

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH  
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**Stigmatizace duševně nemocných**

Diplomová práce

Jméno autora: Ema Krejčová

Jméno vedoucího práce: Mgr. Kateřina Šuleřová

23.4. 2007

## **Labeling of mental ill people**

The mentally disturbed people are still nowadays afraid of their illness. By then they don't either concede, that they need help from psychiatrists. They become so anxious, that they could be legitimately, stigmatized by the rest of the people, which means, that could be labelled as irresponsible, dull, inconsiderate and dangerous. In Czech Republic it still happens, that as a result of labeling people find hard to get and maintain their jobs, housing and overvaluation of illness by doctors. In Czech Republic there is still not a specific law, which could safeguard the rights of mentally ill people hence make it easier for integrating them.

The aim of this thesis, which was divided into three partial aims, was to map problems of mentally ill people. In my opinion, this aim of work was fulfilled. To its fulfillment it was composed with two questionnaires. The first inquiry survey was done on the students from University of Southern Bohemia, by which was tested the knowledge of problems of mentally ill people and their attitude towards these people. The second group of surveyed inquiry have been comprised of psychiatric clients in České Budějovice and Písek, by which was established their personal point of view about the extent of labeling that is reverberating in their quality life.

The achievement of the aims was based on three hypotheses. The first one was about the personal view of clients on experienced stigmatization, which is being noticed by the stages of discrimination in their quality way of life. The second one was engaged in insufficient knowledge of students based on law status of mentally ill people and the third one on integration of mentally ill people into other population. Only the first hypothesis was validated.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Stigmatizace duševně nemocných vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

V Českých Budějovicích 23. 4. 2007

.....

### **Poděkování**

Na tomto místě bych chtěla poděkovat Mgr. Kateřině Šuleřové za vedení mé diplomové práce, za její věnovaný čas a poskytnutí užitečných rad během zpracování mé práce. Dále bych chtěla poděkovat MUDr. Pavlu Churanovi a MUDr. Františku Žahourkovi, za umožnění výzkumu v jejich ordinacích.

## Obsah

|   |           |
|---|-----------|
| Úvod .....  | 7         |
| <b>1 Současný stav .....</b>  | <b>8</b>  |
| 1.1 Vývoj vztahu k duševně nemocným.....  | 8         |
| 1.2 Definice zdraví.....  | 9         |
| 1.3 Definice duševního zdraví.....  | 9         |
| 1.4 Definice duševní nemoci .....   | 9         |
| 1.5 Rozdělení duševních poruch.....   | 10        |
| 1.5.1 Rozdělení podle Mezinárodní klasifikace nemocí .....  | 10        |
| 1.5.2 Nejčastější psychické nemoci podle Světové banky a Světové zdravotnické organizace....                            | 10        |
| 1.5.3 Vybraná duševní nemoci .....  | 11        |
| 1.6 Organické duševní poruchy včetně symptomatických.....   | 11        |
| 1.6.1 Alzheimerova choroba .....  | 11        |
| 1.7 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy.....   | 12        |
| 1.7.1 Schizofrenie.....   | 12        |
| 1.7.2 Schizoafektivní porucha .....   | 14        |
| 1.7.3 Porucha s bludy .....   | 14        |
| 1.8 Afektivní poruchy .....   | 14        |
| 1.8.1 Deprese .....   | 15        |
| 1.8.2 Bipolární afektivní porucha .....   | 16        |
| 1.9 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy.....  | 16        |
| 1.9.1 Generalizovaná úzkostná porucha.....  | 16        |
| 1.9.2 Fobie.....  | 17        |
| 1.9.3 Obsedantně-kompulsivní porucha.....   | 17        |
| 1.9.4 Akutní reakce na stres a posttraumatická stresová porucha.....  | 18        |
| 1.9.5 Panická porucha .....   | 18        |
| 1.10 Poruchy osobnosti a chování u dospělých.....   | 19        |
| 1.10.1 Specifické poruchy osobnosti .....   | 19        |
| 1.11 Postavení duševně nemocného ve světě.....  | 19        |
| 1.11.1 Problematika duševně nemocných z pohledu Organizace spojených národů.....  | 19        |
| 1.11.2 Problematika duševně nemocných z pohledu Světové zdravotnické organizace (WHO) ...                               | 21        |
| 1.11.3 Problematika duševně nemocných z pohledu Rady Evropy .....   | 22        |
| 1.11.4 Práva duševně nemocných z pohledu Světové federace duševního zdraví a Mezinárodní federace duševního zdraví..... | 22        |
| 1.12 Postavení duševně nemocných v České republice.....   | 24        |
| 1.12.1 Problematika duševně nemocných z pohledu Českého helsinského výboru.....   | 24        |
| 1.12.2 Problematika duševně nemocných v ČR z pohledu Světové zdravotnické organizace .....                              | 25        |
| 1.12.3 Přístup duševně nemocných ke zdravotní dokumentaci v České republice .....                                       | 25        |
| 1.13 Sociální role duševně nemocného.....   | 26        |
| 1.14 Stigmatizace .....   | 26        |
| 1.14.1 Vznik stigmatizace.....  | 26        |
| 1.14.2 Definice stigmatizace .....  | 27        |
| 1.14.3 Důsledky stigmatizace.....   | 27        |
| 1.14.4 Výzkum na Kolumbijské univerzitě v New Yorku .....   | 28        |
| 1.15 Odstraňování stigmatizace.....   | 28        |
| 1.15.1 Projekt Změna.....   | 28        |
| 1.15.2 Česká asociace pro psychické zdraví.....   | 29        |
| 1.15.3 Německý projekt – Blázníš? No a! .....   | 30        |
| 1.15.4 Fokus Praha, o. s. ....  | 30        |
| <b>2 Cíle práce a hypotézy.....</b>   | <b>32</b> |
| 2.1 Cíle práce.....   | 32        |
| 2.2 Hypotézy.....   | 32        |

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| 2.2.1    | <i>Hypotéza 1</i>  | 32        |
| 2.2.2    | <i>Hypotéza 2</i>  | 32        |
| 2.2.3    | <i>Hypotéza 3</i>  | 32        |
| <b>3</b> | <b>Metodika</b>  | <b>33</b> |
| 3.1      | <i>Použitá metoda</i>  | 33        |
| 3.1.1    | <i>Předvýzkum</i>  | 33        |
| 3.1.2    | <i>Dotazník pro studenty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích</i>                     | 33        |
| 3.1.3    | <i>Dotazník určený pro klienty psychiatrických ambulancí</i>                                 | 34        |
| 3.1.4    | <i>Charakteristika výzkumného souboru</i>  | 34        |
| 3.1.5    | <i>Studenti</i>  | 34        |
| 3.1.6    | <i>Klienti</i>   | 35        |
| <b>4</b> | <b>Výsledky</b>  | <b>36</b> |
| 4.1      | <i>Výsledky dotazníku určeného pro studenty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích</i>  | 36        |
| 4.2      | <i>Výsledky dotazníku určeného pro klienty psychiatrických ambulancí</i>                     | 56        |
| <b>5</b> | <b>Diskuse</b>   | <b>79</b> |
| 5.1      | <i>Diskuse k dotazníku určeného pro studenty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích</i> | 79        |
| 5.2      | <i>Diskuse k dotazníku určeného pro klienty psychiatrických ambulancí</i>                    | 81        |
| <b>6</b> | <b>Závěr</b>   | <b>86</b> |
| <b>7</b> | <b>Seznam použitých zdrojů</b>   | <b>88</b> |
| <b>8</b> | <b>Klíčová slova</b>   | <b>92</b> |
| <b>9</b> | <b>Přílohy</b>   | <b>93</b> |

## Úvod

Na celém světě existují lidé trpící duševní poruchou, kteří mají stejná práva jako ostatní občané a často nejsou schopni je v důsledku svého onemocnění sami prosazovat a hájit. V České republice nebyla dosud vydána specifická legislativa, která by chránila jejich práva. V důsledku toho jsou duševně nemocní diskriminováni v přístupu k veřejným službám, hrozí jim častěji ztráta práce i majetku, během hospitalizace či při soudních řízeních jsou jejich práva obcházena či přímo porušována. V České republice rovněž existuje velmi málo zařízení komunitní péče (krizová centra, denní sanatoria, lůžková psychiatrická oddělení při nemocnicích), a proto se velké procento občanů s duševním postižením léčí v psychiatrických léčebnách. V důsledku toho mají lidé nedostatečné informace o těchto lidech, bojí se jich a vytváří si o nich mylné představy. Dochází tak ke stigmatizaci těchto lidí, v rámci které jsou vyloučeni ze společnosti, protože jsou duševně nemocní.

V důsledku toho mají potíže se získáním a udržením zaměstnání, problémy s bydlením, jsou více izolováni, méně spolupracují s lékaři a mají menší ochotu se léčit. Při nedostatečné léčbě dochází k chronifikaci nemoci a zvětšení stigmatu. Stigmatizace postihuje často jejich rodinu, ale i lékaře či ostatní personál, který přišel s těmito lidmi do kontaktu. I když v České republice není stále věnována integraci duševně nemocným dostatečná pozornost, objevují se nové cesty, jak jejich život přiblížit lidem, a tím snížit předsudky, které o nich lidé mají. Příkladem je projekt Změna, který byl naplánován na 3 roky (2004 - 2007) a jeho hlavním cílem je snižovat stigma a diskriminační projevy vůči duševně nemocným a oboru psychiatrie. Problematikou duševně nemocných se zabývají rovněž různé světové organizace, jako je Organizace spojených národů, Světová zdravotnická organizace či Rada Evropy. Pro zpracování mé diplomové práce jsem si vybrala téma – Stigmatizace duševně nemocných, protože je toto téma stále aktuální. Jelikož v dnešní době se o duševně nemocných, a to především díky médiím poměrně často hovoří. A díky tomu mají lidé o duševně nemocných v dnešní době více informací, než tomu bylo dříve. Zajímá mne také život těchto lidí mezi ostatní populací.

## 1 Současný stav

### 1.1 Vývoj vztahu k duševně nemocným

Počátky vytváření vztahů k duševně nemocným sahají do období starověku. Lidé se v té době domnívali, že duševní nemoc je projevem božího hněvu nebo posedlosti démonem. Proto byli lidé s postižením léčeni kněžími - lékaři na posvátných místech pomocí modliteb, zařikávání a vyhánění zlého ducha z těla. Tyto metody byly uplatňovány především v Egyptě a Babylonii v rámci tzv. chrámového lékařství. V období Antiky se vyskytovaly různé názory na vznik duševního onemocnění a jeho léčbu. Pythagoras se domníval, že jde o onemocnění mozku. Hippokrates se domníval, že jde o poruchu rovnováhy tělesných šťáv, a proto je nutné tyto šťávy omezovat např. pouštěním žilou, projímadly či dávidly. Asklepiades doporučoval houpání na visuté posteli ve světlé místnosti, sprchy, tělocvik a masáže. **(8, 32)**

Ve středověku se lidé domnívali, že duševní nemoci mají nadpřirozený původ, a proto byly spojovány s čarodějnictvím. Vznikaly inkviziční soudy, v rámci kterých byli takto označení lidé mučeni a donuceni přiznat, že jsou posedlí. Jako příručka k postupu při mučení sloužila kniha Kladivo na čarodějnice (*Malleus malleficarum*) z roku 1439. Nejčastějším trestem bylo upálení, které postihovalo hlavně ženy trpící hysterií či duševně choré trpící bludy nebo halucinacemi. Poslední inkviziční rozsudek smrti byl u nás vynesen v roce 1682. V 15. století vznikaly špitály, kde našli duševně nemocní azyl. U nás vznikl první azyl v roce 1458 ve Znojmě. **(8, 32)**

V roce 1755 zrušila Marie Terezie na návrh svého osobního lékaře Van Swietenův zákon o čarodějnictví. V druhé polovině 18. století provedl francouzský lékař Filip Pinel reformu péče o duševně choré ve Francii. Zasadil se o zřizování ústavů, kde bylo s duševně nemocnými humánně zacházeno. V roce 1784, kdy vznikl ústav pro pomatené, se i u nás začíná rozvíjet specializovaná péče o duševně nemocné. V roce 1790 byla v Praze založena Všeobecná nemocnice, v rámci které vznikl tzv. Tollhaus – budova pro duševně nemocné. V druhé polovině 19. století vznikaly pobočky městských nemocnic v podobě specializovaných ústavů, které dodnes slouží jako psychiatrické léčebny (např. Kosmonosy, Dobřany, Opařany a další). Po roce 1989 u



nás došlo k redukci počtu léčebných lůžek ve prospěch ambulantní péče. V současnosti se společnost na celém světě zaměřuje na ochranu práv duševně nemocných a jejich integraci do společnosti. **(8, 32)**

### ***1.2 Definice zdraví***

Světová zdravotnická organizace definuje zdraví jako stav naprostého fyzického, psychického a sociálního blaha. **(3)**

### ***1.3 Definice duševního zdraví***

Pavel Hartl uvádí duševní zdraví jako schopnost adaptace na prostředí a situace, přijímání všeho, co život přináší včetně sexuality a jiných forem pudového a citového života, umění rozeznávat je a v sociálním kontextu kontrolovat. V této knize je i uvedena starší definice rakouské psycholožky Marie Jahodové z roku 1955, která vytvořila šest kategorií, které definují duševní zdraví jako:

- a) pozitivní postoj jedince vůči sobě samému
- b) zdravý růst a stupeň sebeaktualizace,
- c) vyvinuté ústřední syntetizující funkce,
- d) autonomie,
- e) přiměřené vnímání reality,
- f) zvládnutí vnějšího prostředí. **(3)**

### ***1.4 Definice duševní nemoci***

Pavel Hartl uvádí, že duševní nemoc je choroba, jejíž podstatou je porucha duševních funkcí ve smyslu hyperfunkce, hypofunkce, dysfunkce nebo úplné ztráty funkce. **(3)** Jiný zdroj uvádí, že duševní nemoc je dřívější označení pro duševní poruchu charakterizovanou klinicky rozpoznatelným souborem příznaků nebo poruchou chování, které narušují funkci a jsou často spojeny s pocity tísně. **(8)**

## **1.5 Rozdělení duševních poruch**

### *1.5.1 Rozdělení podle Mezinárodní klasifikace nemocí*

V roce 1992 vydala Světová zdravotnická organizace 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí – MKN-10, která u nás vstoupila v platnost v roce 1993. Psychiatrii je v klasifikaci věnována pátá kapitola, která je označena písmenem F. Obsahuje přibližně tisíc kategorií, které jsou rozděleny do deseti sekcí, a to následujícím způsobem:

F00-F09 organické duševní poruchy včetně symptomatických

F10-F19 duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek

F20-F29 schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy

F30-F39 poruchy nálady (afektivní poruchy)

F40-F49 neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy

F50-F59 behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

F60-F69 poruchy osobnosti a chování u dospělých

F70-F79 mentální retardace (duševní opožďení)

F80-F89 poruchy psychického vývoje

F90-F98 poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci

F99 nespecifikovaná duševní porucha **(12)**

### *1.5.2 Nejčastější psychické nemoci podle Světové banky a Světové zdravotnické organizace*

Podle údajů Světové banky a Světové zdravotní organizace jsou třemi hlavními psychiatrickými nemocemi vyskytujícími se v populaci - deprese, bipolární poruchy a schizofrenie. Jako další vážná psychická onemocnění uvádějí Alzheimerovu chorobu, demenci, užívání alkoholu, drogovou závislost, stavy úzkosti a nespavost. **(38)** Některé z těchto nemocí popisuje tato práce podrobněji, jelikož jejich problematika je stále aktuální.

### *1.5.3 Vybraná duševní nemoci*

Duševní nemoci, o kterých tato práce podrobněji pojednává, lze zařadit podle Mezinárodní klasifikace nemocí do pěti následujících skupin. První skupinu tvoří organické a duševní poruchy včetně symptomatických. Nejčastější onemocnění v této skupině je Alzheimerova choroba. **(12)**

Druhou skupinu tvoří schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy. Nejběžnější onemocnění vyskytující se v této skupině jsou schizofrenie. Další onemocnění které náleží do této skupiny je schizoafektivní porucha, kterou lze rozlišit podle příznaků na depresivní, manický a smíšený typ. Poslední onemocněním z této rozsáhlé skupiny je porucha s bludy. **(12)**

Ve třetí skupině se nacházejí poruchy afektivní čili poruchy nálad, které příznaků dělíme na deprese, mánie a bipolární poruchy. **(8)**

V další skupině, kterou tvoří neurotické poruchy se nejčastěji vyskytují generalizovaná úzkostná porucha, fobie, obsedantně-kompulsivní porucha, akutní reakce na stres a posttraumatická stresová porucha, panická porucha. **(10)**

Poslední skupinu tvoří specifické poruchy osobnosti, které podle dominujících příznaků rozdělujeme na: paranoidní, schizoidní, disociální, emočně nestabilní, histriónskou, anankastickou, úzkostnou, závislou a narcistickou. **(13)**

### ***1.6 Organické duševní poruchy včetně symptomatických***

Organické duševní poruchy jsou charakterizované postižením centrálního nervového systému se zjištěnými morfoloickými změnami. Mezi změny patří například atrofie či mozkové infarkty. Na rozdíl od těchto poruch mají symptomatické poruchy primární poruchy lokalizované jinde než v oblasti mozkové. Do této skupiny patří například hypoxie mozku způsobená srdečním selháváním či akutní a chronická intoxikace. **(12)** Obě skupiny se prolínají a v mezinárodní statistické dokumentaci byly sloučeny a nacházejí se pod značkami F00-F09 v Mezinárodní klasifikaci nemocí. **(8)**

#### *1.6.1 Alzheimerova choroba*

Toto onemocnění patří mezi atroficko-degenerativní demence, proto je v Mezinárodní klasifikaci nemocí zařazena, jako demence u Alzheimerovy choroby,

kteřá je označena značkou F00. **(8)** Podle objevení klinických příznaků ji dále rozdělujeme na formu s časným začátkem, která se objevuje před 65. rokem života, a na formu s pozdním začátkem, která je charakterizována prvním výskytem příznaků ve věku 65 let a výše. Mezi příznaky této nemoci patří: zapomnětlivost, poruchy prostorové orientace, dezorientace místem, bloudění, poruchy logického uvažování, agresivita, inverze spánku, poruchy chování, depresivní ladění, afázie, agnózie, apraxie. V posledních stádiích této choroby jsou nemocní zcela závislí na péči druhé osoby. Při léčbě se užívá především farmakoterapie, kdy se kromě demence léčí i přidružené deprese, poruchy spánku či chování. Alzheimerova choroba má plynule progredující charakter a trvá od objevení prvních klinických příznaků průměrně 5-8 let **(12)**

## ***1.7 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy***

### *1.7.1 Schizofrenie*

Tato nemoc postihuje 0,2 – 1% světové populace což je přibližně 50 miliónů lidí. V České republice trpí schizofrenií až 100 000 lidí. Schizofrenie je psychotické onemocnění, které se nachází v Mezinárodní klasifikaci nemocí pod značkou F20. **(12)** V České republice je tato nemoc podle statistiky Ústavu informací ve zdravotnictví vůdčí diagnózou při přijetí na psychiatrické lůžkové oddělení. Průměrná doba hospitalizace s tímto onemocněním je 165 dní. **(20)**. Etiologie schizofrenie je různorodá. Na jejím vzniku se podílí vzájemným působením dědičné dispozice a vyvolávající podněty. **(13, 14)**

Příznaky schizofrenie se liší podle její formy Pro paranoidní schizofrenii, která vzniká v pozdějším věku než jiné varianty (40 - 45 let), je charakteristická patologická podezřívavost vůči okolí, která bývá posilována paranoidními bludy: pronásledováním, kontrolováním a ovlivňováním. Často se u nemocných vyskytují také halucinace, a to nejčastěji sluchové, které jim něco přikazují či jim hrozí. Nemocní jsou pak přesvědčeni, že jsou pronásledováni, že jim hrozí zničení, že budou použiti k nějakým účelům nadpřirozenými silami atd. Také se u nich může vyskytnout patologická žárlivost. **(13)**

Hebefrenní schizofrenie je na rozdíl od předešlé formy onemocněním adolescence a rané dospělosti (15 – 25 let) a je charakterizována poruchami myšlení a emočních reakcí. Tato forma vypadá jako prohloubená a protahovaná puberta s nápadným šaškováním a klackovitým chováním, které je nepřiměřené věku. Při této formě schizofrenie se vyskytují nejčastěji halucinace zrakové. **(13)**

Další druh schizofrenie se nazývá katatonní a je typický nápadnostmi v oblasti motorické aktivity, podle kterých je rozdělována na produktivní a stuporózní formu. První z nich je charakterizována nadměrnou a nepřiměřenou pohybovou aktivitou, v rámci které například nemocný opakuje určitá slova nebo pohyby. Druhá forma se projevuje zpomalením nebo útlumem veškeré motorické aktivity. Projevuje se to tím, že se pacient nehýbá, nemluví, vydrží velmi dlouho v jedné poloze nebo reaguje opačně na pokyny, ke kterým byl vybízen. **(13)**

Poslední formou je simplexní schizofrenie. Lidé s tímto onemocněním bývají pasivní, apatičtí, bez zájmu o okolí, autističtí a izolují se od společnosti. Jejich myšlení se postupně zhoršuje, až se dostanou na úroveň demence. **(13)** K léčbě schizofrenie se dnes používá hlavně farmakoterapie, a to v podobě antipsychotik neboli neuroleptik. **(20)** Dále bývá léčba doplněna psychoterapií a socioterapií. **(8)** Jako podpůrná terapie může být také použita hypnotherapie, která je sice u schizofrenních pacientů náročná, ale může pomoci pacientům při snížení napětí a úzkosti, zlepšení výkonnosti, udržení sebehodnocení, sebedůvěry a adaptaci v sociálním prostředí. **(15)**

Na konci roku provedla v České republice agentura DEMA spolu s projektem změna výzkum na téma: „Názory na schizofrenii“. Do výzkumu bylo zapojeno přibližně 700 dospělých lidí a bylo zjištěno, že informace, které mají lidé o podstatě a projevech schizofrenie jsou chabé a zcela nedostatečné. Informace, které se dostávají k běžným občanům o životě schizofreniků jsou náhodné a útržkovité. Také je často odtažitě chování k lidem se schizofrenií podněcováno mylnými informacemi, které si lidé předávají z generace na generaci. Studie v České republice, proto odpovídá širším představám o schizofrenii, v rámci které se lidé domnívají, že lidé s psychickými poruchami jsou neléčitelní, nevypočitatelní a agresivní. To je také důvodem toho, že lidé se schizofrenií se často potýkají se stigmatizací. **(39)**

### *1.7.2 Schizoafektivní porucha*

Během tohoto onemocnění se vyskytují u pacientů současně poruchy nálad a schizofrenní poruchy, které se projevují různými bludy, halucinacemi chorobně skleslou nebo zvýšenou náladou. **(12)** Jak již bylo dříve uvedeno bývá rozdělována na tři typy, které jsou uvedeny v Mezinárodní klasifikaci nemocí pod značkou F25. **(8)** Schizoafektivní porucha manického typu mívá akutní začátek a krátkodobý bouřlivý průběh, během kterého bývá hrubě narušeno chování. Dále existuje schizoafektivní porucha depresivního typu, která na rozdíl od předešlé formy trvá déle. Poslední typ je smíšený, který je kombinací obou předešlých typů. Při léčbě je nejčastěji indikována farmakoterapie, kdy se nemocným dávají neuroleptika, antidepresiva a thymoprofylaktika. **(8)** U silně depresivních pacientů se schizoafektivní poruchou se také využívá elektrokonvulzní terapie. **(12)** Schizoafektivní porucha manického typu ve většině případů končí během několika dnů úplným uzdravením. Ale schizoafektivní porucha depresivního typu, má horší prognózu, jelikož je u ní vysoké riziko sebevraždy pod vlivem patické depresivní nálady.

