

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

Zdravotně sociální fakulta

NÁZOR VEŘEJNOSTI NA LÉČEBNÉ POSTUPY

POUŽÍVANÉ NA PSYCHIATRII

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce:

MUDr. Jan Tuček

Autor bakalářské práce:

Markéta Fillerová DiS.

7.5. 2010

Abstrakt

Public Opinion on Methods of Treatment Used at Psychiatric Wards

The thesis deals with up-to-date subject of medical treatment of mental disorders. The work is divided into a theoretical and a practical part. The theoretical part involves explanation of terms such as mental health, mental disorder and also includes classification of mental disorders. There are chapters devoted to mental illness as a social problem, to stigmatization and to the legal issue of people affected with mental illness in the thesis. History of psychiatric treatment and its development are briefly mentioned here and also some important methods used to treat the mentally ill at present.

The empirical part is devoted to a quantitative research by means of a questionnaire inquiry. The main objective of the survey was to find out, what is the public opinion on methods of medical treatment applied at psychiatric wards. In this part the obtained data are analyzed and the hypotheses are checked. Evaluation of most of the questions is demonstrated graphically. The conclusion of the thesis involves my opinion on this issue and summary of the research results.

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě zveřejněné Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

Datum 7.5.2010

.....

Poděkování:

Na tomto místě bych chtěla poděkovat panu MUDr. Janu Tučkovi za vedení mé bakalářské práce, za ochotu a pomoc při jejím zpracování.

Zároveň bych ráda poděkovala své rodině, bez jejíž podpory by tato práce nikdy nemohla vzniknout.

OBSAH

1. SOUČASNÝ STAV	9
1.1 Duševní zdraví, duševní nemoc	9
1.2 Duševní poruchy	10
1.3 Klasifikace duševních poruch	10
1.4 Duševní onemocnění jako společenský problém	11
1.5 Stigmatizace duševně nemocných a její vliv na léčbu	13
1.6 Právní problémy duševně nemocných ve společnosti	14
1.7 Historie péče o duševně nemocné	16
1.7.1 Počátky psychiatrické péče	16
1.7.2 Duševně nemocní v období středověku	17
1.7.3 Humanizace psychiatrických zařízení	19
1.8 Léčebné postupy používané v psychiatrii v současnosti	20
1.8.1 Farmakologická léčba	20
1.8.1.1 Nežádoucí účinky psychofarmak	20
1.8.1.2 Neuroleptický maligní syndrom	22
1.8.2 Elektrokonvulzivní terapie - ECT	22
1.8.3 Fototerapie	24

1.8.4	Restriktivní opatření	25
1.8.4.1	Omezení pacienta v lůžku – kurtování	26
1.8.4.2	Terapeutická izolace.....	26
1.8.4.3	Omezení pacienta v síťovém lůžku.....	27
1.8.4.4	Ochranný kabátek.....	27
1.8.4.5	Omezení personálem – manuální fixace	27
1.8.4.6	Aplikace psychofarmak bez souhlasu nemocného.....	28
1.8.5	Psychoterapie	28
2.	CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	30
2.1	Cíl výzkumu.....	30
2.2	Předpokládané hypotézy	30
3.	METODIKA	31
4.	VÝSLEDKY	32
5.	DISKUZE	44
6.	ZÁVĚR	52
7.	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	54
8.	KLÍČOVÁ SLOVA	57
9.	PŘÍLOHY	58

Úvod

Vzhledem k tomu, že jsem vystudovala obor psychiatrie a jako psychiatrická sestra jsem měla možnost projít různými zařízeními poskytujícími psychiatrickou péči, je mi problematika psychiatrie, psychiatrických pacientů a jejich léčby velmi blízká, a proto jsem takto uvažovala i při volbě tématu své bakalářské práce. Navíc jde o téma, které je, myslím, velice aktuální, jelikož léčba psychiatricky nemocných, psychická nemoc sama o sobě, psychiatrii i celá psychiatrie jsou témata mnoho diskutovaná a spojovaná s řadou otázek, etických problémů a v neposlední řadě také se stigmatizací ze strany veřejnosti.

Stigmatizován je nejen pacient, ale i určitý druh léčby nebo léčebné postupy. Tyto postupy pak bývají psychiatrickými pacienty odmítány, ačkoli by mohly přinést značné zlepšení jejich stavu. Léky jsou například často pokládány za jedy, které mohou změnit psychiku člověka, psychoterapie je některými laiky pokládána za brainwashing, elektrokonvulzivní terapie je pak podle všeho týráním, nemluvě o v poslední době tolik diskutovaných restriktivních opatřeních. Další laické přesvědčení, že psychiatrické poruchy v porovnání s onemocněními somatickými nejsou v pravém slova smyslu nemocemi, může pochopitelně vést k nedůvěře a odmítání jakékoli léčby.

Stigmatizace psychiatrie jako oboru neusnadňuje ani získávání zdrojů financí. Podle Zelené knihy Evropské komise jde do psychiatrické péče v České republice, spolu se Slovenskem, nejméně peněz v celé Evropské unii. Pouhá 3% všech výdajů na zdravotní péči. Zelená kniha Evropské komise dále uvádí, že stoupá počet pacientů s depresivním onemocněním a psychiatrická onemocnění se dokonce stávají ekonomicky i společensky závažnějším problémem než kardiovaskulární či onkologická onemocnění.

V této práci se tedy pokusím objasnit některé pojmy týkající se duševních poruch, léčby duševně nemocných, vysvětlit, jak jsou některé z metod léčby používány, pokusím se stručně přiblížit některá historická fakta o psychiatrických pacientech a vývoji péče o ně

a dotknu se i některých etických a společenských otázek, souvisejících s psychiatrickou léčbou a léčebnými postupy na psychiatrii používanými. Cílem výzkumné části práce pak bude zjistit, jaký názor má laická veřejnost na léčebné postupy používané na psychiatrii, ověřit a analyzovat míru skutečné informovanosti o těchto postupech a ověřit a analyzovat, z čeho pramení případná nedůvěra k psychiatrii jako instituci.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 *Duševní zdraví, duševní nemoc*

Současná nejčastěji uváděná definice WHO říká, že: Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady. (22)

Označení „nemocný“ pro lidi s psychickými problémy původně pomáhalo lépe je léčit. I v psychiatrii se pochopitelně stalo zvykem orientovat se podle jakéhosi schématu nemoci. (6)

Argument, že „duševní nemoc je jako každé jiné onemocnění“, ale není zcela pravdivý. Všichni víme, že duševně nemocný člověk je v jiném postavení než člověk s tělesnou nemocí. Jeho nemoc se projevuje jinak než většina nemocí tělesných. Ve většině případů tělesné nemoci má nemocný dobře ohraničený úbytek schopností spojený s porušenou funkcí nějakého orgánu nebo orgánového systému, u duševně nemocného je takové ohraničení méně zřetelné. Nemocný mnohdy budí dojem, že je slabý na to, aby dokázal svůj stav překonat. Jen špatně chápeme, proč strach a nedůvěra vedou nemocné k paranoidním výkladům skutečnosti a třeba k agresi, když my zdraví své nejistoty dokážeme unést. Pro jedince bez profesionálního výcviku z toho plyne, že duševně nemocný je jiný než zdravý člověk a také jiný než člověk s tělesnou nemocí. Duševně nemocný se jeví jako člověk s vadami, slabý, neschopný a také nespolehlivý, nekontrolovatelný a možná i hloupý a nebezpečný.

Není jednoduché přistoupit na to, že se může jednat o důsledek odlišné činnosti mozku, a ne o morální a duševní selhání. Duše je pro mnohé zárukou naší výjimečnosti. Její onemocnění se snadno vykládá jako důsledek slabosti nebo jako důsledek působení vyšší síly. (13)

1.2 Duševní poruchy

Duševní poruchy představují velkou specifickou skupinu nemocí, které provázejí lidstvo po celou dobu jeho existence a nejsou ničím novým nebo typickým pro dnešní dobu. Švédská královna Sylvie k vyhlášení roku 2001 *Rokem duševního zdraví pro každého* napsala (volně přeloženo): „Duševní nepohoda a duševní porucha je výrazným utrpením a břemenem pro pacienty, jejich rodiny, děti, příbuzné a přátele, ale i pro společnost, která je postižena jako celek. Je nutné prolomit prostředí ticha a strachu, ve kterém se lidé chovají tak, jak se chovají v ostatních situacích vzbuzujících obavy, tedy vyhýbají se psychiatrickým pacientům, bojují s nimi, nebo si z nich dělají legraci. Ke změně by se mělo dojít výukou, odpovědnou informovaností, osvětou. Světová zdravotnická organizace spolupracující s mnoha organizacemi, společenskými seskupeními, náboženskými skupinami, jedinci a rodinami si dala za úkol, že pomůže rozšířit vědomosti, zpochybnit stigmata, zmírnit diskriminaci, humanizovat psychiatrické služby a zplnohodnotnit pacienty ve společnosti na celém světě.“ (16)

1.3 Klasifikace duševních poruch

V současnosti pro ČR platná Mezinárodní klasifikace nemocí MKN 10 rozpoznává tyto kategorie zvané oddíly:

- F00-F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických
- F10-F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek
- F20-F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy
- F30-F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)

- F40-F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy
- F50-F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
- F60-F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých
- F70-F79 Mentální retardace
- F80-F89 Poruchy psychického vývoje
- F90-F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a dospívání
- F99 Neurčená duševní porucha (19)

1.4 Duševní onemocnění jako společenský problém

Podle Světové zdravotnické organizace poruchy duševního zdraví představují pro evropský region druhou největší zdravotně sociální zátěž (po stárnutí populace a potřebě dlouhodobé péče na prvním místě). Jejich význam a dopad je proto možno považovat za celospolečensky závažný. Až do roku 2001 platilo, že duševní poruchy a poruchy chování zaujímaly 5. místo, a to jak v částečné, tak i plné invaliditě, po kardiovaskulárních a onkologických nemocech, nemocech pohybového a nosného ústrojí a nemocech neurologických. Tento vývoj se začal po roce 2001 měnit a duševní nemoci stanuly na třetím místě jako příčina částečné invalidity a na čtvrtém místě jako příčina plné invalidity. (20)

Postoj společnosti k duševně nemocným souvisí se společenským hodnocením psychiatrie. To, jak společnost pohlíží na duševně nemocné a hodnotí práci psychiatrů,

určuje i možnosti psychiatrie, protože právě tyto možnosti musí garantovat společnost. Společnost by měla být o snažení moderní psychiatrie informována a měla by být na něm i zainteresována, jinak bude neustále narážet na nepřekonatelné překážky předsudků. Je důležitá propojenost práce psychiatrů, zdravotníků a zainteresovaných laiků. (7)

V dnešní době přetrvávají u laické i odborné veřejnosti představy, které ovládají myšlení a chování lidí vůči duševně nemocným. Zdrojem těchto stereotypních představ o duševních onemocněních je strach a obavy z duševních chorob a jejich nositelů. Nadřazení skupinových vlastností nad vlastnostmi individuálními, strach a nedostatečná informovanost vedou k diskriminaci duševně nemocných a k tzv. stigmatizaci. (28)

Důsledkem jsou pak potíže se získáním a udržením zaměstnání, problémy s bydlením, zvýšení izolace, menší spolupráce s lékaři a ochota se léčit. V důsledku horších životních podmínek a většího stresu se opakují zhoršení nemoci. Dochází k chronifikaci nemoci a zvětšení tzv. stigmatu. Rozetnutí bludného kruhu je pro samotné pacienty a jejich rodiny velmi nesnadné. Dopady na nositele nemoci jsou tak značné, že se někdy mluví o stigmatu jako o „druhotné nemoci“. Pravdou je, že mnozí pacienti si více než na samotné příznaky nemoci stěžují na izolaci a osamocení. (28)

„Duševně nemocný nese břímě hodnocení své choroby ostatními lidmi. Takové hodnocení má kořeny v kultuře a je upevňované v každodenní podobě příběhy v novinách, poznámkami v běžné mluvě i ustálenými obraty řeči. Nerozlišuje mezi jednotlivými případy a více než zkušenost s konkrétním člověkem odráží informace z doslechu, literatury a médií, které převádí do roviny obecného očekávání. Jedná se vlastně o stereotypní předsudky. Podobají se etnickým a národnostním stereotypům: Italové jsou emotivní a Angličané chladnokrevní.“ (13)

