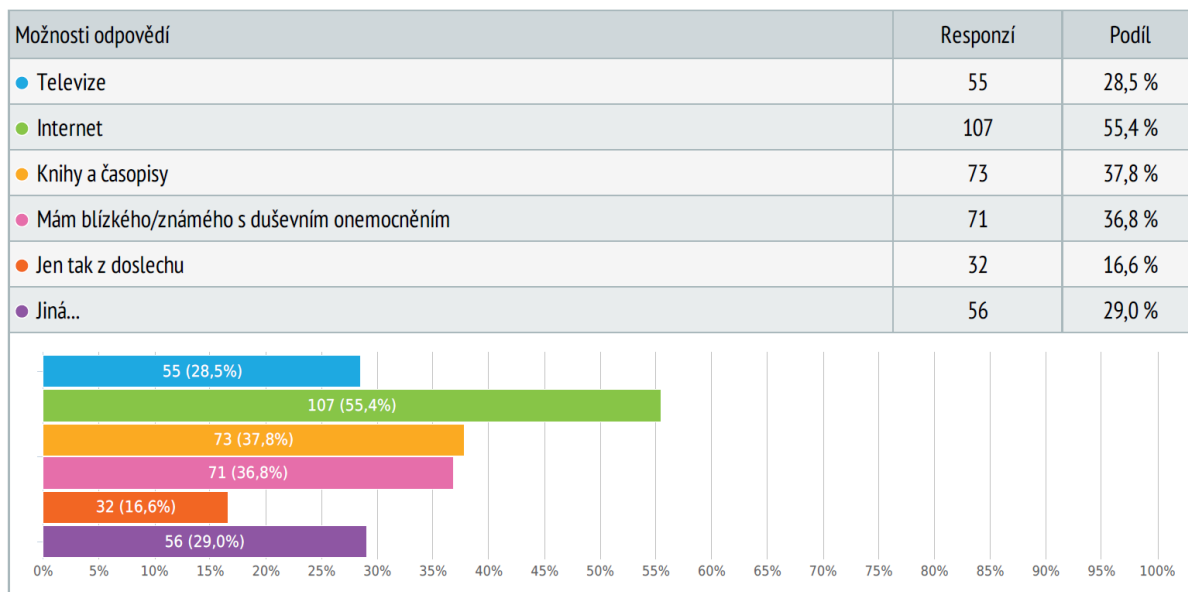
Výběr z možností, zodpovězeno 193x, nezodpovězeno 0x



● 81

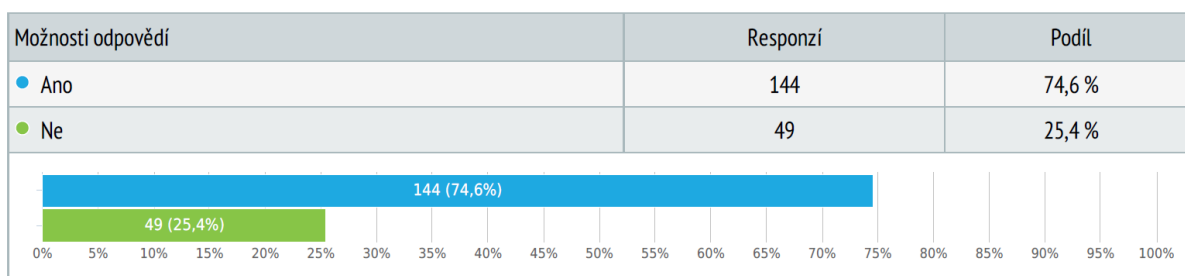
5. Odkud máte informace o duševním onemocněním?

Výběr z možností, více možných, zodpovězeno 193x, nezodpovězeno 0x



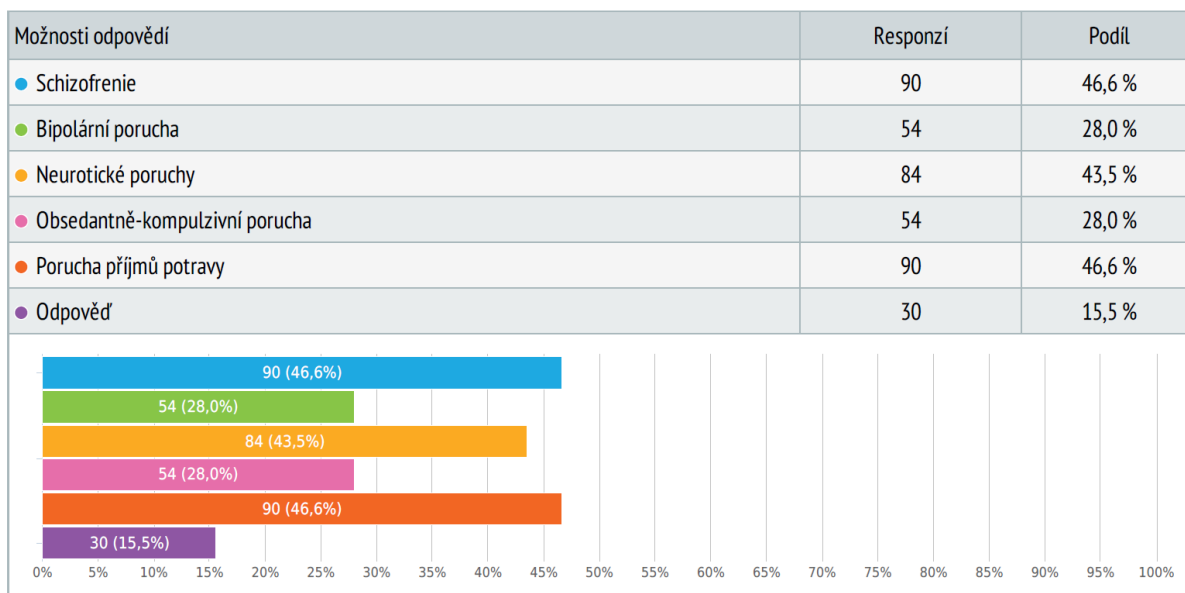
6. Máte osobní zkušenosti s lidmi s duševním onemocněním?

Výběr z možností, zodpovězeno 193x, nezodpovězeno 0x



7. S jakými druhy duševního onemocnění jste se setkali?

Výběr z možností, více možných, zodpovězeno 193x, nezodpovězeno 0x



8. Jaké máte pocity při setkání s duševně nemocným člověkem?

Textová odpověď, zodpovězeno 193x, nezodpovězeno 0x

- Respekt
- (4x) Normální
- (6x) Litost
- Pocit nejistoty, nevím, co můžu očekávat. Bez předsudků

- Rozpačité, nejisté v tom, že nevím, jak se chovat
- Smutný
- Často to nebylo ani poznat, ale vždy jsem cítila lítost.
- Že je to naprosto normální člověk, který má nějaké své problémy.
- rozpačité, nevím, jak se správně chovat
- Divnej
- (6x) Smišené
- Lítost, neklid
- Soucit, lítost, odhodlání pomoci.
- Žádné, nepotkala jsem se s nikým takovým
- Nervozita, obavy
- Opatrné
- Bez problémů
- Nevím, jak přesně se chovat
- Myslím si, že vědomí, že má někdo duševní onemocnění, na mě nijak nepůsobí. K takto nemocnému člověku přistupuji jako ke zdravému. Ale myslím si, že některá duševní onemocnění jsou stále tabuizována a já sama jsem se neseetkala se všemi nemocemi, proto nedokáži říci, jak bych se cítila v přítomnosti opravdu hodně nemocného člověka, který by například neměl své chování pod kontrolou.
- Snažím se mu pomoci
- (3x) neutrální
- Většinou dobře
- Nevím, jak se k nim chovat
- Při stáži v rámci školy jsem se s cizími duševně nemocnými lidmi necítila ve své kůži, nedůvěřivě, zároveň mi jich bylo líto. Se známou, duševně nemocnou maminkou kamarádky, se cítím v pohodě, ani bych to na ní nepoznala, ráda se s ní setkávám a bavím, je to úplně v pohodě. Hodně záleží na závažnosti a konkrétním duševním onemocnění a jestli danou osobu člověk zná a jak dlouho.
- Záleží na druhu onemocnění. S lidmi mě podobnými se cítím dobře.
- (2x) Žádné
- Mnoho takových zkušeností zatím nemám, záleží asi na typu a "stupni" duševní poruchy, nicméně si nemyslím, že by mi taková setkání vadila
- Neseetkala jsem se s duševně nemocným člověkem
- Rozpačitost, občas trochu znechucení
- Nejistota
- Empatie, potřeba pomoci...
- Z části strach či obavy, ale také se snažím pomáhat
- Nevím.
- Chtěl jsem jim pomoci
- Nejistota, stres, strach
- Více přemýšlím o tom co jim povím a co ne..
- Bojím se s někým takovým jednat narovinu a raději vše hodně zaobalím
- Podle toho v jakém je ten daný člověk stádiu, případně kde se s ním setkávám. Protože v některých případech občas pocituji nejistotu, dá se říct , že někdy i strach. Někdy naopak a nepocituji nic neobvyklého.
- Žádný, jsou to simulanti.

