

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Stigmatizace klientů se schizofrenií

bakalářská práce

Autor práce: Helena Myšáková
Studijní program: Rehabilitace
Studijní obor: Rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory
Vedoucí práce: Mgr. Lenka Mařhová

Datum odevzdání práce: 4. 5. 2012

Abstrakt

Bakalářská práce je zaměřena na stigmatizaci osob se schizofrenií. Faktem je, že schizofrenie se v naší populaci vyskytuje a přesto, že osoby se schizofrenií mají stejné právo na důstojný život, jako ti ostatní, objevuje se bohužel v nemalé míře jejich stigmatizace.

Teoretická část práce je rozdělena do tří kapitol. První se zabývá schizofrenií, jejím výskytem, vznikem, diagnostikou, klinickými projevy, typy a léčbou. Druhá část je věnována člověku se schizofrenií, jeho postavení v právním systému, vztahu člověka se schizofrenií a jeho rodiny, komunikaci s člověkem se schizofrenií a organizaci zdravotní a sociální péče. Třetí kapitola teoretické části obsahuje informace o stigmatizaci, včetně stigmatizace odborníky, sebeznačkováním a destigmatizací.

Hlavním cílem práce bylo zjistit, zda jsou v naší společnosti osoby se schizofrenií stigmatizovány. Dílčími cíli bylo zjistit, jaké je povědomí veřejnosti o schizofrenii a stigmatizaci osob se schizofrenií a dále zjistit, zda jsou lidé se schizofrenií stigmatizováni v oblasti zaměstnávání.

Ke sběru dat pro empirickou část byl zvolen kvalitativní výzkum, použitá metoda byla dotazování, jako technika sběru dat byl využit polořízený rozhovor. Rozhovor obsahoval 29 otevřených otázek, které byly seřazeny do čtyř okruhů – první okruh byly otázky identifikační, druhá skupina otázek se vztahovala ke schizofrenii, třetí okruh tvořily otázky týkající se stigmatizace a čtvrtý okruh byly otázky směřující k zaměstnávání lidí se schizofrenií. Výzkum byl proveden během března roku 2012, oslovení respondenti byli všichni ze Statutárního města České Budějovice. Respondenti byli vybráni prostým záměrným výběrem. Kritériem pro výběr dotazovaných byla ochota spolupracovat na výzkumu, druhým kritériem byla vedoucí pozice v zaměstnání.

Bakalářská práce může být použita jako zdroj informací laické i odborné veřejnosti v oblasti problematiky stigmatizace osob se schizofrenií.

Abstract

The Bachelor Thesis focuses on stigmatization of people with schizophrenia. The fact is that schizophrenia is occurring within our population and although the people with schizophrenia have the same right to live a decent life as the others have, they, unfortunately, experience stigmatization to a considerable extent.

The theoretical part of the Thesis is divided into three chapters. Chapter One deals with schizophrenia, its occurrence, origin, diagnostics, clinical symptoms, types and treatment. Chapter Two is dedicated to the client with schizophrenia, his/her position in the legal system, relationship between a person suffering from schizophrenia and his/her family, communication with a person suffering from schizophrenia and organization of health care and social care. Chapter Three of the theoretical part contains information on stigmatization, including stigmatization by specialists, by self-branding and destigmatization.

The main objective of the Thesis was to find out whether the persons with schizophrenia are stigmatized in our society. The partial objectives were to determine the public awareness of schizophrenia, the awareness of stigmatization of persons with schizophrenia and to find out how the people with schizophrenia are stigmatized in the sphere of employment.

To collect the data for the practical part, the qualitative research was selected, the method of interviewing was applied and semi-controlled interview was selected as the data collection technique. The interview contained 29 open questions that were arranged into four groups - the first group included the identification questions, the second group included the questions related to schizophrenia, the third group consisted of the questions related to stigmatization and the fourth group included the questions aiming at the employment of people with schizophrenia. The research was held during the month of March 2012 and the respondents interviewed were all from the Statutory City of České Budějovice. The respondents were selected on the basis of a simple purposeful choice. The first criterion for the selection of the interviewed persons was their willingness to co-operate in the research and the second criterion was a leading position at work.

The Bachelor Thesis may serve as a source of information for both the general public and the professional communities in the field of issues of stigmatization of persons with schizophrenia.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) 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 – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 4. 5. 2012

Helena Myšáková

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat paní magistře Lence Matřhové za odborné vedení a přínosné konzultace, které mi během tvorby mé práce poskytla.

Děkuji i své rodině - bez trpělivosti všech jejích členů by práce nevznikla.

OBSAH

ÚVOD.....	9
1 SOUČASNÝ STAV.....	11
1.1 Schizofrenie.....	11
1.1.1 Dějiny schizofrenie.....	11
1.1.2 Výskyt schizofrenie.....	12
1.1.3 Vznik schizofrenie.....	12
1.1.3.1 Rizikové faktory schizofrenie.....	13
1.1.3.2 Vliv rodiny na vznik nemoci.....	13
1.1.4 Diagnostika schizofrenie.....	14
1.1.4.1 Diagnostika dle MKN.....	14
1.1.4.2 Hodnocení psychosociálních funkcí.....	15
1.1.5 Klinický obraz schizofrenie.....	16
1.1.5.1 Akutní epizoda.....	16
1.1.5.2 Chronický průběh.....	18
1.1.6 Typy schizofrenie.....	19
1.1.6.1 Paranoidní schizofrenie.....	19
1.1.6.2 Hebefrenní schizofrenie.....	19
1.1.6.3 Katatonní schizofrenie.....	20
1.1.6.4 Nediferencovaná schizofrenie.....	20
1.1.6.5 Reziiduální schizofrenie.....	21
1.1.6.6 Simplexní schizofrenie.....	21
1.1.7 Léčba a prognóza schizofrenie.....	21
1.1.7.1 Farmakologická léčba.....	21
1.1.7.2 Kompliance.....	22
1.1.7.3 Psychosociální léčba.....	22
1.1.7.4 Prognóza.....	23
1.2 Osoba se schizofrenií.....	24
1.2.1 Postavení osoby se schizofrenií v právním systému.....	24

1.2.1.1	Legislativa	24
1.2.1.2	Souhlas nemocného	25
1.2.1.3	Úprava způsobilosti k právním úkonům	26
1.2.2	Osoba se schizofrenií a rodina	27
1.2.2.1	Přijetí duševního onemocnění v rodině	27
1.2.2.2	Pomoc rodině	28
1.2.2.3	Reakce rodiny na odborníky	29
1.2.2.4	Rodina a možná recidiva onemocnění	29
1.2.3	Komunikace s člověkem se schizofrenií	30
1.2.4	Organizace péče o osoby se schizofrenií	31
1.2.4.1	Zdravotní péče	31
1.2.4.2	Sociální služby	32
1.2.4.3	Pracovní zařazení osoby se schizofrenií	33
1.3	Stigmatizace	34
1.3.1	Stigmatizace	34
1.3.1.1	Stigma	34
1.3.1.2	Zdroje stigmatizace	35
1.3.2	Stigmatizace odborníky	36
1.3.3	Sebeznačkování	37
1.3.4	Destigmatizace	38
1.3.4.1	Cesty ke snížení stigmatu	38
1.3.4.2	Open the Doors	39
1.3.4.3	Další destigmatizační projekty	40
2	CÍL PRÁCE	41
3	METODIKA	43
3.1	Použité metody a techniky sběru dat	43
3.2	Charakteristika zkoumaného souboru	43
3.3	Realizace výzkumu	44
4	VÝSLEDKY	46
4.1	Respondent č. 1	46