Díky nedostatku informací o duševních nemocech, jejich průběhu a léčení se získaná představa nemůže konfrontovat s racionálními argumenty. Naopak živnou půdou pro zjednodušenou představu, že nemocný je divný, nevypočitatelný, slabý a líný je posilována

naším přirozeným strachem z toho, co neznáme, spolu s věky předávanými mýty o duševní nemoci. (28)

1.5 Stigmatizace duševně nemocných a její vliv na léčbu

Stigmatizace v tomto případě je založena na předpokladu odlišnosti populace psychiatrických pacientů od běžné populace. Často nezáleží na tom, zde se jedná o psychózu, neurotické projevy nebo poruchu osobnosti. I samotný fakt psychiatrické léčby může znamenat automatické nálepkování. To vede k tomu, že mnohdy velice vážně nemocní svou nemoc popírají, léčbu odkládají, nebo se jí vyhýbají. (25)

Typický je stereotyp duševně nemocného. Promítá se do vtipů o „bláznech“, hovorových obrátů, zpráv v masmédiích i do uměleckých děl. Stereotyp pak může mít pro jedince pozitivní i negativní důsledky. Mezi pozitivní může patřit ochrana jedince, soucit s ním, kladení menších nároků na výkon a role v životě. Typickým negativním důsledkem je stigmatizace. Stigma obecně znamená znehodnocující přívlastek, který bývá příčinou diskriminace nositele. (25)

K úspěšné léčbě psychicky nemocných je velice důležitá spolupráce odborníků s rodinami nemocných a právě samotná rodina ze strachu ze stigmatizace často nemocného od léčby odrazuje. Obávají se toho, že dostanou „cejch“ a „bude to hanba“. Rodina bývá také často nedůvěřivá k psychiatrům. Z laického pohledu „psychiatr v každém vidí blázna“. Mnohdy mívá rodina i svérázné postoje k léčbě a psychiatrickou pomoc pokládá za zbytečnou: „Měl by se oženit či měla by se vdát“, začít žít sexuálním životem, pořádně pracovat, „obalit se tukem“. (25)

Ke stigmatizování může docházet i ze strany terapeutů například v případě diagnóz, u nichž se stereotypně počítá s obtížnou léčbou, nebo v případech, kdy se terapeutovi

například nedaří navázat terapeutický vztah. Zdůvodňuje si tak vlastní neúspěch nebo neochotu se pacientovi věnovat více. Tzv. nálepkování se také více objevuje u osob z nižších sociálních vrstev. (25)

Dalším předsudkem je obava z nebezpečnosti a nevypočitatelnosti nemocných. Vychází z toho, že v akutní fázi nemoci jsou někteří nemocní neklidní, brání se hospitalizaci a pod vlivem svých bludných představ bývají i agresivní. Lidé se také domnívají, že nejhůře léčitelným onemocněním je schizofrenie. Rovněž přetrvává názor, že schizofrenií onemocní především lidé s nižším intelektem a že při onemocnění dochází ke zhloupenutí postižených. (25)

Pro změnu přístupu k nemocným je nejdůležitější si uvědomit, že schizofrenie je nemoc léčitelná a že obavy v okolí vycházejí z toho, že je velmi těžké a někdy nemožné v průběhu akutní fáze nemoci nemocnému porozumět. Neméně důležité je uvědomit si, že psychózou může onemocnět každý z nás. (25)

1.6 Právní problémy duševně nemocných ve společnosti

Práva duševně nemocných, stejně jako práva zdravé populace, jsou zakotvena v Listině základních práv a svobod, která je součástí ústavního pořádku České republiky. Blíže jsou specifikována v Deklaraci lidských práv duševně nemocných. (16)

Světová federace pro duševní zdraví přijala tuto deklaraci v roce 1989. Je v ní zdůrazněno:

- Duševně nemocný nesmí být v žádné situaci a za žádných okolností považován za vyčleněného z lidské společnosti.
- S duševně nemocným se musí jednat jako se stejně rovným, i když svým myšlením, chováním a stavem tuto situaci narušuje.

- Práva duševně nemocného se musí chránit ve všech ohledech, i když si jich sám není vědom, nebo nedává najevo, že si jich je vědom.
- Duševně nemocný musí být informován o zdravotním a sociálním stavu, o možnostech léčby a nápravy a být mu nápomocen.
- Je důležité informovat duševně nemocného o jeho právech, respektovat je a pomáhat k jejich dosažení. (7)

Současná doba zdůraznila též právo na ochranu osobních dat, které vyžaduje mlčenlivost i o faktu, že je někdo pacientem psychiatrického zařízení. Všichni zdravotníci jsou povinni tuto mlčenlivost dodržovat. Nedá-li tedy pacient, který je starší 18 let, souhlas, nelze informovat ani členy rodiny. Existují výjimky např., pokud nemocný vzhledem k těžké psychické poruše není schopen kvalifikovaný souhlas poskytnout, nebo v případě ohlašovací povinnosti některých trestných činů, o jejichž existenci se zdravotník při své práci dozvěděl.

K psychiatrickému léčení nebo hospitalizaci dochází v naprosté většině případů se souhlasem nemocného. Pokud je však nemocný kvůli své poruše nebezpečný sobě nebo svému okolí a hospitalizaci odmítá, je možné ji realizovat i bez jeho souhlasu. O této skutečnosti je pak nezbytné informovat příslušný soud, a to do 24 hodin od přijetí pacienta do zařízení.

Soudu je též podáván podnět k zahájení řízení o úpravě způsobilosti k právním úkonům, v případě, že pacient díky svému duševnímu stavu není schopen starat se o své záležitosti. Na základě znaleckého posudku pak soud může rozhodnout, že u takového pacienta bude způsobilost k právním úkonům omezena (například ve věcech majetkových),

nebo bude pacient způsobilosti zbaven. V obou případech je pacientovi soudem určený opatrovník.

V oblasti trestního práva se můžeme setkat s nemocnými, kteří se pod vlivem onemocnění dopustí trestného činu. Opět je zde nutný znalecký posudek, kde se hodnotí, zda v okamžiku spáchání tohoto činu mohl pachatel rozpoznat společenskou nebezpečnost svého jednání a toto jednání mohl ovládat. Závěrem je pak to, zda pachatel jednal ve stavu přičetnosti, zmenšené přičetnosti, nebo nepřičetnosti. (16)

1.7 Historie péče o duševně nemocné

Mnozí autoři se zmiňují o tom, že v dávných dobách byli duševně nemocní považováni za osoby posedlé zlými duchy nebo démony, za příslušníky čarodějnického stavu nebo za ty, kteří upadli v nepřízeň bohů. Podle toho s nimi bylo i zacházeno a ne jeden takový člověk byl upálen na hranici. (15)

Humánního zacházení se tedy duševně nemocným v historii lidstva mnoho nedostalo. A to i přesto, že historie lidstva zaznamenává převážně jen útrapy, mučení, upalování a jiné popravky, zatímco o milosrdných postojích k duševně nemocným se zmiňuje mnohem méně. (2)

1.7.1 Počátky psychiatrické péče

Každá společnost se ve své historii musela zabývat společensky problémovými a duševně nemocnými členy. (3) V mytologickém dávnověku byla duševní choroba pokládána za boží trest, a proto mohla být odňata opět jen božským zásahem, takže léčebné

zákroky spočívaly výhradně ve vzývání božstva, v modlitbách a uzdravení z duševní poruchy bylo pokládáno za milostivý dar bohů. (15)

Nelze s přesností určit, v jakém období již lze mluvit o psychiatrické léčbě jako takové. Popisy duševně nemocných se vyskytují již v Písmu svatém. V knize Danielově je popsáno zešílení babylonského krále před 3000 lety: pásl se na louce, neboť se považoval za divoké zvíře. (3) Starý zákon se zase například zmiňuje o tom, jak David mírnil těžkou depresi krále Saula hrou na lyru. V egyptské říši bylo provozováno léčení duševně nemocných na posvátných místech pomocí modliteb, zařikáváním a vyhánění zlého ducha z těla nemocného. K léčbě staří Egyptané používali i hudbu, procházky a navození spánku pomocí omamných látek. Významní antičtí lékaři, zejména Hippokrates, po něm Asklepiades, Soranus a Galén, považovali duševní nemoci za projevy tělesné poruchy a zcela opustili předchozí mystické názory. (16)

Hippokrates vysvětloval duševní choroby teorií o 4 základních tělesných šťávách: krev, hlen, žlutá žluč a černá žluč. Zaplavila-li některá z nich mozek, vznikla duševní porucha. (15) Na základě této teorie o porušené rovnováze tělesných šťáv doporučoval léčbu dávidly, projímadly a pouštění žilou. (16) Od Hippokrata pocházejí též některé termíny obecně užívané až dosud, například: paranoia, melancholie, mánie a též dodnes užívané označení čtyř povahových typů: sangvinik, choleric, melancholik a flegmatik. (15)

1.7.2 Duševně nemocní v období středověku

Středověk představuje nejtemnější a nejreakčnější období chápání duševních poruch a jejich léčby. Duševní poruchy byly vysvětlovány posedlostí zlým démonem, ďáblem, satanem a podle toho se s duševně nemocnými také zacházelo. (15)

Středověk je tedy v péči o duševně nemocné poznamenán návratem k přesvědčení o nadpřirozeném původu duševních onemocnění, což vedlo k vymítání zlého ducha, modlitbám a zařikáváním. Jako příručka k vynucování přiznání o posedlosti i za použití

mučení sloužila kniha Kladivo na čarodějnice z roku 1439. Poslední rozsudek inkvizice pak pochází z roku 1682 a až na podnět osobního lékaře Marie Terezie Van Swieteny byl zákon o čarodějnictví zrušen. „*Podezřelá osoba necht' je neprodleně prohlédnuta lékařem, neboť žádné čarodějnictví neexistuje.*“ (16)

Jedním ze středověkých zvyků bylo ukazovat pomatené veřejnosti. V tzv. věžích bláznů bylo možné za poplatek přes zamřížovaná okna sledovat připoutané šílence, nebo takto postižení poskytovali podívanou u městských bran. Zpráva z roku 1815 říká, že byli ještě tehdy ve špitále Betlehem ukazováni zuřiví šílenci za poplatek každou neděli. (8)

Od konce 15. století se opět objevují názory pokrokových lékařů o tělesné podstatě duševních chorob. (16)

Ostrou kritikou církve a zaváděním racionální farmakoterapie se proslavili Cornelius Agripa (1486-1535) a Johanus Wierus (1515-1588). Významný profesor lékařství Felix Plater (1536-1614) znovu uváděl duševní poruchy do souvislosti s onemocněním mozku a léčil je uspávacími, vodoléčbou, masážemi a tělesným cvičením. Experimentální terapeutické metody prováděl Jean Denis (1668-1738), který používal k léčbě krevní transfúzi – vstříkovaním telecí krve. Herman Boerhaave (1668-1738) doporučoval jakousi léčbu zlomem, tj. hodit duševně nemocného znenadání do vody a držet jej pod vodou, až do ztráty vědomí. (15) Michel Foucault se též zmiňuje o terapii ponořováním do vody. Uplatňovala se údajně u maniaků, kteří měli opakovaným ponořováním do vody ztratit sílu a měla je tak přejít zuřivost. (8)

1.7.3 Humanizace psychiatrických zařízení

Pro psychiatrii se vlastně středověk prodloužil až do 18. století. Bezútešné žaláře, hladomorny, bičování, vyhánění do lesů, veřejné vystavování v kleci, exorcismus, trestání za čarodějnictví, to vše bylo do té doby údělem osob stížených psychózou. (2)

Teprve v 18. století převážně vlivem francouzského osvícenectví se osud duševně nemocných zvolna zlepšoval. V Londýně byl v roce 1751 založen první ústav pro choromyslné. V této době se symbolem osvobození, hygienické důstojnosti a humanitních principů duševně nemocných stal F. Pinel (1745-1826), který v roce 1792 v průběhu francouzské politické revoluce zásadně změnil poměry v pařížské Salpêtriére (nemocnici založené Ludvíkem XIV. v roce 1656 přestavbou stejnojmenné zbrojnice). Filip Pinel odstranil restriktivní opatření u duševně nemocných, omezil jejich nedůstojnou izolaci a vyvedl je ze žalárních kobek. Učinil tak s nebývalou odvahou, neboť mu šéf tehdejší justice pohrozil: „Občane, svou hlavou mi za to ručíš, jestli ty bestie něco udělají.“ Další pokrokoví lékaři v mnoha zemích pak následovali jeho činy. (2)