### *1.7.3 Porucha s bludy*

Porucha s bludy je onemocnění charakterizované jedním nebo více dobře formovanými bludy, které se prolínají s životem pacienta a mohou být doprovázeny i halucinacemi. V Mezinárodní klasifikaci nemocí je umístěna mezi trvalé poruchy s bludy, které se nacházejí pod značkou F22. **(8)** Bludy, které jsou nejčastěji perzekuční, introvertní, erotomanické, žárlivecké, hypochondrické, mohou zcela ovládnou pacientovo prožívání a jednání. Jako léčba je indikována farmakoterapie, při které nemocní užívají neuroleptika a antidepresiva. Součástí léčby je také psychoterapie. **(12)**

## ***1.8 Afektivní poruchy***

Tato skupina nemocí, která se v populaci vyskytuje přibližně mezi 1 – 3%, je v Mezinárodní klasifikaci nemocí umístěna pod značkami F30- F39. **(13, 8)** Lidé trpící těmito poruchami jsou zejména adolescenti, ženy (po porodu, po přechodu, vystavené násilí apod.), starší osamocení lidé a lidé trpící nevléčitelnými chorobami. **(37)** Pro poruchy nálad je charakteristický epizodický průběh, v rámci kterého se objevují různě

dlouhé epizody - fáze deprese či mánie. Pokud se u nemocného vyskytuje jen depresivní nebo jen manická fáze, pak se jeho porucha nazývá unipolární afektivní porucha. V případě výskytu obou fází je porucha nazývána jako bipolární afektivní porucha. Příznaky afektivních poruch se liší, podle jejich fází. **(4)**

### *1.8.1 Deprese*

Depresivní fáze, která je v Mezinárodní klasifikaci nemocí uložena pod značkou F32, je charakterizována depresivním syndromem, který se projevuje následujícím způsobem: neodůvodněnou chorobnou, smutnou náladou, ztrátou zájmů a potěšení z aktivit, které nemocného dříve bavily, poruchami sebehodnocení, sebeobviňováním, zpomaleným myšlením, sníženou schopností komunikace vedoucí až k sociální izolaci, celkovou nechutí k životu, pesimistickým pohledem do budoucnosti. a myšlenkami na sebevraždu. **(8)** Sebevražednými myšlenkami trpí až dvě třetiny depresivních pacientů a 10 – 15% sebevraždu spáchá. **(43)** Deprese je onemocnění celého organismu. Kromě psychických obtíží se mohou u nemocných také vyskytnou tělesné příznaky, jako je bolest hlavy, poruchy trávení, zácpa či dlouhodobé bolesti.**(17)** U těžších forem deprese se mohou objevit bludy, mezi kterými se často vyskytují hypochondrické představy, kdy si pacient myslí, že je nevléčitelně nemocný. Lidé s depresí také trpí nespavostí a nechutenstvím, v důsledku kterého ubývají na váze nebo naopak. **(37)**

Jako léčba u lehkých forem je stanovena psychoterapie. U těžších případů může být indikována v rámci farmakoterapie antidepresiva, které mohou být doplňovány elektrokonvulzní terapií. **(12)** V posledních deseti letech byla ve světě objevena nová metoda – repetitivní transkraniální magnetická stimulace. Podstatou této metody je magnetické pole, které působí v tkáni mozkové kůry. V tkáni vzniká elektrická stimulace, která vyvolává změnu aktivity nervových buněk. Pro pacienty s depresivními a úzkostnými poruchami tato metoda představuje naději na zlepšení zdravotního stavu, a také není vyloučeno, že by díky této metodě nemuseli dlouhodobě užívat léky. **(18)**

### *Mánie*

Manická fáze, která je v mezinárodní klasifikaci nemocí umístěna pod značkou F30, se projevuje manickým syndromem, v rámci kterého je u nemocného zvýšená

nálada, aktivita či motorický neklid, nadměrná hovornost, ztráta zábran vedoucí k nepřiměřenému, nezodpovědnému, rizikovému chování, jako je nepřiměřené utrácení, flámování, podnikání atd. **(8)** Také v rámci manické fáze se mohou vyskytovat bludy. Nejčastěji se jedná o megalomaničké bludy, kdy je nemocný přesvědčen o své významnosti a výlučnosti. **(13)** K léčbě manické fáze je nejčastěji indikována farmakoterapie, v rámci které nemocní užívají neuroleptika v kombinaci s benzodiazepiny

### *1.8.2 Bipolární afektivní porucha*

Tato porucha, která je v Mezinárodní klasifikaci nemocí označena jako F31, se vyznačuje střídáním manických a depresivních epizod. U postižených se může vyskytnout i epizoda smíšená, která představuje přechodný stav z jedné epizody do druhé nebo ji lze charakterizovat i jako nezávislý stav, kombinující rozdílné komponenty nálady, myšlení a chování. Při léčbě je indikována farmakoterapie, a to podle druhu fáze, kterou nemocný aktuálně prožívá. **(12)**

## **1.9 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy**

Poruchy náležící do této rozsáhlé skupiny, které se nacházejí v mezinárodní klasifikaci nemocí pod označením F40-F49, jsou charakterizované změnou prožívání, a pod vlivem narušených emocí i změnami fyziologických reakcí, uvažování a chování. **(13, 8)**

### *1.9.1 Generalizovaná úzkostná porucha*

Úzkostné poruchy, které mají v Mezinárodní klasifikaci nemocí označení jiné úzkostné poruchy F41, patří mezi nejčastější duševní onemocnění, neboť postihují z celoživotního hlediska až jednu čtvrtinu populace vyspělých zemí. Dokonce se někdy tvrdí, že úzkost se stala symbolem 20. století. **(12, 8)** Generalizovaná úzkostná porucha je charakterizována všeobecnou a trvalou úzkostí, která se týká každodenních záležitostí a jejich zvládnutí nebo obav z různých tělesných příznaků. Proto typickým příznakem této poruchy je nadměrné a téměř neustálé zaobírání se obavami, starostmi a stresujícími myšlenkami. Mezi nejčastější oblasti, kde se lidé obávají patří: zdraví,



přátelé, rodina, práce, škola, finance a denní povinnosti. Tato porucha je nejčastěji léčena farmakoterapií, a to podáváním antidepresiv a psychoterapií. **(10)**

### *1.9.2 Fobie*

Fobii lze charakterizovat jako příliš silný strach, který vede k tomu, že se nemocný vyhýbá určitým situacím nebo objektů, i když si uvědomuje, že jeho strach je nepřiměřený a nesmyslný vzhledem ke skutečné nebezpečnosti dané situaci nebo objektu. Fobie, které jsou v Mezinárodní klasifikaci nemocí označeny fobické úzkostné poruchy – F40, lze rozdělit do tří skupin. Specifické fobie jsou omezeny na určité situace, jako je například: tma, uzavřené prostory či nemoc ze záření a pohlavní nemoci. Specifické fobie lze rozdělit do tří skupin, a to na situační fobie, v rámci kterých mají lidé strach z uzavřených prostor, výšek, či přírodních úkazů jako je blesk, hrom atd. Další skupinu tvoří fobie ze zvířat, kdy se lidé bojí pavouků, hadů, myši či jiných zvířat. Poslední skupinu tvoří fobie z poranění, při které například lidé nemohou vidět krev, či určitý druh ošetření. **(8, 19)**

Agorafobie je strach z pobývání na místech, kde v případě nevolnosti nebo panického záchvatu není rychle dostupná pomoc. Lidé trpící touto fobií se proto vyhýbají kinům, supermarketům či dopravním prostředkům. Poslední je sociální fobie, v rámci které se lidé vyhýbají situacím, v nichž mohou být pozorováni a posuzováni druhými lidmi. V extrémních případech se uchylují k úplné sociální izolaci. **(10)** Při léčbě fobií se využívá především psychoterapie. A také je využívána farmakoterapie, v rámci které užívají pacienti antidepresiva. **(8)**

### *1.9.3 Obsedantně-kompulsivní porucha*

V dnešní době na celém světě trpí touto poruchou téměř 100 miliónů lidí. **(14)** Tato porucha, která má v Mezinárodní klasifikaci nemocí označení F42, je charakterizována neodbytnými vtírajícími se myšlenkami, představami (obsesemi) nebo akty (kompulsemi). Nemocní mohou trpět strachem ze špíny, nákazy či ze ztráty. Úzkost, kterou během obsesí pociťují snižují činy - kompulsemi, v rámci kterých si například 50krát umyjí ruce či 10krát vyfouknou špatnou myšlenku. **(8)** Lidé trpící

obsedantně kompulsivním syndromem také mohou trpět depresí. Objevuje se u nich v 70-80% a lékaře vyhledají, až když mají depresi rozvinutou či pro následky kompulsivního chování, mezi které patří například ekzémy či jiné poškození kůže po nadměrném umývání nebo dezinfekci. **(11)** Léčba této poruchy v psychoterapii, která je doplňována užíváním neuroleptik v rámci farmakoterapie. **(8)**

#### *1.9.4 Akutní reakce na stres a posttraumatická stresová porucha*

Tyto poruchy, které jsou v Mezinárodní klasifikaci nemocí zařazeny pod reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení, které jsou označeny jako F43, vznikají jako následek traumatizující situace. Liší se však v době vzniku. Akutní reakce na stres vzniká okamžitě jako odpověď na mimořádně výjimečný fyzický nebo duševní stres a během několika hodin až dnů odezní. Na tuto reakci může vzniknout částečná nebo úplná amnézie. Posttraumatická stresová porucha vzniká opožděně a je dlouhodobá. Rozvíjí se do šesti měsíců od stresující události. Postižený opakovaně prožívá traumatickou událost v živých myšlenkách, snech či fantaziích a také se vyhýbá místům a situacím spojených se stresující událostí. **(12, 8)** Při léčbě je využívána psychoterapie, krizová intervence a farmakoterapie, v rámci které nemocní užívají anxiolytika a antidepresiva. **(8)**

#### *1.9.5 Panická porucha*

Panická porucha, která je v Mezinárodní klasifikaci nemocí umístěna pod jiné úzkostné poruchy, s označením F41, je charakterizována nepředvídatelnými periodicky se opakujícími záchvaty masivní úzkosti, které nejsou vyvolány specifickou událostí. Úzkosti bývají doprovázeny somatickými projevy, mezi které patří: palpitace, bolest na hrudi, pocity dušnosti či závratě. Téměř vždy se objevuje u nemocných strach z umírání, ze ztráty sebekontroly nebo z náhlého zešílení. Vlastní ataka trvá 5-20 minut, ale výjimečně může trvat až jednu hodinu. K léčbě je využívána psychoterapie a farmakoterapie, v rámci které dostávají nemocní anxiolytika a antidepresiva. **(12, 8)**

Na rozdíl od jiných pacientů, jsou lidé trpící poruchami z této rozsáhlé skupiny méně vystavováni předsudkům. Například lidé trpící generalizovanou úzkostnou

poruchou či panickou poruchou, kvůli somatickým projevům onemocnění vyvolávají u okolí dojem, že jsou vážně tělesně nemocni a je potřeba je proto chránit. Obdobné je to i u fobií, kdy okolí je k postiženým tolerantní a jejich poruchy jsou brány spíše jako slabost či nedostatek odvahy, ale ne jako psychické poruchy. **(21)** I přesto však někteří pacienti, kteří onemocněli neurózou mají strach, že budou ve svém okolí posuzováni jako nezodpovědní, že ztratí zodpovědné zaměstnání, že v rozvodovém sporu jejich neuróza poslouží jako důkaz jejich neschopnosti vychovávat samostatně děti a podobně. K jejich obavám také přispívá fakt, že léčbou těžších neuróz se zabývá psychiatrie. **(7)**

### ***1.10 Poruchy osobnosti a chování u dospělých***

#### *1.10.1 Specifické poruchy osobnosti*

Specifické poruchy osobnosti, které mají v Mezinárodní klasifikaci nemocí označení F60, náleží do skupiny poruchy osobnosti a chování u dospělých, které je umístěna pod značkami F60-F69. **(8)** Porucha osobnosti je trvalý stav, který se projevuje nepříznivými nebo nadměrně zvýrazněnými vlastnostmi osobnosti, odchylkami v oblasti citového prožívání, uvažování i chování, zejména ve vztahu k druhým lidem a společnosti. Podle projevů poruchy se rozlišují specifické poruchy osobnosti na následující: paranoidní, schizoidní, disociální, emočně nestabilní, histriónskou, anankastickou, úzkostnou, závislou a narcistickou. **(13)** K léčbě poruch osobnosti je využívána psychoterapie a také v rámci farmakoterapie nemocní užívají antidepresiva, anxiolytika či neuroleptika **(12)**

### ***1.11 Postavení duševně nemocného ve světě***

#### *1.11.1 Problematika duševně nemocných z pohledu Organizace spojených národů*

Jelikož duševně nemocný člověk je pacient jako každý jiný, proto se jeho práva týkají dokumenty Organizace spojených národů mezi které patří:

Charta Organizace spojených národů z roku 1945,

Všeobecná deklarace lidských práv a svobod z roku 1948,

Mezinárodní pakt o občanských a politických právech z roku 1966,

Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech z roku 1966. **(37)**

V únoru roku 1992 přijala Organizace spojených národů rezoluci číslo 119, která se stala podkladem pro formulaci Principů k ochraně osob s duševními nemocemi a ke zlepšení péče o duševně nemocné. Principy jsou přílohou rezoluce a obsahují mimo jiné i následující prohlášení:

„Všechny osoby s duševní nemocí, které jsou pro takovou nemoc léčeny, budou léčeny s lidskostí a úctou k přirozené důstojnosti člověka.

Nevznikne žádná diskriminace na podkladě duševního onemocnění.

Zjištění, že některá osoba má duševní onemocnění, musí být provedeno v souladu s mezinárodně uznávanými lékařskými standardy.

Rodinné a pracovní konflikty nekonformita s morálními, sociálními, kulturními nebo politickými hodnotami nebo náboženskou vírou se nikdy nemohou stát rozhodujícím faktorem pro diagnózu duševního onemocnění.“ **(33)**

20. prosince 1971 vydalo Valné shromáždění Organizace spojených národů Deklaraci práv duševně postižených, která obsahuje následující body:

„1. Duševně postižený občan má, pokud je to možné, stejná práva jako ostatní občané.

2. Duševně postižený občan má nárok na přiměřené lékařské ošetření a terapii odpovídající potřebám, jakož i nárok na takové vzdělání, trénink, rehabilitaci a podporu, které co nejvíce mohou rozvinout jeho potenciál a schopnosti.

3. Duševně postižený člověk má právo na hospodářské zajištění a přiměřený životní standard.

4. Tam, kde je to možné, měl by duševně postižený žít se svojí vlastní nebo opatrovnickou rodinou a s ní společně sdílet život.

5. Duševně postižený občan má právo na kvalifikovaného opatrovníka, pokud je to k jeho blahu a zájmům žádoucí.

6. Duševně postižený občan má právo na ochranu před zneužíváním, pohrdáním a ponižujícím jednáním.

7. Pokud duševně postižený občan není v důsledku svého postižení v plném rozsahu využit všechna svá práva, nebo pokud by bylo nutné některá nebo všechna práva omezit

či odejmout, musí při průběhu omezení nebo odejmutí práv prokázat příslušná právní jistota proti jakékoliv formě zneužití.“ **(35)**

### *1.11.2 Problematika duševně nemocných z pohledu Světové zdravotnické organizace (WHO)*

Světová zdravotnická organizace, je organizace, vznikla v roce 1948, sídlí v Ženevě, a je součástí Organizace spojených národů. **(3)** V květnu roku 1998 přijala záměr programu s názvem Zdraví pro všechny v jednadvacátém století, v rámci kterého chce realizovat vizi Zdraví pro všechny z roku 1997. Tento záměr je určen pro evropský region, který si stanovil 21 cílů pro jeho realizaci. Jeden ze základních cílů je i zlepšení duševního zdraví, v rámci kterého by se měla do roku 2020 psychosociální pohoda lidí a pro lidi s duševními problémy by měli být dostupné komplexní služby. K dosažení toho cíle bylo nutné navrhnout několik aktivit mezi které patřilo i zaměření na potřebu destigmatizace a odstranění diskriminace. Tento návrh poukazuje na to, že lidé nemají dostatečné vědomosti o duševně nemocných a bojí se jich, a v důsledku toho je ignorují, napadají a ironizují. Což je důvodem toho, že v zemích dnešní Evropy přetrvává stigma, tabu a sociální diskriminace znevýhodněných, duševně zranitelných osob. Jako jediné východisko bylo uvedeno prohloubení poznatků a vědomostí. **(38)**

Rok 2001 vyhlásila Světová zdravotnická organizace spolu s Organizací spojených národů jako celosvětový rok duševního zdraví. Byla to významná událost a příležitost, jak zakomponovat otázky duševního zdraví do agend evropských zemí. Při této příležitosti se uskutečnilo několik setkání věnovaných duševnímu zdraví, ze kterých vznikla následující poselství:

„1. Zlepšení současného stavu v oblasti duševního zdraví lze dosáhnout promyšlenými politickými kroky, které jsou založeny na odborných poznacích. Měl by být posouzen vliv politických a společenských opatření, přičemž každá země by měla investovat do duševního zdraví.

2. Duševní poruchy jsou podceňovány, je jim věnováno málo pozornosti a také opatření, jelikož jsou spojeny se stigmatem, tabu a nedostatkem informací.

3. Duševní porucha je těžký, ale zvládnutelný problém, který může zasáhnout každého, ale dá se mu předejít prevencí a specifickými opatřeními.

4. Duševní porucha může být překonána integrací do společnosti.“

Vyhlášení roku duševního zdraví byla významná událost a příležitost, jak zakomponovat otázky duševního zdraví do agend evropských zemí. Otázka péče o duševní zdraví lidu se tak dostala do popředí zájmu, což je důležité. Také bylo upozorněno na význam primární péče, existující možnosti pomoci, léčby a reintegraci osob s duševním onemocněním. **(38)**

#### *1.11.3 Problematika duševně nemocných z pohledu Rady Evropy*

V únoru roku 1983 schválil Výbor ministrů Rady Evropy Doporučení No (83)2, které bylo adresováno členským státům a týkalo se právní ochranou osob trpících duševní poruchou a osob nedobrovolně hospitalizovaných. V dubnu roku 1994 přijalo Parlamentní shromáždění Rady Evropy doporučení 1235 (1994), které se týkalo psychiatrie a lidských práv. Tato doporučení sloužila jako podklad pro směrnice, které měly sledovat zajištění ochrany lidských práv a důstojnosti jedinců s duševní poruchou, zejména těch, kteří jsou nedobrovolně hospitalizováni, včetně na jejich práva na odpovídající terapii. **(38)**

#### *1.11.4 Práva duševně nemocných z pohledu Světové federace duševního zdraví a Mezinárodní federace duševního zdraví*

V roce 1989 byla přijata v Luxoru Světovou federací duševního zdraví Deklarace lidských práv duševně nemocných, která stanovuje základní oblasti, v nichž mohou být lidská práva duševně nemocných nejčastěji ohrožena, a to někdy i jednáním samotného nemocného. **(1)** Nejčastější práva a jejich příklady, která jsou porušována jsou následující:

„1. Právo být vnímán a respektován jako jedinečná lidská bytost – nedůstojné zacházení, zvláště při hospitalizaci

2. Právo na svobodné rozhodování o sobě samém – zneužívání nedobrovolné hospitalizace a příliš autoritativního terapeutického přístupu, někdy postup jiných orgánů
3. Právo na soukromí – kontrola pošty při hospitalizaci, nedostatek vlastního teritoria v lůžkových zařízeních
4. Právo na spravedlivou práci a spravedlivou odměnu – předčasná invalidizace, nemožnost sehnat práci při invalidním důchodu, nemožnost připravovat se na práci při dlouhodobé pracovní neschopnosti, odmítání ze strany potenciálních zaměstnavatelů, zadržování autorských honorářů, pracovní vykořisťování a podobně, nedostatečná odměna za práci
5. Právo na přiměřené hmotné zabezpečení, zvláště při ztrátě či oslabení výdělečných možností – nedostatečná výše invalidního důchodu, nedostatek ostatních sociálních podpor, nemožnost vydělávat peníze při invalidním důchodu
6. Právo na přiměřenou životní úroveň, včetně potravy, šatstva, bydlení, lékařské péče a nezbytných sociálních služeb – nedostupnost adekvátní lékařské péče, nedostupná sociální pomoc, vykazování do neuspokojivého bydlení
7. Právo na spolurozhodování o léčebných výkonech a postupech – direktivní terapeutický přístup, zvláště při nedobrovolné hospitalizaci
8. Právo na informovanost o podstatných skutečnostech nemoci – neposkytování či odmítání informací
9. Právo na lidský kontakt, na osobní svobodu – zakazování nebo omezování návštěv nebo kontaktů
10. Právo na kultivaci a osobní růst – nedostatek podnětů“ **(36)**

V roce 1989 vyhlásila mezinárodní federace duševního zdraví Deklaraci lidských práv a duševního zdraví, která vychází z Deklarace práv duševně nemocných a v některých pasážích je s ní shodná. **(1)** V této deklaraci je zdůrazňováno, že základní práva duševně nemocných jsou stejná jako práva všech ostatních občanů. Proto je nutné:

„Nepovažovat duševně nemocného v žádné situaci a za žádných okolností za vyčleněného z lidské společnosti,

jednat s ním jako s rovným byt' by tuto představu svým myšlením, chováním, konáním a stavem narušoval,  
chránit jeho práva ve všech ohledech, byt' si jich není vědom, nebo nedává najevo, že si jich vědom je,  
informovat jej o jeho stavu sociálním a zdravotním, o možnostech nápravy a léčby, být mu nápomocen,  
informovat jej o jeho právech, respektovat je a pomáhat k jejich dosažení.“ **(1)**

## ***1.12 Postavení duševně nemocných v České republice***

### *1.12.1 Problematika duševně nemocných z pohledu Českého helsinského výboru*

Český helsinský výbor, který vznikl v roce 1988, je nevládní nezisková organizace pro lidská práva, která je členem Mezinárodní helsinské federace pro lidská práva. **(31)** Tento výbor se spolu s Občanským sdružením na ochranu pacientů opakovaně zabýval ochranou a naplňováním práv duševně nemocných. Na základě výzkumů z roku 2003 bylo zjištěno, Česká republika dosud nepřijala zákon, upravující oblast péče o občany s duševním onemocněním, který by upravil a chránil práva duševně nemocných v situaci, kdy je zasahováno do řady jejich základních práv. mezi tato práva patří: právo na osobní svobodu a bezpečnost, právo na zachování lidské důstojnosti, právo na soudní ochranu a účast v soudním řízení, právo na informace a ochranu osobních údajů. **(39)**

Dalším závažným problémem, který byl zjištěn, je porušování základních lidských práv občanů, kteří se léčí dobrovolně či proti své vůli v psychiatrických léčebnách. Mezi základní právo duševně nemocných lidí patří právo žít a léčit se ve společnosti, a proto umístění a léčba v psychiatrické léčebně, jsou zásahem do základních lidských práv, a to zejména do práva na osobní svobodu a svobodu pohybu. K takovém zásahu by mělo dojít jen tehdy, když méně omezující způsob léčby selhal. Ale bohužel situace u nás je zcela opačná, jelikož 80 % občanů s duševním onemocněním se léčí v psychiatrických léčebnách, protože existuje velmi málo zařízení komunitní péče, mezi které patří: krizová centra, denní sanatoria a lůžková psychiatrická oddělení v rámci všeobecných nemocnic. **(39)**



### *1.12.2 Problematika duševně nemocných v ČR z pohledu Světové zdravotnické organizace*

Podle zprávy Světové zdravotnické organizace za rok 2001 více než čtvrtina ze 160 zemí světa, nemá specifickou legislativu pro oblast péče o duševní zdraví a mezi tyto země patří bohužel i Česká republika. I když mají duševně nemocní u nás stejná práva jako ostatní občané, nejsou schopni je v důsledku svého onemocnění prosazovat a hájit. Spolu s nedokonalou a nedostačující legislativou, pak dochází k tomu, že duševně nemocní jsou ve společnosti diskriminováni v přístupu k veřejným službám, hrozí jim častěji ztráta práce i majetku, během hospitalizace či při soudních řízeních jsou jejich práva obcházena či přímo porušována. Dále bylo zjištěno, že u nás chybí dostatečná kontrola nad opatrovníky, kteří jsou přiřazeni osobám s omezenou či zbavenou způsobilostí k právním úkonům. **(38)**

Řada problémů duševně nemocných, které v České republice kvůli různým výkladům právních norem, je spojena s umístěním pacienta v lůžkovém zřízení bez jeho souhlasu. V zařízeních je běžné, že souhlas s hospitalizací je zároveň i souhlas s medikací a léčebnými výkony. Proto, když je pacient umístěn v zařízení bez jeho souhlasu, tak často dochází k medikaci bez jeho výslovného souhlasu, respektive proti jeho vůli. Pacienti jsou často nedostatečně srozumitelně informováni o lécích, které užívají a o jejich vedlejších účincích. I když mají duševně nemocní právo být informováni o své zdravotním stavu, tak jim často lékaři neumožní přístup do jejich zdravotní dokumentace. **(38)**

### *1.12.3 Přístup duševně nemocných ke zdravotní dokumentaci v České republice*

Podle zprávy o stavu lidských práv Českého helsinského výboru, která byla vydána v únoru 2007, je právní úprava poskytování informací o zdravotním stavu pacientů stále neadekvátní. Výslovně neupravuje právo pacienta nahlížet do zdravotnické dokumentace o něm vedené, včetně práva převzít od lékaře svou zdravotnickou dokumentaci. Pacient má sice právo podle zákona č.20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu na poskytování veškerých informací vedených ve zdravotnické dokumentaci, ale v zákonu není uvedena forma poskytování informací z dokumentace.

Tak se proto v praxi stává, že lékaři si vykládají zákon po svém a pacientů neumožní do jejich dokumentace nahlédnout a pouze je informují ústně či jim předloží částečný výpis z dokumentace. **(41)**

V prosinci roku 2006 potvrdil Krajský soud v Hradci Králové, že duševně nemocní pacienti mají právo na přístup do zdravotnické dokumentace. Bylo rozhodnuto na základě žaloby, kterou ve prospěch klientky psychiatrické léčebny podaly nevládní organizace Centrum advokacie duševně postižených a Liga lidských práv. V roce 2005 se pokoušela klientka z psychiatrické léčebny získat kopii ze své zdravotní dokumentace, ale léčebna jí oznámila, že do své dokumentace nemá přístup. V květnu roku 2005 podaly výše jmenované nevládní organizace na léčebnu žalobu a v březnu roku 2006 o případu rozhodl Okresní soud Havlíčkově brod, a to ve prospěch klienty. Léčebna se však odvolala, a tak v prosinci téhož roku Krajský soud v Hradci Králové poprvé v české právní historii potvrdil právo na přístup do zdravotnické dokumentace člověku s duševní nemocí. Tento případ ukazuje, že neposkytování informací o pacientům o jejich zdravotnímu stavu je protiprávní. **(27)**

### ***1.13 Sociální role duševně nemocného***

Kdekoliv na světě mají duševně nemocní stíženou společenskou (sociální) roli. Denně se tak potýkají s problémy, z nichž nejčastější jsou: kriminalizace, nepochopení ostatních, problémy v práci i doma, neexistující potřebný odborný přístup v psychiatrických zařízeních, přílišné využívání psychiatrických zařízení a v důsledku toho těžký návrat do normálního života. V současné době je jedním z nejčastějších problémů stigmatizace. **(37)**

### ***1.14 Stigmatizace***

#### ***1.14.1 Vznik stigmatizace***

Pojem stigmatizace je odvozen od slova stigma, které je přejato z řečtiny a označuje výraz „vypálené znamení“, kterým byli označeni v antice otroci. Ve středověku byli tímto znamením označeni hlavně lidé s pohlavními chorobami, tuberkulózou, rakovinou a duševně nemocní. Kvůli znamení byli rozpoznáni, mučeni a

vyloučeni ze společnosti. V 17. a 18. století se tzv. vězeňská psychiatrie stavěla k psychicky odlišným lidem jako k zřejmým či pozdější zločinců, a tak s nimi bylo i jednáno. (42) Základy novodobé teorie značkování či nálepkování, což je jiné označení pro stigmatizaci, vznikly v rámci kriminologie, a to v období před druhou světovou válkou. Kalifornský sociolog T. Scheff se tehdy pokusil integrovat velké množství poznatků o deviantním jednání. Ačkoli se jednalo původně o obecnou teorii deviantního chování, byl tato teorie nejdetailněji rozpracována na problematiku duševních nemocí.