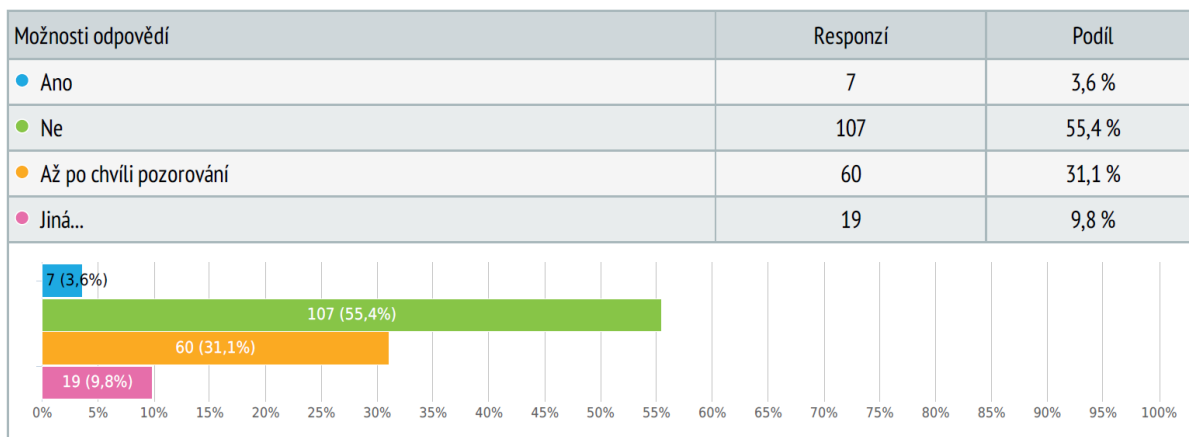
- Jsem v klidu
- (2x) Pochopení
- Cítím se nesvůj
- žádné, snažím se hi respektovat
- Normální, považuji to za součást života. Někdy obavy, když na základě své diagnózy ohrožuje sebe nebo své okolí na zdraví.
- Nejistota, nervozita
- Nesetkala jsem se s osobou s duševním onemocněním.
- (2x) Nervozita
- Normalni
- Smíšené, nevím v to chvíli, jak s člověkem mohu jednat, jak on se zachová.
- Frustrovaně, překvapeně- nikdy nevím, jak to bude probíhat
- Nelíší se od pocitů při setkání se „zdravým“ člověkem.
- Opatrný a dobrý
- Mám dobrý pocit, cítím empatii
- Jedná se o známého rodiny. Znáám jej od svého dětství a proto jej beru "normálně" a nedělám rozdíly v chování.
- respekt, slitování
- (2x) Úzkost
- Nevím jak se k nim chovat..
- smíšené
- Nemám s tím absolutně žádný problém... cítím se s nimi stejně, jako s kýmkoliv jiným
- Neutrální pocity
- Smíšený
- Obezretnost
- Záleží o jakou nemoc se jedná
- I když to bývá zvláštní, jsou to také lidé. Snažím se, aby ze mě neměli špatný pocit.
- Soucit, chtít pomoci
- Rozporuplné
- Soucit
- Smíšené či pocit pomoci
- Smisene
- Litost, nejistota
- Neutrální záleží na situaci ale v běžné klidné situaci přistupuji k těmto lidem stejně jako k ostatním
- Jelikož jsem na takové lidi zvyklá tak žádné zvláštní pocity nemám. Je mi jich líto.
- (2x) Pocity nejistoty
- jsem více ve střehu
- Stejně jako s kýmkoliv jiným. Člověka poznávám, stejně jako kohokoliv jiného, zjišťuji jak se chová, jak mluví a podobně na něj reaguji. Občas mě napadají zvnitřnělé předsudky, podle kterých se však nechovám.
- Neutrální
- Zvláštní.
- Chtěla bych pomoci, ale člověk těžko ví, jak. Je to pro mě smutné a zasahuje mě to velmi.

- Stesk, smutek , lítost
- Naprosto normální jako bych se setkala s kýmkoliv jiným.
- Většinou cítím lítost, občas se cítím nepříjemně
- Jako z každého člověka, který není duševně nemocný
- Rozpačitost, soucit, potřeba pomoci, pochopení, lítost, zájem, naděje
- žádné
- Většinou to nepoznám. Pokud ano tak mi není příjemné a u PPP jsě v klidu a spíš jim chci pomoct
- Nejistota - nevím co můžu čekat, Lítost, Účast
- Většinou žádné, protože se to na těch lidech ani není vidět.
- (2x) normální
- Zvláštní
- Nejistota, opatrnost
- Bezmoc, zmar, depresivní pocity.
- Různé
- normální... je to člověk jako každý jiný
- Ohleduplnost, soucit, střídmost
- Ostražitost
- Nevím m, jak se chovat
- nedokáú určit
- Nevím, jak se zachovat
- Nejistý v chování vůči takovým lidem.
- Nemám zkušenost, nebo nevím, že osoba s duševním onemocněním trpí
- Neutralní
- Nemohu posoudit, setkala jsem se asi jen 2x a ne přímo...
- (2x) Smutek
- Rozpačité
- Setkal jsem se se spoustou duševně nemocnými lidmi, nejvíce na mě zapůsobil pobyt na psychiatrické klinice, kde jsem poslouchal příběhy lidí v těsné blízkosti. Než jsem tímto prošel, nebral jsem duševně nemocné tolik vážně. Teď si jich asi více vážím, a proto mám i kladnější pocity. Přestal jsem je také téměř litovat a brát jinak než "normální lidi".
- Jak kdy. Někdy žádné, někdy mě jeho chování nervuje, stresuje
- Převážně dobré
- .
- Beru to jako normální věc. Je třeba ke všem přistupovat individuálně.
- Bojím se, abych neřekla něco špatně/nehodně a tomu člověku by to třeba nebylo příjemné
- Lehká nejistota abych neublížil.
- Převažuje jen pozitivní pocit.
- Běžné pocity, někdy trochu úzkost
- Pokud člověka znám, nijak odlišné od ostatních. Pokud neznám a jen vím o jeho potížích, jsem ostražitější.
- Nevadí mi to. Jen si dávám pozor, abych ho nerozhodila.
- Lítost, někdy strach

- Klid, strach, bezmoc
- Nervozita, trochu se bojím. Mám z nich občas špatný pocit.
- Podle toho jak je nemocny
- stejně jako při setkání s duševně zdravým
- Je to zvláštní pocit....
- Nemám předsudky
- Litost
- Strach, soucit
- Nevadí mi
- Soucit, že prochází nepříjemnými stavy
- Litost, vcitění
- Vacsia ostrážitost
- Jako při setkání s kterýmkoliv jiným člověkem. Nekdo je mi sympaticky, nekdo ne. Nekdo mi přijde v pohode, z nekohe mam respekt a obavy. Vzdy zalezi na konkretnim jedinci, jeho povaze i onemocneni a rozsahu onemocneni. Nelze pausalizovat. Obecne prevladaji kladne pocity, pokud s nim jednam o beznych vecich. Rozhodne nemam strach ci obavy, ze by mi mohli ublizit.
- Pokud má schizofrenii, mám strach.
- Zalezi, zda vim, ze je nemocny. Pokud ano, nekdy nevim, jak reagovat abych neublizila
- Záleží na druhu DO, ale ke každému se snažím přistupovat stejně
- Neutralní, jsou pro me jako vsichni ostatni

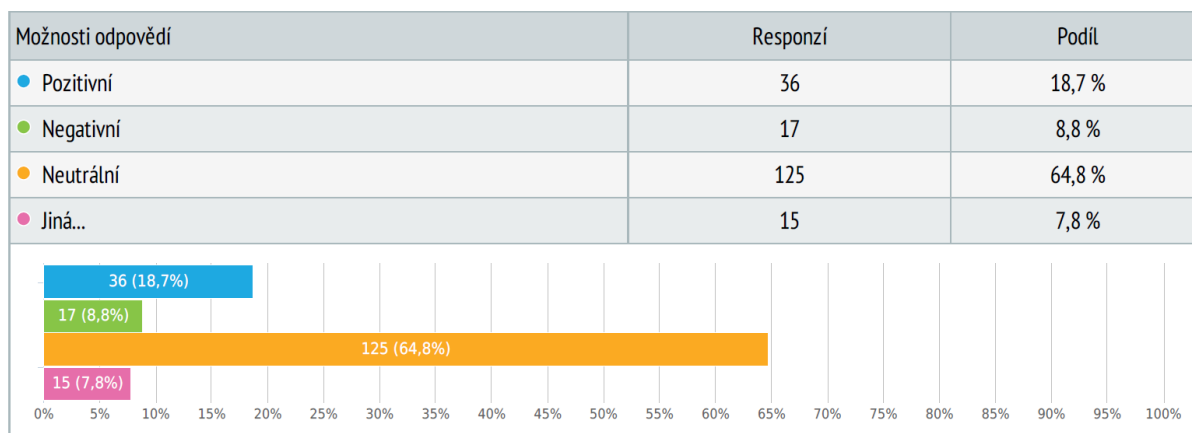
9. Myslíte si, že na ulici poznáte člověka s duševním onemocněním na první pohled?