Léčení duševních chorob po francouzské revoluci počalo být aktivnější, ačkoli bylo stále ještě drastické. Ve Schneiderově učebnici se popisuje účel léčby jako „lámání zlomyslnou a zločinnou vůli šilenců“. V některých případech byly podávány prostředky vzbuzující hnus a odpor, jindy doporučováno užití dávidel a projímadel a vyvolání bolesti v některé části těla tak, aby se mozková činnost obrátila směrem k bolesti. (2)

Účinná psychiatrická terapie duševních chorob prakticky do počátku 20. století neexistovala. Již tehdy mělo velký význam zaměstnávání, jehož příznivý vliv byl znám od nepaměti. Pro nemocné, neklidné a vzrušené neexistovaly účinné léky a používalo se mechanických „uklidňovacích“ zařízení, např. „rotační rakev“, „rotační stroje“ s využitím odstředivé síly k překrvení nebo odkrvení mozku, dále svěrací kazajky a svěrací rukavice, imobilizační kurtování a izolační pokoje. (2)

Vzorem moderního psychiatrického ústavu se stal pražský ústav v Kateřinkách (do provozu uveden roku 1844) s rozvinutou pracovní terapií a dobrou úrovní ošetrovací péče. Zlepšení péče o duševně nemocné probojovával i uskutečnil také první ředitel bohnického ústavu pro choromyslné MUDr. J. Hraše (1853-1935). (2)

1.8 Léčebné postupy používané v psychiatrii v současnosti

1.8.1 Farmakologická léčba

V oblasti léčby duševních onemocnění došlo v posledních desetiletích k velkému rozvoji právě psychofarmak. Ta zásadně přispěla ke zlepšení kvality života nemocných a umožnila propouštění psychiatrických pacientů. Mezi základní psychofarmaka řadíme neuroleptika, antidepresiva, anxiolytika, psychostimulancia, nootropika a kognitiva. Dále se v psychiatrii používají například soli lithia a antiepileptika, antiparkinsonika nebo hypnotika. (16)

Při léčbě psychofarmaky je důležitou otázkou udržení spolupráce s pacientem. Opakovaně dochází k porušování a nedodržování lékařských doporučení a následně pak k relapsům léčené poruchy a též k rehospitalizacím. Je nutné v tomto postupovat citlivě, pacienta informovat jak o nemoci, tak o účincích léků, o nutnosti jejich užívání i o případných vedlejších účincích těchto léků.

1.8.1.1 Nežádoucí účinky psychofarmak

Nežádoucí účinky při léčbě psychofarmaky se vyskytují poměrně často. Mohou se vyskytnout nežádoucí účinky jak somatické, tak i psychické. Znalost nežádoucích účinků

při léčení psychofarmaky má význam především proto, že se můžou objevit nečekaně a jsou pro pacienta nepříjemné. (16)

Nežádoucí účinky nelze podceňovat, protože mohou zásadním způsobem ovlivnit ochotu pacienta přijímat léky. To je obzvláště důležité v případě psychotických onemocnění, kde je nutná dlouhodobá farmakologická terapie a kde hrozí riziko relapsu po předčasném vysazení těchto léků. (23)

Nežádoucí účinky po neuroleptikách

Tyto léky ovlivňují vegetativní nervový systém a v té souvislosti dochází k suchosti v ústech, někdy naopak ke zvýšené salivaci, ke snížení krevního tlaku a k možnosti vzniku kolapsů při náhlé změně polohy. Někdy se vyskytuje zácpa, objevují se alergické kožní reakce, při slunění mohou vznikat pigmentové skvrny. Zatížena jsou pochopitelně játra a ledvinné funkce. Časté bývají také extrapyramidové projevy jako třes, svalové kontraktury, okulogyrní krize (kontraktury očních svalů a stáčení očních bulbů obvykle vzhůru). extrapyramidové projevy lze poměrně rychle odstranit aplikací atropinu nebo podáním antiparkinsonik.

Nežádoucí účinky po antidepresivech

Většina antidepresiv má tzv. anticholinergní účinky (atropinový efekt), bývá po nich sucho v ústech, někdy se mohou objevit potíže s polykáním, potíže s močením až zástava močení, zrychlení srdeční činnosti, bušení srdce nebo zvýšení krevního tlaku. Pacienti popisují i pocity vnitřního chvění a rozmazané vidění. Z psychických příznaků je typický neklid, někdy i stav zmatenosti. (16)

1.8.1.2 Neuroleptický maligní syndrom

Jde o vzácnou, život ohrožující komplikaci při léčbě neuroleptiky nebo po náhlém vysazení dopaminergních antiparkinsonik. (7) Objevuje se jako následek užití vysoké dávky výše uvedených léčiv a ve většině případů k němu dochází v prvních čtyřech týdnech po zahájení, resp. změně terapie. V 5 – 10 % případů vedou tyto komplikace ke smrti. (4)

K těmto komplikacím jsou více disponováni mladí jedinci, muži, nemocní s organickým mozkovým postižením a dehydratovaní. Vyskytuje se u 0,2 – 1 % pacientů. Mezi jeho hlavní klinické příznaky patří: hypertermie, která přesahuje i 40 °C, extrapyramidové příznaky, ty spočívají hlavně ve výrazné svalové rigiditě, kolísavá hypertenze, pocení, tachykardie, výrazné pocení, bledost v obličeji. Dále se u pacienta objevuje mutismus, je negativistický, ve stuporu. Později se mohou objevit i kvalitativní poruchy vědomí až koma, s epileptickými záchvaty. Zvládnutí stavu je nutné v podmínkách ARO nebo JIP. U nemocných, kteří přežijí, dochází k úplné úpravě stavu. (7)

1.8.2 Elektrokonvulzivní terapie - ECT

ECT neboli tzv. elektrokonvulzivní (nesprávně laicky též „elektrošoková“) léčba je vedle psychoterapie a farmakoterapie jednou ze základních léčebných metod v psychiatrii. Byla objevena ve 30. letech 20. století, dávno před objevením prvních psychofarmak. ECT má dosud nepřekonanou vysokou účinnost a malé riziko výskytu vedlejších nežádoucích účinků a komplikací po zavedení celkové anestézie a svalové relaxace při jejím používání. Nemocní, kteří tuto léčbu v minulosti úspěšně podstoupili a poznali její rychlý vliv na zlepšení svého stavu, ji samozřejmě přijímají kladně. Laická veřejnost bohužel tuto metodu vnímá dosud spíše negativně. Velkou měrou se na tom bezesporu podílí její z dnešního pohledu neopodstatněné užívání k ovlivnění chování tzv. „sociopatů“ v polovině 20. století

a její „popularizace“ ve filmech (např. „Přelet nad kukaččím hnízdem“), kde bylo její používání ztvárněno značně zkresleně a v rozporu se skutečností, jak ji z běžné psychiatrické praxe známe dnes. Rozporuplnost pohledu na tuto metodu podtrhuje i negativní postoj části lékařů, kterým vadí zejména fakt, že dosud po více než 70 letech jejího užívání není znám přesný mechanismus účinku. (10)

V současné době se elektrokonvulzivní terapie provádí v krátkodobé celkové anestézii a myorelaxaci, tedy ve stavu obdobném, v jakém se provádějí operační výkony. Na jejím provedení se podílí nejen psychiatr, ale i zkušený anesteziolog. Moderní přístroje aplikují elektrický proud ve velmi krátkých impulsech z elektrod přiložených nejčastěji na spánky pacienta. Při provádění elektrokonvulze lze na nich sledovat EKG i EEG, tedy elektrickou aktivitu srdce i mozku. Pro svou vysokou účinnost se ECT užívá téměř výlučně k léčbě závažných duševních poruch, zejména tam, kde je nutný rychlý léčebný zásah nebo kde byly ostatní způsoby léčby neúčinné. Tato léčebná metoda je založena na opakované elektrické stimulaci mozku, proto se nejčastěji užívá v sérii 6-12 elektrokonvulzí během 3-4 týdnů, méně často je nutné k dosažení potřebného účinku použít delší sérii nebo sérii opakovat. Vlastní elektrická stimulace mozku trvá 1-2 sekundy. Mozek na tuto stimulaci reaguje 20-40 sekund trvajícímími změnami elektrické aktivity na membránách mozkových buněk, čímž se obnovují normální fyziologické poměry mozkové činnosti. Celková doba výkonu není delší než 10 minut. Elektrokonvulzivní terapie se používá se souhlasem nemocného. Jen v případech, kdy je duševní chorobou bezprostředně závažně ohroženo zdraví nebo dokonce život nemocného a neexistuje srovnatelně účinná a bezpečná alternativní léčebná metoda, ji lze použít i bez jeho souhlasu, ale za dodržení všech náležitostí, které pro takový postup stanoví právní předpisy. (10)

Nejčastějším důvodem pro použití této metody je propuknutí depresivní poruchy, která je farmakorezistentní a život ohrožující. Dále se doporučuje její užití u pacientů s mánií farmakologicky málo zklidnitelných a u pacientů s katatonii schizofrenií. ECT může zachránit život i pacientům s neuroleptickým maligním syndromem. Nemá věkové

omezení, dokonce i v těhotenství a u určitých fyzických onemocnění je považována za bezpečnější než léčba antidepresivy. (10)

Nežádoucí účinky ECT

Jako každá léčba i ECT má nežádoucí vedlejší účinky, které jsou však mírné a vyskytují se vzácně a přechodně. V některých případech se mohou vyskytnout bolesti hlavy, přechodné poruchy krátkodobé paměti nebo orientace. Pacienti mohou mít pocit ztíženého dýchání při probouzení z anestezie a nelze vyloučit alergickou reakci na podané léky jako u každé jiné anestezie (např. při operaci). Velmi vzácně se mohou objevit komplikace týkající se srdeční činnosti, dýchání a komplikace neurologické, stejně jako drobná poranění v oblasti ústní dutiny. Ve srovnání s léčbou vyššími dávkami psychofarmak je nežádoucích účinků při ECT minimum. (10)

1.8.3 Fototerapie

Jde o jednu z biologických nefarmakologických metod používaných při léčbě duševních onemocnění. Princip léčby spočívá v expozici difúznímu jasnému světlu o intenzitě minimálně 2500 luxů. Expozice se provádí nejčastěji ráno v rozsahu 30 minut až 2 hodin. Tato léčba je indikována u pacientů trpících depresemi, nebo například poruchami spánku. Nejlepší efekty byly zaznamenány u tzv. sezónních depresivních epizod. Léčba údajně příznivě ovlivňuje metabolismus neurotransmiterů podílejících se na regulaci nálady. Nedoporučuje se léčbu používat u nemocných manických a agitovaných nebo u pacientů se sebevražednými tendencemi. Opatrní bychom měli být i u pacientů s kožní fotosenzitivitou a s některými očními chorobami. (14)

Nejlepší efekty byly zaznamenány u tzv. sezónních depresivních epizod, pozitivní účinky terapie světlem však byly zaznamenány i u ostatních depresivních stavů. Je tomu tak proto, že i ty jsou způsobeny nedostatkem neurotransmiterů serotoninu a noradrenalinu

v mozku pacienta. Dle nejnovějších poznatků je ale fototerapie indikována např. i u poruch příjmu potravy a prospěšná může být i naprosto zdravému člověku. (5)

Psychologický slovník vysvětluje termín fototerapie jako léčbu psychických obtíží, především sezónní deprese, způsobená nesouladem vnitřních hodin člověka s vnějším časem, pomocí intenzivního osvětlení v ranních i večerních hodinách o síle 2000 až 5000 luxů. (9)

1.8.4 Restriktivní opatření

Omezující opatření lze v běžné psychiatrické praxi použít pouze tehdy, kdy pacient ohrožuje sebe nebo své okolí. Stanovení hranice mezi tím, kdy už pacient je nebezpečný a kdy ještě nikoli, může být velmi subjektivní. Věstník MZ ČR č. 1/2005 toto upravuje v metodickém opatření k používání omezovacích prostředků. Každé zařízení by pak jejich aplikaci mělo řešit vnitřními předpisy.