4.2 Respondent č. 2	48
4.3 Respondent č. 3	51
4.4 Respondent č. 4	53
4.5 Respondent č. 5	56
4.6 Respondent č. 6	58
4.7 Respondent č. 7	61
4.8 Respondent č. 8	63
4.9 Respondent č. 9	65
4.10 Respondent č. 10	67
4.11 Shrnutí výsledků	69
5 DISKUZE	72
6 ZÁVĚR	79
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	81
8 KLÍČOVÁ SLOVA	86
9 PŘÍLOHY	87

ÚVOD

„Na uzavřeném oddělení jsem strávila asi pět měsíců. Bylo to ještě pár let před revolucí a na vše byly zavedené postupy. Dostala jsem diagnózu, tím se zaškatulkovala, následovaly inzulinové šoky a pět měsíců internace. Pak jsem mohla vidět rodiče (poštu příliš cenzurovali, nemělo smysl psát). Takový byl prostě postup.“ (3)

Schizofrenie existuje od pradávna, od pradávna se jí lidé pokoušejí léčit. A od počátku se také objevuje stigmatizace – právě ono výše zmíněné přiřazení diagnózy a zaškatulkování. Doba pokročila, přesto zůstává pobyt v psychiatrické léčebně něčím, o čem se příliš nemluví. Snadné není ani to, co následuje po propuštění. Zdravotní péče i sociální služby, které lidem se schizofrenií nabízeny, jsou víceméně dostupné, a snaží se lidem se schizofrenií umožnit normální, běžný život. S čím se lidé se schizofrenií (a zřejmě s každou nemocí) potýkají, jsou reakce nás ostatních. Reakce spolužáků, kolegů, sousedů, nadřízených... Jsme to my, kdo trpí předsudky, kdo odsuzuje, kdo se možná i trochu bojí. Většinou ale zcela zbytečně. A právě proto jsem svoji bakalářskou práci zaměřila na stigmatizaci osob se schizofrenií. K nápadu psát práci na toto téma mě dovedla praxe v zařízení Fokus, které pracuje i s klienty se schizofrenií. Jejich výpovědi o tom, jak obtížně si hledají práci, mě donutily zamyslet se a posléze i výzkumem zjistit, zda jsou tito lidé stigmatizovaní a jaká je vlastně jejich šance uplatnit se na trhu práce.

Při hledání informací ke své práci, jsem na internetu objevila i výzkum veřejného mínění, který se nazývá *Názory na schizofrenii* (22). Jde o reprezentativní výzkum, který proběhl v České republice v listopadu roku 2004. Ve své práci některé své výsledky s tímto výzkumem porovnávám. Výzkum je obsáhlý, proto jej přikládám k bakalářské práci jako přílohu č. 2 na CD.

Tato bakalářská práce se skládá z teoretické a empirické části. Cílem teoretické části bylo zanalyzovat odbornou literaturu. Teoretickou část práce jsem rozdělila do tří kapitol. První obsahuje informace o schizofrenii, jejím výskytu, vzniku, diagnostice,

klinických projevech, typech, jsou zde i informace o léčbě. Druhá část je věnována člověku se schizofrenií, jeho postavení v právním systému, vztahu člověka se schizofrenií a jeho rodiny, komunikaci s člověkem se schizofrenií a organizaci zdravotní a sociální péče. Ve třetí kapitole teoretické části se dají nalézt informace o stigmatizaci, včetně stigmatizace odborníky, sebeznačkování a destigmatizaci.

Hlavním cílem mé bakalářské práce je zjistit, zda jsou v naší společnosti osoby se schizofrenií stigmatizovány. Dílčími cíli je zjistit, jaké je povědomí veřejnosti o schizofrenii a stigmatizaci osob se schizofrenií a zjistit, zda jsou lidé se schizofrenií stigmatizováni v oblasti zaměstnávání.

Ke sběru dat pro empirickou část bude požit kvalitativní výzkum, použitá metoda je dotazování, jako technika sběru dat je zvolen polořízený rozhovor. Polořízený rozhovor jsem si vybrala proto, že mě zajímaly reakce dotazovaných respondentů na jednotlivé připravené otázky. Otázek jsem si připravila 29, všechny otázky jsou otevřené. Seřadila jsem je do čtyř okruhů – první okruh jsou otázky identifikační, druhá skupina otázek se vztahuje ke schizofrenii, třetí okruh tvoří otázky týkající se stigmatizace a čtvrtý okruh jsou otázky směřující k zaměstnávání lidí se schizofrenií.

Výzkum bude uskutečněn během března roku 2012, všichni oslovení respondenti jsou ze Statutárního města České Budějovice. Rozhovory budou uskutečněny u dotazovaných na pracovišti. Dotazování budou vybráni prostým záměrným výběrem. Kritériem pro výběr respondentů je ochota spolupracovat na výzkumu, druhým kritériem je vedoucí pozice v zaměstnání.

V rámci odstraňování stigmatu jsem i já ve svém textu dodržela pojmenování nemocného „*člověk/lidé nebo osoba/osoby se schizofrenií*“ namísto staršího slova „*schizofrenik*“, neboť i duševně nemocný je především člověk. Ve výsledcích výzkumu jsem pojmenování nemocných ponechala tak, jak respondenti skutečně odpovídali.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Schizofrenie

1.1.1 Dějiny schizofrenie

Schizofrenie pravděpodobně existovala odedávna a lze předpokládat, že její projevy vyvolávaly ve společnosti velmi bouřlivé reakce (31). První zmínka o schizofrenii byla nalezena na 3400 let starém zlomku z ajurvedy, jsou zde popsány projevy, které by mohly být považovány za příznaky schizofrenie – stav, který je způsoben d'áblem a projevuje se žravostí, oplzlostmi, svlékáním do naha, ztrátou paměti a nezvyklými způsoby pohybu. Vymezení této choroby a také její první pojmenování pochází z doby výrazně pozdější - z počátku minulého století. Až v roce 1896 ji německý psychiatr E. Kraepelin nazval *dementia praecox*, to znamená předčasná demence. K tomuto pojmenování jej vedla především doba, kdy toto onemocnění vzniká, což je převážně již v adolescenci nebo rané dospělosti, a dále postupné zhoršování kognitivních funkcí a celková deformace osobnosti člověka se schizofrenií, takže se dá mluvit o demenci (34). Kraepelinova klasifikace duševních nemocí je obsažena v 6. přepracování vydání učebnice psychiatrie z let 1909-1915, v Kraepelinově klasifikaci je *dementia praecox* součástí endogenních demencí (32).