Výběr z možností, zodpovězeno 193x, nezodpovězeno 0x



10. Jaké byli zkušenosti s lidmi s duševním onemocněním?

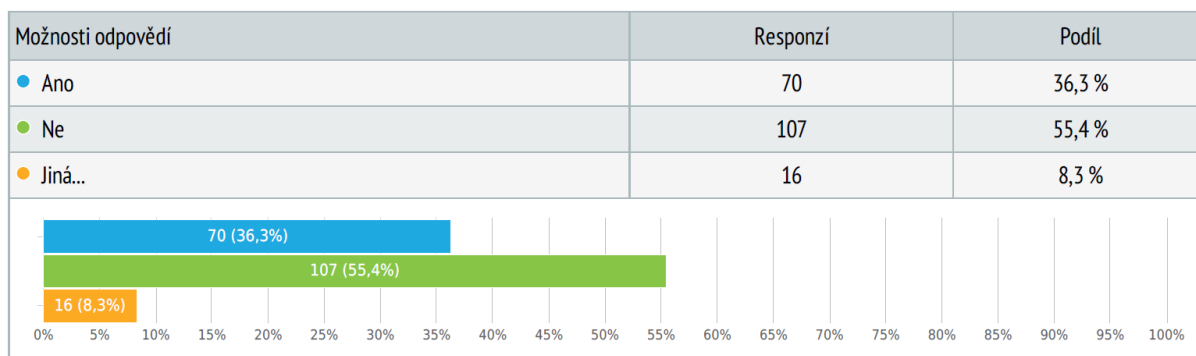
Výběr z možností, zodpovězeno 193x, nezodpovězeno 0x



- (3x) Žádné
- Nelze jednoznačně odpovědět, opět záleží na druhu onemocnění.
- Převážně pozitivní, ale mám zkušenost i s několika nepříjemnými incidenty
- oboje, jak pozitivní tak i negativní
- Podle stavu - někdy pozitivní a někdy negativní
- Barevné. I negativní, i pozitivní, záleží na typu onemocnění. A na vlastních schopnostech nebrat si to osobně.

11. Měl/a jste obavy z lidí s duševním onemocněním?

Výběr z možností, zodpovězeno 193x, nezodpovězeno 0x



- Dříve ano.
- Někdy
- Spíše ne, opět záleží na druhu onemocnění.
- Vyloženě obavy ne, ale jsem ve střehu...
- Nejde určit jsou typi lidi který jsou agresivní potom je strach na místě ale jsou i tací který jsou v pohodě a dá se s nimi komunikovat
- Občas se dá říci, že ano, ale ne ve všech případech
- Záleží jakou mají duševní poruchu, takže ano i ne
- Občas ano
- Jako malá ano.
- Nemám zkušenosti
- Nevím
- Ano, protože moje konkrétní a jediná zkušenost byla při napadení tímto člověkem
- Jen u některých
- Nikoliv obavy z nich, ale obavy, že nevím, jak správně reagovat
- Spise obavy at nereknou ci neudelam neco, co by si mohli spatne vylozit. abych neublizila
- Nevím..Jak u koho

12. Máte předsudky ohledně lidí s duševním onemocněním? Vyvolávají ve Vás tyto lidi nějaké negativní pocity? Rozvedte.

Textová odpověď, zodpovězeno 193x, nezodpovězeno 0x

- (6x) Nemám
- (32x) Ne
- Předsudky nemám. Spíše se bojím, aby se něco nestalo jim nebo aby oni neudělali něco někomu jinemu
- Bez předsudků, avšak pokud není osoba pod dohledem, nelíčí se nebo se nepokouší pracovat alespoň dám na sobě, hrozí u některých poruch třeba záchvat agrese, tak tam je pak už strach oprávněný
- Negativní ne, snad jen jakousi nejistotu a nervozitu
- Žádné předsudky
- Záleží o jakou poruchu jde.
- Dříve jsem měla, po osobním setkání mě předsudky opustily.
- Dřív možná. Poté, co jsem měla již možnost se s některými na život setkat a promluvit mé předsudky vymizely.
- možná u těžkých forem s agresivní konotací. Obava z neodhadnutelného chování
- Podle toho o kterou nemoc se jedná
- Necítím se v jejich společnosti dobře
- Pouze lítost
- Nedůvěra,
- Předsudky ne, nejde je házet všechny do jednoho pytle.
- Ne nemám, nechci soudit lidi, nevím, co si prožili.
- (4x) Ne.
- Strach
- Nemám žádné předsudky, musíme tyto lidi brát takoví jací jsou
- Spíš ne
- V některých případech bezmoc, protože jim nemohu pomoci.
- Předsudky ne, případné negativní pocity jsou výsledkem závažného negativního chování ze strany duševně nemocného jedince.
- Člověk by si více měl vážit toho co má,...že je zdravý
- Předsudky nemám. Spíše strach z neznámého.
- Nedůvěřivost, strach, jsou podle mě nevyzpytatelní a člověk nikdy nemůže vědět co se jim zrovna právě honí hlavou (stejně tak ale jako u "zdravého" člověka), mohou mít sklony k násilí a být okolí nebezpeční, z cizích duševně nemocných lidí nemám dobrý pocit a v jejich přítomnosti jsem se cítila nesvá. Výjimkou je maminka kamarádky, kterou znám, u ní žádné negativní pocity nemám, naopak ji mám ráda, je to fajn milá hodná paní.
- Někteří ano, jiní ne, záleží na druhu onemocnění.
- někdy mám předsudky.
- (6x) Ano
- Předsudky rozhodně nemám, v dnešní době se spousta "zdravých" lidí chová mnohem hůře než lidé s duševním onemocněním
- Snažím se předsudky nemít, ale nemohu si pomoci s negativními pocity (popsané výše)
- Spíše pocít nejistoty

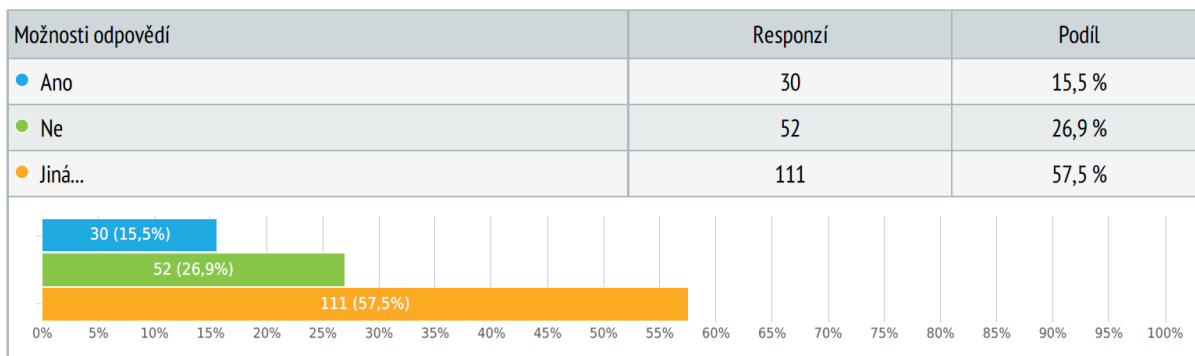
- Předsudky nemám, negativní pocity jak u kterých lidí s onemocněním. Spíše nevím, co se jim může v hlavě může vylíhnout, proto jsem na pozoru.
- Předsudky nemám, pracovala jsem s těmito lidmi. Zpočátku jsem obavy měla, ale neoprávněné
- Nevím, jak kteří, kteří se projevují hlasitě.
- Když jim dochází prášky nevíte nikdy co od nich cekat
- Předsudky ani ne, ale necítím se komfortně v blízkosti člověka s duševním onemocněním, bohužel u takového člověka se nedá předvídat jeho chování
- Nemám proti nim nic.. Každý jsme nějaký..
- Každý z nich je podle mě jiný a záleží na závažnosti duševního onemocnění.
- Možná v první chvíli, když si člověk začne s tím druhým povídat, tak zjistí, že negativní pocity jsou zbytečné
- Využívají systém..
- Lítost, ale zároveň pokus o podporu
- Ne, mají problémy jako my jen s jinými pocity
- Nevývolávají ve mně ve skrze negativní pocity. Zažívám s nimi dobré i špatné. Negativní pocity, strach a obavy vzhledem k této skupině mám, když si uvědomím, jak je pro ně nedosažitelná potřebná péče. Vidím, že někteří by nemuseli být na tom tak špatně, kdyby jsme měli dostatečný systém podpory pro všechny fáze duševních onemocnění.
- Nemám obavy, jen nevím, jakým způsobem budou reagovat , jsou pro mě nepředvídatelní
- Předsudky nemám
- Nemám žádné předsudky
- Nemám, ano občas ano
- (7x) Nemám předsudky
- Muselo by se jednat o konkrétní situaci, jinak nějaké rapidní předsudky nepociťuji.
- (8x) ne
- nejspíše ne, jen lítost
- Ne.. Je to jen můj problém. Že k nim mam odstup.. Může se to stát i mě..
- předsudky nemám ani negativní pocity, jen smíšené pocity jak se k nim chovat
- Rozhodně nemám... Nevadí mi být v jejich kontaktu... negativní pocity nemám
- ..
- Vůbec nemám předsudky ani negativní pocity
- Strach z ublížení sobě nebo jiné osobě
- Určitě ne.
- Nevím jak s clovekem jednat a co od nej cekat
- Pouze lide s velmibvaznymi poruchami, kteri jsou nebezpecni svemu okoli, me zneklidnuji
- Nevývolávají ve mě negativní pocity jsou nemocní a je třeba k nim tak přistupovat.Předsudky nejsou na místě.
- Ne nemám předsudky. Nemocní si svou nemoc nevybírají
- Ano mám předsudky a občas i negativní pocity, protože nevím, jak může dotyčný člověk v dané chvíli zareagovat.
- Ne, byla sama proti sobě. Ale kolikrát netuším, jak se chovat.
- Lítost, beznaděj, někdy strach z jejich úsudku apod.
- V jejich přítomnost se cítím trochu nejistě a nervózně, nevím co od nich očekávat, a jak budou reagovat v určitých situacích
- Nemám, onemocnět může každý