O aplikaci omezovacích postupů rozhoduje výhradně lékař. V naléhavých případech může o omezení pacienta rozhodnout i sestra, i v těchto případech však musí lékař v co nejkratší době rozhodnutí sestry posoudit a potvrdit, případně zvolit jiné řešení.

Užití restriktivních opatření není důvodem k nepovolení návštěv. Každá návštěva však musí být dostatečně informována a poučena o důvodu omezení pacienta a musí být schopna toto akceptovat.

Veškeré okolnosti související s užitím restriktivního opatření musí být zdokumentovány. To se týká důvodu pro užití opatření, průběžného zaznamenávání stavu pacienta a ukončení trvání tohoto opatření. (21)

1.8.4.1 Omezení pacienta v lůžku – kurtování

Jde o znehybnění pacienta v lůžku, případně v křesle či na židli za využití popruhů na horních a dolních končetinách. Jako u všech omezujících opatření i zde jsou indikací ohrožující projevy pacienta k sobě nebo vůči okolí. Vlastní omezení je prováděno za přítomnosti odpovídajícího množství personálu bez bolestivých hmatů a jiných nehumánních postupů. Pacientovi je nejprve nabídnuta možnost nechat se omezit dobrovolně. V průběhu omezování by neměli být přítomni ostatní pacienti či návštěvy a měla by být respektována důstojnost člověka.

Vlastní omezení by mělo být pro pacienta co nejméně zatěžující. Především by mu měl být zajištěn tepelný a světelný komfort, klidné prostředí, vhodně napolohované lůžko a vypodložené popruhy. Po celou dobu omezení musí být pacient pravidelně kontrolován a o jeho stavu musí být veden písemný záznam. (17)

1.8.4.2 Terapeutická izolace

Jednou z nejožehavějších otázek v historii duševních onemocnění je otázka, zda lze mezi terapeutické metody zařadit i umístění pacienta do izolace. Metoda izolace je stará nejméně 2000 let a je stále předmětem sporů. Různé kultury zaujímají vůči této metodě různé postoje a pochopitelně se liší i způsob její aplikace. (3)

K umístění do pacienta do terapeutické izolace se přistupuje opět ve výše zmíněných případech, a to tehdy, nelze-li jeho stav zvládnout v podmínkách oddělení jiným způsobem. Před umístěním pacienta do izolace jsou mu odebrány předměty, kterými by si mohl uškodit, zároveň by ale nemocný měl mít pohodlí. Opět musí být pravidelně kontrolován a zdravotnický personál by měl být neustále dostupný. (17)

1.8.4.3 Omezení pacienta v síťovém lůžku

Jde o omezení volného pohybu pacienta ve speciálním síťovém lůžku. Síťové lůžko je uzamykatelné a ze všech stran včetně stropu opatřeno sítí. Toto omezení je indikováno u pacientů, kteří se dlouhodobě projevují opakovanými stavy psychomotorického neklidu a dlouhodobě u nich selhává farmakoterapie, psychoterapie i edukační postupy. Cílem tohoto omezení je tedy především zabránit poranění či poškození pacienta, jiných pacientů návštěv i personálu, zabránit poškození majetku. V některých případech se síťové lůžko využívá jen na noc. Je to u pacientů s pravidelným nočním neklidem, kdy pacienti bloudí po pokoji nebo obtěžují ostatní pacienty.

Omezení v síťovém lůžku ordinuje lékař a provádí sestra. Pacientovi musí být poskytnuta kompletní ošetrovatelská péče. Lůžko musí být před umístěním pacienta zkontrolováno a pacientovi odebrány všechny nebezpečné předměty. Jako u předchozích omezujících opatření musí být pacient pravidelně kontrolován a snahou personálu musí být maximalizace pobytu pacienta mimo toto lůžko a jeho aktivizace. (17)

1.8.4.4 Ochranný kabátek

Jedná se o opatření, které je využíváno jen výjimečně. Používá se zejména při projevech sebepoškozování, jako je například škrábání obličeje, vytrhávání vlasů apod., nebo při transportu, kdy není nutné omezit veškerý pohyb pacienta. (17)

1.8.4.5 Omezení personálem – manuální fixace

Tento způsob omezení je rozšířen spíše v zahraničí, konkrétně pak ve Velké Británii. Jedná se o způsob omezení, kdy pacientovi v pohybu brání ošetrovatel. Pacient je přitisknut

k zemi nebo ke zdi za pomoci speciálních hmatů, než dojde k jeho uklidnění. Většinou následuje podání uklidňující medikace. (17)

1.8.4.6 Aplikace psychofarmak bez souhlasu nemocného

Nelze říci, zda se jedná o omezovací prostředek v pravém slova smyslu. Tento postup lze pokládat i za prostředek léčebný. (17)

1.8.5 Psychoterapie

Jde o léčebnou metodu, při které je snahou terapeuta psychologickými prostředky příznivě ovlivnit chorobný proces. Je mnoho různých postupů, metod a psychoterapeutických směrů, všechny mají ale podobný cíl. Odstranit nebo zmírnit chorobné příznaky a dosáhnout pozitivních změn v pacientově osobnosti. (16)

Psychoterapie tedy především pomáhá hlouběji porozumět tomu, co se s člověkem děje. Učí, jakým způsobem má nemocný zacházet s příznaky a problémy a trénuje dovednosti, které mohou v budoucnu zabránit rozvoji nové epizody nemoci. (24)

Psychoterapie se uplatňuje jako účelné a účinné využití určitých duševních vlivů k překonání životních selhání a k léčbě zdravotních poruch. Účelnost psychoterapeutické léčby závisí na kombinaci setkání daného pacienta s určitým druhem problému a daného terapeuta užívajícího určité metody. (12)

K rozlišení velkého množství psychoterapeutických metod je možné použít značné množství rozlišovacích kritérií: jejich teoretický model, daná indikace, prokázaná účinnost atd. Současných psychoterapeutických směrů je opravdu mnoho, a tak uvedu jen několik jejich názvů: behaviorální terapie, kognitivní terapie, klasická psychoanalýza,

psychodrama, katathymně imaginativní terapie, psychoterapie rozhovorem, gestaltterapie, rodinná terapie, relaxační metody jako např. autogenní trénink, Jacobsonův trénink, hypnoterapie a další.

„Potenciálně může každá forma terapie způsobit také škody. Proto je při provádění terapie nezbytná potřebná pečlivost a také doprovodná sebekritická reflexe (například ve formě sebezkušenosti, procesu porozumění sobě samému).“ (27)

2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu mé bakalářské práce je zjistit, jaký názor má laická veřejnost na léčebné postupy používané na psychiatrii, ověřit a analyzovat míru skutečné informovanosti o těchto postupech, ověřit a analyzovat, z čeho pramení případná nedůvěra k psychiatrii jako instituci.

2.2 Předpokládané hypotézy

H1: Veřejnost vymezená skupinou mladších dospělých a dospělých starších není informovaná o současných léčebných postupech užívaných na psychiatrii.

H2: Veřejnost vymezená skupinou mladších dospělých a starších dospělých zaujímá všeobecně negativní postoj k psychiatrii jako k instituci.

H3: Mladší dospělí zaujímají tolerantnější postoj k psychiatrii jako instituci, než dospělí starší.

H4: Lidé s vyšším vzděláním jsou lépe informovaní o současné psychiatrické problematice.

3. METODIKA

Výzkum k mé bakalářské práci měl kvantitativní charakter. Jako techniku jsem zvolila vlastní dotazník a metodu dotazování. Sběr dat byl prováděn pomocí anonymního dotazníkového šetření od 15. dubna do 30. dubna 2010 na několika místech Jihočeského kraje.

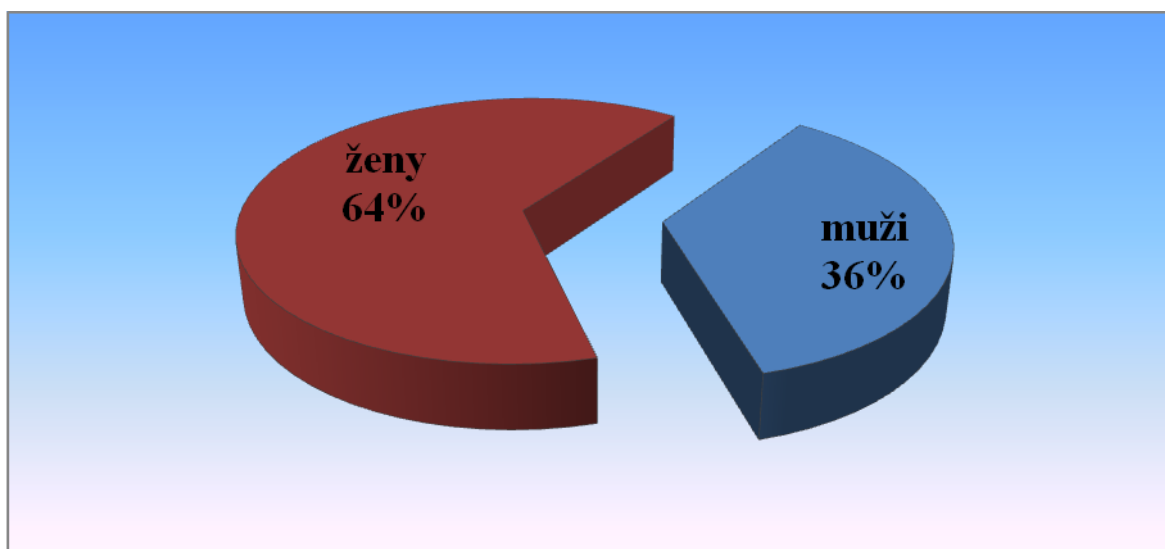
Pro účely výzkumu bylo osloveno 80 respondentů. Výzkum proběhl na základě osobního kontaktu a emailové komunikace. Návratnost předaných dotazníků činila 86,4%. 2 dotazníky byly pro neúplnost vyřazeny. Celkový zkoumaný vzorek byl tedy 61 respondentů. Dotazované osoby byly osloveny náhodně. Z nich pak byly do výzkumu zařazeny pouze osoby starší 18 let, osoby žijící trvale v ČR a osoby, které se v rámci své profese nesetkávají s duševně nemocnými, to znamená, že nebyli zařazeni lékaři, psychologové, psychoterapeuti, zdravotní sestry apod. Respondenty jsem poté, podle odpovědi na otázku č.2 rozdělila do dvou skupin, a to na skupinu mladších dospělých zastoupenou osobami od 18 do 35 let a skupinu osob spadajících věkově do skupiny starších dospělých, a to 36 let a více. Obě skupiny byly porovnány z hlediska rozdílu. Stejným způsobem jsem pak rozdělila a porovnávala skupiny lidí s vyšším a nižším stupněm vzdělání, kdy první skupinu tvořili lidé vysokoškolsky vzdělaní, lidé s vyšším odborným vzděláním a lidé s maturitou a druhou skupinu pak tvořili lidé s ukončeným základním vzděláním a ti, kteří jsou vyučení.

Pro analýzu celkového názorového odrazu byly využity odpovědi respondentů na předložené otázky (včetně spontánních) i jejich poznámky a doprovodné komentáře, které jsem zaznamenávala v průběhu rozhovoru. Odpovědi pak byly tříděny a hodnoceny a výsledky šetření zaznamenány.