(5)

#### *1.14.2 Definice stigmatizace*

Stigmatizace je společenský předsudek vůči někomu, jemuž jsou pak připisovány záporné vlastnosti nebo je to také výraz pro předem dané záporné ohodnocení, které je okolím přisouzeno jedinci, skupině nebo organizaci. (3) Podle jiného zdroje, který se týká duševně nemocných, je stigmatizace je definována jako označování a vyloučení lidí ze společnosti, protože jsou duševně nemocní. Tento problém se netýká jen duševně nemocných, ale také jejich rodin a dokonce profesionálů, kteří se o nemocné starají (42) Další zdroj zabývající se rovněž problematikou duševně nemocných charakterizuje stigmatizaci jako označování nálepkou, v tomto případě přisuzování negativních atributů, které mohou být s duševní poruchou spojeny, mající za následek odtahitý přístup společnosti. (37)

#### *1.14.3 Důsledky stigmatizace*

Duševně nemocní se své nemoci bojí, protože je podle jejich názoru i podle názoru okolí jiná než ostatní nemoci. Nese s sebou stigma, které je jakýmsi shrnutím předsudku o tom, co znamená být duševně nemocný. Pro mnohé pacienty to znamená, že se musí vzdát své autonomie, rezignovat na své vidění skutečnosti a akceptovat, že budou považováni za nesvéprávné, zhlouplé, nevypočitatelné a nebezpečné. Často to také pro ně znamená, že jejich nemoc je nevléčitelná a oni patří do „blázince“ či ústavu. Nechtějí přijmout takovou vyhlídku, a to i když cítí, že potřebují opravdu pomoc. Nechtějí být předmětem obav, soucitu a diskriminace od ostatních lidí, a proto

často popírají potřebu vyhledat pomoc psychiatra. **(12)** Nemocní se obávají, a někdy bohužel oprávněně, že budou diskriminováni v soutěži o pracovní místa, v profesionální kariéře a že budou postaveni na okraj společnosti. **(22)** Důsledkem stigmatizace jsou tedy potíže se získáním a udržením zaměstnání, problémy s bydlením, zvýšení izolace, menší spolupráce s lékaři a ochota se léčit. **(42)** Kvůli zhoršujícím se životním podmínkám a většímu stresu se opakují zhoršení nemoci, a v důsledku toho dochází k chronifikaci nemoci a zvětšení stigmatu. Dopady na nositele nemoci jsou tak velké, že se někdy mluví o stigmatu jako o „druhotné nemoci“. Mnozí pacienti si více než na samotné příznaky nemoci stěžují na izolaci, osamocení a oslabený pocit vlastní sebehodnoty. **(42)**

#### *1.14.4 Výzkum na Kolumbijské univerzitě v New Yorku.*

Podle výzkumů bylo zjištěno, že stigmatizace je hlavním faktorem, který narušuje sociální a psychologické postavení lidí, kteří jsou označováni jako duševně nemocní. Vědci se zabývali otázkou, zda je možné odstranit stigmatizaci pomocí osvojení několika jednoduchých přístupů k těmto lidem. Domnívali se, že pokud by byla odpověď na tuto otázku kladná, potom by sociální problémy vyvolané stigmatizací jako je nezaměstnanost či vyloučení ze společnosti nebyly tak závažné, jak se tvrdí. Na vzorku duševně nemocných pacientů byl proveden výzkum, v rámci kterého se zjišťovalo, zda se zmenší stigmatizace, když budou tajit, že se léčí, budou seznamovat ostatní se svými problémy nebo budou předcházet situacím, ve kterých by mohli být znevýhodňováni. Žádná z těchto souvisejících strategií se neosvědčila, jelikož nedošlo ke zmenšování sociálních důsledků, které vznikly kvůli stigmatizaci. **(34)**

### ***1.15 Odstraňování stigmatizace***

#### *1.15.1 Projekt Změna*

V roce 1996 Světová psychiatrická organizace – World Psychiatric Association vytvořila program „Open the Doors“, který odstartoval rozsáhlou osvětlovací kampaň, jejímž cílem bylo změnit postoje okolí k lidem se schizofrenním onemocněním. Exprezident této organizace Norman Sartoria spolu s dalšími předními odborníky,

pacienty a jejich příbuznými vytvořili v České republice projekt s názvem Změna, který měl za cíl snižovat stigma a diskriminační postoje vůči duševně nemocným i oboru psychiatrie. Projekt byl naplánován na tři roky (2004-2007) a byl zaměřen především na schizofrenii, bipolární poruchu a psychiatrické poruchy v dětství a adolescenci. V rámci tohoto projektu byli, pacienti, příbuzní, lékaři a zdravotníci, veřejnost a státní správa seznámeni s těmito a dalšími duševními poruchami a informováni formou webových stránek, letáků, vzdělávacích akcí, spoluprací s organizacemi pacientů a příbuzných a především prostřednictvím médií (noviny, časopisy, televize). Jednou z plánovaných akcí tohoto projektu byla i kampaň v metru Praha, kde byla vystavována výtvarná díla duševně nemocných. **(42)**

#### *1.15.2 Česká asociace pro psychické zdraví*

Tato organizace byla založena v roce 1996 jako občanské sdružení uživatelů psychiatrické péče a jejich blízkých, poskytovatelů péče a širší zainteresované veřejnosti. Posláním České asociace pro psychické zdraví vytvářet příznivé prostředí pro ochranu duševního zdraví občanů v České republice. Dále se zaměřuje na vzdělávací a osvětovou činnost, vyvíjí snahu na změnu přístupu veřejnosti k péči o duševní zdraví a aktivně působí v seznamování veřejnosti se všemi jejími formami. Vyvíjí tlak na společnost, aby změnila přístup ke složité problematice osob s duševními poruchami a jejich občanskoprávnímu postavení. Také se podílí na vytváření podmínek, které umožňují těmto osobám co nejvyšší participaci na životě ve společnosti. Tato organizace pokládá za svoji povinnost hájit a prosazovat zájmy svých členů, klade si za úkol ve věcech společného zájmu jednat a úzce spolupracovat s orgány státní správy, parlamentními výbory a dalšími společenskými institucemi. V dubnu roku 2001 vytvořila tato organizace destigmatizační kampaň s názvem Měsíc bláznů, v rámci které se uskutečnila v Galerii Jiří Švestka výstava obrazů pacientů se schizofrenií nazvaná Chvála bláznovství II. **(26)**

### *1.15.3 Německý projekt – Blázníš? No a!*

Zakladatelkou tohoto projektu, který trval od května 2005 do června 2006 je členka spolku Irrsinning Menschlich - doktorka Manuela Richter-Werlingová. Do června 2005 využilo tohoto projektu 40 škol v sedmi spolkových zemích Německa. Cílem tohoto projektu je odbourat předsudky vůči lidem, kteří trpí psychickou nemocí. Aby došlo ke změně postojů a chování k těmto lidem, je třeba je osobně poznat. Proto v rámci projektu dochází na školy lidé, kteří mají zkušenost s duševní nemocí a psychiatrickou péčí a komunikují se studenty. Projekt byl také rozšířen na Slovensko, kde se s ním seznámili i pracovníci organizace Integra o. z. Michalovce. Do České republiky byl tento projekt, který byl spolufinancován Evropskou unií, také zaveden. Studenti na školách s ním byli seznámeni prostřednictvím organizace Fokus Praha, o. s. **(16, 28)**

### *1.15.4 Fokus Praha, o. s.*

Fokus Praha, o.s. je nevládní nezisková organizace, která vznikla v roce 1990. Již od začátku svého vzniku vytváří komunitní zdravotní a sociální služby, které duševně nemocným pomáhají překonat jejich problémy. Kromě duševně nemocných se toto sdružení obrací i na veřejnost a pracovníky, kteří přicházejí do styku s duševně nemocnými. Každoročně je proto pořádána informační a propagační kampaň – Týdny pro duševní zdraví. **(29)**

Fokus Praha, o.s. vytváří různé projekty, které jsou spolufinancované z Evropské unie. Kromě výše zmiňovaného projektu „Blázníš? No a!“ zorganizovalo sdružení následující projekty:

Rozvoj sociální firmy - tento projekt spočívá ve vytvoření alternativního uplatnění na trhu práce pro lidi obtížně zaměstnatelné a ověřuje sociální firmu jako schůdný model pro různé cílové skupiny.

Síť služeb zaměstnání pro dlouhodobě duševně nemocné - cílem tohoto projektu je lépe připravit dlouhodobě duševně nemocné na alternativní i otevřený trh práce a současně snížit nepochopení a předsudky ze strany zaměstnavatelů, kteří je mají zaměstnávat.

Evropská unie rovněž spolufinancuje projekty, které jsou určeny pro osoby, jejichž zaměstnání se týká i problematiky duševně nemocných. Mezi tyto projekty patří:

Vzdělávání odborníků v psychiatrických službách ve sdružení Fokus Praha,

System odborného vzdělávání pracovníků sociálních služeb pro dlouhodobě duševně nemocné. **(30)**

Kromě Prahy má sdružení Fokus pobočky v různých místech České republiky, kde se rovněž zabývají problematikou duševně nemocných. **(29)**

## **2 Cíle práce a hypotézy**

### **2.1 Cíle práce**

Cílem této diplomové práce je zmapovat problematiku stigmatizace duševně nemocných. Tento cíl byl dále rozdělen na tři dílčí cíle. Prvním z nich je zjištění subjektivně posuzované míry stigmatizace u psychicky nemocných, která má dopad na kvalitu jejich života a způsobuje u nich možnou diskriminaci v různých oblastech života. Druhým dílčím cílem je zjištění postojů studentů Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích k ambulantním psychiatrickým pacientům, zejména s ohledem na jejich právní postavení a z něj vyplívající možnou stigmatizaci, diskriminaci. Posledním dílčím cílem je zjištění míry integrace duševně nemocných.

### **2.2 Hypotézy**

Pro naplnění cílů diplomové práce, byly stanoveny následující hypotézy.

#### **2.2.1 Hypotéza 1**

Klienti, kteří navštěvují ambulantní zařízení pro léčbu psychických poruch, subjektivně pociťují stigmatizaci, která se projevuje diskriminací v různých oblastech života.

#### **2.2.2 Hypotéza 2**

Studenti Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích mají nedostatečné znalosti o právním postavení duševně nemocných.

#### **2.2.3 Hypotéza 3**

Duševně nemocní nejsou integrováni mezi ostatní populaci.



### 3 Metodika

#### 3.1 Použitá metoda

V diplomové práci byla pro účel výzkumu, který kombinuje prvky kvantitativní a kvalitativní, použita metoda kvantitativního výzkumu, a to dotazování. Jako technika sběru dat byl zvolen dotazník. Celkem byly vytvořeny dva originální dotazníky. Následná analýza získaných dat byla zpracována v programu SPSS pro PC. Statistické zpracování z tohoto programu zahrnovalo popisnou i vícerozměrnou statistickou analýzu dat. U otázek, které obsahovaly kvalitativní data, byla provedena kvalitativní obsahová analýza.

##### 3.1.1 Předvýzkum

Před vlastním výzkumem byl u obou druhů dotazníku proveden předvýzkum, v rámci kterého jsem zjišťovala, zda jsou otázky uvedené v obou dotaznících srozumitelné a mohou je použít. U dotazníku určeného pro studenty z Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích se zúčastnilo předvýzkumu osm studentů z různých fakult. U druhého dotazníku bylo pro předvýzkum zvoleno pět klientů navštěvujících psychiatrickou ambulanci a na základě jejich připomínek byl dotazník lehce doplněn do přesnější podoby.

##### 3.1.2 Dotazník pro studenty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

První dotazník byl určen pro studenty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Celkem bylo použito 23 otázek, které byly uzavřené, polootevřené a volné. (Příloha 1) V úvodu byla úvodní formule, která výzkum provádí, popisuje komu je dotazník určen, k jakému účelu dotazník slouží, ujišťuje respondenty, že dotazník je zcela anonymní a bude použit pouze pro potřeby diplomové práce. Také vysvětluje, jak mají respondenti postupovat při jeho vyplňování. První otázky jsou identifikační zjišťují pohlaví, věk, fakultu, kterou student navštěvuje a zda absolvoval předmět týkající se problematiky duševně nemocných. Další otázky jsou zaměřeny na pojmy, data a dokumenty spojené s duševně nemocnými, na jejich právní postavení a také na osobní

postoj studentů k těmto lidem. Poslední otázka je volná a studenti v ní mohou vyjádřit své připomínky či návrhy k problematice duševně nemocných.

Tento dotazník jsem některým studentům rozdala osobně a někteří jej obdrželi přes pověřené předem instruované osoby, kterými byli rovněž studenti z Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Studentům, kterým jsem dotazník rozdala jsem byla k dispozici při jeho vyplňování a dotazník jsem si od nich osobně vybrala. Ostatní dotazníky jsem vybrala od pověřených osob, které byly při vyplňování k dispozici svým spolužákům.

### *3.1.3 Dotazník určený pro klienty psychiatrických ambulancí*

Druhý dotazník byl určen pro klienty psychiatrických ambulancí a tvoří ho celkem 25 otázek, které jsou uzavřené, polootevřené a volné. (Příloha 2) V úvodu byla také použita úvodní formule, která výzkum provádí, popisuje komu je dotazník určen, k jakému účelu slouží, ujišťuje respondenty, že je zcela anonymní a bude použit pouze pro potřeby diplomové práce. Také popisuje a vysvětluje, jak mají respondenti při jeho vyplňování postupovat. První čtyři otázky jsou identifikační a zjišťují pohlaví, diagnózu, věk, nejvyšší ukončené vzdělání. Dále jsou v dotazníku uvedené otázky, které se týkají rodiny, zaměstnání, volného času, zkušeností duševně nemocného a jeho názorů na přístup společnosti k duševně nemocným.

Tyto dotazníky obdrželi sice klienti psychiatrických ambulancí prostřednictvím svých lékařů, od většiny klientům jsem však získala dotazníky zpět osobně. Zbylé dotazníky jsem získala zpět vyplněné prostřednictvím lékařů, kteří byli mými pověřenými předem instruovanými osobami.

### *3.1.4 Charakteristika výzkumného souboru*

Výzkum této diplomové práce se uskutečnil na dvou výzkumných souborech.

### *3.1.5 Studenti*

První výzkumný soubor tvořili studenti všech fakult Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Celkem jim bylo rozdáno 100 dotazníků, které byly po

vyplnění odebrány, tudíž návratnost byla 100%. Výzkum probíhal v únoru a v březnu roku 2007.

### *3.1.6 Klienti*

Druhý výzkumný soubor tvořili klienti navštěvující dvě psychiatrické ambulance v Českých Budějovicích a v Písku. V březnu a únoru a na začátku dubna roku 2007 bylo celkem do těchto ordinací rozdáno 100 dotazníků. V Českých Budějovicích vyplnilo dotazník 40 lidí a v Písku 20, tudíž celková návratnost dotazníků byla 60%.

## 4 Výsledky

### 4.1 Výsledky dotazníku určeného pro studenty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

Při výzkumu bylo v rámci prvního dotazníkového šetření 100 anonymních dotazníků, které měli 23 otázek a jejich návratnost byla 100 %. (Příloha 1) Výsledky dotazníkového šetření jsou uváděny procentuelně a v tabulkách i v absolutních hodnotách.

První tři otázky byly identifikační a zkoumaly pohlaví, věk a fakultu, kterou student navštěvuje. Otázka č. 1 zjišťovala pohlaví studentů

**Tabulka A 1: Pohlaví ( k otázce 1)**

| Valid | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| žena  | 52        | 52,0    | 52,0          | 52,0               |
| muž   | 48        | 48,0    | 48,0          | 100,0              |
| Total | 100       | 100,0   | 100,00        |                    |

Zdroj: Vlastní výzkum

Dotazníkového šetření ze zúčastnilo 48 % mužů a 52 % žen.

Otázka č. 2 byla zaměřena na věk respondentů

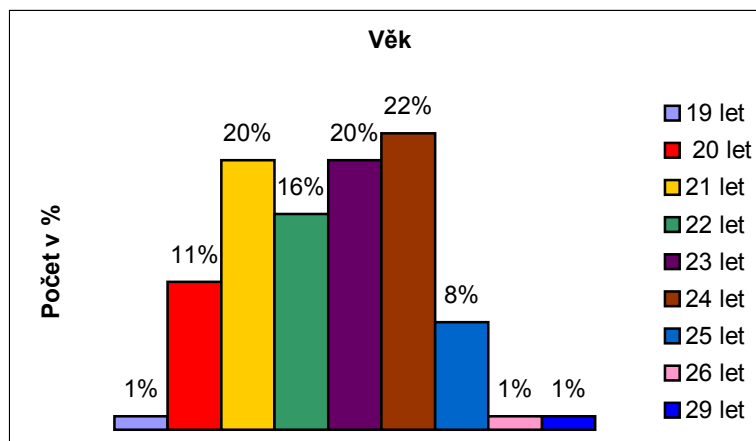
**Tabulka A 2: Věk ( k otázce 2)**

| Valid | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| 19,00 | 1         | 1,0     | 1,0           | 1,0                |
| 20,00 | 11        | 11,0    | 11,0          | 12,0               |
| 21,00 | 20        | 20,0    | 20,0          | 32,0               |
| 22,00 | 16        | 16,0    | 16,0          | 48,0               |
| 23,00 | 20        | 20,0    | 20,0          | 68,0               |
| 24,00 | 22        | 22,0    | 22,0          | 90,0               |
| 25,00 | 8         | 8,0     | 8,0           | 98,0               |
| 26,00 | 1         | 1,0     | 1,0           | 99,0               |
| 29,00 | 1         | 1,0     | 1,0           | 100,0              |
| Total | 100       | 100,0   | 100,0         |                    |

Zdroj: Vlastní výzkum

Výzkumu se zúčastnilo 1 % studentů ve věku 19 let, 11 % ve věku 20 let, 20 % ve věku 21 let, 16 % ve věku 22 let, 20 % ve věku 23 let, 22 % ve věku 24 let, 8 % ve věku 25 let, 1 % ve věku 26 a 1 % studentů ve věku 29 let. Největší skupinu a to 22 % tvořili studenti ve věku 24 let. Tato tabulka je procentuelně vyjádřena v následujícím grafu.

**Graf A 2 Věk (k otázce 2) (v %)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 3 se zaměřila na fakultu, kterou student navštěvuje.

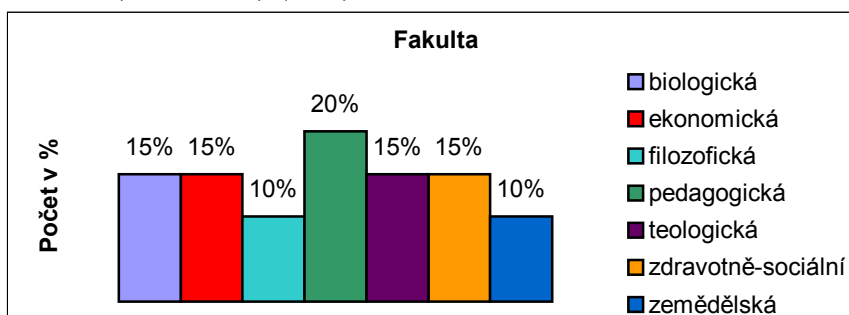
**Tabulka A 3: Fakulta ( k otázce 3)**

| Valid              | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| biologická         | 15        | 15,0    | 15,0          | 15,0               |
| ekonomická         | 15        | 15,0    | 15,0          | 30,0               |
| filozofická        | 10        | 10,0    | 10,0          | 40,0               |
| pedagogická        | 20        | 20,0    | 20,0          | 60,0               |
| teologická         | 15        | 15,0    | 15,0          | 75,0               |
| zdravotně-sociální | 15        | 15,0    | 15,0          | 90,0               |
| zemědělská         | 10        | 10,0    | 10,0          | 100,0              |
| Total              | 100       | 100,0   | 100,0         |                    |

Zdroj: Vlastní výzkum

Nejvíce studentů bylo z pedagogické fakulty a to 20 %. Z biologické, ekonomické, teologické a zdravotně-sociální se zúčastnilo dotazníkového šetření 15 %. A z filozofické a zemědělské fakulty se výzkumu zúčastnilo 10 % studentů.

**Graf A 3 Fakulta (k otázce 3) (v %)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 4 zjišťovala, zda studenti během studii absolvovali předmět, v rámci kterého byla probírána i problematika duševně nemocných.

**Tabulka A 4: Absolvování předmětu (k otázce 4)**

| Valid | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| ano   | 46        | 46,0    | 46,0          | 46,0               |
| ne    | 54        | 54,0    | 54,0          | 100,0              |
| Total | 100       | 100,0   | 100,0         |                    |

Zdroj: Vlastní výzkum

Z této tabulky lze vyčíst, že 46 % studentů absolvovalo předmět, který obsahoval problematiku duševně nemocných

Následující otázka č. 5 zkoumala, jestli studenti znají datum Světového dnu zdraví.

**Tabulka A 5: Znalost Světového dnu zdraví (k otázce 5)**

| Valid           | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-----------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| správná odpověď | 8         | 8,0     | 8,0           | 8,0                |
| špatná odpověď  | 3         | 3,0     | 3,0           | 11,0               |
| nevím           | 89        | 89,0    | 89,0          | 100,0              |
| Total           | 100       | 100,0   |               |                    |

Zdroj: Vlastní výzkum

8 % studentů vědělo, kdy je Světový den zdraví. 3 % uvedla špatné datum a 89 % tento datum neví.

Následující otázka č. 6 ověřovala, jestli studenti znají dokumenty zaměřené na ochranu práv duševně nemocných.

**Tabulka A 6.1: Znalost dokumentu zaměřeného na ochranu lidských práv (k otázce 6)**

| Valid            | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| jeden dokument   | 11,0      | 11,0    | 11,0          | 11,0               |
| ano-bez odpovědi | 3,0       | 3,0     | 3,0           | 14,0               |
| Ne               | 86,0      | 86,0    | 86,0          | 100,0              |
| Total            | 100,0     | 100,0   | 100,0         |                    |

Zdroj: Vlastní výzkum

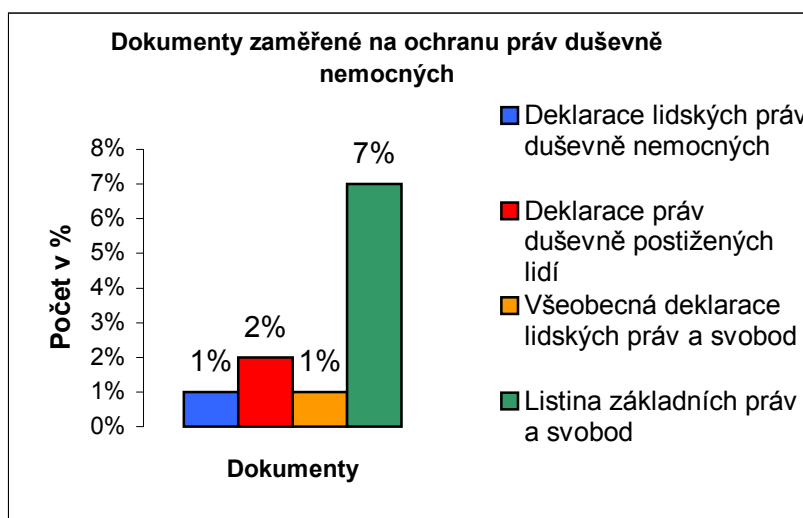
14 % studentů ví, že dokumenty existují, ale pouze 11 % dokázalo jeden vyjmenovat. 86 % nevedlo žádný

**Tabulka A 6.2: Dokumenty zaměřené na ochranu lidských práv (k otázce 6)**

| Dokument                                   | Počet | Počet v % |
|--|-------|-----------|
| Deklarace lidských práv duševně nemocných  | 1     | 1%        |
| Deklarace práv duševně postižených lidí    | 2     | 2%        |
| Všeobecná deklarace lidských práv a svobod | 1     | 1%        |
| Listina základních práv a svobod           | 7     | 7%        |

Zdroj: Vlastní výzkum

**Graf A 6.2: Dokumenty zaměřené na ochranu práv duševně nemocných (k otázce 6) (v %)**



Zdroj: Vlastní výzkum

7 % respondentů zná Listinu základních práv a svobod, 2 % pak Deklaraci práv duševně postižených lidí a 1 % Deklaraci lidských práv duševně nemocných a Všeobecnou deklaraci lidských práva svobod.

Otázka č. 7. zkoumala, znalosti existence zákonů, které se týkají práv duševně nemocných v České republice.