Protože Kraepelinem popsáný průběh nemusí nastat u každého člověka se schizofrenií, už v roce 1911 Eugen Bleuler navrhl název schizofrenie, který je používán doposud. Termín schizofrenie má vystihovat skutečnost, že u dochází k rozštěpu osobnosti, k rozpolcení a také k dezintegraci psychických funkcí (34).

Moderní výzkum ukazuje, že původní název, který zavedl Kraepelin, je do značné míry pravdivý – zjišťuje se totiž, že jde skutečně o degenerativní onemocnění mozku. Díky moderním zobrazovacím metodám můžeme pozorovat úbytek mozkové tkáně (9).

1.1.2 Výskyt schizofrenie

Schizofrenie se vyskytuje přibližně u 1 % populace, bez ohledu na zeměpisnou lokalizaci, rasovou příslušnost či sociokulturní vlivy. Incidence je stejná u obou pohlaví (4). Nemoc vzniká nejčastěji v mladém věku, v rozmezí 15-35 let (34). U žen se objevují první epizody schizofrenie později, než u mužů. Předpokládá se, že důvodem je ženský pohlavní hormon estrogen, který zřejmě plní jakousi ochrannou úlohu. První příznaky schizofrenie se objevují u žen často těsně po porodu a pak během menopauzy, kdy hladina estrogenu klesá (6). Zřejmě ze stejného důvodu mají ženy mírnější formu nemoci, lépe reagují na léčbu, jsou méně často hospitalizovány a lépe sociálně fungují, než muži (4).

Schizofrenie se vyskytuje u všech sociálních tříd. V poslední době však lze pozorovat tendenci k sociálnímu přesunu směrem dolů, jinými slovy stoupá počet osob se schizofrenií z nižších sociálních tříd. Příčinou vyššího výskytu schizofrenie u těchto skupin může být chudoba a nedostatek, v nichž tyto lidé žijí. Do souvislosti se schizofrenií je dáována také imigrace. Zjistilo se například, že mezi osobami se schizofrenií, kteří se léčí v léčebnách v USA je stále více norských emigrantů. Dalo by se ovšem diskutovat o tom, jestli je schizofrenie příčinou, nebo důsledkem emigrace (2).

Rodinné studie ukazují, že na prevalenci má vliv, pokud nemocí trpí někdo z blízkých příbuzných. Prevalence u dětí, které mají jednoho rodiče, který má schizofrenii, je 14 %, pokud mají schizofrenii oba rodiče, je tato hodnota 46 %. Studie dvojčat prokázaly shodu 45 % u jednovaječných dvojčat a 10 % u dvojčat dvojvaječných (2).

1.1.3 Vznik schizofrenie

Přesná příčina vzniku schizofrenie není jednoznačně známa, důvodem je především skutečnost, že jde o skupinu poruch, které se v některých symptomech shodují (34).

1.1.3.1 Rizikové faktory schizofrenie

Výzkumy prováděné v posledních letech ukazují, že schizofrenie je způsobena genetickou dispozicí a zátěžovými faktory životního prostředí, které v ranné fázi vývoje plodu vedou ke změnám v mozku, který je pak k rozvoji schizofrenie náchylnější (27). Důležité je, že se dědí vlohy k nemoci, nikoliv nemoc sama o sobě. Dědičnost nesleduje mendelovský přenos dědičnosti (25).

Mezi další faktory, které ovlivňují vznik schizofrenie, patří také onemocnění spojená se závažnou dysfunkcí CNS, komplikace při porodu, viróza matky v těhotenství a zevní faktory (abúzus návykových látek) (5). Byl studován i vliv výživy matek, které byly těhotné v období druhé světové války, kdy bylo nízké zásobování potravinami. U dětí, které se narodily těmto matkám, bylo shledáno výrazně vyšší riziko rozvoje schizofrenie, než u obecné populace. Je tedy zřejmé, že mezi faktory, které ovlivňují vznik schizofrenie, patří i výživa matky v těhotenství (28).

U schizofrenie nacházíme celou řadu strukturálních funkčních abnormit, podle kterých se snaží lékaři určit příčiny vzniku nemoci. Je to snížení objemu některých mozkových struktur (temporální lalok, amygdala), popsána je také redukce bílé mozkové hmoty. Je popsán i narušení některých neurotransmitterových systémů, především systém dopaminu (4).

Psychosociální hypotéza vzniku schizofrenie předpokládá, že stres je spouštěcí, ale ne jediný psychosociální faktor. Dalšími psychosociálními faktory vzniku nemoci jsou situace, kdy se nemocný musí rozhodnout, složité nebo dvojznačné informace a situace, kdy osoba nemá možnost úniku (33).

1.1.3.2 Vliv rodiny na vznik nemoci

V minulých letech došlo k rozsáhlému zkoumání rodin osob se schizofrenií, původním důvodem tohoto výzkumu byla dědičnost duševních nemocí. Teprve později byly prozkoumány zákonitosti chování rodičů těchto osob, a to chování vůči sobě i

chování vůči dítěti. Zkoumala se i rodinná atmosféra. Ta byla v případě těchto rodin odchýlena od normy. Dítě reagovalo takovými způsoby chování, které odrážely rodinnou situaci. Je třeba říci, že i tyto názory v průběhu let doznaly značných změn a prošly rozsáhlým vývojem. Zpočátku se například přikládá význam omezujícímu, nadměrně úzkostnému a dominantnímu postoji matky k dítěti, která tak dítěti znemožňuje samostatný autonomní vývoj. Až později bylo objeveno, že úzkostná vazba neomezuje jen dítě, ale že omezuje i matku. Ta k sobě dítě připoutává, ale neverbálními projevy mu dává často najevo odmítání. Obvykle bývá narušen i vztah mezi rodiči. Ti jsou neupřímní, skrývají své pocity, bývají skrytě agresivní. Přítomnost takových vazeb vede k soupeření v rodině a k zaujímání nejasných rolí (30).

Problémem jsou i rozporuplné pokyny rodičů vůči dítěti. Buď jde o to, že každý z rodičů dává dítěti jiné pokyny, nebo se jedná o rozporuplné pokyny ze strany jednoho rodiče. Dítě je ve výsledku nuceno uchýlit se k nejednoznačným reakcím, nebo k reakcím, které postrádají smysl. Podle Fridy Fromm-Reichmanové může schizofrenii způsobit také „schizofrenní matka“, Erich Fromm přišel na to, že matky osob se schizofrenií často mají samy spoustu psychických problémů (2).

1.1.4 Diagnostika schizofrenie

V současnosti se diagnóza schizofrenie provádí pomocí 10. vydání MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí (8), kde jsou uvedeny diagnostické návody a popisy širokého spektra detailů, je zde uveden i výčet jednotlivých poruch. K dispozici je ještě jeden používaný manuál k diagnostice, je to 4. vydání Diagnostického a statistického manuálu Americké psychiatrické asociace DSM-IV (28). Diagnostika schizofrenie dle MKN – 10, uvádí, že oba systémy definují onemocnění přibližně stejně. Rozdíl je pouze v době trvání příznaků. DSM vyžaduje šest měsíců, MKN pouze jeden (5).