4. VÝSLEDKY

Graf 1 - Pohlaví respondentů

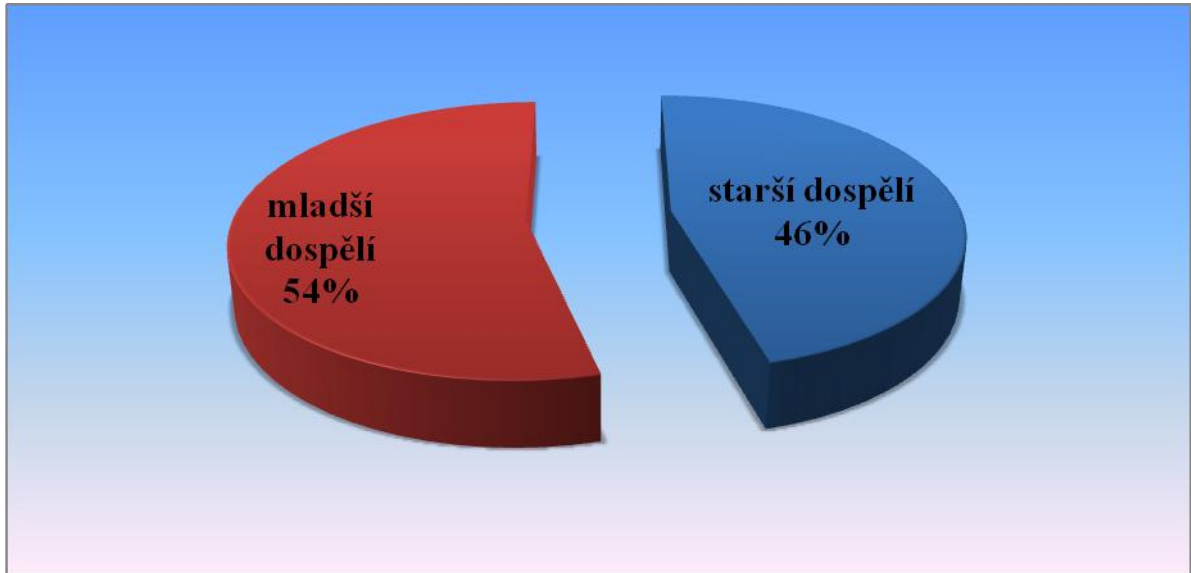
(Otázka č. 1 - Pohlaví)



Výzkumný vzorek tvořilo celkem 61 respondentů, z toho 39 bylo žen (64%) a 22 mužů (36%). Z grafu je tedy patrná převaha žen.

Graf 2 - Věková kategorie respondentů

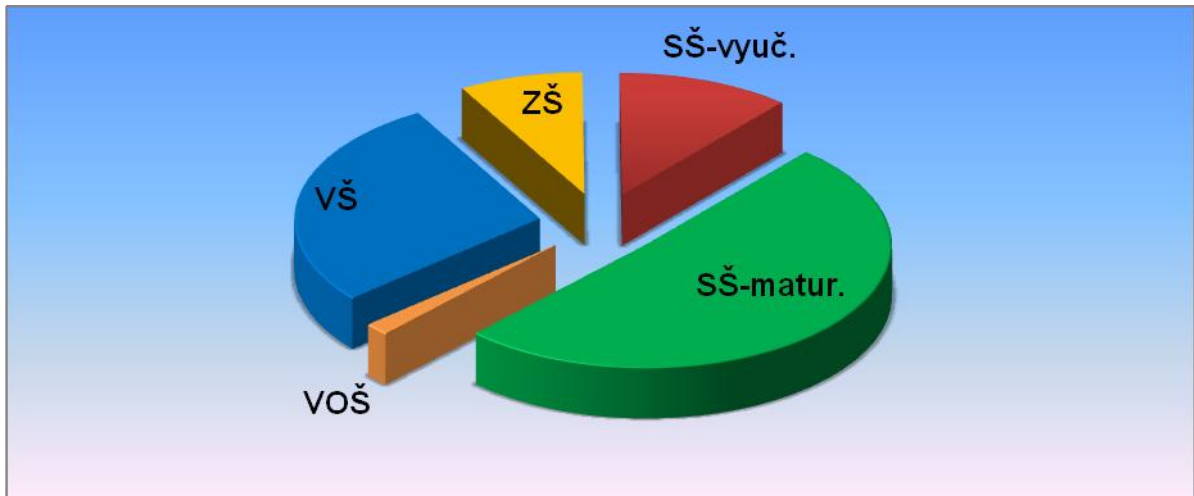
(Otázka č. 2 – Věková skupina)



Pro účely výzkumu jsem potřebovala oslovit jak skupinu dospělých mladších, tak skupinu spadající do kategorie starších dospělých. Pro skupinu mladších dospělých jsem stanovila rozmezí od 18 do 35 let a skupinu starších dospělých pak tvořily osoby ve věku 36 let a více.

Graf 3 - Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

(Otázka č. 3 – Vaše nejvyšší dosažené vzdělání)



Mezi dotazovanými osobami bylo 5 osob s ukončeným základním vzděláním, 7 absolvovalo SŠ s vyučením, 31 osob ukončilo SŠ s maturitou, 1 respondent měl vyšší odborné vzdělání a 17 respondentů bylo vysokoškolsky vzdělaných.

Otázka č. 4 - Co si představíte, řekne-li se o někom, že má psychiatrickou diagnózu?

Respondenti odpovídali na otevřenou otázku. Spontánní odpovědi byly obsahově roztříděny a pro lepší zpracování označeny klíčovými slovy. Hodnotila jsem výstižnost odpovědí, podle níž jsem dotazníky rozdělila do 3 kategorií. První kategorii tvořily odpovědi, které byly výstižné, v některých případech se téměř blížily definici. Z celkového počtu 61 bylo těchto odpovědí 33, z toho mladší dospělí odpovídali takto ve 22 případech, starší dospělí v 11. Do této kategorie spadalo 16 ze 17 vysokoškoláků, 14 osob s ukončeným středoškolským vzděláním s maturitou a 3 odpovědi z této kategorie byly od osob s vyučením.

Pro příklad uvádím několik odpovědí z první kategorie:

- „*Pacient, který trpí jakoukoli závažnou i méně závažnou poruchou či odchylkou od vyrovnaného psychického stavu...(harmonický poměr mezi vnějším a vnitřním prostředím).*“

- „*Je duševně nemocný, což skýtá zřejmě stejnou pestrost jako nemoci fyzické, respektive že trpí pojmenovatelnou duševní chorobou a měl by se léčit.*“

- „*Představím si psychicky narušeného člověka, neurotického, eventuálně člověka, který propadl alkoholu nebo drogám, člověka nervově labilního, někoho se sklony k sebevraždám, sebepoškozování nebo ubližování jiným osobám.*“

- „*Zřejmě jde o nějakou duševní nemoc nebo problém, který trvá delší dobu a jde o záležitost, kterou nelze vyřešit jedním sezením u psychologa...*“

Druhou kategorii tvořily odpovědi, které alespoň částečně naznačovaly povědomí respondenta o problému. Ze skupiny mladších dospělých takto odpovídalo 7 dotazovaných a ze skupiny starších dospělých to bylo 11. V této skupině se objevovaly stručné odpovědi jako například:

- „*Nemoc, bláznovství, zvláštní chování.*“

- „*Má nějaké problémy, je asi labilní a trpí nespavostí.*“

Do třetí kategorie jsem zařadila odpovědi respondentů, kteří na otázku neodpověděli, tedy kolonku proškrtli, nebo odpověděli: „*Nevím.*“ Z mladších dospělých takto odpověděli 4, ze starších 6 respondentů.

Pro srovnání skupin mladších a starších dospělých uvádím jednotlivé kategorie odpovědí v tabulce (vyjádřeno v procentech).

Tabulka 1 (k otázce č. 4) - *Srovnání odpovědí skupiny starších a mladších dospělých*

	1. kategorie	2. kategorie	3. kategorie
ml. dospělí	67%	21%	12%
st. dospělí	39%	39%	21%

Otázka č. 5 - *Jsou lidé s psychiatrickou diagnózou nemocní?*

Na tuto otázku odpovědělo 48 respondentů: **Ano**, z toho 24 mladších dospělých a stejný počet dospělých starších, 10 respondentů zaškrtnulo odpověď: **Jen někteří**. Zde se jednalo o 6 osob ze skupiny mladších dospělých a 4 osoby ze skupiny starších dospělých. Jako příklad uvádím některá jejich doplnění k této odpovědi:

- „*U nichž je nalezena porucha, s poruchou osobnosti.*“
- „*Jsou-li nebezpeční okolí.*“
- „*Schizofrenie, sexuální aberace spojené s agresivitou, paranoia.*“

3 lidé odpověděli: **Ne**. Všichni tři byli ze skupiny mladších dospělých.

Otázka č. 6 - *Kde by se podle vás měla odehrávat práce s lidmi s psychiatrickou diagnózou?*

Na tuto otázku jsem nabídla tři možné odpovědi, a to: Ve výkonu trestu, ve zdravotnickém zařízení, v jiném zařízení (uveďte, v jakém). První uvedenou odpověď zaškrtnuli 2 osoby, druhou 49 osob a jiné zařízení uvedlo 10 osob z celkového počtu dotázaných. Pro zajímavost uvádím, jaká zařízení, či jiné možnosti péče dotázaní doplnili:

- „denní stacionáře, centra pro lidi v krizi, civilní prostředí, speciální zařízení, vlastní domov, ústavy rodinného typu, zařízení, kde nemůže škodit společnosti, zařízení na speciálním místě, zařízení přizpůsobené těmto lidem (neumísťovat do stejného zařízení s fyzicky nemocnými)...“

Otázka č. 7 - Vyhledali byste psychiatrickou pomoc v případě, že by se u vás vyskytly vážné psychické obtíže?

Z celkového počtu odpovědělo 41 dotázaných *Ano určitě*, z nich bylo mladších dospělých 22 a starších 19, možnost *Jen v případě, že psychiatra osobně znám* zaškrtnulo 8 osob, z nich bylo ze skupiny mladších dospělých 5 a ze skupiny starších dospělých takto odpověděli 3 dotázaní. Odpověď *V žádném případě* označilo 6 dotázaných, a to 3 mladší a 3 starší dospělí a *jinou pomoc* by vyhledalo 7 dotázaných, z nich 3 mladší dospělí a 4 starší dospělí. Co se týká odpovědí na tuto otázku v souvislosti s věkovou skupinou, do které byli respondenti zařazeni, jsou počty jednotlivých odpovědí v obou skupinách téměř vyrovnané. Nelze tedy říct, že by jedna ze skupin měla k psychiatrům větší či menší důvěru. Pro představu ještě uvádím příklady „jiné pomoci“, kterou by vyhledali někteří z respondentů:

- „poradenství pro psychospirituální krizi, duchovní cesta, odložení řešení problému co nejdéle, psycholog...“

Otázka č. 8 - Souhlasíte s používáním tzv. restriktivních (omezujících) opatření na psychiatrii? (kurtování, síťová lůžka, tlumivé léky, izolace – „samotky“...)

Na tuto otázku odpovědělo kladně 28 mladších dospělých a 18 starších dospělých, a to že u některých pacientů a v některých případech je to nezbytné. 1 osoba ze skupiny starších dospělých uvedla možnost, že u všech psychiatrických pacientů, jelikož jsou

nebezpeční. V žádném případě s používáním těchto opatření nesouhlasí 2 mladší dospělí a 3 starší dospělí a pouze s některými opatřeními souhlasí 3 osoby ze skupiny mladších dospělých a 6 osob ze skupiny starších dospělých.

Otázka č. 9 - *Kdybyste vy sám/sama měl/a byl/a v situaci, že by vás některým tímto způsobem museli omezit, který ze jmenovaných byste si vybral/a?*

Tato otázka měla směřovat k tomu, k jakému restriktivnímu opatření ze jmenovaných je laická veřejnost celkově nejtolerantnější. I proto se otázka vztahuje přímo na osobu respondenta. Dotazovaní seřadili opatření tak, že k nim napsali číslo od 1 do 5 (jedničku měl upřednostňovaný způsob a 5 ten nejméně). Pro vyhodnocení této otázky jsem pak použila aritmetický průměr a vyšla mi výsledná „známka“ ke každému opatření. Nejlépe bylo hodnoceno podání léků, a to známkou 1,8. Jedničkou ohodnotilo tento způsob omezení 19 mladších dospělých a 23 dospělých starších. Známkou 2,5 dostala možnost terapeutické izolace, tu zařadilo na první místo 10 mladších dospělých a 2 starší dospělí. Výsledek 2,9 získala možnost použití síťového lůžka a jedničkou toto opatření ohodnotil z každé skupiny jeden dotázaný. Fyzické omezení personálem bylo ohodnoceno známkou 3,6 a 3 mladší dospělí a 2 starší dospělí tuto možnost zařadili na první místo. Výsledek 4,1 připadl na omezení kurty a toto opatření se ani v jedné skupině neobjevilo na prvním místě.