**Tabulka A 7.1: Znalosti existence zákonů týkajících se práv duševně nemocných ČR (k otázce 7)**

| Valid            | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| jeden zákon      | 3         | 3,0     | 3,0           | 3,0                |
| dva zákony       | 1         | 1,0     | 1,0           | 4,0                |
| ano-bez odpovědi | 32        | 32,0    | 32,0          | 36,0               |
| ne               | 2         | 2,0     | 2,0           | 38,0               |
| nevím            | 62        | 62,0    | 62,0          | 100,0              |
| Total            | 100       | 100,0   | 100,0         |                    |

Zdroj: Vlastní výzkum

34 % studentů ví o existenci zákonů, ale jen 3 % uvedlo jeden zákon a 1% dva zákony.

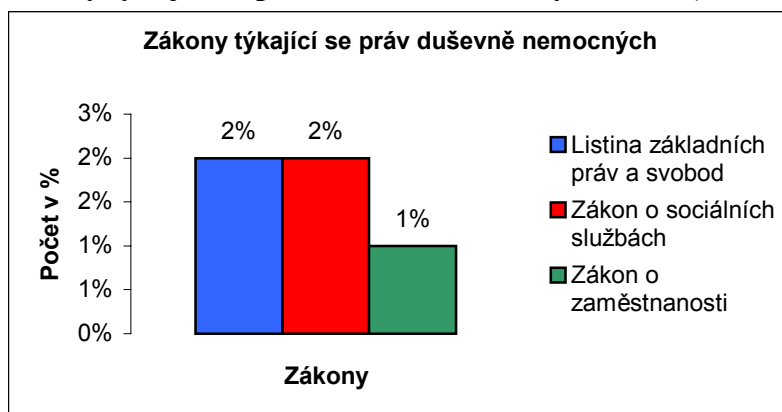


**Tabulka A 7.2: Zákony týkající se práv duševně nemocných v ČR (k otázce 7)**

| Zákon                            | Počet | Počet v % |
|----------------------------------|-------|-----------|
| Listina základních práv a svobod | 2     | 2%        |
| Zákon o sociálních službách      | 2     | 2%        |
| Zákon o zaměstnanosti            | 1     | 1%        |

Zdroj: Vlastní výzkum

**Graf A 7.2: Zákony týkající se práv duševně nemocných v ČR (k otázce 7) (v %)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Studenti nejčastěji znají Listinu základních práv a svobod, kterou spolu se Zákonem o sociálních službách uvedla 2 %. Zákon o zaměstnanosti uvedlo 1 % respondentů.

Následující dvě otázky zkoumaly, zda studenti znají duševní poruchy a faktory, které se podílí na jejich vzniku. První z nich otázka č. 8, byla zaměřena na vyjmenování duševních poruch.

**Tabulka A 8.1: Znalost duševních poruch (k otázce 8)**

| Valid             | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| jedna porucha     | 17        | 17,0    | 17,0          | 17,0               |
| dvě poruchy       | 26        | 26,0    | 26,0          | 43,0               |
| tři poruchy       | 26        | 26,0    | 26,0          | 69,0               |
| čtyři poruchy     | 16        | 16,0    | 16,0          | 85,0               |
| pět a více poruch | 8         | 8,0     | 8,0           | 93,0               |
| Žádná             | 7         | 7,0     | 7,0           | 100,0              |
| Total             | 100       | 100,0   | 100,0         |                    |

Zdroj: Vlastní výzkum

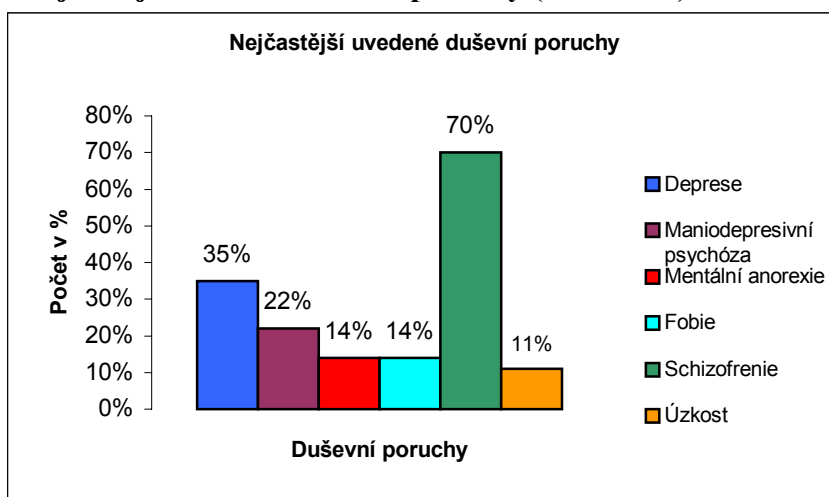
17 % studentů vyjmenovalo jednu poruchu, 26 % dvě poruchy, 26 % tři poruchy, 16 % čtyři poruchy a 8 % pět a více poruch. 7 % nevedlo žádnou.

**Tabulka A 8.2: Nejčastější uvedené duševní poruchy (k otázce 8)**

| Duševní porucha          | Počet | Počet v % |
|--------------------------|-------|-----------|
| deprese                  | 35    | 35%       |
| maniodepresivní psychóza | 22    | 22%       |
| mentální anorexie        | 14    | 14%       |
| fobie                    | 14    | 14%       |
| schizofrenie             | 70    | 70%       |
| úzkost                   | 11    | 11%       |

Zdroj: Vlastní výzkum

**Graf A 8.2: Nejčastější uvedené duševní poruchy (k otázce 8)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejvíce studentů, a to 70 %, uvedlo schizofrenii. Dále s 35 % byla uvedena deprese a následně maniodepresivní psychóza, která získala 22 %. Mentální anorexie a fobie získaly 14 % a poslední úzkost 11%.

Otázka č. 9. zkoumala, zda studenti znají faktory, které se podílejí na vzniku duševní choroby.

**Tabulka A 9.1: Znalost faktorů podílejících se na vzniku duševní choroby (k otázce 9)**

| Valid              | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| jeden faktor       | 13        | 13,0    | 13,0          | 13,0               |
| dva faktory        | 30        | 30,0    | 30,0          | 43,0               |
| tři faktory        | 29        | 29,0    | 29,0          | 72,0               |
| čtyři faktory      | 6         | 6,0     | 6,0           | 78,0               |
| pět a více faktorů | 3         | 3,0     | 3,0           | 81,0               |
| Žádný              | 19        | 19,0    | 19,0          | 100,0              |
| Total              | 100       |         |               |                    |

Zdroj: Vlastní výzkum

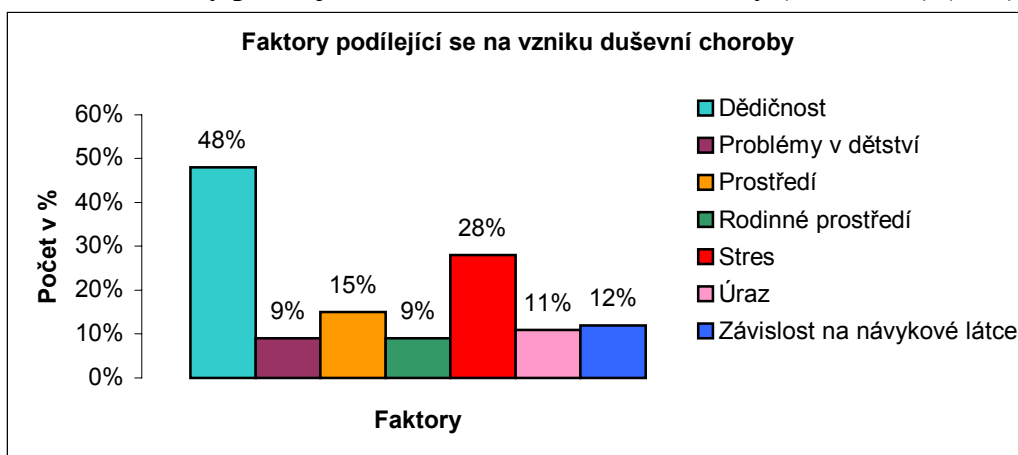
13 % studentů uvedlo alespoň jeden faktor, 30 % dva faktory, 39 % tři faktory, 6 % čtyři faktory a 3 % pět a více faktorů, které se podílejí na vzniku duševní choroby 19 % neuvedlo žádný.

**Tabulka A 9.2 Faktory podílející se na vzniku duševní choroby (k otázce 9)**

| Faktory                     | Počet | Počet v % |
|-----------------------------|-------|-----------|
| dědičnost                   | 48    | 48%       |
| problémy v dětství          | 9     | 9%        |
| prostředí                   | 15    | 15%       |
| rodinné prostředí           | 9     | 9%        |
| stres                       | 28    | 28%       |
| úraz                        | 11    | 11%       |
| závislost na návykové látce | 12    | 12%       |

Zdroj: Vlastní výzkum

**Graf A 9.3: Faktory podílející se na vzniku duševní choroby (k otázce 9) (v %)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejvíce studentů, a to 48 % uvedlo dědičnost, jako faktor, který se podílí na vzniku duševní choroby. Dále s 28 % byl uveden stres. Prostředí získalo 15 %. Následně byla uvedena s 12 % závislost na návykové látce. Úraz vyjmenovalo 11 % a problémy v dětství a rodinné problémy uvedlo 9 % studentů.

V otázce č. 10 měli respondenti vyjmenovat tři vlastnosti, které charakterizují člověka s duševní poruchou.

**Tabulka A 10.1: Vyjmenování vlastností člověka s duševní poruchou (k otázce 10)**

| Valid                   | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| jedna vlastnost         | 5         | 5,0     | 5,0           | 5,0                |
| dvě vlastnosti          | 18        | 18,0    | 18,0          | 23,0               |
| tři vlastnosti          | 48        | 48,0    | 48,0          | 71,0               |
| čtyři a více vlastností | 10        | 10,0    | 10,0          | 81,0               |
| žádná vlastnost         | 15        | 15,0    | 15,0          | 96,0               |
| nelze zobecnit          | 4         | 4,0     | 4,0           | 100,0              |
| Total                   | 100       | 100,0   | 100,0         |                    |

Zdroj: Vlastní výzkum

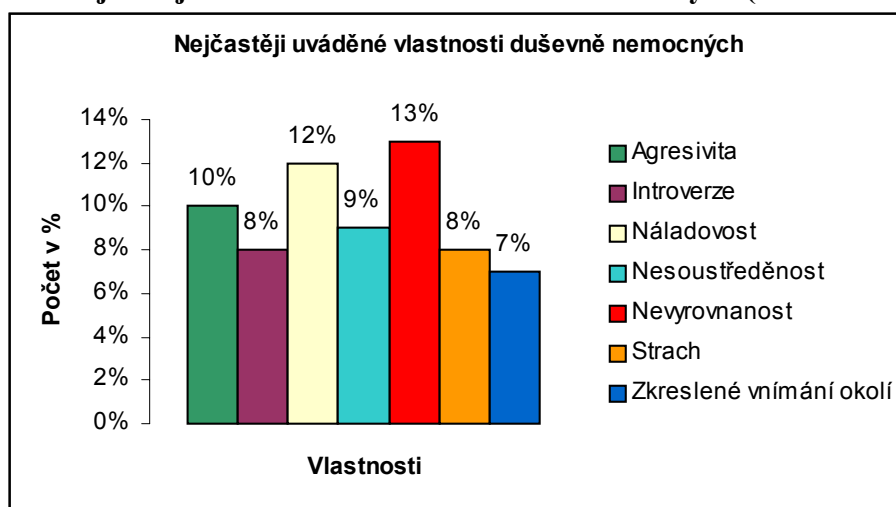
Jednu vlastnost vyjádřilo 5 % respondentů. Dále 18 % uvedlo dvě vlastnosti, 48 % tři vlastnosti a 10 % čtyři a více vlastností člověka s duševní chorobou. 4 % uvedla, že vlastnosti nelze zobecnit a 15 % neuvedlo žádnou.

**Tabulka A 10.2: Nejčastěji uváděné vlastnosti duševně nemocných (k otázce 10)**

| Vlastnost               | Počet | Počet v % |
|-------------------------|-------|-----------|
| agresivita              | 10    | 1%        |
| introverze              | 8     | 8%        |
| náladovost              | 12    | 12%       |
| nesoustředěnost         | 9     | 9%        |
| nevyrovnanost           | 13    | 13%       |
| strach                  | 8     | 8%        |
| zkreslené vnímání okolí | 7     | 7%        |

Zdroj: Vlastní výzkum

**Graf A 10.2 Nejčastěji uváděné vlastnosti duševně nemocných (k otázce 10) (v %)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejčastější vlastnost, kterou studenti uvedli, a to ve 13 % je nevyrovnanost. Další vlastností s 12 % je náladovost. 10 % respondentů uvedlo agresivitu a 9% pak nesoustředěnost. Po 8 % mají introverze a strach. A poslední nejčastější vlastnost je zkreslené vnímání okolí, kterou uvedlo 7 % studentů.

Otázka č. 11 zjišťovala, zda se respondenti bojí duševně nemocných lidí

**Tabulka A 11: Strach z duševně nemocných (k otázce 11)**

| Valid            | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| ano              | 29        | 29,0    | 29,0          | 29,0               |
| ne               | 61        | 61,0    | 61,0          | 90,0               |
| záleží na nemoci | 10        | 10,0    | 10,0          | 100,0              |
| Total            | 100       | 100,0   | 100,0         |                    |

Zdroj: Vlastní výzkum

Z duševně nemocných má strach 29 % respondentů. 10 % uvedlo, že záleží na druhu nemoci a 61 % se duševně nemocných nebojí.

Následujících devět otázek bylo zaměřeno na právní postavení duševně nemocných.

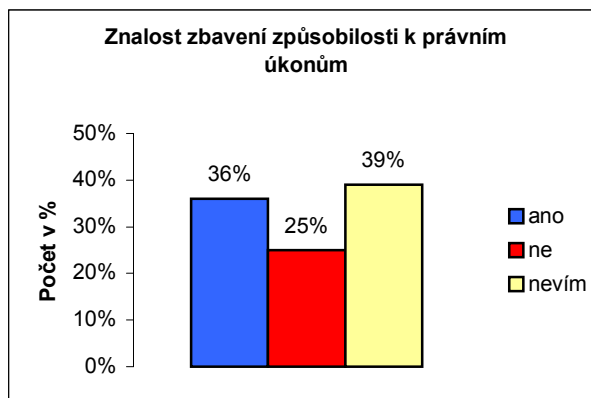
Otázka č. 12 zkoumala znalosti o zbavení způsobilosti k právním úkonům u člověka, u kterého je jeho porucha přechodná..

**Tabulka A 12: Znalost zbavení způsobilosti k právním úkonům (k otázce 12)**

| Valid | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| ano   | 36        | 36,0    | 36,0          | 36,0               |
| ne    | 25        | 25,0    | 25,0          | 61,0               |
| nevím | 39        | 39,0    | 39,0          | 100,0              |
| Total | 100       | 100,0   | 100,0         |                    |

Zdroj: Vlastní výzkum

**Graf A 12: Znalost zbavení způsobilosti k právním úkonům (k otázce 12) (v %)**



Zdroj: Vlastní výzkum

36 % studentů se domnívalo, že člověka, u kterého je duševní nemoc přechodná, lze zbavit způsobilosti k právním úkonům. Naopak 25 % uvedlo, že nelze. A 39 % studentů neznalo odpověď.

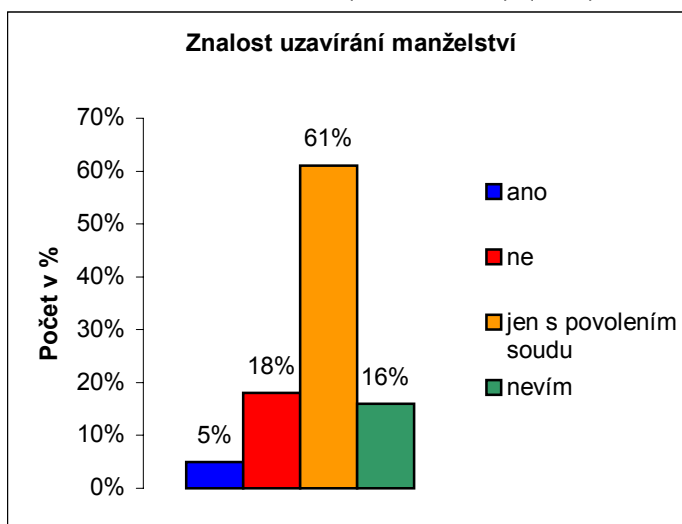
Otázka č. 13 byla zaměřena na znalost uzavírání manželství, u lidí, kteří jsou zbaveni způsobilosti k právním úkonům,

**Tabulka A 13: Znalost uzavírání manželství (k otázce 13)**

| Valid                 | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-----------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| ano                   | 5         | 5,0     | 5,0           | 5,0                |
| ne                    | 18        | 18,0    | 18,0          | 23,0               |
| jen s povolením soudu | 61        | 61,0    | 61,0          | 84,0               |
| nevím                 | 16        | 16,0    | 16,0          | 100,0              |
| Total                 | 100       | 100,0   | 100,0         |                    |

Zdroj: Vlastní výzkum

**Graf A 13: Znalost uzavírání manželství (k otázce 13) (v %)**



Zdroj: Vlastní výzkum

5 % respondentů se domnívalo, že duševně nemocní lidé zbaveni způsobilosti k právním úkonům mohou uzavírat manželství. Na druhé straně 18 % se domnívalo, že to nelze. 61 % uvádí, že je to možné, jen s povolením soudu. 16 % respondentů nevědělo odpovědět.

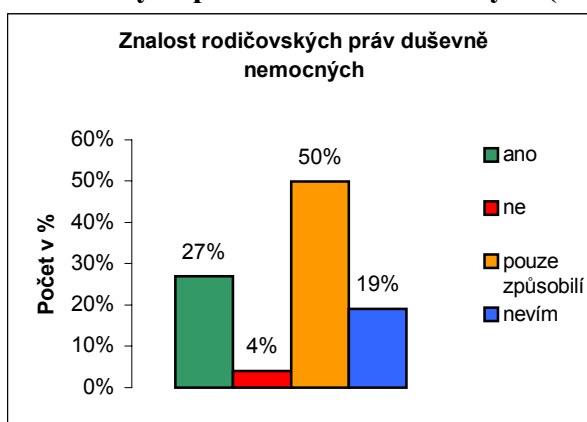
Otázka č. 14 zkoumala znalost rodičovských práv duševně nemocných.

**Tabulka A 14: Znalost rodičovských práv duševně nemocných (k otázce 14)**

| Valid         | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| ano           | 27        | 27,0    | 27,0          | 27,0               |
| ne            | 4         | 4,0     | 4,0           | 31,0               |
| jen způsobilí | 50        | 50,0    | 50,0          | 81,0               |
| nevím         | 19,0      | 19,0    | 19,0          | 100,0              |
| Total         | 100       | 100,0   | 100,0         |                    |

Zdroj: Vlastní výzkum

**Graf A 14: Znalost rodičovských práv duševně nemocných (k otázce 14) (v %)**



Zdroj: Vlastní výzkum

27 % respondentů se domnívalo, že duševně nemocní mají rodičovská práva. Naopak 4 % se domnívalo, že nemají. 50 % uvedlo rodičovská práva jen u duševně nemocných, kteří mají způsobilost k právním úkonům v plném rozsahu. 19 % nevědělo odpověď.



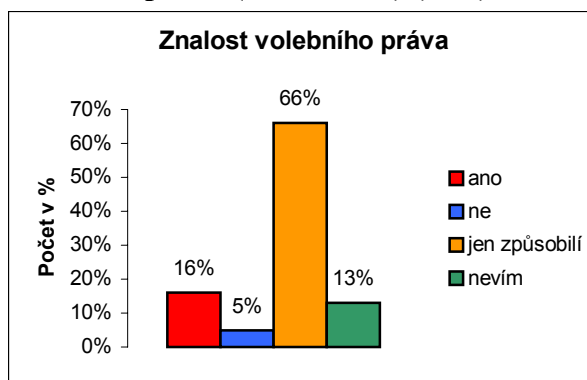
Otázka č. 15 zkoumala znalost volebního práva duševně nemocných

**Tabulka A 15: Znalost volebního práva (k otázce 15)**

| Valid         | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| ano           | 16        | 16,0    | 16,0          | 16,0               |
| ne            | 5         | 5,0     | 5,0           | 21,0               |
| jen způsobilí | 66        | 66,0    | 66,0          | 87,0               |
| nevím         | 13        | 13,0    | 13,0          | 100,0              |
| Total         | 100       | 100,0   | 100,0         |                    |

Zdroj: Vlastní výzkum

**Graf A 15: Znalost volebního práva (k otázce 15) (v %)**



Zdroj: Vlastní výzkum

16 % studentů přiznalo duševně nemocným volební právo a naopak proti je 5 % studentů. 66 % uvedlo, že mají volební právo pouze ti duševně nemocní, kteří mají způsobilost k právním úkonům v plném rozsahu. 13 % neznalo odpověď.

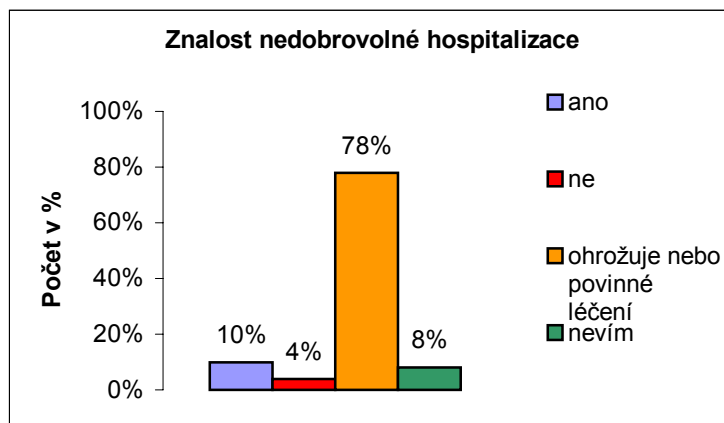
Otázka č. 16 souvisela se znalostí nedobrovolné hospitalizací duševně nemocného.

**Tabulka A 16: Znalost nedobrovolné hospitalizace (k otázce 16)**

| Valid                        | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|------------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| ano                          | 10        | 10,0    | 10,0          | 10,0               |
| ne                           | 4         | 4,0     | 4,0           | 14,0               |
| ohrožuje nebo povinné léčení | 78        | 78,0    | 78,0          | 92,0               |
| nevím                        | 8         | 8,0     | 8,0           | 100,0              |
| Total                        | 100       | 100,0   | 100,0         |                    |

Zdroj: Vlastní výzkum

**Graf A 16: Znalost nedobrovolná hospitalizace (k otázce 16) (v %)**



Zdroj: Vlastní výzkum

10 % respondentů uvedlo, že lze hospitalizovat duševně nemocného bez jeho souhlasu. S touto odpovědí nesouhlasilo 4 %. 78 % respondentů uvedlo odpověď, že duševně nemocného lze hospitalizovat, jen pokud ohrožuje sebe nebo své okolí nebo je mu uloženo pro jeho druh nemoci povinné léčení. 8 % studentů neznalo odpověď.

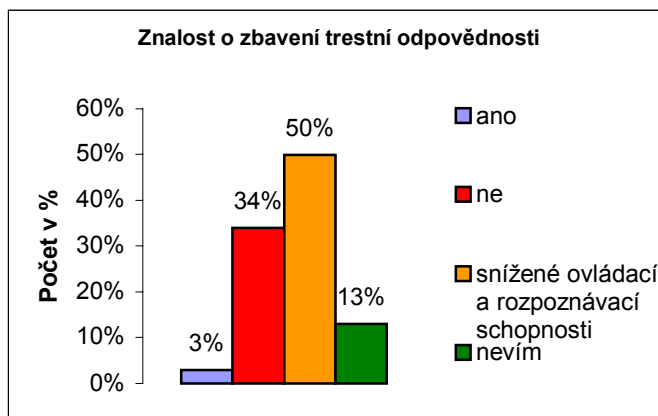
Následující otázka č. 17 se týkala znalosti zbavování trestní odpovědnosti u duševně nemocných.

**Tabulka A 17: Znalost o zbavení trestní odpovědnosti (k otázce 17)**

| Valid                                      | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative percent |
|--|-----------|---------|---------------|--------------------|
| ano  | 3         | 3,0     | 3,0           | 3,0                |
| ne   | 34        | 34,0    | 34,0          | 37,0               |
| snížené ovládací a rozpoznávací schopnosti | 50        | 50,0    | 50,0          | 87,0               |
| nevím                                      | 13        | 13,0    | 13,0          | 100,0              |
| Total                                      | 100       | 100,0   | 100,0         |                    |

Zdroj: Vlastní výzkum

**Graf A 17: Znalost o zbavení trestní odpovědnosti (k otázce 17) (v %)**



Zdroj: Vlastní výzkum

3 % respondentů uvedlo, že duševně nemocní jsou zbavováni vždy trestní odpovědnosti. Naopak 34 % uvedlo, že nejsou. 50 % uvedlo, že jsou zbavováni trestní odpovědnosti, pouze když mají snížené rozpoznávací nebo ovládací schopnosti. 13 % studentů neznalo odpověď.