- Nevyvolávají, podle mě by ani neměli
- Nemám předsudky, negativní pocit lítost, smutek, že jim nemůžu pomoci
- Vyvolávají u mne strach, pokud jejich chování překračuje meze
- Ne. Jsou to stejní lidé, jako jsme my, zdraví.
- Duševně nemocní je většina lidí aniž by o tom věděli. Vyvolávají pouze starost,obavu... Strach a tudíž negativní emoce pouze tehdy, pokud se jeho porucha projevuje i násilnými činy.
- Nemám k nim žádné předsudky. Je mi těch lidí spíše velice líto, duševní onemocnění je dle mého názoru velice obtížné léčitelná většina lidí si moc nechce přiznat že tím trpí
- Nemam předsudky
- Bojím se hlavně aby si neublížili. Záleží ovšem na typu poruchy
- Opět záleží na konkrétním onemocnění. Např. u schizofrenie bych možná nějaké obavy měla.
- Moc ne
- Opodstatněná opatrnost, lítost
- Předsudky ne, vyvolávají pocit lítosti..
- V atace. Strach.
- vyvolává pocit být rád za to co mám
- Ne, nevyvolávají.
- Každý má svůj vlastní příběh, někdo ho sdílí s ostatními druhý ne, potom záleží na člověku jak se k tomu postaví. Negativní pocity nejsou na místě.
- Nemám,ne
- Nemám, ale pro rodinu to určitě není lehké
- Nemám, každý má nějaký svůj problém. Občas z těch lidí mívám strach
- Myslím si,že se jim meda vše věřit že svých zkušeností
- Žádné negativní pocity nemám ani předsudky ne. Beru je primárně jako lidi ne jako nemocné.
- Trochu předsudků mám, ale díky zkušenosti vím, že je lze překonat.
- Nevím, jak se k nim chovat, a také nevím, co od nich čekat. V místě bydliště máme psychiatr. nemocnici a když potkávám skupinou pacientů na procházce, klidím se raději z cesty, mám trochu obavu o své bezpečí...
- Je to nemoc jako každá jiná a není nakažlivá.
- Nevím
- Ne, ale jsem obezřetná vzhledem k předchozí zkušenosti
- Pokud se mě to osobně dotýká (např. demence v rodině), pak to i negativní pocity přináší. Protože je někdy těžké nebrat si projevy onemocnění osobně. Ale obecně předsudky nemám.
- když nevím jestli lžou nebo mluví pravdu, mnoho lidí radši přizná duševní onemocnění, než aby šli pracovat
- Dříve me hodně ovlivnovala média, která neustále negativně a špatným způsobem ukazovala lidi se schizofrenií. Po osobní zkušenosti s těmito lidmi negativní pocity nemám
- Jak jsem již zmínila, lítost
- Záleží na typu nemoci. Jsou nemoci u kterých cítím obavy.
- Pokud daného jedince neznám, pak ne. Pokud se jedná o zkušenosti z minulosti a vlastní rodinou, pak se jedná o strach o život blízkého člověka a v druhém případě i strach o život vlastní.
- Předsudky ne. Negativní pocity spíše ano, konkrétně obavy ve smyslu toho, jaká bude pro ně a jeho okolí budoucnost. Nebo že si dotyčný může sám ublížit.

- Nemám asi nic. Chodila jsem s člověkem, co měl bipolární poruchu a zatajoval to a to mi vadilo, že to nepřiznal. Jinak nemám nic.
- Předsudky má pravděpodobně každý, stejně tak i já. Ale nemám předsudky v tom smyslu, že bych daného člověka odsuzovala, spíš si dopředu myslím, jak se asi bude chovat (např. ona je anorektička - můj předstevník:aha, no tak to je hodně hubená). Nemám k nim negativní pocity, pokud mě nijak neohrožují. Je mi jich opravdu líto, že nemají normální život.
- Zdravý odstup
- Spíš nevyvolávají. Těmto lidem je potřeba pomoci, ačkoli při setkání s nimi cítím depresivní pocity, pocity bezmoci a zmaru.
- V menší míře obavy
- Ano, cítím se nejisté.
- ne nemám
- Absolutně ne. Jsou to normální lidé. A nemělo by na ně být pohlíženo jinak :-)
- Předsudky určitě ne.
- Předsudky nemám, ale opatrnost je na místě určitě.
- Předsudky myslím ne.
- Rozhodně ne, pokud jsou kompenzováni... v případě kontaktu s někým kdo má nějaký záchvat snažila bych se pomoci alespoň zavoláním 155 ale držela bych se ve větší vzdálenosti a vyhledala bych se prime konfrontaci
- Předsudky určitě ne. A s pocity záleží, vždy na konkrétním setkání
- Dříve lítost, teď nic negativního.
- Většinou ne. Mám negativní zkušenosti jen s jednou konkrétní osobou
- Nemám předsudky
- Ne. Je mi jich líto, protože jejich bolest a trápení nejde vidět a mnohdy jim jde velice těžko alespoň minimálně ulevit...o pomoci se neda ani mluvit..
- Někdy ano. když se setkám s lidmi, kteří mají nějakou těžší formu onemocnění, je těžké s nimi komunikovat. vím, že s touto cílovou skupinou bych pracovat nechtěla, protože je velmi náročná.
- Nic negativního
- Nemám předsudky...negativní ne spíše vnitřní obavy jak se chovat abych neublížil nebo nerozhneval
- Ne, už nemám předsudky. Jsou to lidi jako my, kterým ráda pomáhám.
- Předsudky již nemám, přistupuji k nim jako k normálním lidem. Občas se v jejich přítomnosti chovám více opatrně.
- Po setkání s člověkem se schizofrenií a útokem nůžkami se snažím více dodržovat osobní prostor.
- Ne. Osobně vím, jak lehké je dostat se do depresí. U mě se například rozjela deprese po narození postiženého dítěte. Postižení je kombinované, takže jelikož v tom žijí, tak negativní pocity vůči ostatním nemám.
- Někdy strach, schizofrenie například může být nebezpečný, pokud se neléčí.
- Nejsm si jistá, na kolik jsou sami strůjci svého stavu, či nakolik je daný a neovlivnitelný
- Ano, mám trochu strach. Nevím co mohou udělat.
- Celkově mám obavy zda nezareagují více ukvapě/nevypocíteně, než dus. zdraví lidé, ale občas se velice nestandardně a agresivně chovají i zcela zdraví jedinci, takže....
- Po zkušenostech mohu říct, že dokáží tyto lidi pochopit
- Nemám předsudky..
- Ne předsudky,ale obavy že nezvládnou konfrontaci
- Nemám žádné předsudky.
- Skôr tendenciu viac pozorovat

13. Myslíte si, že jsou osoby s duševním onemocněním nebezpečné vůči svému okolí a společnosti?

Výběr z možností, zodpovězeno 193x, nezodpovězeno 0x



- Jak kteří
- Primárně ne, ale může se to stát
- Asi záleží, o jaké onemocnění jde
- Někteří můžou být.
- Můžou asi být, když mají nějakou attacku.
- individuální - dle konkrétního případu
- Záleží na druhu poruchy
- To záleží na diagnóze
- (2x) Občas
- Jak kdo, podle jejich onemocnění, stavu, léčby.
- V některých případech, určitě ano
- Dle toho jakou duševní nemoc mají, pokud jsou nebezpeční většinou jsou v ústavu nebo v léčení
- Jak které, jak kdy.
- Někdy
- Záleží na druhu a intenzitě duševního onemocnění.
- Myslím, že je to individuální
- Jak které, ale spíše ano.
- Záleží na druhu onemocnění.
- někdy