Tabulka 2 (k otázce č. 9) - *Průměrné hodnocení jednotlivých restriktivních opatření*

Terapeutická izolace	2,5
Tlumivé léky	1,8
Síťové lůžko	2,9
Omezení kurty	4,1
Fyzické omezení personálem	3,6

Otázka č. 10 - Slyšeli jste někdy o používání elektrokonvulzivní („elektrošokové“) terapie na psychiatrii?

Celkově na tuto otázku odpovědělo kladně 39 dotázaných, tj. 64% z celkového počtu respondentů a 22 dotázaných odpovědělo záporně, tj. 36%. Více než 1/3 dotázaných tedy nikdy o ECT neslyšela. Pouze 6 dotázaných, z těch, kteří o ECT slyšeli, uvedlo jako zdroj informací odbornou literaturu či odbornou přednášku. 27 krát byl uveden jako zdroj film, v 9 případech vyprávění známých, v 8 krásná literatura, 7 krát bylo jako zdroj informací uvedeno rádio, pouze ve 4 případech internet a jednou byla označena jiná možnost, konkrétně časopis.

(Otázky č. 11 a 12 se týkaly pouze osob, které na otázku č. 10 odpověděly kladně.)

Otázka č. 11 - Myslíte si, že je používání elektrokonvulzivní terapie u psychiatrických pacientů bezpečné (co se týká ohrožení jejich zdraví, nebo života)?

Na otázku odpovídalo celkem 20 osob ze skupiny mladších dospělých a 19 osob ze skupiny starších dospělých. Jejich odpovědi uvádím v tabulce.

Tabulka 3 (k otázce č. 11) – Názor na metodu ECT

možnosti odpovědí	mladší dospělí	starší dospělí
Jde o naprosto bezpečnou metodu	2	0
Má svá rizika jako každá jiná lékařská metoda	9	7
Není bezpečná	2	4
Nevím	4	7
Je vysoce nebezpečná, zakázal/a bych ji	3	1

Otázka č. 12 – Myslíte si, že je pro pacienta použití této metody bolestivé?

Stejně jako u předchozí otázky odpovídalo 20 osob ze skupiny mladších dospělých a 19 osob ze skupiny starších dospělých. V odpovědích na tuto otázku se obě skupiny vzácně shodovaly. Pro názornost jsem jejich odpovědi opět zaznamenala do tabulky.

Tabulka 4 (k otázce č. 12) - *Názor na metodu ECT 2*

možnosti odpovědí	mladší dospělí	starší dospělí
Nevím	11	11
Ano, velmi, pacient trpí bolestmi	5	5
Ne, pac. nic necítí, je v krátkodobé anestezii	4	3
Ne, jde o bezbolestnou metodu	0	0

Otázka č. 13 – Co je podle vás psychoterapie?

Respondenti odpovídali na otevřenou otázku. Spontánní odpovědi byly obsahově roztříděny a pro lepší zpracování označeny klíčovými slovy. Hodnotila jsem výstižnost odpovědí, podle níž jsem dotazníky rozdělila do dvou kategorií. První kategorii tvořily odpovědi, které byly výstižné. Z celkového počtu dotázaných to bylo 39 odpovědí, což je 64% výstižných odpovědí. Z toho mladší dospělí odpovídali takto ve 26 případech, tj. 43% z celkového počtu a starší dospělí ve 13 případech, tj. 21%. Zbytek odpovědí pak připadal na ty, které neobsahovaly klíčová slova nebo, kde dotazované osoby uvedli, že neví. Těch bylo celkem 22, ze skupiny mladších dospělých 7 a ze skupiny starších dospělých 15. Na výstižnost odpovědí mělo opět vliv i vzdělání respondentů. V první kategorii byly zařazeny odpovědi 36 lidí, kteří mají maturitu nebo jsou vysokoškolsky vzdělaní, 2 byli vyučení a 1 měl dokončené základní vzdělání.

Otázka č. 14 – Myslíte si, že je narkóza omezující prostředek?

Na tuto otázku odpovědělo kladně 35 respondentů, z toho bylo 18 ze skupiny mladších dospělých a 17 ze skupiny starších dospělých. Zápornou odpověď označilo celkem 26 dotázaných, z nich 15 mladších dospělých a 11 dospělých starších.

Otázka č. 15 – Jakého termínu v běžné řeči užíváte k označení člověka s psychiatrickou diagnózou? (Lze uvést i více možností)

V odpovědích dotazovaných osob se vyskytovaly převážně výrazy slangové. Zde uvádím některé příklady a číslo označuje jejich četnost v odpovědích.

- „blázen“ – 26, „duševně chorý, nemocný, narušený“ – 12, „psychouš, psycho“ – 7
„psychicky labilní“ – 4, „cvok“ – 3, „magor“ – 3, „má papíry na hlavu“ – 2, „mentálně postižený“ – 2

- tyto výrazy se vyskytovaly v odpovědích 1 krát – „na palici, švihlej, šáhlej, debil, mešuge, trochu za miň, chudák, člověk, nervák, problémový člověk, nervní, nevyrovnaný, nebezpečný, nabíječ, depresant, psychiatrický...“

Otázka č. 16 – Víte, co je fototerapie?

Kladně odpovědělo a uvedlo stručné vysvětlení 14 dotázaných celkem, z toho 8 mladších dospělých a 6 starších dospělých. 47 dotázaných odpovědělo, že neví. Všichni, kteří odpověděli kladně, byli ze skupiny osob s vysokoškolským vzděláním, nebo s maturitou.

Otázka č. 17 – Myslíte si, že užívání léků předepsaných psychiatrem je nějak nebezpečné? (Případně uveďte, v čem.)

Na tuto otázku odpovědělo 28 respondentů, tj. 46% dotázaných, že užívání léků předepsaných psychiatrem je nebezpečné a 33, tj. 54%, odpovědělo, že není nebezpečné. Osoby, které odpověděly ANO, na doplňující otázku nejčastěji odpovídaly, že nebezpečnost je: „v možnosti vzniku závislosti, návykovosti, vedlejších účincích, poškození jater, podání nesprávného léku, nebo nesprávného množství, zneužití psychiatrem ve smyslu podání velké dávky léku, utlumení člověka apod.“

V tabulce jsou uvedeny počty kladných a záporných odpovědí obou skupin dospělých.

Tabulka 5 (k otázce č. 17) – Názor na farmakoterapii

	ANO	NE
mladší dospělí	16	17
starší dospělí	12	16

Otázka č. 18 – Mohou tyto léky podle vás člověku s psychiatrickou diagnózou pomoci?

Z 61 dotázaných odpovědělo na tuto otázku 47 osob - *Ano, mohou*, 9 dotázaných – *Nevím*, 2 osoby zahrhly možnost – *Ne, nemohou* a 3 označily odpověď – *Mohou spíše uškodit*.

Tabulka 6 (k otázce č. 18) – **Názor na farmakoterapii 2**

	Mladší dospělí	Starší dospělí	celkem
Ano, mohou	26	21	47
Nevím	3	6	9
Ne, nemohou	2	0	2
Mohou uškodit	2	1	3

Otázka č. 19 – Znáte vy sami nějaký lék, který se používá na psychiatrii?

Ze skupiny mladších dospělých odpovědělo kladně a uvedlo příklad léčiva 7 osob a ze skupiny starších 5 osob. 26 mladších dospělých a 23 starších dospělých odpovědělo záporně. Nejčastěji uváděnými léky byly: *Diazepam a Lexaurin*, v odpovědích se objevil i *Rivotril, Neuro, Oxazepam, Zoloft, Xanax, Cipralex, Tritico, Aposertral a Paroxetin*.

Otázka č. 20 – Chcete-li cokoli dodat, nebo se vyjádřit k psychiatrické problematice, můžete zde.

Jde o doplňující otevřenou otázku, která není zahrnuta do celkového hodnocení, jelikož je přímo vyjádřena dobrovolnost odpovědi.

5. DISKUZE

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na problematiku informovanosti laické veřejnosti o léčebných postupech používaných v současnosti na psychiatrii a na její názory na používání těchto postupů.

Prvním okruhem identifikačních otázek jsem charakterizovala výzkumný soubor. Mají zde větší zastoupení ženy 39 (64%) a méně je zde mužů 22 (36%). To souviselo i s větší ochotou žen odpovídat na dotazníkové otázky. Celkem tvořilo výzkumný vzorek 61 respondentů z celkového počtu 80 oslovených.

Druhá ze souboru otázek se týkala věkového zařazení. Pro účely výzkumu jsem potřebovala oslovit jak skupinu dospělých mladších, tak skupinu spadající do kategorie starších dospělých. Pro skupinu mladších dospělých jsem stanovila rozmezí od 18 do 35 let. Tuto skupinu tvořilo 33 osob (54%) z celkového počtu a skupinu starších dospělých pak tvořili lidé ve věku 36 let a více. Tato skupina byla méně početná, měla 28 osob (46%).

Graf číslo 3 pak poměrně přehledně informuje o zastoupení jednotlivých typů vzdělání respondentů. Nejvíce dotazovaných má středoškolské vzdělání s maturitou, celkem 31 osob (51%), 17 osob má vysokoškolské vzdělání (28%), 7 je vyučených (11%), 5 má ukončené základní vzdělání (8%) a 1 osoba absolvovala vyšší odbornou školu (2%). Jak jsem zjistila z výsledků dotazníkového šetření, na některé odpovědi měla úroveň vzdělání respondentů celkový vliv.

Prvním důkazem byla odpověď na otázku č. 4., která již spadá do následující části šetření. Tato část se týká již konkrétní informovanosti respondentů o psychiatrické problematice, konkrétně pak informovanosti o léčebných postupech používaných v současnosti na psychiatrii. Respondenti odpovídali na otevřenou otázku: „*Così*

představíte, řekne-li se o někom, že má psychiatrickou diagnózu?“ Spontánní odpovědi byly obsahově roztříděny a pro lepší zpracování označeny klíčovými slovy. Hodnotila jsem výstižnost odpovědí, podle níž jsem dotazníky rozdělila do 3 kategorií. První kategorii tvořily odpovědi, které byly výstižné, v některých případech se téměř blížily definici. Z celkového počtu 61 bylo těchto odpovědí 33, z toho mladší dospělí odpovídali takto ve 22 případech, starší dospělí v 11. Do této kategorie spadalo 16 ze 17 vysokoškoláků, 14 osob s ukončeným středoškolským vzděláním s maturitou a 3 odpovědi z této kategorie byly od osob s vyučením. I vzhledem k tomu, že skupina lidí se základním vzděláním a lidí vyučených je méně početná než skupina vysokoškoláků a lidí s maturitou, potvrzuje se zde částečně tvrzení, že lidé s vyšším dosaženým vzděláním jsou více informovaní a výstižněji formulují odpovědi. Druhou kategorii tvořily odpovědi, které alespoň částečně naznačovaly povědomí respondenta o problému. Ze skupiny mladších dospělých takto odpovídalo 7 dotazovaných a ze skupiny starších dospělých to bylo 11. Do třetí kategorie jsem zařadila odpovědi respondentů, kteří na otázku neodpověděli, tedy kolonku proškrtli, nebo odpověděli: „*Nevím.*“ Z mladších dospělých takto odpověděli 4, ze starších 6 respondentů.

Jak jsem předpokládala, veřejnost není dostatečně informována a psychiatrická problematika je stále pro mnoho lidí velkým otazníkem. Z celkového počtu 61 dotázaných nemělo 10 respondentů žádnou představu o tom, co je to psychiatrická diagnóza a 18 dotázaných mělo představu jen velmi přibližnou. Několikrát se vyskytly odpovědi, které obsahovaly klíčová slova jako *nebezpečný, agresivní* a slova jako *hloupý, retardovaný* apod.

Jednou z domněnek lidí, o které hovoří i Ján Praško je, že takto onemocnět mohou především lidé s nižším intelektem a že při onemocnění dochází ke zhrounutí. Dalším předsudkem je podle Praška strach z nebezpečnosti lidí s psychiatrickou diagnózou. (23).