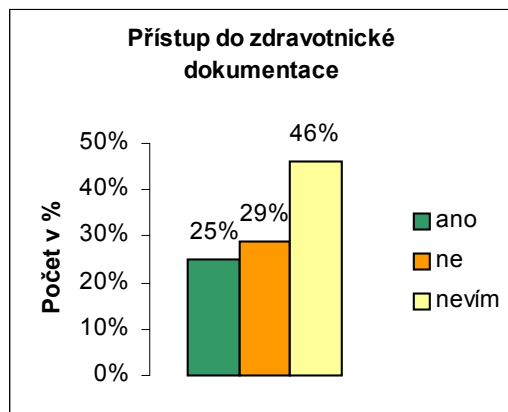
Otázka č. 18 zkoumala znalost studentů o přístupu duševně nemocných do zdravotnické dokumentace

**Tabulka A 18: Znalost přístupu do zdravotnické dokumentace (k otázce 18)**

| Valid | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| ano   | 25        | 25,0    | 25,0          | 25,0               |
| ne    | 29        | 29,0    | 29,0          | 54,0               |
| nevím | 46        | 46,0    | 46,0          | 100,0              |
| Total | 100       |         |               |                    |

Zdroj: Vlastní výzkum

**Graf A 18: Znalost přístupu do zdravotnické dokumentace (k otázce 18) (v %)**



Zdroj: Vlastní výzkum

25 % studentů se domnívalo, že duševně nemocní mají přístup do zdravotnické dokumentace. Naopak 29 % tuto možnost neuvádí. 46 % studentů neznalo odpověď.

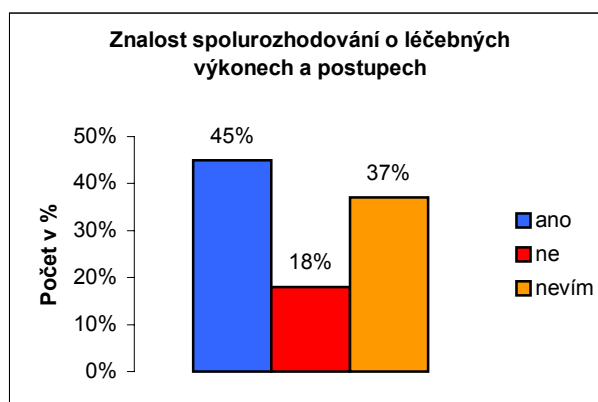
Otázka č. 19 zjišťovala znalost práva duševně nemocného na spolurozhodování o léčebných výkonech a postupech.

**Tabulka A 19: Znalost spolurozhodování o léčebných výkonech a postupech (k otázce 19)**

| Valid | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| ano   | 45        | 45,0    | 45,0          | 45,0               |
| ne    | 18        | 18,0    | 18,0          | 63,0               |
| nevím | 37        | 37,0    | 37,0          | 100,0              |
| Total | 100       | 100,0   | 100,0         |                    |

Zdroj: Vlastní výzkum

**Graf A 19: Znalost spolurozhodování o léčebných výkonech a postupech (k otázce 19) (v %)**



Zdroj: Vlastní výzkum

45 % studentů se domnívalo, že duševně nemocní mají právo na spolurozhodování o léčebných výkonech a postupech. Tuto možnost vylučovalo 18 % respondentů. 37 % neznalo odpověď.

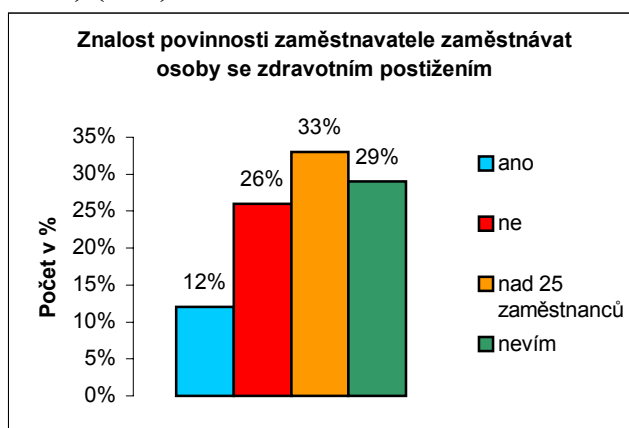
Poslední otázka z této skupiny, byla otázka č. 20, která byla z oblasti pracovního práva. Zjišťovalo znalost studentů o povinnosti zaměstnavatele zaměstnávat osoby se zdravotním postižením.

**Tabulka A 20: Znalost povinnosti zaměstnavatele zaměstnávat osoby se zdravotním postižením (k otázce 20)**

| Valid              | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| ano                | 12        | 12,0    | 12,0          | 12,0               |
| ne                 | 26        | 26,0    | 26,0          | 38,0               |
| nad 25 zaměstnanců | 33        | 33,0    | 33,0          | 71,0               |
| nevím              | 29        | 29,0    | 29,0          | 100,0              |
| Total              | 100       | 100,0   | 100,0         |                    |

Zdroj: Vlastní výzkum

**Graf A 20: Znalost povinnosti zaměstnavatele zaměstnávat osoby se zdravotním postižením (k otázce 20) (v %)**



Zdroj: Vlastní výzkum

12 % respondentů se domnívalo, že zaměstnavatelé jsou povinni osoby se zdravotním postižením zaměstnat. 26 % uvedlo, že to není povinnost zaměstnavatelů. 33 % uvedlo, že zaměstnavatelé, kteří mají 25 a více zaměstnanců jsou povinni zdravotně postižené občany zaměstnat. 29 % neznalo odpověď.

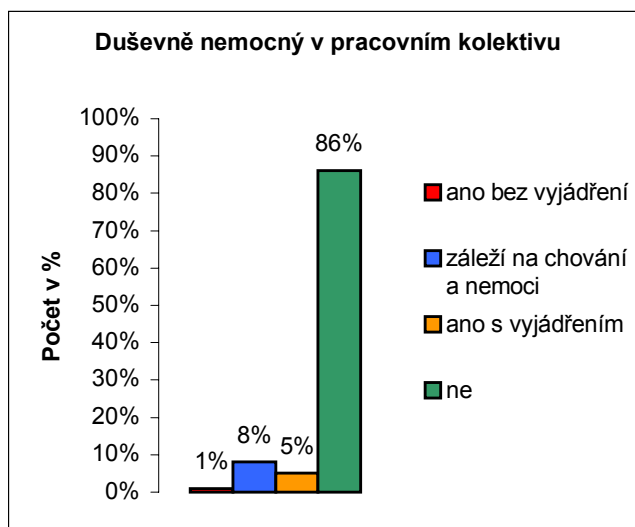
Následující otázka č. 21 byla zaměřena na postoj studentů k duševně nemocným. Bylo v ní uvedeno, zda by respondentovi vadilo, kdyby v jeho pracovním kolektivu byl i duševně nemocný člověk.

**Tabulka A 21: Duševně nemocný v pracovním kolektivu (k otázce 21)**

| Valid  | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--|-----------|---------|---------------|--------------------|
| ano bez vyjádření záležití na chování a nemoci | 1         | 1,0     | 1,0           | 1,0                |
| ano s vyjádřením                               | 8         | 8,0     | 8,0           | 9,0                |
| ne   | 5         | 5,0     | 5,0           | 14,0               |
| Total  | 86        | 86,0    | 86,0          | 100,0              |
|  | 100       | 100,0   | 100,0         |                    |

Zdroj: Vlastní výzkum

**Graf A 21: Duševně nemocný v pracovním kolektivu (k otázce 21) (v %)**



Zdroj: Vlastní výzkum

86 % studentům by nevadilo, kdyby v jejich pracovní kolektivu byl i duševně nemocný člověk. 8 % uvedlo, že by záleželo na jeho chování. 6 % by duševně nemocného do svého pracovního kolektivu nepřijalo a 5 % z této skupiny uvedlo důvod pro nepřijetí.

Předposlední otázka č. 22 zjišťovala, zda má být do léčby duševně nemocných zapojena i rodina.

**Tabulka A 22: Názor na zapojení rodiny do léčby duševně nemocných (k otázce 22)**

| Valid | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| ano   | 96        | 96,0    | 96,0          | 96,0               |
| ne    | 4         | 4,0     | 4,0           | 100,0              |
| Total | 100       |         |               |                    |

Zdroj: Vlastní zdroj

96 % studentů uvedlo, že by do léčby měla být zapojena i rodina a 4 % uvedlo, že nikoliv.

Poslední otázka č. 23 byla volná a studenti v ní měli prostor pro vyjádření připomínek či návrhů k problematice duševně nemocných. k problematice se vyjádřilo 14 % respondentů. (Příloha 3)

#### 4.2 Výsledky dotazníku určeného pro klienty psychiatrických ambulancí

Během výzkumu bylo osloveno celkem 100 klientů navštěvujících psychiatrické ambulance v Českých Budějovicích a Písku. Dotazník bylo ochotno vyplnit 60 klientů, tudíž návratnost dotazníků byla 60 %. Anonymní dotazník, který byl pro klienty sestaven měl celkem 25 otázek. (Příloha 2) Výsledky jsou uváděné v procentech a tabulkách i absolutních hodnotách. První čtyři otázky byly identifikační a zkoumaly pohlaví, diagnózu, věk a nejvyšší ukončené vzdělání respondentů. Otázka č. 1 zkoumala pohlaví respondentů.

**Tabulka B 1: Pohlaví (k otázce 1)**

| Valid | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| žena  | 44        | 73,3    | 73,3          | 73,3               |
| muž   | 16        | 26,7    | 26,7          | 100,0              |
| Total | 60        | 100,0   | 100,0         |                    |

Zdroj: Vlastní výzkum

Z této tabulky vyplývá, že se dotazníkového šetření zúčastnilo 73,3 % žen a 26,7 % mužů.

Druhá otázka zjišťovala diagnózu, pro kterou navštěvují klienti psychiatrické ambulance.

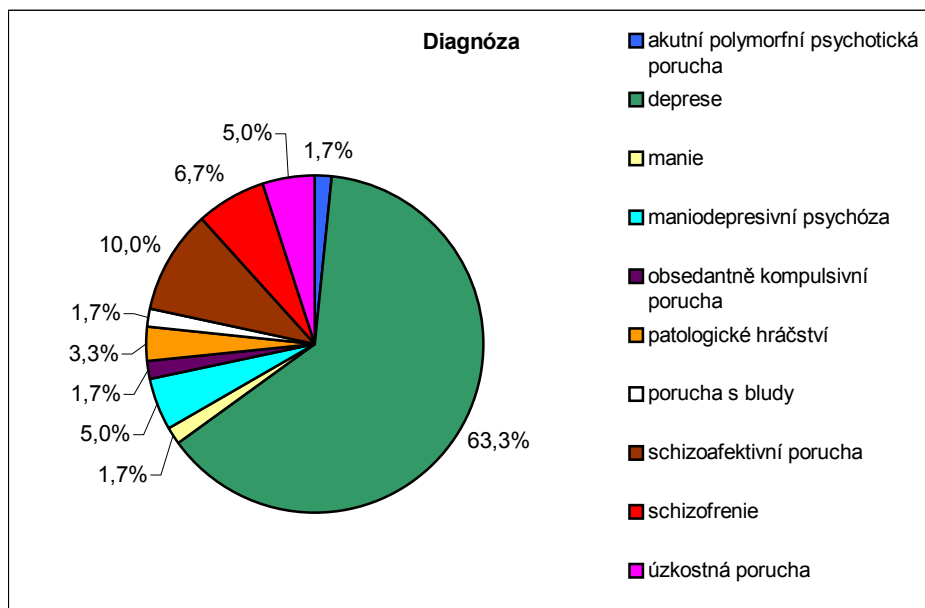
**Tabulka B 2: Diagnóza (k otázce 2)**

| Diagnóza                              | Počet | Počet v % |
|---------------------------------------|-------|-----------|
| akutní polymorfní psychotická porucha | 1     | 1,7       |
| deprese                               | 38    | 63,3      |
| manie                                 | 1     | 1,7       |
| maniodepresivní psychóza              | 3     | 5,0       |
| obsedantně kompulsivní porucha        | 1     | 1,7       |
| patologické hráčství                  | 2     | 3,3       |
| porucha s bludy                       | 1     | 1,7       |
| schizoafektivní porucha               | 6     | 10,0      |
| schizofrenie                          | 4     | 6,7       |
| úzkostná porucha                      | 3     | 5,0       |
| celkem respondentů                    | 60    | 100,0     |

Zdroj: Vlastní výzkum



**Graf B 2: Diagnóza (k otázce 2) (v %)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Depresi uvedlo 63,3 % respondentů. Dále pak 10,0 % trpělo schizoafektivní poruchou a 6,7 % mělo schizofrenii. Shodně 5 % respondentů vyplnilo maniodepresivní psychózu a úzkostnou poruchu. 3,3 % uvedlo patologické hráčství. Stejný počet respondentů, a to 1,7 % napsalo akutní polymorfní psychotickou poruchu, mánii, obsedantně kompulsivní poruchu a poruchu s bludy.

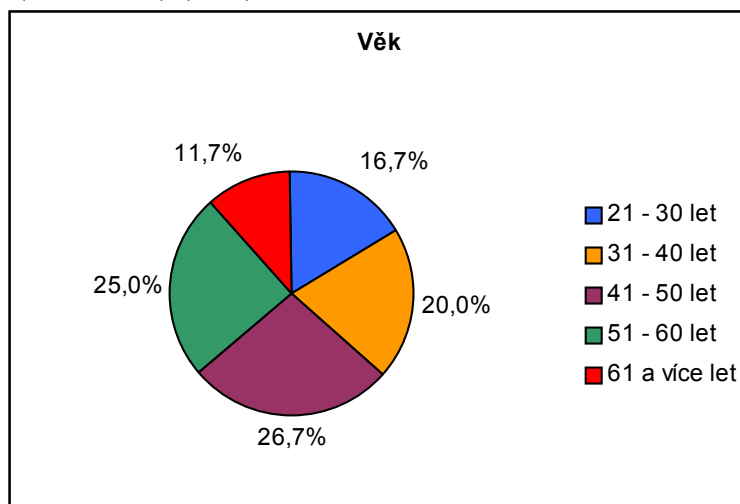
Otázka č. 3 zjišťovala věk respondentů, který byl rozdělen do několika skupin

**Tabulka B 3: Věk (k otázce 3)**

| Valid     | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| 20 - 30   | 10        | 16,7    | 16,7          | 16,7               |
| 31 - 40   | 12        | 20,0    | 20,0          | 36,7               |
| 41 - 50   | 16        | 26,7    | 26,7          | 63,3               |
| 51 - 60   | 15        | 25,0    | 25,0          | 88,3               |
| 60 a více | 7         | 11,7    | 11,7          | 100,0              |
| Total     | 60        | 100,0   | 100,0         |                    |

Zdroj: Vlastní výzkum

**Graf B 3: Věk (k otázce 3) (v %)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu a výše uvedené tabulky vyplývá, že dotazník vyplnilo nejvíce respondentů z věkové kategorie 41 – 50 let, a to 26,7 %. Druhou nejčastější byla s 25 % skupina 51 – 60 let. Po ní s 20 % následovala věková skupina 31 – 40 let. Nejmladší klienti z věkové kategorie 20 - 30 tvořili celkem 16,7 %. Poslední skupina respondentů nad 60 let tvořila 11,7 %.

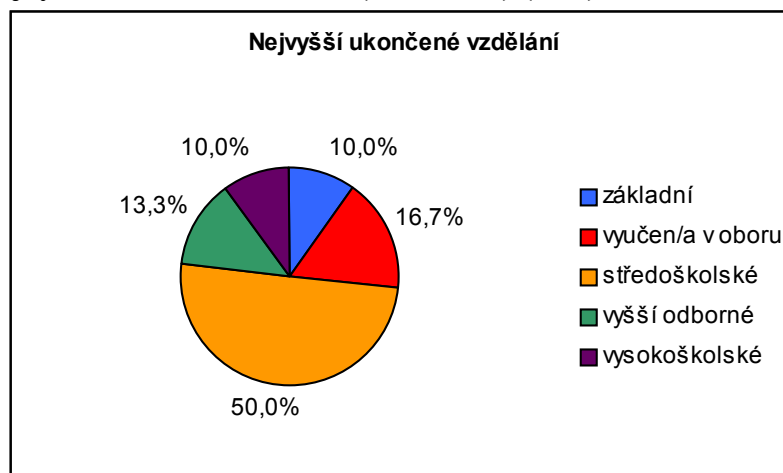
Otázka č. 4 zjišťovala, jaké mají respondenti nejvyšší ukončené vzdělání

**Tabulka B 4: Nejvyšší ukončené vzdělání (k otázce 4)**

| Valid            | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| základní         | 6         | 10,0    | 10,0          | 10,0               |
| vyučen/a v oboru | 10        | 16,7    | 16,7          | 26,7               |
| středoškolské    | 30        | 50,0    | 50,0          | 76,7               |
| vyšší odborné    | 8         | 13,3    | 13,3          | 90,0               |
| vysokoškolské    | 6         | 10,0    | 10,0          | 100,0              |
| Total            | 60        | 100,0   | 100,0         |                    |

Zdroj: Vlastní výzkum

**Graf B 4: Nejvyšší ukončené vzdělání (k otázce 4) (v %)**



Zdroj: Vlastní výzkum

50 % respondentů mělo středoškolské vzdělání, 16,7 % bylo vyučeno v oboru, 13,3 % mělo vyšší odborné a shodně 10 % mělo základní a vysokoškolské vzdělání.

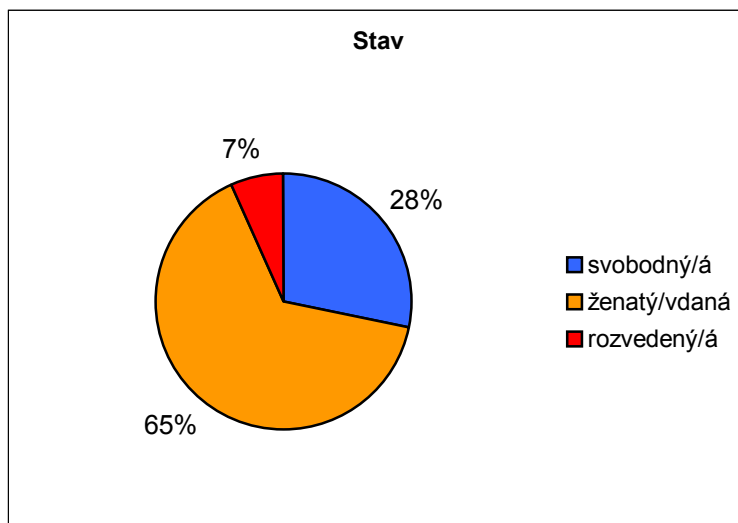
Následující otázka č. 5 zkoumala stav duševně nemocných klientů.

**Tabulka B 5: Stav (k otázce 5)**

| Valid        | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| svobodný/á   | 17        | 28,3    | 28,3          | 28,3               |
| ženatý/vdaná | 39        | 65,0    | 65,0          | 93,3               |
| rozvedený/á  | 4         | 6,7     | 6,7           | 100,0              |
| Total        | 60        | 100,0   | 100,0         |                    |

Zdroj: Vlastní výzkum

**Graf B 5: Stav (k otázce 5) (v %)**



Zdroj: Vlastní výzkum

28 % respondentů bylo svobodných, 7 % rozvedených a 65 % ženatých nebo vdaných.

Otázka č. 6 zkoumala, zda mají klienti psychiatrických ambulancí děti

**Tabulka B 6: Děti (k otázce 6)**

| Valid | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| ano   | 45        | 75,0    | 75,0          | 75,0               |
| ne    | 15        | 25,0    | 25,0          | 100,0              |
| Total | 60        | 100,0   | 100,0         |                    |

Zdroj: Vlastní výzkum

75 % respondentů uvedlo, že mají děti a 25 %, že nemají.

Následující otázka č. 7 zjišťovala, zda jsou respondenti v současné době zaměstnáni či nikoliv.

**Tabulka B 7: Zaměstnání (k otázce 7)**

| Valid | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| ano   | 28        | 46,7    | 46,7          | 46,7               |
| ne    | 32        | 53,3    | 53,3          | 100,0              |
| Total | 60        | 100,0   | 100,0         |                    |

Zdroj: Vlastní výzkum

46,7 % respondentů bylo v době dotazníkového šetření zaměstnáno a 53,3 % bylo nezaměstnaných.

Otázka č. 8 byla určena pouze pro zaměstnané klienty a zkoumala, zda jsou spokojeni v zaměstnání

**Tabulka B 8: Spokojenost v zaměstnání (k otázce 8)**

| Valid | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| ano   | 26        | 92,9    | 92,9          | 92,9               |
| ne    | 2         | 7,1     | 7,1           | 100,0              |
| Total | 28        | 100,0   | 100,0         |                    |

Zdroj: Vlastní výzkum

Pouze 7,1 % respondentů uvedlo, že je v zaměstnání nespokojeno, zatím co 92,9 % je spokojeno.

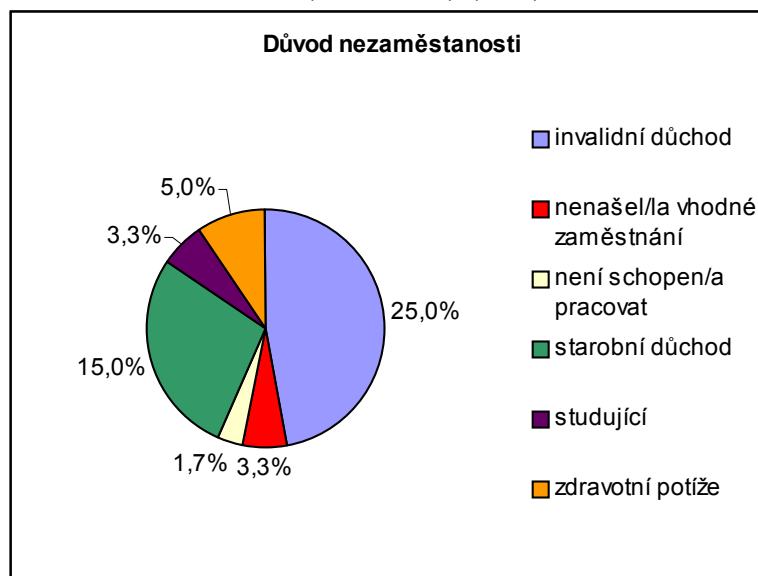
Následující otázka č. 9 byla určena pro nezaměstnané respondenty, jelikož zjišťovala důvod nezaměstnanosti.

**Tabulka B 9: Důvod nezaměstnanosti (k otázce 9)**

| Důvod nezaměstnanosti             | Počet | Počet v % |
|-----------------------------------|-------|-----------|
| invalidní důchod                  | 15    | 25,0      |
| nenášel/la vhodné zaměstnání      | 2     | 3,3       |
| není schopen/a pracovat           | 1     | 1,7       |
| starobní důchod                   | 9     | 15,0      |
| studující                         | 2     | 3,3       |
| zdravotní potíže                  | 3     | 5,0       |
| celkem nezaměstnaných respondentů | 32    | 53,3      |
| celkem respondentů                | 60    | 100,0     |

Zdroj: Vlastní výzkum

**Graf B 9 : Důvod nezaměstnanosti (k otázce 9) (v %)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejčastěji uvedeným důvodem byl s 25 % invalidní důchodu. Dále 15 % respondentů vyjádřilo starobní důchodu a 5 % uvedlo zdravotní potíže. Shodně 3,3 % uvedlo, že studuje či nenašlo vhodné zaměstnání. 1,7 % respondentů vyjádřilo neschopnost pracovat.

Otázka č. 10 zkoumala, zda přišli někdy klienti o zaměstnání kvůli jejich zdravotnímu stavu.

**Tabulka B 10: Ztráta zaměstnání kvůli zdravotnímu stavu (k otázce 10)**

| Valid              | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| ano                | 14        | 23,3    | 23,3          | 23,3               |
| ne                 | 45        | 75,0    | 75,0          | 98,3               |
| nikdy nepracoval/a | 1         | 1,7     | 1,7           | 100,0              |
| Total              | 60        | 100,0   | 100,0         |                    |

Zdroj: Vlastní výzkum

23,3 % respondentů uvedlo, že někdy přišlo o zaměstnání kvůli zdravotnímu stavu, 75 % že nikoliv a 1,7 % nikdy nepracovalo.

Otázka č. 11 zjišťovala, zda si respondenti hledají nové zaměstnání

**Tabulka B 11: Hledání nového zaměstnání (k otázce 11)**

| Valid | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| ano   | 7         | 11,7    | 11,7          | 11,7               |
| ne    | 53        | 88,3    | 88,3          | 100,0              |
| Total | 60        | 100,0   | 100,0         |                    |

Zdroj: Vlastní výzkum

V době výzkumu si hledalo 11,7 % respondentů nové zaměstnání 88,3 % nehledalo.

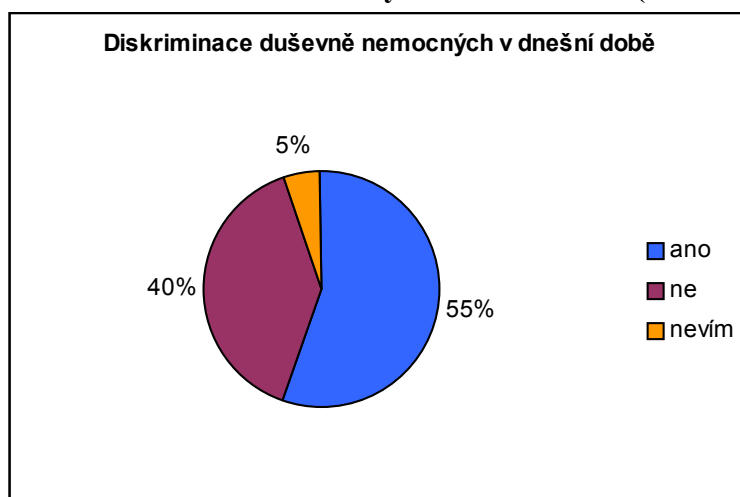
Následující otázka č. 12 zkoumala, zda se respondenti domnívají, že jsou lidé s duševními chorobami v dnešní době diskriminováni.