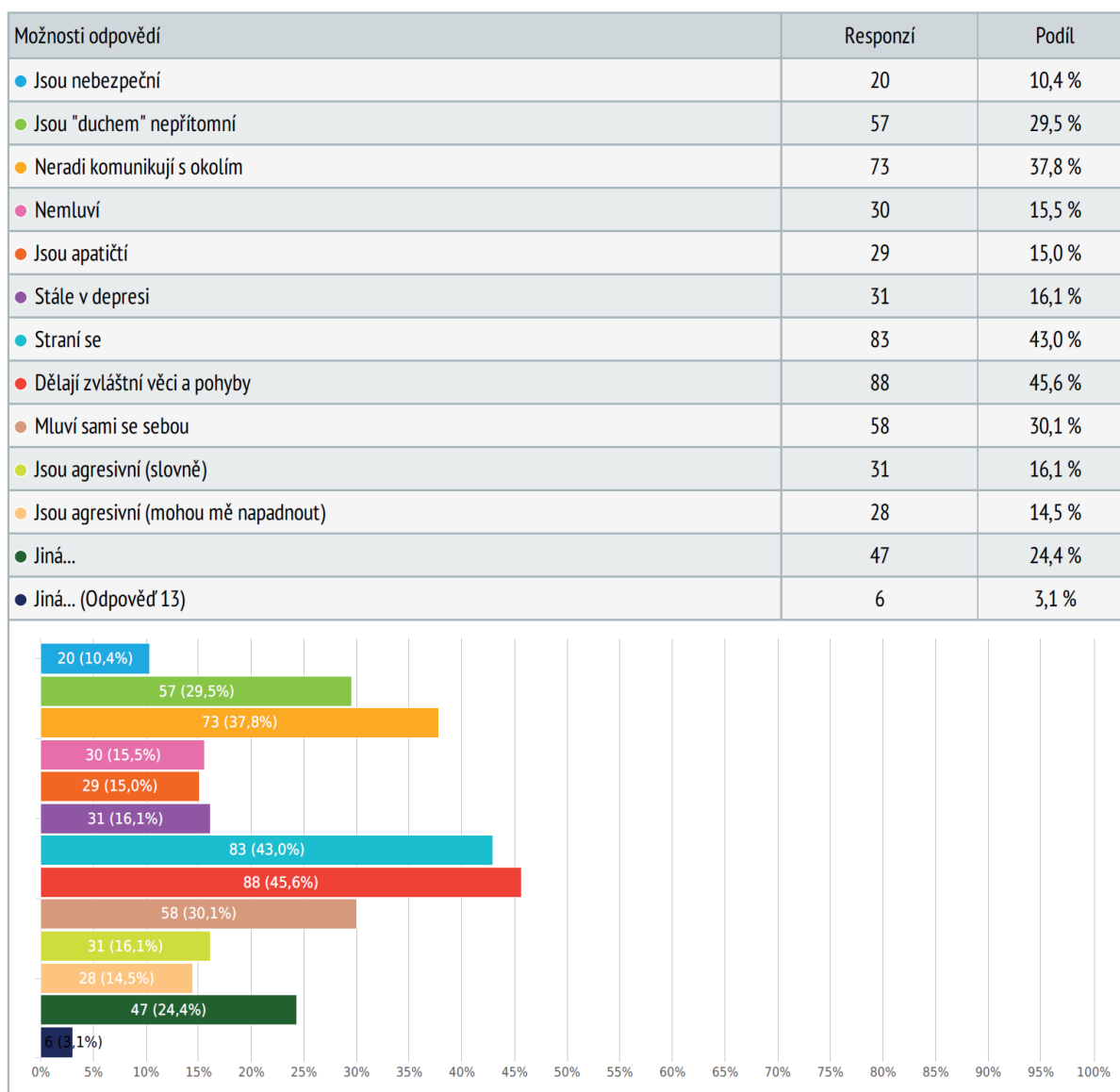
- Záleží na typu s stupni duševní poruchy
- Záleží na typu duševního onemocnění a na tom, zda je léčeno, či ne
- Někteří ano, někteří ne, záleží, jestli si nechají pomoci, užívají medikaci apod.
- Z části- podle konkrétní diagnózy.
- Ano, ale ne všechny
- Podle toho jaké je to onemocnění nejsou všichni stejní a rozhodně bych je neházela do jednoho pytle
- Opět, podle toho o jaké se jedná případy.
- V součinnosti s alkoholem nebo drogami asi spíš ano. Samotné spíše výjimečně
- Záleží na člověku a nemoci s kterou bojuje
- Záleží na typu onemocnění a zda je člověk dispenzarizován na psychiatrickém oddělení či ne
- Někdy, ale ne úmyslně
- Mohou, ale nemusí být.
- Jak kdy.
- v některých případech ano
- Opět záleží jakým onemocněním trpí
- Asi jak kteří..
- záleží na typu onemocnění
- Záleží na diagnóze, medikaci atp.
- (2x) Někdy ano
- (4x) Jak kdy
- Můžou být
- Záleží na formě duševního onemocnění
- Určitě jde o druh duševního onemocnění..
- Jak kdy. Záleží zda jsou seznámeni se svojí diagnózou a vědí jak s ní manipulovat
- Myslím že naprostá většina není nebezpečná
- Asi záleží na konkrétním onemocnění
- Záleží na tom, jaké duševní onemocnění člověk má. V některých případech může být nebezpečný nejen svému okolí.
- Podle typu poruchy
- Záleží na onemocnění.
- Individuálně
- Opět záleží na onemocnění. Z mých osobních zkušeností ne. Alespoň ne úmyslně. Mohlo by např. dojít k dopravní nehodě vlivem nemoci, v případě nebrání
- Záleží na diagnóze, ale je možné, že ano
- To samozřejmě záleží, jaké mají sklony a čím trpí...Znám případy schizofrenika, kdy v normálním stadiu iloval zvířata a v tom druhém stadiu je usmrtil
- Občas ano
- Záleží na diagnóze
- Opět záleží na konkrétním onemocnění. Někteří ano, někteří jsou zase nebezpeční vůči sobě samým
- Myslím, že zde záleží na druhu onemocnění. Některá mohou být nebezpečná sama sobě, stejně tak i ostatním
- Záleží na přístupu, léčení a druhu onemocnění

- Mohou být nebezpeční sobě
- záleží jak které
- To záleží na každém jedinci.
- Záleží na druhu a průběhu onemocnění
- Pokud jsou zaléčeni, tak ne
- To záleží na mnoha faktorech....někteří ano, jiní ne.
- Jsou i tací, ale dle mých zkušeností se takoví lidé spíše bojí svého okolí. Takže to, že jsou nebezpeční považují spíše za předsudek.
- Mohou být, ale především sami sobě.
- Jak které onemocnění. A záleží také na přístupu pacienta je-li ochoten léčit se.
- Paušálně nelze odpovědět ano či ne, ale bez bližší znalosti dotyčného se přikláním k odpovědi "ano".
- Jak kdy, jak kdo
- (2x) Někteří
- Některé případy mohou být. Ale u většiny bych řekla, že nikoliv.
- Záleží na druhu onemocnění
- Toto se dá těžce hodnotit odpovědi ano či ne. Pokud člověk neposdstupuje léčbu může být nebezpečný sám sobě i okolí.
- Záleží na onemocnění
- Záleží na typu nemoci
- Pokud se duševní onemocnění neléčí, pak se i z jinak klidné osoby může stát nebezpečný člověk.
- Nelze paušalizovat. Osoba s poruchou příjmu potravy s největší pravděpodobností nebude nebezpečná vůči svému okolí. Agresivní jedinci mohou být.
- Záleží asi na druhu onemocnění
- Záleží na typu a formě duševního onemocnění
- jak který
- Záleží na typu onemocnění
- Pokud o své nemoci ví a pracují na sobě, spolu s odborníky, nebezpečí minimální. V některých nekontrolovaných případech ale nebezpečí pro okolí existuje
- Většinou ne ale samozřejmě v určitých stavech mohou být agresivní...
- Když nejsou léčeni, mohou být
- Někteří určitě ano, ale nemůžou se házet do jednoho pytle!!!
- Záleží na druhu duševního onemocnění
- Jak kdo, podle toho jak je duševně nemocný
- To je zavádějící otázka. Záleží na typu duševního onemocnění. Člověk v hluboké depresi je nebezpečný sám sobě.. schyzofrenik zase společností..
- Asi záleží, o jaké onemocnění se jedná, zda jsou zamedikováni apod. Moje mínění je také ovlivněno tím, co se děje kolem nás...
- Možná ano v určitých situacích / těžších případech, anorexie/bulimie jsou spíše nebezpeční sami sobě
- Nevím....asi záleží o jako onemocnění jde
- Nelze paušalizovat. Ale mohou být.
- Tak samozřejmě podle toho o jakou nemoc/postižení se jedná. Jsou nemoci, kde je velká agrese vůči okolí....nebo sebepoškozování.
- Někdy ano, bylo řečeno v předešlé otázce
- Myslím, že mohou nevyvídatelnější a jejich chování hůře předvídatelné. V určitých případech věřím, že mohou být i nebezpeční

- Když berou leky... Tak jsou v pohodě. .
- Záleží na povaze onemocnění
- Když jsou nepochopení a nepřijetí ano
- Napůl, narozhraní
- Pokud trpí bludy či halucinacemi, tak v některých případech možná ano
- Podľa dodržiavania liečby, diagnózy
- Spíše ne, záleží na konkrétním jedinci a jeho rozpoložení, rozhodně jsou ale více nebezpeční sobě než druhým.
- Když se neléčí, tak nebezpeční jsou.
- Mohou nikdy but.
- Ne více než "zdravá" populace.
- Občas, asi záleží na druhu onemocnění

14. O lidech s duševním onemocněním se říká mnoho věcí, označte s čím s níže uvedeným souhlasíte.

Výběr z možností, více možných, zodpovězeno 193x, nezodpovězeno 0x



15. Znáte nějaké sociální služby, které pracují s lidmi s duševním onemocněním? Popř.jaké a jak jste se k těmto informacím dostali?