Celkově je téma týkající se psychiatrie spojováno s řadou etických otázek a problémů a v neposlední řadě také se stigmatizací a obavami ze strany laické veřejnosti z psychiatrie

jako instituce a z psychiatrů samotných. S tím souvisí další dvě otázky, které jsem v dotazníku respondentům položila. Na otázku, zda si myslí, že jsou lidé s psychiatrickou diagnózou nemocní, odpovědělo 79% dotázaných, že ano, 16% zastává názor, že jen někteří a 5% dotázaných uvedlo, že se nejedná o onemocnění. Klaus Dörner a Ursula Plog se ve své knize zmiňují o tom, že označení „nemocný“ pro lidi s psychickými problémy původně pomáhalo při jejich léčbě. (6)

S léčbou souvisí i další otázka, kterou jsem se zeptala, kde by se podle respondentů měla odehrávat práce s těmito lidmi. 49 dotázaných se domnívá, že ve zdravotnickém zařízení. Zajímavé je, že mezi těmito osobami byli i ti, kteří na předchozí otázku odpověděli záporně, tedy že lidé s psychiatrickou diagnózou nejsou nemocní. 10 osob uvedlo jinou možnost a 2 dotázaní se domnívají, že ve výkonu trestu. Mezi jinými možnostmi se objevily odpovědi jako *zařízení na speciálním místě, zařízení, kde nemůže škodit společnosti atd.* To opět souvisí s představou veřejnosti o nebezpečnosti osob s duševním onemocněním.

Na otázku, zda by vyhledali psychiatrickou pomoc v případě, že by se u nich vyskytly vážné psychické obtíže, odpovědělo 41 dotázaných, tedy 67%, že by psychiatrickou pomoc určitě vyhledali. Tuto odpověď zvolilo 22 mladších dospělých a 19 starších dospělých. 8 respondentů by navštívili psychiatra jen v případě, že ho osobně znají a 6 lidí označilo možnost, že by v žádném případě psychiatrickou pomoc nevyhledali. Z těchto šesti lidí byli 3 ze skupiny starších dospělých a rovněž 3 ze skupiny mladších dospělých. Jinou pomoc by vyhledalo 7 lidí, opět byly zastoupeny obě skupiny, a to 3 osoby ze skupiny mladších dospělých a 4 ze skupiny starších dospělých. Předpokládala bych, že někdo z respondentů, kteří uvedli poslední zmíněnou možnost, by vyhledali pomoc přátel, známých nebo rodiny. Tato odpověď se však nevyskytla ani jednou. Otázka, která z toho logicky plyne, je: „Proč by se nikdo neobrátil na své nejbližší?“ Nechtěl by je zbytečně zatěžovat, styděl by se jim se svým problémem přiznat? O roli příbuzných a přátel v léčbě duševně nemocných se zmiňuje i Ján Praško ve své publikaci, kdy říká, že nemocný potřebuje pomoc od ostatních

zejména pak od nejbližších a aby mohl požádat, potřebuje cítit přijetí a přátelskou atmosféru, kde se za svou nemoc nemusí stydět a kde za ni nebude obviňován. (25)

O důležitosti rodiny ve fázi léčby hovoří i další z autorů Martin Anders, který říká, že rodina by měla být v pravidelném kontaktu s ošetřujícím lékařem, zvláště pak při zhoršení duševního stavu jejich blízkého a neměla by se vyhýbat ani rozhovoru o případných sebevražedných myšlenkách dotyčného. (1)

V poslední době je mnoho diskutované téma používání restriktivních opatření na psychiatrii i v zařízeních jiného typu. Další dvě otázky se věnují právě restriktivním opatřením a názoru respondentů na jejich používání. Na první otázku, zda souhlasí s používáním tzv. restriktivních (omezujících) opatření na psychiatrii, odpovědělo kladně 28 mladších dospělých (46%) a 18 starších dospělých (30%), a to že u některých pacientů a v některých případech je to nezbytné. 1 osoba ze skupiny starších dospělých uvedla možnost, že u všech psychiatrických pacientů, jelikož jsou nebezpeční. V žádném případě s používáním těchto opatření nesouhlasí 2 mladší dospělí a 3 starší dospělí a pouze s některými opatřeními souhlasí 3 osoby ze skupiny mladších dospělých a 6 osob ze skupiny starších dospělých. Tyto osoby pak zmínily opatření, se kterými souhlasí. V jejich odpovědích se objevilo podávání tlumivých léků, terapeutická izolace a ve dvou odpovědích se objevilo použití síťového lůžka. S tím souvisí i výsledky otázky další, jejíž přesné znění bylo: *Kdybyste vy sám/sama měl/a byl/a v situaci, že by vás některým tímto způsobem museli omezit, který ze jmenovaných byste si vybral/a?* Tato otázka měla směřovat k tomu, k jakému restriktivnímu opatření ze jmenovaných je laická veřejnost celkově nejtolerantnější. I proto se otázka vztahuje přímo na osobu respondenta. Dotazovaní seřadili opatření tak, že k nim napsali číslo od 1 do 5 (jedničku měl upřednostňovaný způsob a 5 ten nejméně). Pro vyhodnocení této otázky jsem pak použila aritmetický průměr a vyšla mi výsledná „známka“ ke každému opatření.

Nejlépe byla hodnocena právě výše zmíněná opatření. Pomyslná tři první místa obsadilo právě podání tlumivých léků, toto opatření získalo výslednou známku 1,8. Jedničkou ohodnotilo tento způsob omezení 19 mladších dospělých (58%) a 23 dospělých starších. (82%) Známkou 2,5 dostala možnost terapeutické izolace, tu zařadilo na první místo 10 mladších dospělých (16%) a 2 starší dospělí (7%). Výsledek 2,9 získala možnost použití síťového lůžka a jedničkou toto opatření ohodnotil z každé skupiny jeden dotázaný. Fyzické omezení personálem bylo ohodnoceno známkou 3,6 a 3 mladší dospělí a 2 starší dospělí tuto možnost zařadili na první místo. Výsledek 4,1 připadl na omezení kurty a toto opatření se ani v jedné skupině neobjevilo na prvním místě.

Mnoha mýty je opředena i další metoda používaná v psychiatrické léčbě a tou je elektrokonvulzivní terapie. Za zvláště citlivou oblast léčbu elektrokonvulzemi považuje i Pavel Baudiš a Jan Libiger. Antipsychie a kultura 60. let líčila podle těchto autorů tuto metodu jako nástroj ovládnutí nemocných. Účinek elektrokonvulze je velmi výmluvně popsán i v próze Kena Keseye „Vyhoďte ho z kola ven“, známějšího ve filmovém zpracování pod názvem „Přelet nad kukaččím hnízdem“: „.....*pohyboval jsem se v tom mlhavém, blouznivém oparu, který se tolik podobá trhané dřímotě, v té šedé zóně mezi světlem a tmou, spánkem a bděním, nebo žitím a umíráním, kdy si uvědomujete, že už nejste v bezvědomí, ale pořád ještě nevíte, co je za den, kdo jste, nebo proč byste vůbec měli přicházet k sobě – plně dva týdny.*“ Souhlasím s oběma autory, když o příběhu Kena Keseye píší, že odráží stigma, které psychiatrie v současnosti nese. (2)

Další otázka, na kterou respondenti odpovídali, se týkala právě výše zmíněné metody léčby. Na otázku, zda slyšeli někdy o používání elektrokonvulzivní („elektrošokové“) terapie na psychiatrii, odpovědělo kladně 39 dotázaných, tj. 64% z celkového počtu respondentů a 22 dotázaných odpovědělo záporně, tj. 36%. Více než 1/3 dotázaných tedy nikdy o ECT neslyšela. Pouze 6 dotázaných, z těch, kteří o ECT slyšeli, uvedlo jako zdroj informací odbornou literaturu či odbornou přednášku. 27 krát byl uveden jako zdroj film, v 9 případech vyprávění známých, v 8 krásná literatura, 7 krát bylo jako zdroj informací

uvedeno rádio, pouze ve 4 případech internet a jednou byla označena jiná možnost, konkrétně časopis. Odborný zdroj informací tedy uvedlo pouhých 15% z těch, kteří odpověděli na první část otázky kladně, což může svědčit o zkreslených informacích, které veřejnost o této metodě má. Otázky 11 a 12 se týkaly pouze osob, které na otázku č. 10 odpověděly kladně.

Otázka č. 11 zněla: *Myslíte si, že je používání elektrokonvulzivní terapie u psychiatrických pacientů bezpečné (co se týká ohrožení jejich zdraví, nebo života)?* Počty odpovědí byly ve výsledcích šetření zaznamenány do tabulky. Že se jedná o naprosto bezpečnou metodu, uvádí pouzí 2 respondenti. 16 osob uvedlo, že má svá rizika jako každá lékařská metoda, 6 krát bylo uvedeno, že metoda není bezpečná, 11 lidí neví a 4 osoby by zmiňovanou metodu zakázaly, myslí si, že je vysoce nebezpečná. V názoru na bolestivost této metody se skupiny mladších a starších dospělých téměř shodují. Více než polovina z těch, kteří o ECT slyšeli (56%), uvádí, že neví, zda se jedná o bolestivou metodu. Že pacient trpí bolestmi, se domnívá 26% dotázaných, 18% uvádí možnost, že pacient nic necítí, je v krátkodobé anestezii a možnost, že se jedná o bezbolestnou metodu, neuvedl nikdo z dotázaných. Ve studii Pettinattiové z roku 1994 prohlásilo 98% nemocných, kteří měli zkušenost s tímto způsobem léčby, že v případě návratu onemocnění chtějí být takto léčeni znovu. (2)

Co je podle vás psychoterapie? Na to jsem se zeptala v další otázce. Respondenti odpovídali na otevřenou otázku. Spontánní odpovědi byly obsahově roztříděny a pro lepší zpracování označeny klíčovými slovy. Hodnotila jsem výstižnost odpovědí, podle níž jsem dotazníky rozdělila do dvou kategorií. První kategorii tvořily odpovědi, které byly výstižné. Z celkového počtu 61 respondentů odpovědělo výstižně 39 (64%), odpovědi 22 osob (36%) neobsahovaly klíčová slova nebo, dotazované osoby uvedly, že neví. Na výstižnost odpovědí mělo opět vliv i vzdělání respondentů. V první kategorii byly zařazeny odpovědi 36 lidí, kteří mají maturitu nebo jsou vysokoškolsky vzdělaní, 2 byli vyučení a 1 měl dokončené základní vzdělání.

Otázka č. 14, zda si dotazovaní myslí, že je narkóza omezující prostředek, nabízí mnoho úvah. Cyril Höschel se zmiňuje o tom, že největším omezením nejsou síťová lůžka, ale právě narkóza. (11) Že je narkóza omezující prostředek si myslí 35 lidí, že omezujícím prostředkem není, odpovídá 26 osob z celkového počtu dotázaných.

Myslím si, že již zmiňovaná stigmatizace může vycházet i ze samotného pojmenování člověka s psychiatrickou diagnózou. Jednu z otázek dotazníku jsem úmyslně nechala otevřenou a nechala jsem respondenty napsat výrazy, které používají v běžné mluvě k označení člověka duševně nemocného. Kromě běžně používaných slangových výrazů se v odpovědích objevovala ne příliš lichotivá pojmenování typu „magor“, „mešuge“, „psychouš“ apod. Zde by bylo možné si položit otázku, která pojmenování jsou pouze jedním ze slangových synonym naší bohaté řeči a která už jsou urážlivá, ponižující a nemístná. Pavel Baudiš a Jan Libiger hovoří v této souvislosti ve své knize o stigmatu spojeném s širokým označením jako je například schizofrenik, hysterik, neurotik, obsedant, ale i tuberák apod. a že by řešením bylo do běžné mluvy prosadit pojmenování složená a jako příklad uvádí „člověk nemocný schizofrenií“, či „člověk s obsedantní poruchou“. (2) Osobně si myslím, že na slovech samotných, tedy na „označení“ nemocného tak úplně nezáleží. Myslím si, že je důležité si především uvědomit, že ať už bude obecně rozšířeno pojmenování jakékoli, ať už tedy jde o „člověka s depresí, nebo depresanta“, jedná se v první řadě o lidskou bytost, která si zaslouží lidské zacházení.