**Tabulka B 12: Diskriminace duševně nemocných (k otázce 12)**

| Valid | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| ano   | 33        | 55,0    | 55,0          | 55,0               |
| ne    | 24        | 40,0    | 40,0          | 95,0               |
| nevím | 3         | 5,0     | 5,0           | 100,0              |
| Total | 60        | 100,0   | 100,0         |                    |

Zdroj: Vlastní výzkum

**Graf B 12: Diskriminace duševně nemocných v dnešní době (k otázce 12) (v %)**



Zdroj: Vlastní výzkum

55 % respondentů vyjádřilo, že duševně nemocní jsou v dnešní době diskriminováni. 40 % uvedlo opačný názor a 5 % klientů nevědělo odpověď.

Následující otázka č.13 zkoumala, zda klienti psychiatrických ambulancí zažili již osobně diskriminaci

**Tabulka B 13.1: Zažitá diskriminace (k otázce 13)**

| Valid          | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|----------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| ano s uvedením | 16        | 26,7    | 26,7          | 26,7               |
| ne             | 44        | 73,3    | 73,3          | 100,0              |
| Total          | 60        | 100,0   | 100,0         |                    |

Zdroj: Vlastní výzkum

26,7 % již diskriminaci osobně zažilo a 44 % nezažilo.

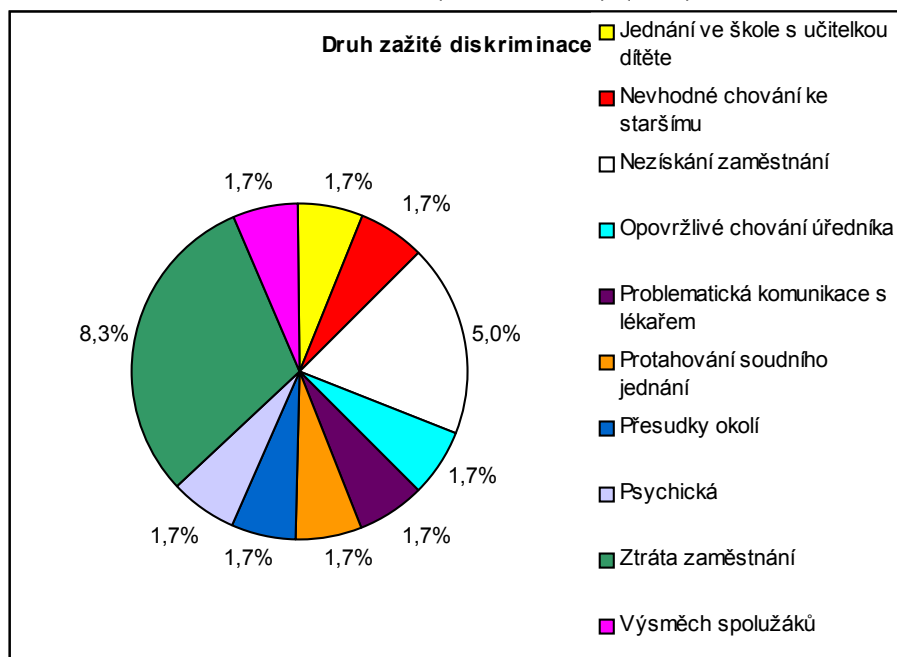
**Tabulka B 13.2 : Druh zažité diskriminace (k otázce 13)**

| Druh diskriminace                   | Počet respondentů | Počet v % |
|-------------------------------------|-------------------|-----------|
| Jednání ve škole s učitelkou dítěte | 1                 | 1,7       |
| Nevhodné chování ke staršímu        | 1                 | 1,7       |
| Nezískání zaměstnání                | 3                 | 5,0       |
| Opovržlivé chování úředníka         | 1                 | 1,7       |
| Problematická komunikace s lékařem  | 1                 | 1,7       |
| Protahování soudního jednání        | 1                 | 1,7       |
| Předsudky okolí                     | 1                 | 1,7       |
| Psychická                           | 1                 | 1,7       |
| Ztráta zaměstnání                   | 5                 | 8,3       |
| výsměch spolužáků                   | 1                 | 1,7       |
| Celkem respondentů                  | 60                | 100,0     |

Zdroj: Vlastní výzkum



**Graf B 13.2 : Druh zažité diskriminace (k otázce 13 ) (v %)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejčastěji byli respondenti diskriminováni tím, že ztratili zaměstnání. Tento údaj uvedlo 8,3 % respondentů, 5 % uvedlo, že nezískalo zaměstnání. 1,7 % je údaj, který se zde vyskytl osmkrát a vyjadřoval: jednání ve škole s učitelkou dítěte, nevhodné chování ke staršímu, opovržlivé chování úředníka, problematiku komunikaci s lékařem, protahování soudního jednání, přesudky okolí, psychickou diskriminaci a výsměchy spolužáků.

Otázka č. 14 zkoumala zda nějaký lékař někdy podcenil potíže respondentů

**Tabulka B 14.1: Podcenění potíží lékařem (k otázce 14)**

| Valid            | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| ano s uvedením   | 10        | 16,7    | 16,7          | 16,7               |
| ano bez uvedením | 3         | 5,0     | 5,0           | 21,7               |
| ne               | 47        | 78,3    | 78,3          | 100,0              |
| Total            | 60        | 100,0   | 100,0         |                    |

Zdroj: Vlastní výzkum

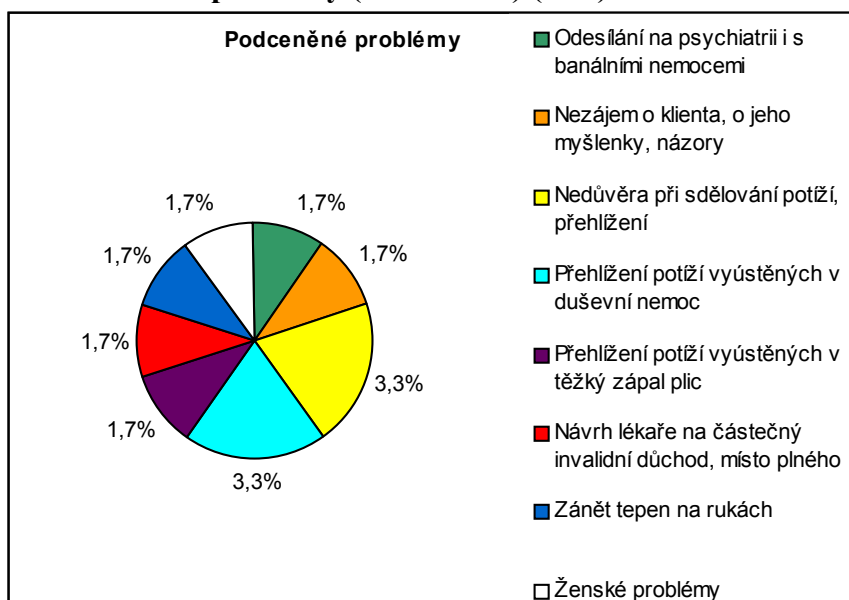
S podceněním potíží lékařem má zkušenost 21,7 % respondentů a 16,7 % nich uvedlo i důvod.

**Tabulka B 14.2: Podceněné problémy (k otázce 14)**

| Problém podceněný lékařem                               | Počet respondentů | Počet v % |
|---|-------------------|-----------|
| Odesílání na psychiatrii i s banálními nemocemi         | 1                 | 1,7       |
| Nezájem o klienta, o jeho myšlenky, názory              | 1                 | 1,7       |
| Nedůvěra při sdělování potíží, přehlížení               | 2                 | 3,3       |
| Přehlížení potíží vyústěných v duševní nemoc            | 2                 | 3,3       |
| Přehlížení potíží vyústěných v těžký zápal plic         | 1                 | 1,7       |
| Návrh lékaře na částečný invalidní důchod, místo plného | 1                 | 1,7       |
| Zánět tepen na rukách                                   | 1                 | 1,7       |
| Ženské problémy   | 1                 | 1,7       |
| Celkem respondentů                                      | 60                | 100,0     |

Zdroj: Vlastní výzkum

**Graf: B 14.2 :Podceněné problémy (k otázce 14) (v %)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Lékaři nedůvěřují duševně nemocným a přehlízejí jejich potíže, uvedlo to 3,3 % respondentů. U stejného procenta lékař opomenul potíže, které vyústili v duševní nemoc. Šest skupin respondentů po 1,7 % uvedlo, že lékař opomenul těžký zápal plic, zánět tepen na rukách, ženské problémy. Dále lidé z těchto skupin uvedli, že lékař nepodal návrh na úplný částečný důchod, nezajímal se o myšlenky a názory klientů či je posílal na psychiatrii i s banálními nemocemi.

Otázka č. 15 se zabývala problémy klientů při jednání na úřadech

**Tabulka B 15.1: Problém jednání na úřadech (k otázce 15)**

| Valid             | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| ano s vyjádřením  | 19        | 31,7    | 31,7          | 31,7               |
| ano bez vyjádření | 3         | 5,0     | 5,0           | 36,7               |
| ne                | 38        | 63,3    | 63,3          | 100,0              |
| Total             | 60        | 100,0   | 100,0         |                    |

Zdroj: Vlastní výzkum

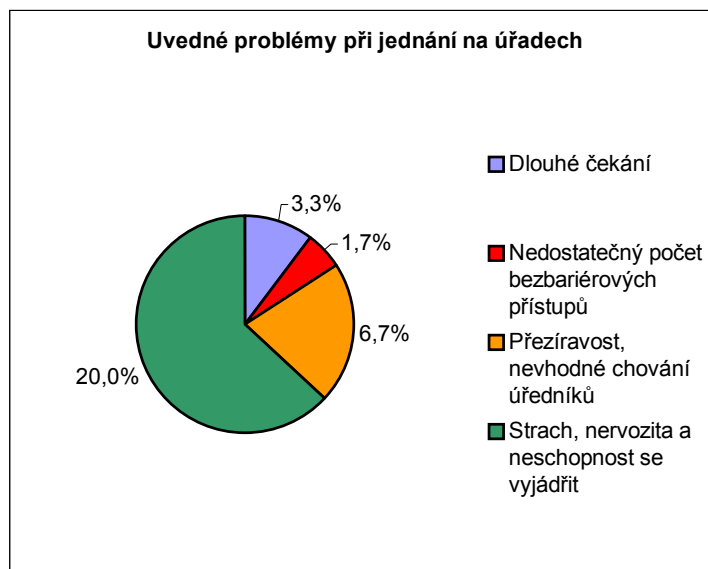
Z této tabulky vyplývá, že 63,3 % nemá problémy s jednáním na úřadech a 36,7 % má problémy a 31,7 % je i uvedlo

**Tabulka B 15.2: Uvedené problémy při jednání na úřadech (k otázce 15)**

| Problém                                     | Počet | Počet v % |
|---|-------|-----------|
| Dlouhé čekání                               | 2     | 3,3       |
| Nedostatečný počet bezbariérových přístupů  | 1     | 1,7       |
| Přezíravost, nevhodné chování úředníků      | 4     | 6,7       |
| Strach, nervozita a neschopnost se vyjádřit | 12    | 20,0      |
| Celkem respondentů                          | 60    | 100,0     |

Zdroj: Vlastní výzkum

**Graf B 15.2: Uvedené problémy při jednání na úřadech (k otázce 15) (v %)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejčastější příčina, kterou respondenti ve 20 % uvedli byl strach, nervozita a z ní pramenící neschopnost se vyjádřit. 6,7 % uvedlo přezíravé a nevhodné chování úředníků. 3,3 % vyjádřilo, že nemá rádo dlouhé čekání a 1,7 % uvedlo, že postrádá na úřadech bezbariérové přístupy.

Následující otázka č. 16 zkoumala, zda mají duševně nemocní blízkou osobu, která jim pomáhá překonat jejich potíže.

**Tabulka B 16: Blízká osoba (k otázce 16)**

| Valid | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| ano   | 46        | 76,7    | 76,7          | 76,7               |
| ne    | 14        | 23,3    | 23,3          | 100,0              |
| Total | 60        | 100,0   | 100,0         |                    |

Zdroj: Vlastní výzkum

76,7 % respondentů má blízkou osobu a 23,3 % nemá.

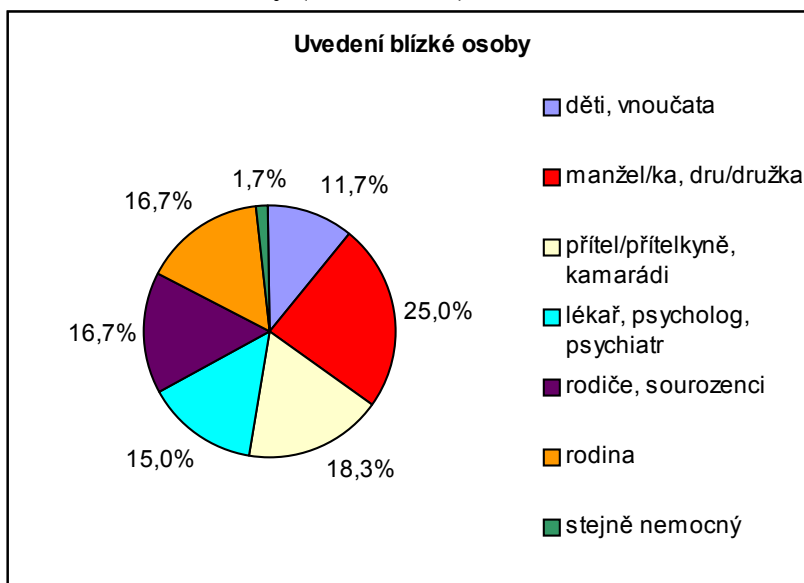
Následující otázka č. 17 byla určena pro klienty, kteří opověděli kladně na předchozí otázku a zjišťovala, kdo je jejich blízká osoba.

**Tabulka B 17: Uvedení blízké osoby (k otázce 17)**

| Blízká osoba                            | Počet | Počet v % |
|---|-------|-----------|
| děti, vnoučata                          | 7     | 11,7      |
| manžel/ka, dru/družka                   | 15    | 25,0      |
| přítel/přítelkyně, kamarádi             | 11    | 18,3      |
| lékař, psycholog, psychiatr             | 9     | 15,0      |
| rodiče, sourozenci                      | 10    | 16,7      |
| rodina                                  | 10    | 16,7      |
| stejně nemocný                          | 1     | 1,7       |
| celkem respondentů, kterým někdo pomáhá | 46    | 76,7      |
| Celkem respondentů                      | 60    | 100,0     |

Zdroj: Vlastní výzkum

**Graf B 17: Uvedení blízké osoby (k otázce 17)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejčastěji pomáhá manžel, manželka, druh, družka, a to ve 25 %. Dále respondenti uvedli kamarády a přátele, kteří získali 18,3 %. Dále pak 16,7 % uvedlo rodinu jako celek a stejný počet procent získali i rodiče a sourozenci. 15 % získali, lékaři, psychologové a psychiatři a 11,7 % děti či vnoučata. 1,7 % uvedlo stejně nemocného člověka.

Následující otázka č. 18 zkoumala, zda se cítí respondenti lépe sami než ve společnosti mezi lidmi.

**Tabulka B 18 Upřednostňování samoty před pobytem ve společnosti (k otázce 18)**

| Valid             | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| ano               | 31        | 51,7    | 51,7          | 51,7               |
| Ne                | 26        | 43,3    | 43,3          | 95,0               |
| záleží na situaci | 3         | 5,0     | 5,0           | 100,0              |
| Total             | 60        | 100,0   | 100,0         |                    |

Zdroj: Vlastní výzkum

51,7 % respondentů upřednostňuje samotu a 43,3 % nikoliv. 5 % uvedlo, že záleží na situaci.

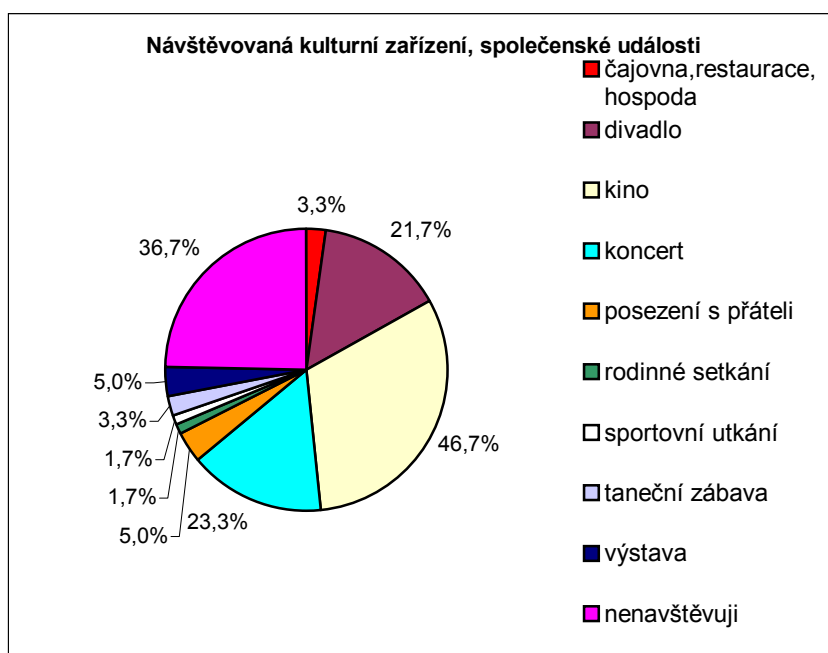
Otázka č.19 zkoumala, zda respondenti navštěvují kulturní zařízení či společenské události

**Tabulka B 19: Navštěvovaná kulturní zařízení, společenské události (k otázce 19)**

| Kulturní zařízení, společenské události | Počet | Počet v % |
|---|-------|-----------|
| čajovna,restaurace, hospoda             | 2     | 3,3       |
| divadlo                                 | 13    | 21,7      |
| kino                                    | 28    | 46,7      |
| koncert                                 | 14    | 23,3      |
| posezení s přáteli                      | 3     | 5,0       |
| rodinné setkání                         | 1     | 1,7       |
| sportovní utkání                        | 1     | 1,7       |
| taneční zábava                          | 2     | 3,3       |
| výstava                                 | 3     | 5,0       |
| nenavštěvuji                            | 22    | 36,7      |
| Celkem respondentů                      | 60    |           |

Zdroj: Vlastní výzkum

**Graf B 19: Navštěvovaná kulturní zařízení, společenské události (k otázce 19) (v %)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejvíce respondentů, a to 46,7 %, uvedlo že navštěvuje kino. Dále pak 23,3 % uvedlo, že navštěvuje koncerty a 21 % navštěvuje divadlo. Shodně 5 % vyjmenovalo, že navštěvuje výstavy a uskutečňuje posezení s přáteli. 3,3 % uvedlo, že má rádo taneční

zábavy a posezení v restauraci, hospodě či čajovně. 36,7 % respondentů nenavštěvuje žádné zařízení.

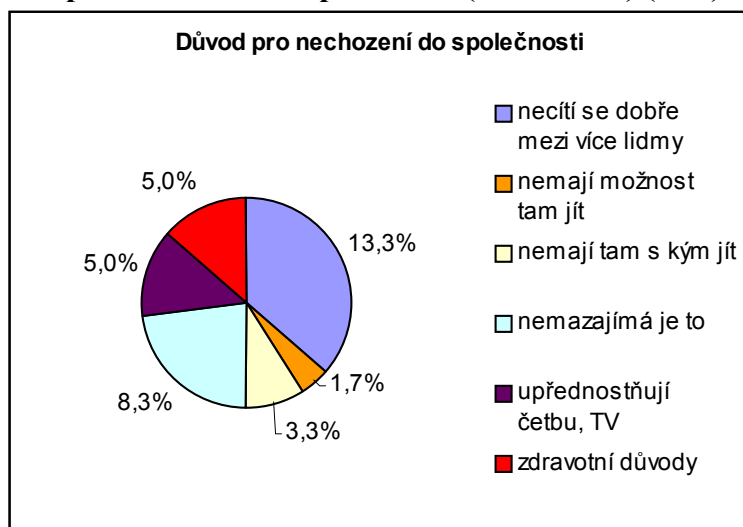
Pro klienty, kteří žádné zařízení nenavštěvují, byla určena i následující otázka č. 20, ve které měli uvést důvod, proč nikam nechodí.

**Tabulka B 20: Důvod pro nechození do společnosti (k otázce 20)**

| Důvod                           | Počet | Počet v % |
|---------------------------------|-------|-----------|
| necítí se dobře mezi více lidmi | 8     | 13,3      |
| nemají možnost tam jít          | 1     | 1,7       |
| nemají tam s kým jít            | 2     | 3,3       |
| nezajímá je to                  | 5     | 8,3       |
| upřednostňují četbu, TV         | 3     | 5,0       |
| zdravotní důvody                | 3     | 5,0       |
| celkem respondentů              | 60    |           |

Zdroj: Vlastní výzkum

**Graf B 20: Důvod pro nechození do společnosti (k otázce 20) (v %)**



Zdroj: Vlastní výzkum

13,3 % respondentů uvedlo, že nechodí do společnosti, jelikož se necítí dobře mezi více lidmi. Dále pak 8,3 % uvedlo, že společnost je nezajímá. Shodně 5 % nenavštěvuje společnost pro zdravotní důvody nebo upřednostňují četbu či pořady v televizi. 3,3 % uvedla, že nemají do společnosti s kým jít. A 1,7 % uvedlo, že nemají možnost tam jít.

Následující otázka č. 21 byla zaměřena na sport.

**Tabulka B 21.1: Sport (k otázce 21)**

| Valid                   | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| ano s uvedením 1 sportu | 19        | 31,7    | 31,7          | 31,7               |
| ano s uvedením 2 sportů | 7         | 11,7    | 11,7          | 43,3               |
| ano s uvedením 3 sportů | 2         | 3,3     | 3,3           | 46,7               |
| ne                      | 32        | 53,3    | 53,3          | 100,0              |
| Total                   | 60        | 100,0   | 100,0         |                    |

Zdroj: Vlastní výzkum

46,7 % respondentů napsalo, že provozuje nějaký sport, z toho 19 % uvedlo jeden sport, 7 % dva sporty a 2 % sporty tři. 53 % vyjádřilo, že se nevěnuje žádnému sportu

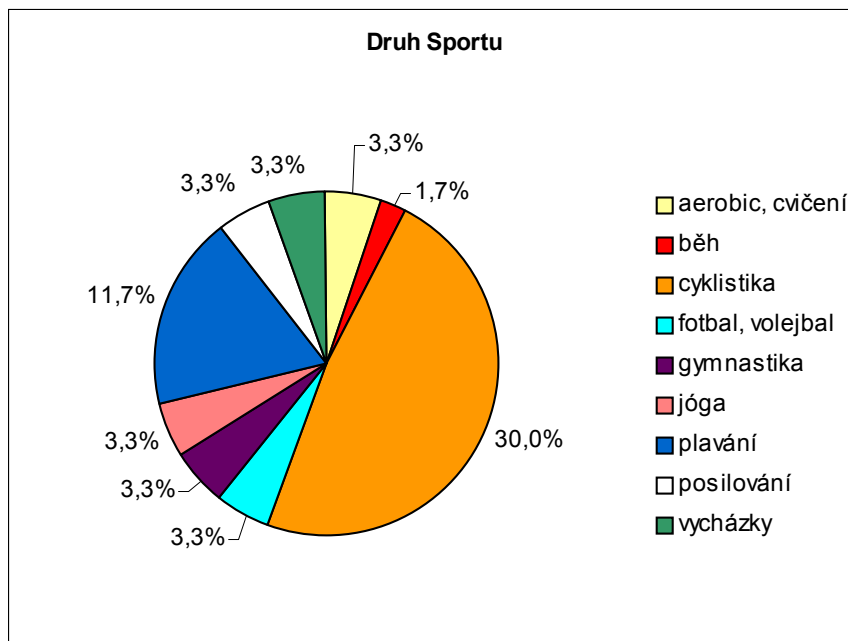
**Tabulka B 21.2: Druh sportu (k otázce 21)**

| Sport              | Počet | Počet v % |
|--------------------|-------|-----------|
| aerobic, cvičení   | 2     | 3,3       |
| běh                | 1     | 1,7       |
| cyklistika         | 18    | 30,0      |
| fotbal, volejbal   | 2     | 3,3       |
| gymnastika         | 2     | 3,3       |
| jóga               | 2     | 3,3       |
| plavání            | 7     | 11,7      |
| posilování         | 2     | 3,3       |
| vycházky           | 2     | 3,3       |
| žádný              | 32    | 53,3      |
| celkem respondentů | 60    |           |

Zdroj: Vlastní výzkum



**Graf B 21.2: Druh sportu (k otázce 21) (v %)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejvíce respondentů, a to 30 % uvedlo, že se věnuje cyklistice. Dále pak 11,7 % uvedlo plavání. Shodně, a to 3,3 % klientů napsalo, že se věnuje cvičení, fotbalu či volejbalu, józe, gymnastice, posilování nebo chodí na vycházky. 1,7 % uvedlo, že se věnuje běhu.

Otázka č. 22 byla zaměřena na záliby respondentů

**Tabulka B 22: Záliba (k otázce 22)**

| Valid                         | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| ano s uvedením 1 záliby       | 27        | 45,0    | 45,0          | 45,0               |
| ano s uvedením 2 zálib        | 16        | 26,7    | 26,7          | 71,7               |
| ano s uvedením 3 a více zálib | 12        | 20,0    | 20,0          | 91,7               |
| ne                            | 5         | 8,3     | 8,3           | 100,0              |
| Total                         | 60        | 100,0   | 100,0         |                    |

Zdroj: Vlastní výzkum

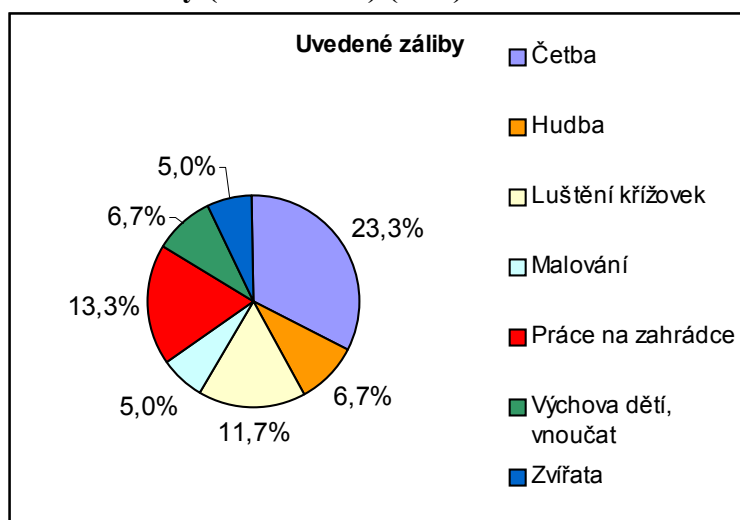
5 % respondentů uvedlo, že nemá zálibu. 27 % napsalo jednu zálibu, 16 % uvedlo 2 záliby a 12 % 3 a více zálib.