Textová odpověď, zodpovězeno 193x, nezodpovězeno 0x

- (33x) Ne
- (2x) Svitání
- Péče o duševní zdraví, od šándorový :D
- Psychologické či psychiatrické praxe
- (15x) Neznám
- Psychiatrie
- CEDR, Centrum duševního zdraví
- Centrum duševního zdraví, PDZ, Fokus. Sama jsem si informace vyhledala.
- Domovy se zvláštním režimem, podpora samostatného bydlení, a neziskové organizace viz PDZ, CDZ, Psychobranní a pod.. zdroj: web, škola, dokumenty, kamarádi, práce
- Cedr Pardubice, internet
- Diakonie, na internetu.
- Ne.
- Péče o duševní zdraví (region Pardubice), k informacím jsem se dostala ve škole
- Stacionáře, zařízení v Zaječicích,
- Péče o duševní zdraví, FOKUS. K informacím jsem se dostala ve škole, na praxích, přes internet, katalog sociálních služeb,..
- Péče o duševní zdraví, z. s., zkušenosti ze studia
- Centrum dusevniho zdravi
- Bohužel neznám
- Fokus Vysočina - dobrovolnické centrum Hlinsko, působila jsem zde jako dobrovolník v rámci stáže / praxe na vysoké škole a také jsem zde čerpala informace pro praktickou část své bakalářské práce.
- Zнала jsem jednu chráněnou dílnu, kde bylo k psychicky nemocným otřesné chování. Byla jsem tam na praxi od školy.
- PDZ
- (5x) Ano
- konkrétně si nepamatuji
- Domovy se zvláštním režimem, psychiatrické kliniky, psychiatrické nemocnice, Center duševního zdraví, terénní práce
- CEDR, Péče o duševní zdraví - ze svého zaměstnání a ze školy
- Péče o duševní zdraví, různé chráněné dílny, charita, SAS, RP a podobně

- PDZ, VIDA, FOKUS
- Výměník - naproti UPCE.
- (4x) Neznam
- Jsou různé stacionáře. Duševně nemocného člověka máme v rodině.
- Ano, Centrum péče o duševní zdraví - pardubice, Hlinsko, Hradec Králové.
- Pdž a cdz
- Sdružení Svítání v Pce... známí tam měli děti
- Psycholog
- Ano, znám. Např. PDZ, další organizace to mají spojené se svými klienty, kteří ale nemusí být primárně označováni za duševně nemocné (Např. Kombinace s mentálními postižením). Dozvěděla jsem se díky vzdělání a práci.
- Ano. Centrum péče o duševní zdraví. Sociální rehabilitace - Kosatec Pardubice, CEDR. V rámci studia VŠ
- Péče o duševní zdraví, chráněné bydlení
- Bona, diakonie, charita, noviny, škola
- Oblastní charita Pardubice-pečovatelská služba
- Práh, Nevypusť duši, další mě z hlavy nenapadají. Dozvěděla jsem se o nich od známých, narazila jsem na ně ve veřejném prostoru, na internetu,...
- Ano, znám
- (2x) Péče o duševní zdraví
- Fokus Vysočina, Centrum Péče o duševní zdraví, Cedr,
- O toto se moc nezajímám
- neznám, musela bych googlit
- Topas Seč
- neznám
- Svítání - známá je retardovaná
- Anabell, krizové linky... informace z osobního setkání a ze školy
- Pardubická nemocnice - psychiatrie, soukromí psychologové, psychiatři. Neziskové organizace
- Ano, pacienti
- Psychiatrie, psychologové
- Spolužák pracuje s duševně nemocnými a hodně literatura, přednášky na toto tema atp..
- Osobně nemám zkušenost
- O některých jsem slyšela ve škole. Název neznam.
- Péče o duševní zdraví, během studia
- Svítání, a dále různé denní stacionáře pro dospělé neznám přesný název konkrétní služby
- Havlíkův Brod.
- (4x) ne
- Péče o duševní zdraví, CEDR, chráněná pracoviště apod. Díky informacím při studiu.
- Ano jeden člen domácnosti má duševní poruchu
- Nějaké jsou, ale na názvy si nevzpomenu. Známe je z internetu.
- Nevybavuji si
- Centrum duševního zdraví

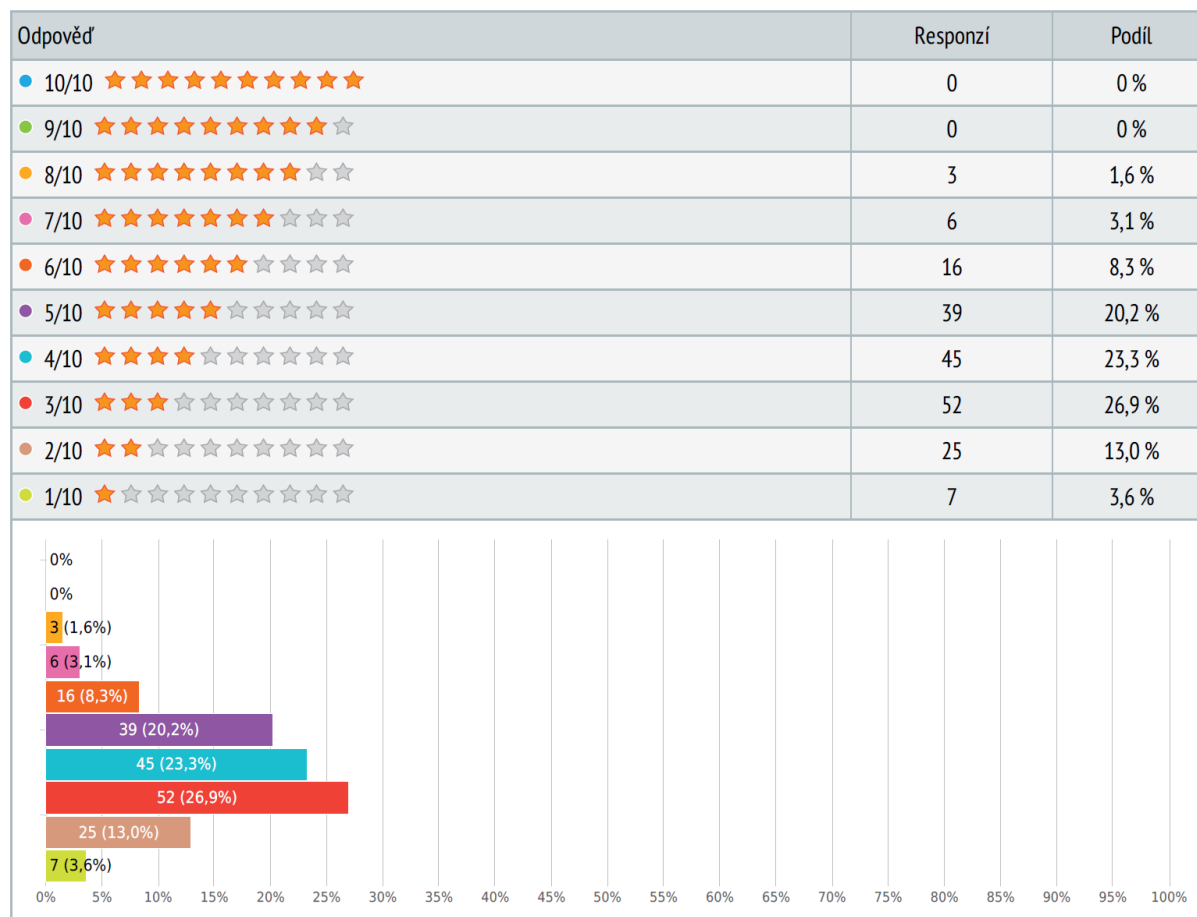
- Jenom psychiatrického léčebny
- Kamarádka pracovala v centru pomoci na Jana Palacha v pce
- Péče o duševní zdraví v Pardubicích (bývalé zaměstnání matky). Domov pro seniory - Psychiatrické oddělení (současně zaměstnání matky)
- mnoho, skrze práci
- Péče o duševní zdraví Pardubice (znám díky VŠ - exkurze)
- Nedaleko od mého bydliště je takto specializované zařízení
- Bohužel ne
- Jihlava -Vor (jednorazova praxe z vosky)
- PDZ, skok do života- obě tyto služby působí na našem území. Spolupracovala jsem s nimi kvůli pár klientkam azylového domu, kde pracuji. Zнала jsem je už ze školy
- Ano, většinou ze školy, televize, internetu,...
- Škola svítání
- Bohužel
- kamaradka pracovala v alzheimer centru
- Psychiatrie, laxus Pardubice - internet
- Psychiatrie
- .
- Z univerzity-oboru sociální patologie a prevence,kde jsem se setkala s několika institucemi v této oblasti.
- Centrum Duševního zdraví
- Greendoors, Peer kluby, Mlsná Kafka, Centrum duševního zdraví. Zdroj: kamarádi, Bohnice :)
- Ano, díky práci.
- Tyto služby poskytují: PDZ, Fokus, Green Doors (kavárny)
- Bohnice, vlastní pracovní zkušenost.
- Psychiatrie.
- Fokus Mladá Boleslav, pobočky po ČR
- -
- Nautis, Červený kříž (mému otci s demencí chodit píchat inzulin a dávat léky) a další. Znáám je díky své zkušenosti a práci
- přes web
- Ano, v rámci praxí na VŠ
- Péče o duševní zdraví, CEDR, centrum Kosatec
- Nejsem si jistá
- CEDR Pardubice, informace z VŠ
- Centrum duševního zdraví, Krizová pomoc, Domovy se zvláštním režimem, Svépomocné aktivity...
- V Pardubicích je něco v polabinách ale chodím jen kolem
- Bohužel, neznám.
- pracuji v nich
- Léčebná Havlíčkův Brod, Praha Bohnice
- Neznám.
- Nautis, neřeknu
- CEDR, Fokus, NUDZ, Green Doors... převážně z internetu