V další otázce jsem se opět zaměřila na informovanost respondentů a zeptala jsem se, zda vědí, co je fototerapie. Pouze 14 dotázaných (23%), umělo pojem vysvětlit. 47 osob, tedy (77%) dotázaných pojem fototerapie neznalo.

Ve třech následujících otázkách jsem zmínila také velmi diskutovaný způsob léčby, a to farmakoterapii. Myslím si, že jsou lidé obecně poněkud nedůvěřiví, když se jedná o léky předepsané psychiatrem. Osobně jsem se setkala s názory, že užívání psychofarmak je „vytloukání klínu klínem“, že jde o „oblbování psychiky“, že psychofarmaka rozhodně

škodí, že po nich člověk tzv. „zblbne“, že mění osobnost člověka, že na většině z nich vzniká závislost atd. Na první otázku týkající se léků, zda si dotazovaní myslí, že je užívání léků předepsané psychiatrem nějak nebezpečné, odpovědělo 28 respondentů, tj. 46% dotázaných, že užívání léků předepsaných psychiatrem je nebezpečné a 33, tj. 54%, odpovědělo, že není nebezpečné. Osoby, které odpověděly *ano*, na doplňující otázku nejčastěji odpovídaly, že nebezpečnost je: „*v možnosti vzniku závislosti, návykovosti, vedlejších účincích, poškození jater, podání nesprávného léku, nebo nesprávného množství, zneužití psychiatrem ve smyslu podání velké dávky léku, utlumení člověka apod.*“ Mnohé názory v odpovědích byly velmi podobné těm, se kterými jsem se setkala již dříve. Na tuto otázku, zda je užívání léků nebezpečné, jak říká Ján Praško, neexistuje univerzální odpověď. Stejně tak jako je individuální průběh onemocnění, tak i působení jednotlivých léků bude u každého jedince odlišné. (23) Stavros Mentzos vidí působení psychofarmak jako časově omezené já, z toho pochopitelně plyne, že by mělo být redukováno na absolutně nutnou a smysluplnou míru – a to jak v dávkování, tak i v trvání léčby tímto lékem. (18)

Na otázku, zda mohou léky lidem s duševním onemocněním pomoci, odpovědělo z 61 dotázaných 47 osob (77%), že mohou, 9 dotázaných (15%) nevědělo, 2 osoby (3%) zadržely možnost, že nemohou pomoci a 3 lidé (5%) si myslí, že mohou spíše uškodit.

V odpovědi na poslední otázku týkající se léků, uvedlo pouze 12 lidí z celkového počtu 61, že zná nějaký lék používaný v psychiatrické léčbě.

Poslední otevřenou otázku jsem nevyhodnocovala, jelikož bylo jasně řečeno, že se respondenti mohou k problematice vyjádřit, jen pokud chtějí. I přesto se zde objevily zajímavé komentáře. Setkala jsem se zde například s přáními dotazovaných, aby se s psychiatrií jako institucí nemuseli nikdy setkat, někteří se vyjádřili, že o psychiatrii vlastně moc nevědí a rádi by se dozvěděli víc, ale i s tím, že je daná problematika třeba vůbec nezajímá.

6. ZÁVĚR

Myslím si, že zdravotně osvětová práce ohledně léčby duševních poruch by měla vycházet nejen z odborných studií lékařů a psychiatrů, ale i ze sociologických a sociálně psychologických poznatků. V této souvislosti je tedy velmi důležité vědět, jak se na celou věc dívá právě tzv. laická veřejnost. Ve své bakalářské práci jsem tedy laickou veřejnost oslovila a mým cílem bylo zjistit, jaký názor má laická veřejnost na léčebné postupy používané na psychiatrii, ověřit a analyzovat míru skutečné informovanosti o těchto postupech, ověřit a analyzovat, z čeho pramení případná nedůvěra k psychiatrii jako instituci.

Při preventivní a osvětové aktivitě v oblasti duševního zdraví s konkrétním zaměřením na léčebné postupy je důležité vycházet z toho, jakou asociaci vyvolají u laiků již samotné pojmy jako psychiatrie a duševní onemocnění. Takovouto situaci jsem se pokusila navodit ve výzkumu některými otázkami a zacílit na základní povědomí respondentů o duševně nemocných a léčebných postupech používaných na psychiatrii. Informace jsem získala pomocí anonymního dotazníkového šetření a následně jsem vyhodnotila a analyzovala odpovědi respondentů. Domnívám se tedy, že cíle byly splněny.

Na základě výsledků jsem zjistila, že veřejnost vymezená skupinou mladších dospělých a dospělých starších je nedostatečně informovaná o současných léčebných postupech užívaných na psychiatrii. Tím jsem potvrdila 1. stanovenou hypotézu. Z šetření vyplynulo také, že laická veřejnost je celkově nedůvěřivá k psychiatrům a některým způsobům léčby, ověřila jsem, že i vztah k psychiatrickým pacientům je do značné míry negativní. Celkově tedy veřejnost vymezená skupinou mladších a starších dospělých zaujímá k psychiatrii jako instituci negativní postoj a 2. hypotéza byla také potvrzena. Při srovnání skupiny vymezené mladšími dospělými a skupiny starších dospělých a podrobné analýzy jejich odpovědí jsem došla k názoru, že mladší dospělí nezaujímají tolerantnější postoj k psychiatrii jako instituci, tudíž 3. hypotéza potvrzena nebyla. Z dotazníkového

šetření jsem také zjistila, že úroveň vzdělání přímo souvisí i s mírou informovanosti. Lidé s vyšším vzděláním, konkrétně vysokoškolsky vzdělaní jedinci a lidé, kteří ukončili střední školu s maturitou, byli lépe informovaní, než lidé se základním vzděláním či lidé vyučení. Poslední 4. hypotézu jsem tedy potvrdila. Menší výstižnost odpovědí lidí s nižším vzděláním však nemusí mít příčinu přímo v neinformovanosti, ale například v malé slovní zásobě osob, či v horší schopnosti vyjadřování, která se pak v odpovědích pochopitelně mohla projevit.

Domnívám se, že názor laické veřejnosti na léčebné postupy, které jsou v současné době používané na psychiatrii, přímo souvisí s kvalitou a množstvím informací, které mají lidé k dispozici. Přímo též souvisí s ochotou lidí tyto informace vyhledávat a s jejich zájmem o danou problematiku. Výsledky mé práce mohou sloužit jako sonda do problematiky léčby duševně nemocných, stigmatizace jich samotných i stigmatizace psychiatrie jako instituce. Mohou být podnětem pro zlepšení komunikace veřejnosti s duševně nemocnými a pro celkovou změnu pohledu laické veřejnosti na osoby s duševní chorobou a na psychiatrickou léčbu jako takovou.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ANDERS, Martin; SKOPOVÁ, Jaroslava. *Praktické otázky diagnostiky a léčby depresivních poruch*. 1. Praha: Galén, 2006. 41 s. ISBN 80-7262-396-6.
2. BAUDIŠ, Pavel; LIBIGER, Jan. *Psychiatrie a etika*. 1. Praha: Galén, 2002. 156 s. ISBN 80-7262-104-1.
3. BEER, M. Dominic; PEREIRA, Stephen M.; PATON, Carol. *Intenzivní péče v psychiatrii*. 1. Praha: Grada, 2005. 296 s. ISBN 80-247-0363-7.
4. *DocCheck Flexikon: Das Medizinlexikon zum Mitmachen*. [online]. Köln: DocCheck Medical Services GmbH, 2010 [cit. 2010-05-05]. Malignes neuroleptisches Syndrom. Dostupné z WWW: <http://flexikon.doccheck.com>
5. *Depression-Therapie-Forschung.de: Die behandelbare Krankheit Depression - eine Gehirnstoffwechselerkrankung* [online]. 2010 [cit. 2010-05-05]. Lichttherapie. Dostupné z WWW: http://www.depression-therapie_forschung.de/lichtth.html
6. DÖRNER, K.; PLOG, U. *Bláznit je lidské*. 1.vyd. Praha: Grada, 1999. 356 s. ISBN 80-7169-628-5
7. DUŠEK, K.; VEČEŘOVÁ – PROCHÁZKOVÁ, A. *První pomoc v psychiatrii*. 1.vyd. Praha: Grada, 2005. 176 s. ISBN 80-247-0197-9
8. FOUCAULT, Michel. *Dějiny šílenství v době osvícenství: Hledání historických kořenů pojmu duševní choroby*. 1. Praha: Lidové noviny, 1994. 209 s. ISBN 80-7106-085-2.
9. HARTL, Pavel; HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. 1. Praha: Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.
10. HOŘČIČKO, Jan. *Elektrokonvulzivní terapie* [online]. [cit. 2010-03-31]. Dostupné z WWW: <http://www.plhb.cy/content/elektrokonvulzivni-terapie-ect>
11. HÖSCHL, Cyril; LIBIGER, Jan; ŠVESTKA, Jaromír. *Psychiatrie*. Praha: Tigis, 2001. 895 s. ISBN 82-900130-1-5.

12. LANGMEIER, Josef; BALCAR, Karel; ŠPIC, Jan. *Dětská psychoterapie*. Jan Lorenc. 2. rozšířené a přepracované. Praha: Portál, 2000. 432 s. ISBN 80-7178-381-1.
13. LIBIGER, Jan. Stigma duševního onemocnění. *Psychiatrie*. 2001, 5, 1, s. 38-40. ISSN 1211-7579.
14. KROMBHOLZ, Richard, et al. Fototerapie v gerontopsychiatrii. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2009 [cit. 2010-03-31]. Dostupné z WWW: <http://www.solen.cz/pdfs>
15. KROUŽKOVÁ, Petra. *Světové dějiny psychiatrie a pedopsychiatrie* [online]. [cit. 2010-03-10]. Dostupné z WWW: <http://www.psychiatrikasekcecas.estranky.cz>
16. MALÁ, Eva; PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie: Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. Praha: Portál, 2002. 144 s. ISBN 80-7178-700-0.
17. MARKOVÁ, Eva; VENGLÁŘOVÁ, Martina; BABIAKOVÁ, Mira. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. Praha: Grada, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
18. MENTZOS, Stavros. *Dynamika duševní nemoci*. Jan Lorenc. 1. Praha: Portál, 2005. 128 s. ISBN 80-239-5482-2.
19. MKN-10 [online]. 2008. [cit. 2010-04-10]. Dostupné z WWW: <http://www.uzis.cz>
20. MPSV.CZ: *Duševní poruchy jsou stále častěji příčinou invalidity* [online]. [cit. 2010-04-10]. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz>
21. MPSV.CZ: *Problematika restriktivních opatření* [online]. 2008 [cit. 2010-03-20]. MPSV.CZ. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz>
22. MUŽÍKOVÁ, Leona. Pojem zdraví [online]. [cit. 2010-03-26]. Dostupné z WWW: <http://www.ped.muni.cz/whelthedu/WEB/textz/Zdravi.htm>
23. PRAŠKO, Ján, et al. *Léčíme se s psychózou: Co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách*. 1. Praha: Medical Tribune CZ, 2005. 96 s. ISBN 80-239-5482-2.
24. PRAŠKO, Ján, et al. *Panická porucha a jako ji zvládat*. 1. Praha: Galén, 2006. 55 s. ISBN 80-7262-424-5.
25. PRAŠKO, Ján, et al. *Psychotická porucha a její léčba*. Praha: Maxdorf s.r.o, 2001. 90 s. ISBN 80-85912-65-1.

26. PRAŠKO, Ján. Stigmatizace u psychogenních poruch. *Psychiatrie* [online]. 2001, 5, 1, [cit. 2010-02-18]. Dostupný z WWW: <http://www.tigis.cz>.
27. RAHN, Ewald; MAHNKOPF, Angela. *Psychiatrie: učebnice pro studium a praxi*. 1. Praha: Grada, 2000. 468 s. ISBN 80-7169-964-0.
28. WENIGOVÁ, Barbora. Stigma a psychiatrie (napříč časem) [online]. [cit. 2010-04-04]. Dostupné z WWW: <http://www.cmhcd.cz>

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Klíčová slova: duševní onemocnění, stigmatizace, léčba duševně nemocných, léčebné postupy, restriktivní opatření, farmakoterapie, psychoterapie, elektrokonvulzivní terapie

9. PŘÍLOHY

1. Dotazník