**Tabulka B 22.2: Uvedené záliby (k otázce 22)**

| Záliba                | Počet | Počet v % |
|-----------------------|-------|-----------|
| četba                 | 14    | 23,3      |
| hudba                 | 4     | 6,7       |
| luštění křížovek      | 7     | 11,7      |
| malování              | 3     | 5,0       |
| práce na zahrádce     | 8     | 13,3      |
| výchova dětí, vnoučat | 4     | 6,7       |
| zvířata               | 3     | 5,0       |
| Celkem respondentů    | 60    | 100,0     |

Zdroj: Vlastní výzkum

**Graf B 22.2: Uvedené záliby (k otázce 22) (v %)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejvíce respondentů, a to 23,3 % uvedlo jako zálibu četbu. Dále pak 13,3 % uvedlo práci na zahrádce a shodně 6,7 % napsalo, že se věnuje hudbě a výchově vnoučat.

V následující otázce č. 22 bylo zkoumáno, zda se respondenti domnívají, že se v posledních 10-ti letech změnil přístup společnosti k duševně nemocným.

**Tabulka B 23: Změna přístupu k duševně nemocným (k otázce 23)**

| Valid             | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| ano s vyjádřením  | 22        | 36,7    | 36,7          | 36,7               |
| ano bez vyjádření | 5         | 8,3     | 8,3           | 45,0               |
| ne                | 31        | 51,7    | 51,7          | 96,7               |
| nevím             | 2         | 3,3     | 3,3           | 100,0              |
| Total             | 60        | 100,0   | 100,0         |                    |

Zdroj: Vlastní výzkum

45 % se vyplnilo že došlo ke změně přístupu k duševně nemocným a 36,7 % se vyjádřilo v čem se přístup konkrétně změnil. Jejich vyjádření bylo uvedeno do Přílohy 4. Dále vyplynulo, že 51,7 % se domnívá, že ke změně nedošlo a 3,3 % klientů nevědělo.

Následující dvě otázky byly zaměřené na vlastnosti duševně nemocných. První z nich otázka č. 24 zjišťovala, jakou vlastnost by chtěli u sebe respondenti potlačit či změnit.

**Tabulka B 24.1: Špatná vlastnost (k otázce 24)**

| Valid                 | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-----------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| jedna vlastnost       | 46        | 76,7    | 76,7          | 76,7               |
| dvě vlastnosti        | 8         | 13,3    | 13,3          | 90,0               |
| tři a více vlastností | 1         | 1,7     | 1,7           | 91,7               |
| žádná                 | 3         | 5,0     | 5,0           | 96,7               |
| nevím                 | 2         | 3,3     | 3,3           | 100,0              |
| Total                 | 60        | 100,0   | 100,0         |                    |

Zdroj: Vlastní výzkum

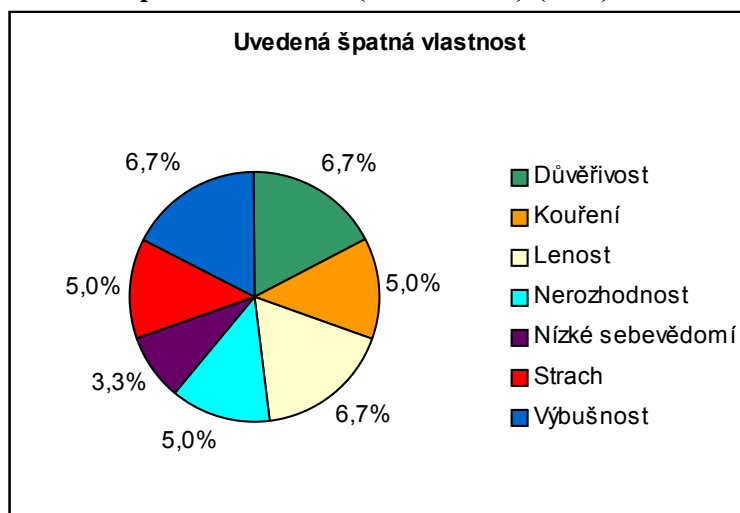
76,7 % respondentů uvedlo, že mají jednu špatnou vlastnost, 13 % uvedlo dvě vlastnosti a 1,7 % tři a více vlastností. Dále pak 5 % vyplnilo, že nemají žádnou špatnou vlastnost a 3,3 % o žádné své špatné vlastnosti neví.

**Tabulka B 24.2: Uvedená špatná vlastnost (k otázce 24)**

| Vlastnost          | Počet | Počet v % |
|--------------------|-------|-----------|
| důvěřivost         | 4     | 6,7       |
| kouření            | 3     | 5,0       |
| lenost             | 4     | 6,7       |
| nerozhodnost       | 3     | 5,0       |
| nízké sebevědomí   | 2     | 3,3       |
| strach             | 3     | 5,0       |
| výbušnost          | 4     | 6,7       |
| Celkem respondentů | 60    | 100,0     |

Zdroj: vlastní výzkum

**Graf B 24.2 : Uvedená špatná vlastnost (k otázce 24) (v %)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Respondenti nejčastěji, a to ve 67 % uváděli shodně jako špatnou vlastnost důvěřivost, lenost a výbušnost. Dále pak shodně 5 % uvedlo kouření nerozhodnost a strach. 3,3 % uvedlo nízké sebevědomí.

Poslední otázka č. 25 zkoumala, které vlastnosti si respondenti u sebe nejvíce váží.

**Tabulka B 25.1 Nejlepší vlastnost (k otázce 25)**

| Valid                 | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-----------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| jedna vlastnost       | 40        | 66,7    | 66,7          | 66,7               |
| dvě vlastnosti        | 7         | 11,7    | 11,7          | 78,3               |
| tři a více vlastností | 4         | 6,7     | 6,7           | 85,0               |
| žádná                 | 5         | 8,3     | 8,3           | 93,3               |
| nevím                 | 4         | 6,7     | 6,7           | 100,0              |
| Total                 | 60        | 100,0   | 100,0         |                    |

Zdroj: Vlastní výzkum

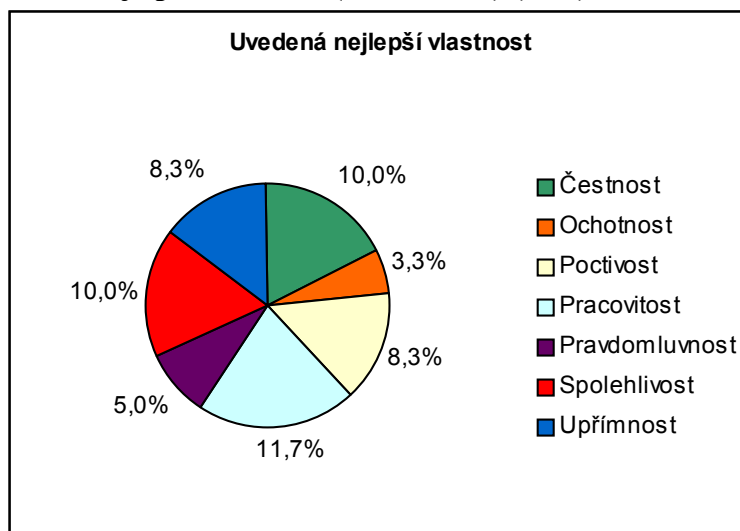
66,7 % respondentů uvedlo jednu vlastnost, které si u sebe nejvíce váží, 11,7 % uvedlo dvě vlastnosti a 6,7 % tři vlastnosti. 8,3 % uvedlo, že si žádné vlastnosti u sebe neváží a 6,7 % o žádné nevědělo.

**Tabulka 25.2: Uvedená nejlepší vlastnost (k otázce 25)**

| Vlastnost          | Počet | Počet v % |
|--------------------|-------|-----------|
| čestnost           | 6     | 10,0      |
| ochotnost          | 2     | 3,3       |
| poctivost          | 5     | 8,3       |
| pracovitost        | 7     | 11,7      |
| pravdomluvnost     | 3     | 5,0       |
| spolehlivost       | 6     | 10,0      |
| upřímnost          | 5     | 8,3       |
| Celkem respondentů | 60    | 100,0     |

Zdroj: Vlastní výzkum

**Graf 25.2: Uvedená nejlepší vlastnost (k otázce 25) (v %)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Respondenti si u sebe nejvíce váží shodně čestnosti a spolehlivosti, a to v 10 %. Dále pak bylo zjištěno, že 11,7 % si u sebe váží pracovitosti a shodně 8,3 % i poctivosti a upřímnost. 5 % respondentů uvedlo pravdomlunost a 3,3 % ochotnost.

## 5 Diskuse

### 5.1 *Diskuse k dotazníku určeného pro studenty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích*

V rámci této diplomové práce byla zkoumána znalost problematiky duševně nemocných lidí u studentů Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Znalost problematiky duševně nemocných byla zaměřena především na jejich práva. Také byly zkoumány postoje studentů k těmto lidem. V únoru až dubnu 2007 se uskutečnilo dotazníkové šetření, během kterého vyplnilo sto oslovených studentů originální anonymní dotazník (Příloha 1), tudíž návratnost byla 100 %.

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 48 % mužů a 52 % žen ze všech fakult Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Věk těchto studentů se pohyboval mezi 19 a 29 lety. Nejčastější věk těchto studentů byl 24 let. Střední hodnotou, mediánem, pak byl věk 23 let.

V otázce č. 4 vyplňovali studenti, zda absolvovali během studia předmět, v rámci kterého byla přednášena i problematika duševně nemocných. 46 % studentů odpovědělo kladně. Byli to studenti z filozofické, pedagogické, teologické a zdravotně sociální fakulty. Znamená to tedy, že přibližně polovina studentů z Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích je seznamována s problematikou duševně nemocných lidí. Ale domnívám se, že touto problematikou by se, alespoň částečně, měli zabývat i na ostatních fakultách, protože řešení otázky duševně nemocných se týká celé společnosti.

Na druhou stranu je překvapující, že i studenti, kteří neabsolvovali žádný předmět s problematikou duševně nemocných, znali správnou odpověď na otázku, kdy je Světový den zdraví. Správně odpověděli studenti z biologické a ekonomické fakulty. I přes jejich znalost správné odpovědi byl tento počet značně nedostačující, protože ji uvedlo dohromady pouze 8 % respondentů. Obdobná situace se vyskytla i u znalosti dokumentů a legislativy týkající ochrany práv duševně nemocných. Velmi málo studentů vyjmenovalo alespoň 1 dokument či zákon. Podstatně lepší byla znalost byla u studentů, kteří v rámci výuky absolvovali předmět s problematikou duševně nemocných. Toto opět svědčí o nedostatečném vzdělávání studentů v této oblasti.

Dále výzkum zjišťoval znalosti studentů o duševních chorobách. Nejvíce studentů uvedlo schizofrenii, depresi a maniodepresivní psychózu. (Tabulka A 8.2) Jejich odpovědi byly obdobné jako údaje Světové banky a Světové zdravotnické organizace, které uvádějí depresi, bipolární poruchy a schizofrenii, jako tři hlavní nemoci, které se nejvíce vyskytují v populaci. (38) Domnívám se, že schizofrenie, ale především deprese jsou choroby, které jsou populární, zakotvily v běžné řeči a lidé často mylně říkají o sobě či o druhých, že je mají. Také bylo zjišťováno, jaké vlastnosti přisuzují studenti duševně nemocným. Protože jsou u nás stále tyto lidé stigmatizováni, vlastnosti, které studenti uváděli, vycházely z předsudků a proto byly především negativní. Nejvíce se jich domnívalo, že duševně nemocní jsou nevyrovnaní, náladoví a agresivní. Poněvadž poměrně mnoho studentů, a to 70 % uvedlo, že zná schizofrenii, byly tyto výsledky, které studenti uváděli, porovnány s výsledky výzkumu společnosti DEMA, který se týkal schizofrenie. Z daného výzkumu bylo zjištěno, že lidé se nejčastěji domnívají, že duševně nemocní jsou agresivní a nevypočitatelní. (42)

V rámci dotazníkového šetření byla také zkoumána znalost právního postavení duševně nemocných, která byla u studentů zkoumána v devíti otázkách. Je zajímavé, že znalosti studentů, kteří neabsolvovali předmět s problematikou duševně nemocných, o právním postavení duševně nemocných, byly téměř vyrovnané se studenty, kteří předmět absolvovali. I když toto předešlé konstatování je dobré, tak celková znalost studentů o právní postavení duševně nemocných je nedostatečná. Problém neznalosti práv duševně nemocných se týká i studentů, poněvadž v Deklaraci lidských práv duševně nemocných je uvedeno, že duševně nemocný člověk má, pokud je to možné, stejná práva jako ostatní občané. (36) Z tohoto důvodu by se měli studenti o práva duševně nemocným více zajímat, budou se totiž do určité míry zabývat i svými vlastními právy.

Výsledky z této části sloužili jako podklad pro potvrzení či vyvrácení hypotézy. Na jejich podkladě konstatuji, že **Hypotéza 2: Studenti z Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích mají nedostatečné znalosti o právním postavení duševně nemocných, byla potvrzena.**



Druhým dílčím cílem této práce bylo zjištění postojů studentů Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích vůči ambulantním psychiatrickým klientům, zejména s ohledem na jejich právní postavení a z něj vyplívající možnou stigmatizaci, diskriminaci. Na podkladě potvrzení Hypotézy 2, která byla pro naplnění tohoto cíle stanovena, se domnívám, **že tento dílčí cíl byl naplněn.**

V dotazníkovém šetření nebyl opomenut ani postoj studentů Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích k duševně nemocným. Studenti jsou k těmto lidem zřejmě tolerantní, poněvadž většina z nich by do svého pracovního kolektivu přijala i duševně nemocného.

Poslední otázka č. 23 byla volná a v rámci ní měli studenti prostor pro připomínky či návrhy k problematice duševně nemocných. Této možnosti využilo pouze 14 % studentů a jejich vyjádření jsou uvedena v příloze. (Příloha 3)

## **5.2 Diskuse k dotazníku určeného pro klienty psychiatrických ambulancí**

V březnu a na začátku dubna 2007 bylo v psychiatrických ambulancích v Českých Budějovicích a v Písku osloveno v rámci dotazníkového šetření celkem 100 klientů. V psychiatrické ambulanci v Českých Budějovicích bylo ochotno vyplnit dotazník 40 klientů a v Písku 20 klientů. (Příloha 2) Návratnost dotazníků tedy činí 60%. Raboch v knize Psychiatrie uvádí, že lidé se stále bojí přiznat, že jsou duševně nemocní, protože by to pro ně znamenalo, že budou považováni za nesvéprávné, zhlouplé, nevypočitatelné a nebezpečné. (12) Domnívám se, že také z tohoto důvodu se klienti obávali vyplnit mé dotazníky.

Mého výzkumu v psychiatrických ambulancích se zúčastnilo 26,7 % mužů a 73,3 % žen. Z tohoto výzkumného souboru mělo nejvíce lidí depresi, schizoafektivní poruchu a schizofrenii. (Tabulka B 2) Tyto výsledky jsou podobné s prvním dotazníkovým šetřením této diplomové práce, v rámci kterého uvedli studenti rovněž depresi a schizofrenii na předních místech.

Nejčastější věk respondentů se pohyboval mezi 41.a 50. rokem. Lidé v tomto věku zpravidla dosahují svého pracovního vrcholu a s tím souvisí i zvyšující se nároky na jejich výkon. Často řeší i rodinné problémy a v důsledku toho jsou vystavováni

psychickému tlaku. Tyto faktory se mohou podílet na vzniku a udržování, případně i zhoršování duševní nemoci.

Následujících pět otázek se týkalo zaměstnání. Z nich vyplynulo, že 46,7 % respondentů je zaměstnáno. Je zajímavé, že pouze 7,1 % z nich je v práci nespokojeno. Spokojenost zaměstnaných respondentů pravděpodobně pramení z toho, že duševně nemocní mají problémy s nalezením a udržením zaměstnání. Toto konstatování uvádí jako důsledek diskriminace i Barbora Wenigová. (42) Pro ostatní nezaměstnané respondenty byla určena otázka č. 9, ve které měli uvést důvod nezaměstnanosti. Nejvíce klientů, a to 25 % uvedlo jako důvod invalidní důchod. (Tabulka 9)

V rámci výzkumu nebyly opomenuty ani otázky zaměřené na diskriminaci duševně nemocných. Z jedné z nich vyplynulo, že 23,3 % respondentů ztratilo někdy kvůli své nemoci zaměstnání. Jiná z otázek byla zaměřena na subjektivní vnímání diskriminace v dnešní době. 55 % respondentů se domnívá, že diskriminace lidí duševně nemocných stále existuje a 40 % je opačného názoru. 5 % respondentů neznalo odpověď. Respondenti, kteří uvedli, že lidé s duševní nemocí nejsou diskriminováni či nevěděli odpověď, možná již diskriminaci nepovažují za diskriminaci, ale za běžnou součást života. Dále bylo zjištěno, že 26,7 % respondentů zažilo již diskriminaci osobně, a to v podobě ztráty zaměstnání, nezískáním zaměstnání, předsudků okolí či problematické komunikace s lékařem. (Graf B 13.2) Tyto problémy uvádí i Barbora Wenigová, která navíc uvádí i problémy s bydlením. (42)

Poslední otázka s problematikou diskriminace se týkala přístupu lékařů k duševně nemocným lidem. 21,7 % respondentů uvedlo, že se setkalo již s tím, že lékař podcenil jejich potíže. Podle respondentů lékař nejčastěji podcenil potíže, které vyústili v duševní nemoc, ale také své chování a to tím, že svým klientům nedůvěřuje či je odesílá na psychiatrii i s banálními nemocemi. (Graf B 14.2)

Předešlé otázky z oblasti diskriminace byly vybrány pro ověření následující **Hypotézy 1: Klienti, kteří navštěvují ambulantní zařízení pro léčbu psychických poruch, subjektivně pocítují stigmatizaci, která se projevuje diskriminací v různých oblastech života. Tato hypotéza nebyla potvrzena.**

První dílčím cílem této diplomové práce bylo zjištění subjektivně posuzované míry stigmatizace u psychicky nemocných, která má dopad na kvalitu jejich života a způsobuje u nich možnou diskriminaci v různých oblastech života. Na podkladě nepotvrzení Hypotézy 1, která byla pro naplnění tohoto cíle stanovena se domnívám, že **tento dílčí cíl byl naplněn.**

Je dobré, když duševně nemocní lidé nejsou na svoji nemoc sami a mohou se na někoho se svými problémy obrátit. Z výzkumu bylo zjištěno, že 76 % respondentů má blízkou osobu, která jim pomáhá překonat jejich problémy. Nejčastěji klienti uváděli, že jim pomáhá manžel, manželka, druh nebo družka, tyto osoby uvedlo 25 %. 18,3 % uvedlo kamarády nebo přátele. Nejméně lidí 1,7 % uvedlo, že jim pomáhá stejně nemocný člověk. (Tabulka B 17). Je dobré, že poměrně mnoho respondentů má blízkou osobu, jelikož jedním z důsledků stigmatizace je podle Barbory Wenigové i pocit osamění. (42)

V dotazníkovém šetření byly také otázky zaměřené na kulturní vyžití duševně nemocných lidí. Respondenti si mohli vybrat z uvedené nabídky kulturních zařízení či společenských událostí či doplnit vlastní. Z výsledků vyplynulo, že 46,7 % respondentů z uvedených možností navštěvuje kino, 23,3 % si rádo poslechne koncert a 21,7 % rádo shlédne divadlo. Mezi zařízeními a událostmi, které klienti sami uváděli, se na prvním místě s 5 % umístilo posezení s přáteli a návštěva výstavy. Dále pak 3,3 % uvedlo, že navštěvuje restauraci, hospodu či čajovnu a stejný počet uvedl taneční zábavu. (Graf B 19) To že respondenti navštěvují kulturní zařízení či společenské akce má beze sporu pozitivní vliv na jejich nemoc. Tyto akce a události jim pomáhají v integraci do společnosti. Dotazovaní, kteří do společnosti nechodí se nejčastěji necítí dobře mezi více lidmi. Jejich strach pramení především z možné stigmatizace a každá negativní zkušenost je od návštěvy odrazuje, což se většinou projevuje záporně na jejich psychice a jejich stav se potom nezlepšuje.

Kromě kulturního vyžití mohou duševně nemocní lidé také sportovat. Kladný vztah ke sportu uvedlo 46,7 % respondentů. Nejčastěji dotazovaní uváděli, že se věnují cyklistice, tento sport uvedlo 30 % respondentů. Také chodí plavat, tento sport uvedlo 11,7 % klientů. Mezi sporty se také objevila relaxační jóga, kterou uvedlo 3,3 %, stejně

jako fotbal či volejbal a gymnastiku. (Graf B 21.2) Sport spolu se společenskými událostmi má pozitivní vliv na duševní nemoc. Na rozdíl od společenských událostí mohou sport provozovat individuálně, což je pro mnohé výhodou, že se nemusí obávat těsnější společnosti více lidí.

Duševně nemocní mají samozřejmě kromě sportu také různé záliby. Patří mezi ně především četba, práce na zahrádce a luštění křížovek. Je to sice dobré, že mají nějakou zálibu, ale na druhé straně se těmito nejčastěji zmiňovanými formami zábavy mohou izolovat od ostatních lidí, jelikož se většinou zálib věnují doma.

Odpovědi na tuto otázku spolu s odpověďmi na otázku týkající se kulturního vyžití a sportu a odpověďmi na otázku z dotazníku určeného pro studenty č. 21 (otázka týkající se toho, zda by mohl být v jejich pracovním kolektivu duševně nemocný) byly použity jako pokladový materiál pro ověření či vyvrácení **Hypotézy 3: Duševně nemocní nejsou integrováni mezi ostatní populaci. Na základě výsledků odpovědí z výše uvedených Hypotéza 3 nebyla potvrzena.**

Třetím dílčím cílem této diplomové práce bylo zjištění míry integrace duševně nemocných. Na podkladě nepotvrzení Hypotézy 3, která byla pro naplnění tohoto cíle stanovena se domnívám, **že tento cíl byl naplněn.**

V rámci dotazníkového šetření se mohli respondenti vyjádřit také ke skutečnosti, zda se změnil v posledních 10-ti letech přístup k duševně nemocným. 45 % tuto skutečnost potvrdilo a 31,6 % se k ní i vyjádřilo (Příloha 4)

Poslední dvě otázky se týkaly vlastností duševně nemocných. Vlastnosti, které by u sebe chtěli změnit nebo potlačit odhalilo 91,7 % respondentů nejčastěji a to shodně v 6,7 %, nejsou lidé spokojeni s důvěřivostí, leností a výbušností. Dále by lidé chtěli omezit či potlačit svůj strach a nerozhodnost.

V porovnání s předchozí otázkou uvádělo 85 % respondentů své dobré vlastnosti, kterých si nejvíce váží. Jako nejčastější vlastnosti, kterých si klienti u sebe váží, uváděli, a to v 11,7 %, pracovitost. Což je zajímavé, jelikož více než polovina respondentů je nezaměstnaných a mezi nejčastějšími zápornými vlastnostmi byla také uvedena lenost. Dále byla s 10 % uvedena čestnost a spolehlivost. (Graf B 25.2)

Cílem této diplomové práce bylo zmapovat problematiku stigmatizace duševně nemocných. Tento cíl byl dále rozdělen na tři dílčí cíle, které byly na podkladě potvrzení či nepotvrzení stanovených hypotéz naplněny. Na základě naplnění dílčích cílů byl cíl této diplomové práce rovněž naplněn.

## 6 Závěr

Cílem této diplomové práce bylo zmapovat problematiku stigmatizace duševně nemocných. K dosažení tohoto cíle bylo vhodné jeho rozdělení na tři dílčí cíle. Prvním z nich bylo zjištění subjektivně posuzované míry stigmatizace u psychicky nemocných, která má dopad na kvalitu jejich života a způsobuje u nich možnou diskriminaci v různých oblastech života. Druhým dílčím cílem pak bylo zjištění postojů studentů Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích k ambulantním psychiatrickým pacientům, zejména s ohledem na jejich právní postavení a z něj vyplívající možnou stigmatizaci, diskriminaci. Posledním dílčím cílem bylo zjištění míry integrace duševně nemocných.

Uvedených cílů bylo dosaženo pomocí třech stanovených hypotéz. První z nich Hypotéza 1 zněla: Klienti, kteří navštěvují ambulantní zařízení pro léčbu psychických poruch, subjektivně pocítují stigmatizaci, která se projevuje diskriminací v různých oblastech života. Tato hypotéza nebyla na potvrzena

Druhá Hypotéza 2, byla následující: Studenti Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích mají nedostatečné znalosti o právním postavení duševně nemocných. Tato hypotéza byla potvrzena.

Poslední Hypotéza 3 zněla: Duševně nemocní nejsou integrováni mezi ostatní populaci. Tato hypotéza nebyla potvrzena.