1.1.4.1 Diagnostika dle MKN

K diagnóze schizofrenie je třeba:

a) přítomnost jednoho z těchto příznaků:

- manipulace s myšlenkami (slyšení vlastních myšlenek, vkládání, odnímání);
- bludy ovládnutí (kontrolovatelnost);
- sluchové halucinace (komentující chování nemocného);
- jiné bludy;

a nebo

b) přítomnost dvou z těchto příznaků:

- jiné halucinace;
- formální poruchy myšlení (zárazy, inkoherence);
- katatonní příznaky (vzrušenost, setrvávání v nastavených pozicích, vosková ohebnost, negativismus, mutismus, stupor);
- negativní příznaky (apatie, ochuzení řeči, ochuzení emočních reakcí);
- nápadné kvalitativní změny v chování (ztráta zájmů, bezcílnost, nečinnost, sociální stažení);

v obojím případě minimálně po dobu jednoho měsíce (5).

Často je obtížná diferenciální diagnóza mezi schizofrenií a spektrem příbuzných poruch a poruchami nálady, nepsychotickými poruchami osobnosti, psychotickými poruchami vyvolanými drogami a sekundárními psychotickými poruchami při somatických chorobách. Poruchy se od sebe odlišují obtížně především v počátcích onemocnění. U některých osob se schizofrenií je správná diagnóza možná až po několikaletém sledování (34).

1.1.4.2 Hodnocení psychosociálních funkcí

Ke stanovení diagnózy se používá i zhodnocení psychosociálních funkcí pacienta. Při takovém hodnocení je třeba se zaměřit na vztahy k rodičům, sourozencům, vrstevníkům, sexuální vztahy, úroveň dosaženého vzdělání, pracovní anamnézu, rekreační aktivity a zájmy. Toto vyšetření nám pomůže odhalit např. vývojové anomálie, stydlivost, zvýšenou emoční citlivost, nebo změny v rodině, které mohou schizofrenii spustit (28).

1.1.5 Klinický obraz schizofrenie

Schizofrenie nemá jednotný klinický obraz, symptomy mohou být relativně různorodé. Nemoc ovlivňuje řadu psychických funkcí, liší se od jedince k jedinci a u každého nemocného v průběhu vývoje času (5). Jednotlivé příznaky je možné odlišit podle toho, zda jsou projevem nadměrného, či zkresleného vyjádření běžných funkcí (pozitivní příznaky), a nebo jejich úbytku (negativní příznaky). Předpokládá se, že pozitivní příznaky (bludy, halucinace, vkládání myšlenek, dezorganizace řeči, narušená kontrola chování, katatonní symptomy) jsou projevem zvýšené aktivity různých oblastí mozku, negativní symptomy (výrazná apatie, ochuzení řeči, zpomalenost myšlení, útlum emočních reakcí, neschopnost iniciovat cílevědomé chování, sociální stažení) vznikají jako důsledek jejich útlumu (34).

1.1.5.1 Akutní epizoda

Pro akutní epizodu je typická celá řada poruch, které rozdělujeme na poruchy kognitivních funkcí, poruchy emotivity, poruchy jednání a poruchy osobnosti (5).

a) Poruchy kognitivních funkcí

Mezi poruchy kognitivních funkcí patří poruchy vnímání, poruchy myšlení, poruchy orientace v realitě a autistické projevy (34).

Poruchy vnímání se vyskytují často, na počátku onemocnění se nejprve objevují iluze, které později přecházejí do halucinací (14). Halucinace definujeme jako klamně vjemy, které vznikají nezávisle na podnětu zvnějšku, člověk se schizofrenií je ale přesvědčen o jejich naprosté reálnosti, tudíž ovlivňují jeho chování (5). Halucinace bývají nejčastěji sluchové (osoba se schizofrenií slyší hlasy), mohou být i zrakové (osoba se schizofrenií např. vidí různé bytosti), nebo tělové (člověk se schizofrenií je přesvědčen, že se jej někdo dotýká). Specifickou skupinu tvoří intrapsychické

halucinace, kdy se nemocnému jeví jeho myšlenky jako cizí, pacient je přesvědčen, že mu byly někým imputovány (34).

Narušení myšlení jak poruchy dynamiky, tak poruchy formy i obsahu myšlení. Dochází buď ke zpomalení uvažování, často člověk se schizofrenií ulpívá na jedné myšlence, nebo dochází i k poruše opačné – projev nemocného se stává nesrozumitelný (34).

Porucha obsahu vnímání se nazývá blud. Blud lze je soukromé, mylné a nevyvratitelné přesvědčení, které ovlivňuje jednání člověka (5).

Dalším znakem nemoci je narušení orientace nemocného v realitě. Člověk se schizofrenií není schopen zpracovat v životě běžné informace, není schopen je zhodnotit, ani si je zapamatovat (14). Mezi těmito informacemi se osoba neorientuje, hledá souvislosti tam, kde nejsou, někteří nemocní uvažují až magicky (34).

Pro některé osoby se schizofrenií je problémem zvládat běžný život, vyžaduje to tolik času a energie, že nejsou schopni věnovat pozornost něčemu dalšímu, co se jim právě přímo (v podobě halucinace nebo bludu) nevnucuje (5). A to vede právě k autistickým projevům, které jsou charakteristické nápadnou a nepřiměřenou izolací od okolního světa, ke ztrátě zájmu o kontakt s okolím (34). Člověk se schizofrenií má z vnějšího dění strach a raději se mu vyhýbá (14).

b) Poruchy emotivity

Citový život osob se schizofrenií se v průběhu nemoci mění a to jak z hlediska kvantity, tak i z hlediska kvality. V akutní fázi převažují nepřiměřené emoce, postupně dochází k jejich oploštění a otupělosti. Reakce lidí se schizofrenií bývají neadekvátní, často jsou nepředvídatelné, někdy jsou zcela opačné, než okolí nemocného očekává. Standardní emoční reakce postupně vyhasínají (34). Citová otupělost, apatie, útlum a úplné vyhasnutí schopnosti prožívat emoce, se objevuje spíše v pozdější fázi onemocnění (30).

c) Poruchy jednání

Nápadnosti v chování jsou diagnosticky značně významné, někdy jsou vůbec prvním impulsem k úvaze o duševním onemocnění, všímá si jich totiž okolí. Poruchy jednání jsou např. samomluva, neadekvátní smích, nebo naopak omezení kontaktu a aktivity (34).

d) Poruchy osobnosti

Dalším projevem nemoci je změna uvědomování si sebe samého, změna vztahu k sobě a nápadnosti v sebehodnocení. Osobě se schizofrenií chybí náhled na svou vlastní chorobu (14). Někdy si ale změny, které se s ním dějí, uvědomí i sám člověk se schizofrenií (34).

1.1.5.2 Chronický průběh

Po odeznění akutní fáze mohou některé příznaky nemoci přetrvávat, jedná se hlavně o negativní symptomy. Tyto projevy jsou různou měrou a různým způsobem ovlivnitelné. K jejich trvání může přispívat např. i nedostatečná sociální stimulace (2). Nejčastějšími chronickými symptomy jsou:

- a) snížení celkové aktivity, pomalost, nevykonnost a únava;
- b) úbytek schopnosti emočně reagovat, převládá citová plochost, pasivita a apatie;
- c) zpomalenost myšlení, řeči, chudost a stereotypie myšlení;
- d) nedostatek iniciativy, ztráta motivace k čemukoli, ztráta zájmu a chybění vůle;
- e) tendence k sociální izolaci, nezájem i neschopnost navazovat a udržovat kontakty s lidmi;
- f) úpadek sociálního chování a péče o sebe sama (34).