- NUDZ, RIAPS
- Asi ne.
- Žádný příklad mě teď nenapadá, ale určitě bych na nějaké přišel.
- Sociální rehabilitace, terapeutické dílny. Zním z Veletrhu soc. služeb
- Chranene dílny, psychiatrické stacionare....
- Péče o duševní zdraví - Pardubice
- Diakonie Čáskav
- Ano znám
- Zním a byl jsem pouze v nemocnici na klinice psychiatrie, ale sociální služby mě teď žádné nenapadají. Nikdy jsem se o tohle nezajímal..
- Oaza pro duševně nemocné
- Zním pouze psychiatrické lecebny
- NeNe¹
- Sociální rehabilitace - jedna ze služeb poskytovaných Charitou.
- Caritas
- Svitání...domov důchodců v Kutné Hoře pro duševně nemocné
- Ledovec, Kaleidoskop, Péče o duševní zdraví, Cedr, Fokus,..... V jedné z nich pracuji a znám tak i ostatní služby které pomáhají lidem s DO
- Ano, díky škole, např. Péče o duševní zdraví
- Fokus, Riaps - kontaktní centrum
- SPC, Integrační centrum, denní stacionář, charita... Osobní zkušenost.
- (2x) RIAPS
- PDZ, Svitání
- Ano znám, pres skolu
- RIC Lanškroun
- Žádné. Neznám
- Porucha
- Apla
- SPC Kolín
- Liga za dusevne zdravie (na Slovensku)- zbierka, andreas (praca s autistami na slovensku)- skola
- Fokus -střední cechy,vysočina, Pece o dusevni zdraví-Centrum dusevniho zdraví, Ceska abilympijska asociace, Cedr, Vida, Domov na Cestě - Pardubický kraj. Informace o službách jsem dostala ve škole, take na praxi a o sluzby jsem se zajimala i sama -hledala je.na.internetu
- Charita, soc. Pracovníci
- např. sociální rehabilitace - pracuji zde

16. Jak by jste ohodnotili informovanost veřejnosti o duševním onemocnění? (1- veřejnost nemá žádné informace, 10- veřejnost je plně informovaná o dané problematice)

Hvězdičkové hodnocení, zodpovězeno 193x, nezodpovězeno 0x

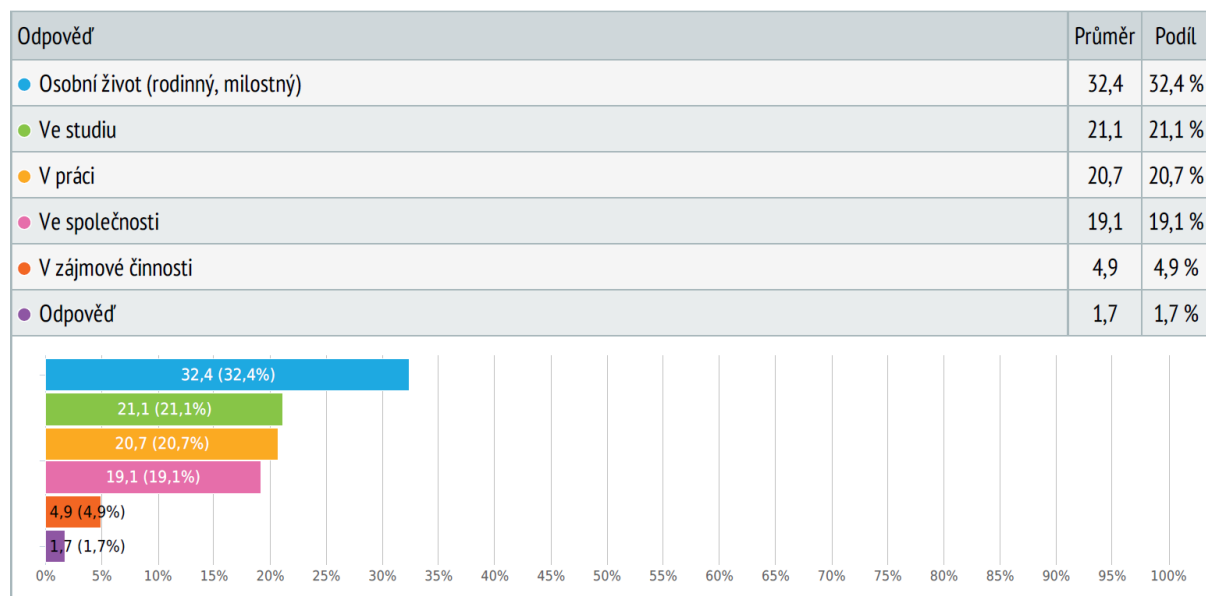
Počet hvězdiček 3,9/10



17. Do jaké míry jsou/mohou být podle Vás lidé s duševním onemocněním v níže uvedených oblastech stigmatizováni (...)?

Rozdělovací škála, zodpovězeno 193x, nezodpovězeno 0x

Rozdělíte: 100 bodů



18. Máte Vy osobně z lidí s duševním onemocněním strach? .. (Ano, a proč/ Ne, a proč)

Textová odpověď, zodpovězeno 193x, nezodpovězeno 0x

- (7x) Ano
- Ne, většinou nejsou nebezpeční
- Ano. Když nevím, jakou mají poruchu, nemůžu předvídat, co jim kontakt se mnou může vyvolat
- Občas ano, z těch co se nechtějí léčit a řešit danou problematiku, mohou být nebezpeční sobě i okolí
- (38x) Ne
- Ne, každý je nějaký
- Trochu
- Ne, nesetkala jsem se s agresivním, nebezpečným apod. člověkem s tímto problémem. (možná jsem měla štěstí.)
- (5x) ne
- podle formy a druhu duševního onemocnění
- Ano, mohou být nebezpeční a nevyzpytatelní

- Občas ale spíše ne, lidé jsou málo informovaní
- Ne. Ráda jim pomohu, pokud je to v mých silách.
- Nemám, je důležité vědět, jak se k takovému člověku chovat.
- Ne, není důvod.
- Ano, nevím, čeho jsou schopni
- Ne. Mám rodinného příslušníka s duševním onemocněním.
- Někdy
- Pouze z osob s duševním onemocněním, když existuje vysoké riziko agresivního chování ze strany dané osoby.
- Ne, pokud je s takovou osobou pravidelně odborně pracováno
- Z cizích ano, jsem k nim nedůvěřivá, působí na mě divně a nebezpečně, nevím, co zrovna udělají, co se jim zrovna honí hlavou. Ze známé (maminky kamarádky) strach nemám, znám ji dlouho a celkem dobře, už od pohledu vypadá zdravě a normálně a i normálně se chová, člověk by ani nepoznal, že nějakým duševním onemocněním trpí, působí jako vyrovnaný a rozumný člověk, což se o těch jiných lidech, se kterými jsem přišla do kontaktu, říct nedá, už od pohledu a i z chování působili divně a nevyzpytatelně.
- Záleží na onemocnění. Z většiny strach nemám.
- NE
- Ne, nemám zatím negativní zkušenost s těmito lidmi
- Ano, kvůli negativní zkušenosti
- (2x) Ne, není důvod
- Spíše respekt, někteří jsou nevyzpytatelní...
- Strach ne, ale určitě respekt, nebylo mi to úplně příjemné s klientem, který nemá svůj stav pod kontrolou a byl napr propuštěn v léčby. U stálých klientů bez problému.
- (2x) Ne.
- Nemám kdo se bojí nic nezíská
- Ano, jelikož jsem byla sama obětí napadení.
- Ne pokud nejdou lidé agresivní není důvod se bát..
- Záleží na typu duševního onemocnění. Někteří strach nenahani a někteří zase naopak
- Někdy ano, protože se nedá přesně určit, co si myslí a čeho jsou schopni dosáhnout. Strach mám hlavně ale z jejich vlastního zdraví.
- Nemám protože jsem sním nebyla delší dobu v kontaktu a z krátkého setkání nemohu soudit
- Ne, v podstatě to jsou lidé jako my, jenom potřebuji více pochopení od nas
- Ne, protože s nimi pracuji.
- Záleží na tom, o jakou duševní poruchu se jedná.
- Ano, ale záleží o jaké onemocnění se konkrétně jedná
- Ne, nevadí mi
- Ne, setkávám se s ním poměrně často
- Nevadí mi to
- Ne, o mnohých lidech ano nevíme, že nějaké duševní onemocnění má
- V případě, že si o daném onemocnění něco přečtu a znám danou osobu, není důvod obávat se jeho jednání.
- Záleží na typu onemocnění, např. u schizofrenie a bipolární porucha ano, důvod - neví co se od nich dá čekat
- Ne, nevidím důvod.
- Ano.. Nevím co udělají.. Jak se zachovají. Když to nevím ani u duševně zdravého..