I když z uvedených výsledků vyplývá, že stigmatizace u duševně nemocných není tak velká, stále se s tímto problémem tyto lidé setkávají. Stigmatizace většinou pramení z nedostatečné znalosti o povaze nemocí duševně nemocných lidí, na jejímž podkladě si o těchto lidech vytvářejí ostatní mylné informace. Jako návrh řešení tohoto problému, proto navrhuji osvětovou kampaň, v rámci které by se lidé měli možnost dozvědět informace o duševně nemocných od specialistů a někdy i přímo od nich samotných, které mají leckdy zkreslené.

Dále z výsledků vyplynulo, že studenti nemají dostatečné informace o právech duševně nemocných. Jednou z možných variant řešení by mohly být výukové semináře, v rámci kterých by se studenti dozvěděli více informací k právům duševně nemocných a ostatních znevýhodňovaných lidí.

Tato diplomová práce měla za úkol zmapovat problematiku duševně nemocných lidí. Výsledky z jejího výzkumu pak mohou dále sloužit jako podkladový materiál při dalším výzkumu této problematiky. Dalším důležitou skutečností zjištěnou v rámci výzkumu této práce byla nedostatečná znalost problematiky duševně nemocných mezi studenty, z čehož lze usuzovat i všeobecně nízkou znalost této problematiky mezi běžnou populací. Proto by tato práce mohla posloužit i pro zvýšení informovanosti o této problematice.

## 7 Seznam použitých zdrojů

1. BAŠTECKÝ, Jaroslav. *PSYCHIATRIE, PRÁVO A SPOLEČNOST: Postavení duševně nemocného ve společnosti a v právních předpisech*. 1. vyd. Praha: Galén, 1997. 210 s. Edice Theatrum medico-iuridicum. Sv. I. ISBN 80-85824-45-0.
2. DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Karolinum, 2002. 374 s. ISBN 80-246-0139-7.
3. HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 777s. ISBN 80-7178-303-X.
4. CHODURA, Vladimír. *Psychiatrie*. 2. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 1999. 80s. ISBN 80-7040-365-9.
5. CHROMÝ, Karel. *Duševní nemoc: Sociologický a sociálněpsychologický pohled*. 1. vyd. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, n.p., 1990. 82 s. Thomayerova sbírka. Sv. 512. ISBN 80-201-0050-4.
6. KALINA, Kamil. *Jak žít s psychózou?*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 247 s. ISBN 80-7178-563-6.
7. KRATOCHVÍL, Stanislav. *Jak žít s neurózou: o neurotických poruchách a jejich zvládnutí*. 4. rozšířené vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-553-1.
8. MALÁ, Eva, Pavlovský, Pavel. *PSYCHIATRIE: Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 144s. ISBN 80-7178-700-0.
9. PAVLOVSKÝ, Pavel. *SOUDNÍ PSYCHIATRIE A PSYCHOLOGIE: 2. ROZŠÍŘENÉ A AKTUALIZOVANÉ VYDÁNÍ*. 2. vyd. Praha: Grada, 2004. 204s. ISBN 80-247-0542-7.
10. PRAŠKO, Ján, PRAŠKOVÁ, Jana, VYSKOČILOVÁ, Jana. *Úzkost a obavy: Jak je překonat*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 232s. ISBN 80-7367-079-0.
11. PRAŠKO, Ján, PAŠKOVÁ, Beata, PRAŠKOVÁ, Hana, et al. *Obsedantně kompulsivní porucha a jak se jí bránit*. 1.vyd. Praha: Potrál, 2003. ISBN 80-7178-810-4.
12. RABOCH, Jiří, ZVOLSKÝ, Petr, et al. *PSYCHIATRIE*. 1. vyd. Praha: Galén, Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2001. 580s. ISBN 80-7262-140-8 (Galén), ISBN 80-246-0390-X (Karolinum).
13. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: Variabilita a patologie lidské psychiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 448 s. ISBN 80-7178-214-9.



14. ANDERS, Martin, UHROVÁ, Tereza, KITZLEROVÁ, Eva. Schizofrenie, onemocnění známé i neznámé. *Osobní lékař: Rádce na cestu dlouhým a úspěšným životem*, květen 2004, ročník 4, číslo 5, s. 16-19. ISSN 1213 - 2470.
15. CAGAŠ, Petr, TURBOVÁ, Jarmila. Hypnóza schizofreniků: ano, či ne?. *PSYCHOLOGIE DNES: psychologie, psychoterapie, životní styl*, září 2004, ročník 10, číslo 9, s. 28 – 30. ISSN 1212 – 9607.
16. GABRIEL, Josef. „Blázníš? No a! – nový projekt pro školy. *PSYCHOLOGIE DNES: psychologie, psychoterapie, životní styl*, květen 2006, ročník 12, číslo 5, s. 6 – 7. ISSN 1212 – 9607.
17. HORÁČEK, Jiří, PRAŠKO, Ján. DEPRESE: častá, ale dobře léčitelná psychická porucha. *Osobní lékař: Rádce na cestu dlouhým a úspěšným životem*, leden 2002, ročník 2, číslo 1, s. 42-44. ISSN 1213 - 2470.
18. JANÍČEK, Jeroným. Nová naděje v léčbě deprese. *Osobní lékař: Rádce na cestu dlouhým a úspěšným životem*, únor 2004, ročník 4, číslo 2, s. 22-26. ISSN 1213 - 2470.
19. KEBZA, Vladimír, PACLT, Ivo. *Úzkostné poruchy*. Praha: SPN, 2002. Leták Státního zdravotního ústavu.
20. MATOUŠKOVÁ, Hana. Nové léky, jiné starosti. *Mladá fronta DNES*. Praha: MAFRA, únor 2007, ročník 18, číslo 41, C/8. ISSN 1210 – 1168.
21. PRAŠKO, Ján. Úzkostné poruchy a stigmatizace. *PSYCHOLOGIE DNES: psychologie, psychoterapie, životní styl*, červenec – srpen 2005, ročník 11, číslo 7 – 8, s. 38 – 39. ISSN 1212 – 9607.
22. SOJKA, Michal. Pane profesore, kdy má člověk navštívit psychiatra. *Osobní lékař: Rádce na cestu dlouhým a úspěšným životem*, březen 2001, ročník 1, číslo 3, s. 32-36. ISSN 1213 – 2470.
23. Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, v platném znění.
24. BOLDIŠ, Petr. *Bibliografické citace dokumentů podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2: Část 2 – Modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentů*. [online]. Verze 3.0 (2004). © 1999-2004, poslední aktualizace 11.11. 2004. URL: <<http://www.boldis.cz/citace/citace2.pdf>>.
25. BOLDIŠ, Petr. *Bibliografické citace dokumentů podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2: Část 2 – Modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentů*. [online]. Verze 3.0 (2004). © 1999-2004, poslední aktualizace 11.11. 2004. URL: <<http://www.boldis.cz/citace/citace1.pdf>>.

26. ČESKÁ ASOCIACE PRO PSYCHICKÉ ZDRAVÍ. *Výroční zpráva 2001*. [online]. [cit. 2007-02-12]. Dostupné z: <[http://www.sweb.cz/capz-esprit/doc/CAPZ\\_vyrocka\\_01.doc](http://www.sweb.cz/capz-esprit/doc/CAPZ_vyrocka_01.doc)>.
27. ČTK, *Soud potvrdil právo duševně nemocných na přístup do dokumentace*. [online]. c 2005 [cit. 2007-02-15]. Dostupné z: <<http://forum.czechmed.cz/nove/?q=node/1219>>.
28. Fokus Praha. *Blázníš? No a!*. [online]. c 2005. [cit. 2007-04-02]. Dostupné z: <<http://www.fokus-praha.cz/index.php?action=main&subject=190>>.
29. Fokus Praha. *Program primární prevence pro školy a pro destigmatizaci lidí s duševním onemocněním—, „Blázníš? No a!“*. [online] c 2005 [cit. 2007- 04- 02] Dostupné z: <<http://www.neziskovky.cz/cz/fakta/zpravodajstvi/celorepublikove-akce/2378.html> >.
30. Fokus Praha. *Projekty spolufinancované z EU*. [onlin]. c 2005 [cit. 2007-04-02]. Dostupné z: <<http://www.fokus-praha.cz/index.php?action=main&subject=84&sessid=6d7483d8c68a7b3b474e1da3c24b5cf2>>.
31. Helcom. *Český helsinský výbor*. [online]. c 2002-2006. [cit. 2007-03-24]. Dostupné z: <<http://www.helcom.cz/view.php?cislocianku=2004110301&PHPSESSID=419a8fefdc4e94ce73c137b74d2dc2e1>>.
32. *Historie psychiatrie*. [online]. c 2005-2006. [cit. 2007- 02-17]. Dostupné z: <<http://referaty-seminarky.cz>>.
33. LIBIGER, Jan. *Stigma duševního onemocnění*. [online]. [cit. 2007-02-15]. Dostupné z: <<http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/PSYCH101/08libige.htm>>.
34. LINK, BG., MIROZNIK, J., CULLEN, FT. *The effectiveness of stigma coping orientations: can negative consequences of mental illness labeling be avoided?* [online]. Sep. 1991 [cit. 2007-03-10]. Dostupné z: <[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=AbstractPlus&list\\_uids=1940212&query\\_hl=3&itool=pubmed\\_docsum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=AbstractPlus&list_uids=1940212&query_hl=3&itool=pubmed_docsum)>.
35. MedProGo. *Práva pacientů: Deklarace duševně postižených lidí*. [online]. c 2006. [cit. 2007-02-16] . Dostupné z: <[http://zdravi.medicentrum.com/ed/0/do/rights/specific/?f=3\\_dusevnizd](http://zdravi.medicentrum.com/ed/0/do/rights/specific/?f=3_dusevnizd)>.
36. MPSV ČR. *Práva duševně nemocných*. [online]. [cit. 2007-02-13]. Dostupné z: <[http://www.sweb.cz/capz-esprit/prispevky/dokumenty/deklar\\_prava\\_dusev\\_nemoc.html](http://www.sweb.cz/capz-esprit/prispevky/dokumenty/deklar_prava_dusev_nemoc.html)>.

- 37.** PRAŽSKÝ MODEL SPOJENÝCH NÁRODŮ. *PORUCHY NÁLADY – UNIPOLÁRNÍ PORUCHY (MÁNIE A DEPRESE), BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHY (MANIODEPRESIVNÍ PORUCHY)*. [online]. [cit. 2007-02-16].  
Dostupné z: <<http://www.amo.cz/soubory/pmun/VIIrocnik/WHO/BRG-7-WHO-1-DusevniZdravi.doc>>
- 38.** RIPOVÁ, Lucie. Ochrana práv duševně nemocných v České republice z perspektivy Světové zdravotnické organizace. [online]. [cit. 2007-02-15].  
Dostupné z: <<http://os-kolumbus.org/infoopravwho.htm>>.
- 39.** RIPOVÁ, Lucie. *Ochrana práv občanů duševně nemocných*. [online]. [cit. 2007-02-14].  
Dostupné z: <<http://www.helcom.cz/view.php?cisloclanku=2004022604&PHPSESSID=69dc5f848f638fc0ab8c302def87e6b0>>.
- 40.** RIPOVÁ, Lucie. *Řízení o způsobilosti k právním úkonům*. [online]. [cit. 2007-02-12].  
Dostupné z: <[http://www.sweb.cz/capz-esprit/prispevky/dokumenty/prav\\_rizeni\\_o\\_zpusobil\\_kprav\\_ukon.html](http://www.sweb.cz/capz-esprit/prispevky/dokumenty/prav_rizeni_o_zpusobil_kprav_ukon.html)>
- 41.** VALEŠ, František. *Práva pacientů*. [online]. c 2002-2006. [cit. 2007-03-24].  
Dostupné z: <<http://www.helcom.cz/view.php?cisloclanku=2007021605>>.
- 42.** WENIGOVÁ, Barbora. *Stigma a psychiatrie (napříč časem)*. [online]. [cit. 2007-02-16]. Dostupné z: <<http://stopstigmapsychiatrie.cz/stigma-psychiatrie-napric-casem-wenigova.html>>
- 43.** Zdn. *Depresivní poruchy*. [online]. [cit. 2007-02-16]. Dostupné z: <<http://www.ereska.cz/clanky/deprese.html>>.

## **8 Klíčová slova**

Deprese

Diskriminace

Duševně nemocní

Práva

Schizofrenie

Stigmatizace

## **9 Přílohy**

**Příloha 1: Vzor dotazníku určeného pro studenty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích**

**Příloha 2: Vzor dotazníku určeného pro klienty psychiatrických ambulancí**

**Příloha 3: Vyjádření připomínek či návrhů k problematice duševně nemocných**

**Příloha 4: Názory klientů psychiatrických ambulancí na změnu přístupu společnosti k duševně nemocným lidem v posledních 10-ti letech**

## **Příloha 1: Vzor dotazníku určeného pro studenty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích**

Dobrý den,

Jmenuji se Ema Krejčová a studuji 5. rokem Zdravotně sociální fakultu Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění následujícího dotazníku. Tento dotazník je určen pro studenty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a bude sloužit jako podkladový materiál pro mou diplomovou práci, která se nazývá: Stigmatizace duševně nemocných. Práce je zaměřena na duševně nemocné, kteří navštěvují psychiatrické ambulance. Nejedná se tedy o klienty, kteří jsou umístěni v psychiatrických léčebnách. Odpovědi, prosím, zaškrtněte do Vámi vybraného okénka. Ujišťuji Vás, že tento dotazník je zcela anonymní. V případě, že se zmýlíte, zakroužkujte prosím správnou odpověď.

Děkuji Ema Krejčová

### **1. Pohlaví**

- žena
- muž

### **2. Věk.....let**

### **3. Fakulta**

- biologická
- ekonomická
- filozofická
- pedagogická
- teologická
- zdravotně sociální
- zemědělská

### **4. Absolvoval/a jste během studia předmět, v rámci kterého byla přednášena problematika duševně nemocných?**

- ano
- ne

### **5. Kdy je Světový den zdraví? (Uveďte datum.)**

- .....
- nevím

### **6. Znáte nějaké dokumenty, které jsou zaměřeny na ochranu práv duševně nemocných? (Pokud ano, uveďte je.)**

- ano.....
- ne

**7. Existují v České republice zákony, které se týkají práv duševně nemocných? (Pokud ano, uveďte je.)**

- ano
- ne
- nevím

**8. Jmenujte duševní poruchy, které znáte.**

- .....
- neznám žádnou

**9. Znáte nějaké faktory, které se podílejí na vzniku duševní choroby? (Pokud ano jmenujte je.)**

- ano.....
- ne

**10. Vyjmenujte tři vlastnosti, které podle Vás charakterizují člověka s duševní poruchou.**

.....

**11. Bojíte se duševně nemocných lidí?**

- ano
- ne

**12. Lze duševně nemocného, u kterého je porucha přechodná, zbavit způsobilosti k právním úkonům?**

- ano
- ne
- nevím

**13. Mohou psychicky nemocní lidé, kteří jsou zbaveni způsobilosti k právním úkonům uzavírat manželství?**

- ano
- ne
- jen na povolení soudu, a to za podmínky, že jejich zdravotní stav je slučitelný se společenským účelem manželství
- nevím

**14. Mají duševně nemocní rodičovská práva?**

- ano
- ne
- jen pokud mají způsobilost k právním úkonům v plném rozsahu
- nevím

**15. Mají lidé s duševní poruchou volební právo?**

- ano
- ne
- jen ti, kteří mají způsobilost k právním úkonům v plném rozsahu
- nevím

**16. Lze hospitalizovat duševně nemocného bez jeho souhlasu?**

- ano
- ne
- pouze, když ohrožuje sebe nebo své okolí nebo jeho nemoc spadá do zvláštního předpisu, podle kterého je možné uložit povinné léčení
- nevím

**17. Jsou lidé trpící duševní poruchou zbavováni vždy trestní odpovědnosti?**

- ano
- ne
- jen pokud mají snížené rozpoznávací nebo ovládací schopnosti
- nevím

**18. Mají duševně nemocní klienti právo na přístup do zdravotnické dokumentace?**

- ano
- ne
- nevím

**19. Má duševně nemocný právo na spolurozhodování o léčebných výkonech a postupech?**

- ano
- ne
- nevím

**20. Jsou povinni zaměstnavatelé zaměstnávat osoby se zdravotním postižením (duševním onemocněním)?**

- ano
- ne
- jen, když mají 25 a více osob v pracovním poměru
- nevím

**21. Vadilo by Vám, kdyby ve Vašem pracovním kolektivu byl i duševně nemocný? (V případě, že ano uveďte proč.)**

- ano.....
- ne



**22. Domníváte se, že by do léčby duševně nemocných měla být zapojena i rodina?**

ano

ne

**23. Zde máte prostor pro Vaše připomínky či návrhy k problematice duševně nemocných.**

.....

.....

.....

.....

## **Příloha 2: Vzor dotazníku určeného pro klienty psychiatrických ambulancí**

Dobrý den,

Jmenuji se Ema Krejčová a studuji 5. rokem Zdravotně sociální fakultu Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění následujícího dotazníku. Tento dotazník je určen pro klienty psychiatrické ambulance a bude sloužit jako podkladový materiál pro mou diplomovou práci s názvem **Stigmatizace duševně nemocných**. Odpovědi, prosím, zaškrtněte do Vámi vybraného okénka, případně vypište. Ujišťuji Vás, že tento dotazník je zcela **anonymní**. V případě, že se zmýlíte, zakroužkujte prosím správnou odpověď.

Děkuji Ema Krejčová

### **1. Pohlaví**

- žena
- muž

### **2. Diagnóza.....**

### **3. Věk.....let**

### **4. Nejvyšší ukončené vzdělání**

- základní
- vyučen/a v oboru
- středoškolské
- vyšší odborné
- vysokoškolské

### **5. Stav**

- svobodný/á
- ženatý/vdaná
- rozvedený/á

### **6. Máte děti?**

- ano
- ne

### **7. Jste v současné době zaměstnán/a?**

- ano
- ne

### **8. Pokud ano, jste ve svém zaměstnání spokojen/a?**

- ano
- ne

**9. Pokud ne, proč nejste zaměstnán/a?**

.....

**10. Přišel/a jste někdy o zaměstnání kvůli Vašemu zdravotnímu stavu?**

ano

ne

**11. Hledáte si nové zaměstnání?**

ano

ne

**12. Domníváte se, že jsou lidé s duševními nemocemi v dnešní době diskriminováni (znevýhodňováni)?**

ano

ne

**13. Zažil/a jste již osobně diskriminaci?(V případě, že ano, o jakou diskriminaci se jednalo?)**

ano.....

.....

.....

ne

**14. Měl jste někdy pocit, že nějaký lékař podcenil Vaše potíže? (V případě, že ano co podcenil?)**

ano.....

.....

ne

**15. Je pro Vás problém jednat na úřadech? (V případě, že ano, v čem podle Vás spočívá problém?)**

ano.....

.....

ne

**16. Nachází se ve vašem blízkém okolí někdo, kdo vám pomáhá překonávat Vaše problémy (obavy, strach)?(V případě, že ano, je pro Vás určena následující otázka č. 17)**

ano

ne

**17. Kdo Vám pomáhá překonat Vaše problémy?**

.....  
.....

**18. Cítíte se lépe sám, než ve společnosti mezi lidmi?**

- ano
- ne

**19. Navštěvujete tato kulturní zařízení, společenské události? (V případě, že je klient nenavštěvuje, je pro něj určena otázka č. 20)**

- kino
- divadlo
- koncert
- ostatní.....
- nenavštěvuji

**20. Z jakého důvodu nenavštěvujete uvedená kulturní zařízení, společenské události?**

.....  
.....  
.....

**21. Zabýváte se nějakým sportem? (V případě, že ano jakým?)**

- ano.....
- ne

**22. Máte nějakou zálibu? (V případě, že ano, jakou?)**

- ano.....
- ne

**23. Domníváte se, že v posledních 10-ti letech se změnil přístup společnosti k duševně nemocným (V případě, že ano uveďte konkrétně v čem došlo ke změně)?**

- ano.....
- ne

**24. Kterou, podle Vás špatnou vlastnost by jste chtěl/a u sebe změnit/potlačit?**

.....  
.....

**25. Které vlastnosti si u sebe nejvíce vážíte?**

.....

### **Příloha 3: Vyjádření připomínek či návrhů k problematice duševně nemocných**

#### ***Biologická fakulta***

Žena, 21 let: „Nemyslím si, že bylo nelidské zavírat pacienty do klecí. I přesto by si to někteří pacienti přáli (četla jsem již dříve dotazníky). Pokud pacient sám nedokáže rozhodovat, nechala bych ho připoutaného na lůžku, ale pokud by pacient vyžadoval před duševním záchvatem klec, vyhověla bych mu.“

Žena, 23 let: „Myslím si, že čím větší bude zařazení duš.nem. lidí do „normální“ společnosti, může to výrazně prospět k jejich uzdravování. Samozřejmě záleží na rozsahu postižení. Dále by se také měla „normální“ společnost vychovávat k tomu, aby tyto lidi uměla přijmout a uměla jim pomoci k plnohodnotnému životu ve společnosti.“

#### ***Ekonomická fakulta***

Muž, 25 let: „Nový sociální zákon naprosto likviduje ambulantní střediska pro duševně nemocné, komise rozhodující o vstupu do registru (a tím nároku na dotace) nejsou připraveny a nekvalifikované. V rámci „postižených“ se zapomíná na duševně nemocné.“

#### ***Filozofická fakulta***

Muž, 21 let: „Je třeba vychovat dostatek odborníků, aby měli všichni nemocní opravdovou možnost se kvalitně léčit.“

#### ***Pedagogická fakulta***

Muž 21 let: „Budme prosím tolerantní, budme prosím tolerantní.“

Muž, 23 let: „Tuhle problematiku neznám tak do hloubky.“

Žena, 22 let: „Duševně nemocní by neměli být separovaní od okolí, měli by mít více možností stýkat se s běžnou populací. Lidé by měli s o duševně nemocných vědět více, aby neměli obavy v komunikaci s nimi. Duševně nemocní by měli mít více pracovních příležitostí.“

#### ***Teologická fakulta***

Žena, 20 let: „O této problematice by se mělo více mluvit a ne jí nechávat v pozadí, jako by neexistovala. Myslím si, že lidé o těchto problémech moc nevědí.“

Žena, 23 let: „Hlavní problém je neinformovanost lidí. Sama se v problematice neorientuji tolik, jak bych měla.“

Žena, 23 let: „Více informací, méně neopodstatněných obav a netoliko zveličovat různé příhody médií.“

#### ***Zdravotně sociální fakulta***

Muž, 24 let: „Sympatizuji s nimi.“

Muž, 29 let: „Mám pocit, že je duševně nemocný a duševně nemocný, chci tím říci, že se tato nozologická jednotka nedá zobecnit. Vždy je nutno přistupovat individuálně!“

Žena, 24 let: „Jako u podobných dalších „problematik“ dobrá větší osvěta v rámci běžné populace?“

#### ***Zemědělská fakulta***

Žena, 24 let: „Myslím si, že by bylo potřebné zavést povinně psychologa na každé pracoviště, protože lidé jsou stále pod větším tlakem a nezvládají dobře dané situace.“

Zdroj: Vlastní výzkum

#### **Příloha 4: Názory klientů psychiatrických ambulancí na změnu přístupu společnosti k duševně nemocným lidem v posledních 10-ti letech**

##### ***Muži***

Muž, 23 let: „...Více lidí je vstřícnějších. Myslím si, že problémy jsou více řešeny a mluví se o nich.

Muž, 33 let: „...Lidé mají o této nemoci (depresi) více informací.“

Muž, 42 let: „... větší popularita, znalost léků a léčby“

Muž, 58 let: „...V dřívějších dobách se gamblerství neléčilo.“

##### ***Ženy***

Žena, 24 let: „...Již se neberou jako někdo, kdo si vymýšlí, ale jako někdo kdo je nemocen. Nemocný se již za svou duše. Nemoc stydět a navštíví psychologa i psychiatra.

Žena, 31 let: „...větší informovanost v médiích.“

Žena, 37 let: „...Zhoršil se přístup lidí k duševně nemocným. Mám pocit, že média nás prezentují jako nebezpečné.“

Žena, 38 let: „...podpora při zaměstnávání, širší informovanost pacientů a veřejnosti

Žena, 42 let: „...Společnost se o ně více zajímá a odborní pracovníci jsou vysoce kvalitně připraveni.

Žena, 46 let: „...např. ve vnímání deprese jako nemoci, ne slabosti“

Žena, 50 let: „...Jsou poradny a myslím, že pracují na vyšší úrovni.“

Žena, 50 let: „...Určitě se začalo o této problematice více mluvit, nenahlíží se na tyto lidi jako na bláznů, Je nás hodně, prožívá si to stále více a více lidí. Hlavně díky „celebritám“, které se s těmito problémy svěřili veřejnosti, začíná společnost problém vnímat jinak.“

Žena, 50 let: „...Duševně nemocní lidé se nyní mohou účastnit různých akcí a dokonce i ostatní lidé se snaží jim pomoci v integraci do společnosti.“

Žena, 51 let: „...informace o léčbě nemocí, informace o známých osobnostech, otevřenost,

Žena, 53 let: „... v léčbě a přístupu k pacientům“

Žena, 55 let: „...lepší zacházení“

Žena, 56 let: „...více pochopení“

Žena, 58 let: „...vstřícnější přístup, podstatně více duševně nemocných

Žena, 61 let: „...Lidé se stydí.“

Žena, 85 let: „...Myslí, že se v poslední době pro ně hodně udělalo a stále dělá. Už nemusí být jenom někde zavřeni, ale mohou se zúčastnit různých akcí.“

Zdroj: Vlastní výzkum