K nemoci se často přidává deprese, a to především v akutní psychotické atace. Po odeznění psychotické symptomatologie se deprese dostává více do popředí – až 10 % lidí se schizofrenií spáchá suicidium (5).

1.1.6 Typy schizofrenie

Odborná literatura udává šest typů schizofrenie (5). Rozdělení na jednotlivé typy je ale spíše teoretické, v praxi se jednotlivé formy mohou překrývat, jedna forma může přecházet do jiné - průběh schizofrenie bývá značně různorodý a nejednotný (34).

1.1.6.1 Paranoidní schizofrenie

Je nejčastějším typem tohoto onemocnění, lze relativně snadno diagnostikovat (5). Tento typ schizofrenie může vznikat i v pozdějším věku, někdy až kolem 40 let (34). Paranoidní schizofrenii je charakteristická nesystematickým izolovaným bludem s paranoidním obsahem a také halucinacemi. Člověk se schizofrenií je ke svému okolí podezřívavý, domnívá se, že je někým pronásledován a že ho někdo ohrožuje. Blud ohrožení je často vztahován k nadpřirozeným bytostem, někdy i k určitým lidem – k členům vlastní rodiny, k sousedům apod. Z tohoto důvodu mohou být lidé s tímto typem schizofrenie nebezpeční - mohou na tyto nic netušící osoby zaútočit, aby se (v rámci své logiky) bránili ohrožení (5). Paranoidní schizofrenie se také může projevat chorobnou žárlivostí (2).

1.1.6.2 Hebefrenní schizofrenie

Vzniká nejčastěji v období adolescence a v rané dospělosti, tj. mezi 15 až 25 lety. Tato diagnóza mívá nepříznivou prognózu, protože první příznaky onemocnění se objeví v době, kdy dochází k rozvoji osobnosti (34). Tento druh schizofrenie vypadá jako prohloubená puberta s podivným způsobem uvažování, předváděním se, šaškováním a klackovitým chováním, které ale neodpovídá věku (5). Chování člověka s tímto typem schizofrenie je hloupé a dětinské (2). Charakteristickým znakem tohoto typu je porucha myšlení. Myšlení bývá inkohrentní, postupně dochází až k zúžení

myšlení. Slovní projev nemocného bývá nápadný, nemocní si vytvářejí neologismy. Člověk se schizofrenií trpí bizarními bludy, které jsou často hypochondricky nebo kosmicky zaměřené. Lidé s tímto typem schizofrenie trpívají nevymezením osobní identity - často neví kým vlastně jsou, zda jsou muž či žena, nebo jestli jsou vůbec člověk. Z hlediska sociálního jednání trpí nedostatkem zábran, hrubostí a vulgaritou (34). Americká klasifikace nazývá tento druh schizofrenie jako schizofrenii dezorganizovanou (5).

1.1.6.3 Katatonní schizofrenie

Katatonní schizofrenie je charakteristická nápadnou poruchou v oblasti motorické aktivity. Rozlišují se dvě varianty katatonní schizofrenie:

a) *Produktivní forma* se vyznačuje nadměrnou a nepřiměřenou aktivitou, paradoxním chováním. Může jít o celkově zvýšenou aktivaci, člověk se schizofrenií se kýve ze strany na stranu, nebo např. jen o echolálii či echopraxii, kdy člověk se schizofrenií stále opakuje určitá slova nebo věty (2).

b) *Neproductivní*, nebo také *stuporózní forma*, se projevuje naopak zpomalením a úplným a celkovým útlumem motorické aktivity i ztrátou vůle vykonávat jakoukoliv činnosti. To prakticky znamená, že se člověk se schizofrenií vůbec nehýbá, vydrží dlouho v jedné poloze, vůbec nemluví a je-li učiněna snaha o jeho aktivizaci, projevuje odpor (34). Stav stuporu mohou být přerušovány stavem zmatenosti (2).

U osob se schizofrenií se objevují hlasy, které zakazují a nebo naopak přikazují nemocnému, např. jíst, pít, mluvit atd. Nemocní tímto typem schizofrenie mohou být nevyzpytatelní, z jejich jednání se nedá odhadnout, k čemu je v tu kterou chvíli jejich halucinace vyzvou. Pozitivní je, že v současné době je tento typ schizofrenie vzácný (34).

1.1.6.4 Nediferencovaná schizofrenie

Tento typ schizofrenie neodpovídá žádnému z vyjmenovaných typů. Zahrnuje symptomatologii více forem a nelze také určit, která symptomatologie převažuje (5).

1.1.6.5 Reziduální schizofrenie

Reziduální schizofrenie je chronický stav, který trvá po odeznění akutní ataky nemoci. Projevuje se podivínstvím, zanedbáváním sebe i svého okolí (5).

1.1.6.6 Simplexní schizofrenie

Simplexní schizofrenie je charakterizována plíživým vznikem (5). V počátcích onemocnění se může zdát, že jde o poruchu osobnosti se značnou leností a společenskou nepřizpůsobivostí. Lidé s tímto typem schizofrenie nerespektují ve společnosti běžné normy, často se potulují se, nepracují. Bývají apatičtí, jsou nespolečenšší, uzavírají se do sebe a izolují se od společnosti. Později nejsou schopni zvládat ani běžné požadavky, které jsou na ně kladeny, nedbají o sebe a postupně celkově chátrají. I jejich myšlení se zhoršuje a to až na úroveň demence (34). Dalším znakem je postupné oploštění emotivity (5).

1.1.7 Léčba a prognóza schizofrenie

Schizofrenie je onemocnění, která je sice léčitelné, ale často nedochází k úplnému uzdravení pacienta. Léčba schizofrenie trvá dlouho a v jejím průběhu dochází k výkyvům, ke střídání akutních atak s fázemi remise, nebo k proměně symptomů (34). Každá fáze léčení vyžaduje jiný léčebný postup, jinou taktiku. Vždy jde ale především o léčbu farmakologickou, ta je pak doplňována psychosociální intervencí (4).

1.1.7.1 Farmakologická léčba

Farmakologická léčba slouží k uklidnění a k regulaci psychických projevů. Podávána jsou především neuroleptika, protože snižují úzkost a napětí, což jsou příznaky, kterými nemocní trpí. Vlivem léků se zmírňují především akutní a pozitivní příznaky nemoci, ty ale nemusí zcela vymizet. V akutní fázi nemoci obvykle bývá nutná hospitalizace, u osob se schizofrenií se nedá příliš počítat s ochotou spolupracovat. Nutnost léčení je třeba konzultovat i s rodinnými příslušníky, kterým je třeba vysvětlit, že nedojde ke spontánní úzdavě. Důležité je informovat osobu se schizofrenií také o vedlejších účincích léků (34).