- ne, většinou mají svůj svět a pokud nedojde ke konfrontaci, tak není důvod ke strachu
- Ne, nemám k tomu důvod
- Ne, na první pohled je nepoznám.
- Ano, nevím co od nich čekat
- Ano, asi z neznáma
- Ne, jen s nimi mluvit opatrně a zjistit situaci pak dle vyhodnocení zavolat buď pomoc či poradit dotyčnému
- Ano. Citím se nesva.
- Nemam, myslím si ze je jen malo dusevne nemocnych kteri jsou nebezpecni okoli a pravdepodobnost ze se snekym takovym setkam, ne podle me malá
- Ne často totiž nevíme kdo je duševně nemocný a kdo ne
- Ani nevím co očekávat
- Ne, nemám strach, nedostala jsem se do situace, kvůli které bych měla mít strach z duševně nemocného člověka.
- ne, protože jsou pohodě
- Ne, nemám důvod. Stejně jako lidí s duševním onemocněním, tak lidé bez duševního onemocnění můžou pro druhého člověka představovat žádné či nějaké riziko.
- Ne přicházím s nimi do stiku
- Ano, z některých ano. Protože to onemocnění neznám třeba.
- Spíše ne, ale je to samozřejmě opět individuální. Nikdy jsem se například nesetkala se schizofrenií a tam už by se člověk třeba bát mohl.
- Ano, ale jen trochu, je tam nejistota v jejich reakci a chování
- Ne, pokud vím, že se ten člověk snaží mít své onemocnění pod kontrolou, popř. má nějakého opatrovníka
- Opět záleží na onemocnění. Pokud to je člověk, který je již na léčbě a má sklon k násilí, pak ano. Pokud vím, že se trápí, a nebo snaží opět navrátit do života, či nemá sklon k násilí, pak strach nemám.
- ne, není důvod
- Strach, ze mě fyzicky nebo psychicky napadnou, ohrozí sebe nebo lidi ve svém okolí bez ohledu na to, jestli by to byl úmysl či nikoliv.
- Ne, nevidím důvod, proč bych měla. Nemám zkušenosti, ale myslím si, že ve většině případů nejsou lidé postižení duševním onemocněním nebezpeční sobě ani okolí
- Mam z takto nemocnych lidi respekt, jelikoz nikdy nevite co se muze díky vasi akci stat za reakci... Spíš se jim snažím porozumět
- Záleží na fazi onemocnění co ma pokud nevykazuje agresí tak ne
- Ne, nebezpeční mohou být i lidé bez duševního onemocnění
- Obecně ne, nemyslím si, že mi mohou ublížit. Neměla jsem příjemný pocit pouze z jedné klientky, která mě slovně napadala a vyhrožovala mi
- Z těch, které znám ne. Ale připouštím, že bych ho mít mohla, např. ze schizofrenika (neléčeného)
- Neprijdou mi nijak nebezpeční, mam pratele s bipolarni poruchou a se schizofrenií
- Opět zde záleží na druhu onemocnění. Nelze podle mě říct jen ano, nebo ne
- Ne, clovek kdyz se do nich vzije, pochopi jejich utrpeni, ma pak tendenci jim pomoc
- Ne věřím že pokud jim člověk neublíží nebo snimi umí zacházet není v ohrožení
- Někdy ano
- Ne nemam, pokud se tedy nejedna primo o nasilne dusevni onemocneni
- Sama jsem duševně nemocná
- jak kdy
- Ne,každý má své problémy,ať už je to duševní nemoc nebo cokoli jiného.není důvod se těchto lidí stranit nebo se jich bát.

- Ne. Z lidí se kterými jsem se doposud setkal jsem měl spíše pocit, že mají strach ze mně.
- Osobně strach nemám, příliš často se s nimi neseťkávám, nebo o tom alespoň nevím.
- Trochu, člověk nikdy neví co ta dotyčná osoba udělá.
- Pokud toho člověka neznám tak jistá opatrnost je na místě
- Ano - nedá se předpokládat jejich chování
- Ne, ze stejných důvodů, jaké jsem uvedla dříve
- Ne - kámoši. Empatická duše.
- Jak z koho...
- Nemám, nejsou nebezpeční, spíše oni mají strach z ostatních, neznámých lidí.
- Ne, protože za svou nemoc nemohou, jsou to pořád lidi
- Ano, nikdy nevím, co od nich čekat.
- Ano, nevím, s čím se léčí, co by je mohlo rozčlít a zda mohou být sobě nebo ostatním nebezpeční.
- Ne. Vždy se ke mně tito lidé chovali hezky. Nemám důvod mít z nich strach.
- Částečně ano, vzhledem k předchozí zkušenosti
- jo, můžou ublížit
- Pokud dotyčného znám tak ne, pokud jsem se s ním předtím nikdy neseťkala, tak částečně strach mám, protože si nejsem jistá na okolí reagu
- Ne, mám s nimi pozitivní zkušenosti
- Ne, spíše se s nimi necítím dobře, protože vím, že se navzájem nechápeme
- Otázka 17 mi nefunguje. Jak z koho, převážně ale ne, protože takového člověka na ulici ani nepoznám, pokud to není zjevné.
- Ano, ale- záleží na okolnostech. Pokud jedinec trpí schizofrenií, stojí proti vám s úmyslem "zachránit" vás před ještě horší smrtí, pak ano. Pokud se jedná o člověka, který trpí např. OCD, neurotickými poruchami, se kterými se léčí u psychiatra a dochází k pravidelným kontrolám, pak ne.
- Ano, pokud jde o agresivní jedince a jedince s poruchou osobnosti. Jinak asi ne, naopak bychom se měli snažit tyto lidi nějakým způsobem socializovat.
- Spíš nepříjemný pocit a lehce mě děsí některé věci které se musí dodržovat
- Spíše ne. Může to být tím, že je na první pohled nepoznám, nevíš si jich, proto nemám důvod se bát.
- Ne, mám OCD a u lékaře jsem viděla lidi s duševní nemocí
- Z některých agresivní povahy
- Spíše nemám.
- Ano i ne
- Ne, nemám žádnou špatnou zkušenost
- Doslova strach ne, ale určitý respekt ano. Některé duševní poruchy mohou vyvolat nekontrolovatelně stav osoby a to mě osobně trochu děs
- Ne, jsou to normální lidé. Neohrožují ostatní.
- Ne, myslím, že k tomu není vyloženě důvod.
- Strach asi ne, ale člověk nikdy neví a duševní onemocnění nemusí být důvodem ke strachu z lidí.
- Ne- s nikým takovým jsem se neseťkala
- Ne, každý je individuální... neseťkala jsem se s nikým kdo by byl vylozene agresivní...
- Pokud bych se s ním osobně setkala a byl agresivní, určitě bych se obávala. Pokud by se neprojevoval negativně, strach bych neměla.
- Ne nemám
- Ne, nemám špatné zkušenosti, ale vím, že mohou být nebezpeční pokud nejsou v rukou těch, kteří jim mohou pomoci.
- Vyloženě strach ne

- Ne, jsou to lidé jako my ostatní, každý má nějaký problém
- Záleží na typu onemocnění
- Ne, dle mého je skutečně malé procento lidí, kteří jsou opravdu nebezpeční.
- Ne pokud nevykazují nějaké znepokojující aktivity, pokud se mi ten člověk nezdá, vyhýbám se mu (ale to dělám i u na první pohled zdravých jedinců)
- Ne, nikdy mě za ta dlouhá léta žádný čl. s DO nenapadl slovně ani fyzicky.
- Ne, díky informacím ze školy a vlastním zkušenostem
- Strach ne. Mám zvýšenou potřebu kontroly situace a vymezení osobního prostoru.
- To je těžká otázka. Neléčené onemocnění může být samozřejmě nebezpečné pro jedince i okolí. Ale vyloženě strach a předsudky nemám.
- Už jsem to jednou psala. Člověk neví, zda se léčí. Schizofrenie či bipolární porucha mohou být nebezpečné i pro okolí.
- Ne, nemohou za to a mnohdy sami vědí, že mají obtížnější pozici
- Ano, nevím co mohou udělat.
- Ano, jsou divní
- Spíše ne. Snázim se s nimi komunikovat a chápat jejich uhel pohledu a podle toho pote smerovat konverzaci
- Ne....
- Ne, neměla jsem důvod se obávat
- Ano, když by měli násilnické sklony, ataky
- Nemám strach, protože nemám důvod ho mít. Nikdo duševně nemocný mě neohrozil a ani si nemyslím, že by mohl. Možná, pokud bych věděla, že jeho duševní onemocnění je provázeno bludy a halucinacemi, bych se obávala.
- Respekt skor, ale ak je to moj znamy a poznam ho, nevnimam ho cez "dusevnu poruchu"
- Nemám, setkala jsem se s nimi osobně a neměla jsem strach z žádného z nich. I když na mě třeba vzhledově nezpůsobili důvěryhodně, po rozhovoru s nimi se ukázalo, že není důvod se osoby obávat. Snažím se nemít předsudky. A pokud se osoba leci a nemá sklony k agresivitě, není důvod se jí obávat.
- Už jsem odpovídala. Pokud se neléčí, mohou být nebezpeční.
- Ne, osobní zkušenost
- Záleží jaké onemocnění to je.
- Obecně ne, protože s nimi denně pracuji, ale to neznamená, že člověk není občas "ve střehu"

19. Sem vložte svoje nápady či zkušenosti. Také co Vám v dotazníku chybělo a na co by bylo dobré ještě poukázat.

Textová odpověď, zodpovězeno 193x, nezodpovězeno 0x