1.1.7.2 Compliance

Pokud má být pro člověka se schizofrenií léčba dlouhodobě snesitelná, je třeba aby byla účinná a měla by mít co nejméně vedlejších účinků. Dodržování pokynů, míra toho, nakolik je chování nemocného v souladu s radami lékaře, se nazývá compliance. Lze ji jen velmi obtížně měřit, nejlépe se zjišťuje těsným kontaktem lékaře s pacientem, kdy se zjišťuje, zda pacient dodržuje léčbu, pokud to nefunguje, lze monitorovat krevními testy hladinu antipsychotik. Za ideální stav se považuje, pokud člověk se schizofrenií bere 75-100 % léčby (5).

Hlavním důvodem, proč lidé se schizofrenií odmítají léčbu, je nedostatečný náhled na onemocnění. Chápání člověka se schizofrenií je často odlišné, svoje jednání nepovažuje za symptomy onemocnění. Dalším problémem jsou ale i vedlejší účinky podávaných léků (30).

1.1.7.3 Psychosociální léčba

Psychosociální léčba by měla v případě léčby schizofrenie doplňovat biologickou složku. Podstata choroby vede obvykle k narušení mezilidských vztahů, jednání nemocného vede často k nedorozuměním, nejen v rodině, ale i v jeho okolí. Je třeba v obnovení vztahů člověku se schizofrenií pomoci, porucha v komunikaci může vést i relapsu onemocnění (28). S lidmi se schizofrenií se tedy nacvičují dovednosti,

kteře vedou ke zlepšení mezilidských vztahů. Zlepšuje se dovednost správného vnímání, porozumění, vyjadřování pozitivních emocí, vedení rozhovoru, nacvičuje se i snížení vyjadřování negativních emocí. Pomocí psychosociální rehabilitace si člověk se schizofrenií tvoří podpůrnou sociální síť (14).

Při rehabilitaci je třeba respektovat pomalost a adaptační potíže lidí se schizofrenií. Je třeba myslet i na to, že toto soužití musí být snesitelné nejen pro člověka se schizofrenií, na kterého nesmí působit dráždivě, ale i pro ostatní člen rodiny. Pokud je to možné, preferuje se po hospitalizaci člověka se schizofrenií návrat do rodinného prostředí, je tedy třeba, aby rodina byla na svého člena připravena. Pokud rodina člověka se schizofrenií odmítá, nebo pokud je takové soužití obtížné, je lepší zvolit variantu chráněného bydlení (34).

1.1.7.4 Prognóza

Prognózu onemocnění zhoršují určité okolnosti. Mezi nepříznivé prognostické faktory patří mužské pohlaví, nízký věk začátku onemocnění, nenápadný začátek, nepřítomnost spouštěcích faktorů, špatné sociální fungování, život bez partnera, dále také schizofrenie v rodinné anamnéze, život v dysfunkční rodině s vysokým stupněm emoční atmosféry a abúzus drog (5).

Poměr lidí se schizofrenií, kteří se vyléčí, se v literatuře liší.

a) Pravidlo čtvrtin:

- čtvrtina lidí se schizofrenií se po první epizodě uzdraví a zcela se zbaví všech příznaků,
- čtvrtina lidí se schizofrenií se sice vyléčí, ale příležitostně se u nich objevují některé symptomy,
- čtvrtina lidí se schizofrenií se vyléčí částečně, některé symptomy u nich přetrvávají stále,
- čtvrtina lidí se schizofrenií se nevyléčí nikdy, jejich stav se naopak postupně zhoršuje (2).

b) Pravidlo *třetin*:

- třetina lidí se schizofrenií se zcela vyléčí,
- třetina lidí se schizofrenií se sice zcela uzdraví, ale dochází u nich k opakovaným relapsům,
- třetina lidí se schizofrenií se nevléčí vůbec (5).

1.2 Osoba se schizofrenií

1.2.1 Postavení osoby se schizofrenií v právním systému

1.2.1.1. Legislativa

Roku 1992 byla přijata Organizací spojených národů rezoluce č. 119, která prohlašuje léčbu a péči o duševní nemoc za lidské právo. Tato rezoluce byla podkladem pro formulaci Principů k ochraně osob s duševními nemocemi a ke zlepšení péče o duševně nemocné. Tyto principy jsou přílohou rezoluce 119 a mimo jiné obsahují prohlášení o tom, že:

- všechny osoby mají právo na nejlepší dosažitelnou péči o duševní zdraví,
- 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,
- každá osoba s duševním onemocněním bude mít všechna práva,
- zjištění, že některá osoba má duševní onemocnění, musí být provedeno v souhlasu s 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,

- každá osoba s duševní nemocí bude chráněna před újmou vznikající neodůvodněnou farmakologickou léčbou, zneužíváním ze strany ošetřujícího personálu a druhých pacientů,
- každá osoba s duševní nemocí má právo na léčbu v nejméně omezujícím prostředí a nejméně omezujícími nebo obtěžujícími prostředky vzhledem k potřebám svého zdravotního stavu (16).

Podpora duševního zdraví vychází ze zásady, že duševní zdraví je cennou lidskou hodnotou a je třeba jej chránit. Kupodivu i v EU jsou státy, které nemají přijaté zákony na podporu duševního zdraví, i když byly OSN vyzvány k nápravě již v roce 2000 (37).

V naší legislativě jsou práva duševně nemocných, stejně jako práva ostatních lidí, zakotvena v Listině základních práv a svobod, která je součástí ústavního pořádku České republiky. V článku 3 se uvádí, že nikomu nesmí být způsobena újma na právech pro uplatňování jeho základních práv a svobod (36). Více jsou práva duševně nemocných specifikována v Deklaraci lidských práv duševně nemocných. U osob se schizofrenií (a duševně nemocných osob celkově) je třeba zvlášť chránit svobodu na informace o zdravotním stavu, nemoci a způsobu léčby, svobodu pohybu, právo na ochranu soukromí a na listovní a telefonická tajemství. Také je v dnešní době zdůrazňováno právo na ochranu osobních dat, která vyžaduje mlčenlivost i o faktu, že je někdo klientem psychiatrického zařízení (17).

Další zákony, které chrání práva duševně nemocných jsou Úmluva o lidských právech, a občanský zákoník v platném znění, zlepšením duševního zdraví se zabývá i cíl 6 v Programu Zdraví 21 (36).

1.2.1.2 Souhlas nemocného

Osoba starší 18 let musí dát souhlas k poskytování informací, pokud tak neučiní, nelze informovat ani jeho rodinu. To ovšem neplatí, pokud je osoba v takovém zdravotním stavu, že souhlas není schopna poskytnout (17).

K psychiatrickému léčení a hospitalizaci dochází nejčastěji se souhlasem nemocného. Pokud je ale nemocný nebezpečný sobě nebo okolí a hospitalizaci odmítá, lze ji realizovat i bez jeho souhlasu (36). O této skutečnosti rozhoduje přijímající lékař psychiatrického lůžkového oddělení, ošetřující lékař, nebo primář oddělení. Tato možnost je dána lékařům z toho důvodu, že k hospitalizaci dochází v kteroukoliv denní či noční hodinu (1). Existuje ale povinnost informovat o takové hospitalizaci příslušný soud a to do 24 hod. od hospitalizace na uzavřené psychiatrické oddělení. Soud má povinnost toto zadržení do týdne ověřit a vydat o tom rozhodnutí (17). V průběhu soudního řízení o vyslovení přípustnosti převzetí nebo držení v ústavu zdravotní péče je zajištěna právní ochrana osoby s duševním onemocněním opatrovníkem z řad advokátů (36).

Praxe v lůžkových zařízeních ukazuje, že někdy (např. v akutní atace duševní poruchy) je člověka třeba omezit proti jeho vůli nejen na svobodě, ale i omezit jej fyzicky. V takových případech jde nejen o ochranu člověka se schizofrenií, ale i o ochranu psychiatra a ostatního personálu (1).

Propouštění pacienta, které se někdy děje proti jeho vůli, není legislativně zakotveno. Je známa těžká adaptace nemocných na jiné prostředí, neochotu a neschopnost žít v mimonemocničním prostředí, proto je třeba propouštění člověka se schizofrenií dlouhodobě plánovat (17).

1.2.1.3 Úprava způsobilosti k právním úkonům

V případě, že člověk se schizofrenií není schopen postarat se sám o svoje záležitosti, rodina podává soudu podnět k zahájení řízení o úpravě způsobilosti k právním úkonům. Tu lze omezit, nebo lze člověka způsobilosti zcela zbavit. Tomuto rozhodnutí předchází psychiatrický posudek (17). Důvodem takového omezení je především ochrana práv a zájmů nemocného. Častý je ale i zájem příbuzných, aby se zabránilo nezodpovědnému jednání nemocného (1). Zákon ale neurčuje způsob jmenování opatrovníka, který by hájil pro daný stav práva nemocného (36).

Znalecký posudek se využívá i v okamžiku, kdy nemocný spáchá trestný čin. V těchto případech je třeba zjistit, zda v době spáchání trestného činu mohl pachatel rozpoznat společenskou nebezpečnost svého jednání (17).

Zvláštní předpisy existují pro posouzení zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel, držení střelné zbraně, umělého přerušování těhotenství v souvislosti s duševní poruchou nebo posouzení výkonu rodičovských práv (17).

1.2.2 Osoba se schizofrenií a rodina

1.2.2.1 Přijetí duševního onemocnění v rodině

Přijetí duševního onemocnění v rodině je vždy problémem. Rodina vidí změnu, kterou jejich člen prochází, diví se, co se děje, rodina je ohromena, zarmoucena a také se izoluje od okolí (11).

V některých rodinách se stává, že příbuzní svého člena odrazují od léčby. V podvědomí lidí stále ulpívá pocit, že je hanba léčit se na psychiatrii, že ten, kdo je léčen na tomto oddělení je „blázen“ (26).

Postoje členů rodiny se často změny v situaci, kdy je člověk se schizofrenií vyšetřen a rodina se dozví, jakou chorobou vlastně trpí (34). I když potvrzení diagnózy schizofrenie působí na rodinu jako trauma, rodina pak přestane nemocného nutit, aby se vzchopil sám a nemoc nezveličoval (26). Reakce rodiny na odhalení onemocnění má svou dynamiku, v průběhu času se názory a postoje jednotlivých členů rodiny mění. Orientačně lze tuto zátěž rozdělit do několika fází:

- V první fázi dojde k popření nemoci - rodina o nemoci nemluví, problém bagatelizuje.
- Ve druhé fázi rodina hledá příčinu a také viníka celé situace.
- Ve třetí fázi dochází ke zpracování problému, rodina vyhledává pomoc, pro člověka se schizofrenií a v lepším případě i pro ostatní členy.

- Ve čtvrté a poslední fázi dochází k novému náhledu na situaci, rodina hledá nový způsob života, v některých případech ale členové rodiny nově vzniklou situaci neunesou a rodina se rozpadá (34).

Krize, která je dána onemocněním jedince, vždy naruší dosavadní rovnováhu celého rodinného systému. Nemocný je sice pouze jeden člen rodiny, ale krize, kterou tato choroba vyvolala, zasáhne všechny (30).

Diagnóza schizofrenie může v rodině člověka se schizofrenií způsobit dvě situace:

- Člověk se schizofrenií se stává pro rodinu nepřijatelným. Dochází k vytvoření odstupu od člověka se schizofrenií, k jeho izolaci. Rodina jej není schopna akceptovat a on se pochopitelně nedokáže změnit. Častým řešením bývá omezení kontaktu s tímto členem rodiny na co nejmenší možnou míru. Tento postoj má za následek další izolaci nemocného.
- Člověk se schizofrenií se stává centrem veškeré pozornosti a péče, ostatní členové rodiny nemají šanci vzbudit zájem o své vlastní potřeby. Tím se ovšem zvyšuje riziko rozpadu rodiny (34).

1.2.2.2 Pomoc rodině

Je patrné, že rodina, která má ve svém středu člověka se schizofrenií, potřebuje pomoc, stejně jako osoba se schizofrenií. Na celém světě se takové rodiny sdružují v organizace, některé státy mají takových organizací několik. I když je pomoc v každém státě organizována jinak, princip je stejný. Především jde o vzájemnou podporu a výměnu informací (11).

Na území ČR je největší (nikoliv jedinou) organizací tohoto druhu Sympathea, o. p. s. Jde o obecně prospěšnou společnost, která vznikla v roce 2003 v Praze. V rámci svých aktivit podporuje různé oblasti psychiatrické péče – příbuzné, odborníky, pacienty, média, státní správu, odbornou i laickou veřejnost. Hledá řešení, jak zlepšit situaci duševně nemocných a jejich příbuzných v České republice. Cílem sdružení je i spolupráce odborníků a uživatelů psychiatrických služeb při tvorbě legislativy, chce

zajistit důstojné zacházení s nemocnými, právo na informace, organizuje semináře, přednášky, poradenství, svépomocné skupiny a jiné formy pomoci pro rodinné příslušníky lidí se schizofrenií. Spolupracuje i s obdobnými organizacemi v zahraničí (23).

1.2.2.3 Reakce rodiny na odborníky

V péči o člověka se schizofrenií je specifickým také reakce rodiny na zdravotníky. Rodina často nevěří psychiatrům, z laického pohledu „psychiatr v každém vidí blázna“. I v člověku se schizofrenií je tedy rodinou budován postoj, že není třeba jít k lékaři, že stav, ve kterém se člověk se schizofrenií nachází, přejde, po čase se upraví (26). Jsou popsány tři základní typy reakcí, kterými nemocná rodina čelí snahám zdravotníků uzdravit člověka se schizofrenií a snahám zapojit ostatní členy do spolupráce. Můžeme označit jako 3P:

- *Pohrdání* - členové rodiny prošli mnoha zařízeními, doposud bezvýsledně. Od počátku přistupují ke zdravotníkům se značnou nedůvěrou.
- *Předurčení* – i v tomto případě má rodina bohaté zkušenosti se selhávající léčbou, má vlastní názor na nemoc, i na způsob pomoci, zastávají názor, že je třeba jednat tak, aby se stav více nezhoršoval.
- *Propadání* – zde rodina se zdravotníky nespolupracuje, chce, aby člověk se schizofrenií ve svých příznacích setrval (30).

1.2.2.4 Rodina a možná recidiva onemocnění

Rodinné klima ale může být i důvodem k recidivě onemocnění. K recidivě akutní ataky dochází přibližně v 60 %. Příbuzní o této možnosti vědí a reagují na i různým způsobem. Někdy ji popírají, někteří přiznávají, že se jí bojí. Měli by být v každém případě informováni, jak oni sami mohou další průběh choroby ovlivnit. Rodinné klima, především celkový vztah, může fungovat jako rizikový faktor, který

přispívá k udržení některých symptomů a do určité míry ovlivňuje i pravděpodobnost vzniku relapsu (34).

1.2.3 Komunikace s člověkem se schizofrenií

Komunikace je závislá na vzájemné důvěře mezi člověkem se schizofrenií a odborníkem. Vztah k člověku se schizofrenií je vždy dán etickým principem (1). Člověk, který vyhledá pomoc je v těžké situaci, jeho projev může proto být nepříjemný. I přesto je třeba, aby si pracovník našel ke člověku se schizofrenií dobrý profesionální vztah. Pracovník musí sledovat své reakce na člověka se schizofrenií, aby se nedopouštěl neprofesionálních postupů. Důsledkem nevhodných reakcí pak může být i stigmatizace (18).

Nástrojem pro vytváření vztahu mezi člověkem se schizofrenií a pracovníkem je právě komunikace. Ta by měla být vedena s respektem, pracovník by měl užívat srozumitelný jazyk. Poskytované informace by měly být vždy pravdivé, byť jsou pro člověka se schizofrenií nepříznivé (18).

Osoby se schizofrenií, kteří trpí bludy a halucinacemi, rozčiluje popírání jejich soudů. Snaží se být dominantní, jsou často provokativní, snaží se manipulovat se svým okolím, jsou ke svému okolí velmi kritičtí. Alespoň zpočátku komunikace je třeba akceptovat blud jako součást života člověka se schizofrenií, zároveň ale popírat platnost takové informace. S osobou se schizofrenií je třeba komunikovat jasně, konkrétně a srozumitelně. Při komunikaci s osobou se schizofrenií je lepší diskutovat o realitě, debatě o bludech se vyhýbat. V každém případě by se člověk se schizofrenií měl zcela zapojit do rozhodování o své terapii (17).

Pro tvorbu dobrého vztahu mezi pracovníkem a člověkem se schizofrenií je dobré dodržovat několik principů. První z nich je respekt. Respekt znamená akceptovat člověka se schizofrenií takového, jaký je. Respektovat znamená pochopit, ne odsouhlasit vše, co člověk se schizofrenií udělá. Dalším principem je dobrý úmysl. Jednoduchým principem práce je stálé dotazování, zda to co dělám je podloženo dobrým úmyslem. Flexibilita znamená, že pracovník je schopen reagovat na aktuální

situaci. Další princip je důvěra, v případě práce s osobami se schizofrenií jde především o důvěru ve smyslu nakládání s informacemi. Posledním principem je partnerství. Pracovník společně s člověkem se schizofrenií hledají příčiny potíží a možnosti jejich řešení (18).

Lidé se schizofrenií tvoří vysoké procento klientů, kteří si na odborníky stěžují. Jde především o nesouhlas s hospitalizací, nesprávnou péči, nesprávnou diagnózu, nesouhlas s ochrannou léčbou a podobně. Součástí dobré komunikace je potřeba těmto klientům trpělivě a srozumitelně vysvětlovat, informovat je a přesvědčovat o důvodech přijetí do psychiatrického zařízení (1).

1.2.4 Organizace péče o osoby se schizofrenií

1.2.4.1 Zdravotní péče

Protože důležitým ukazatelem schizofrenie je změna chování, velkou roli při diagnostice má praktický lékař – je jedním z těch, který si změn v pacientově chování může všimnout. Praktický lékař by, v případě, že odhalí příznaky schizofrenie, měl být ten, kdo nejen že pošle pacienta k odbornému lékaři, ale také by měl pro léčbu získat rodinu a měl by tedy být spojencem mezi odborníkem, pacientem a rodinou pacienta. Měl by být podporovatelem léčby nemocného, protože svým postojem může výrazně ovlivnit následující léčbu (34).

V kompetenci odborného lékaře – psychiatra – je potvrzení diagnózy, navrhnutí léčby a rozhodnutí o případné hospitalizaci pacienta. Akutní lůžkovou péči poskytují psychiatrické kliniky v rámci fakultních nemocnic, psychiatrická oddělení nemocnic, a protože tato kapacita nedostačuje, přijímají akutní pacienty i psychiatrické léčebny. Ty ale hlavně zajišťují dlouhodobou resocializaci člověka se schizofrenií (17).

Už ve zdravotnickém zařízení může s člověkem se schizofrenií pracovat sociální pracovník – v psychiatrické léčebně, na psychiatrickém oddělení nemocnice. Vývoj systému péče podporuje deinstitucionalizaci péče, péče je přenášena ze zařízení do domácího prostředí člověka se schizofrenií (20).

1.2.4.2 Sociální služby

Po propuštění člověka se schizofrenií ze zdravotnického zařízení může osoba se schizofrenií začít využívat sociální služby.

Pro ty, kteří nemusí být léčeni ve zdravotnickém zařízení, nebo jsou již propuštěni, je možností pomoci stacionární péče. Ta kombinuje pobyt člověka se schizofrenií v zařízení s odbornou péčí a pobyt doma. Nedochází ke ztrátě kontaktu mezi člověkem se schizofrenií a jeho rodinou, ani s běžnými návyky, které osoba se schizofrenií má. Problémem u těchto zařízení ale bývá dostupnost (18).

Přechod mezi ústavní léčbou a pobytem doma pak může být doléčovací péče. Formy této péče jsou různé, např. domácí péče, chráněné zaměstnání nebo chráněné bydlení (18). Podporované bydlení je vhodné pro ty, kteří nemohou nebo nechtějí bydlet s rodinou a jejich stav samostatné bydlení umožňuje (19). Chráněná pracoviště ulehčují pracovní zařazení lidí se schizofrenií, kteří nestačí běžnému pracovnímu tempu, lze zde získat i pracovní rekvalifikaci (16).

Důležitou složkou pomoci je komunitní péče. Ta zachovává kontinuitu psychiatrické péče a sociálních služeb. Cílem komunitní péče je umožnit lidem se schizofrenií život mimo lékařská zařízení. Komunitní pracovníci dbají na plynulý přechod z nemocniční péče do domácího prostředí, především terénní pracovníci pak pomáhají člověku se schizofrenií navázat a budovat sociální vazby (25).

Řešením pro člověka se schizofrenií i jeho rodinu mohou být také svépomocné skupiny. Výhodou těchto skupin je to, že zde mohou nemocní i jejich příbuzní či přátelé sdílet každodenní potíže, které s sebou schizofrenie přináší. Jde například o pracovní příležitosti, finanční záležitosti, rekreační aktivity, bydlení a nebo dostupnost léčby. Další výhodou svépomocných skupin je prosazování práv osob se schizofrenií. U nás dochází k rozvoji svépomocných skupin až v posledních letech (25).

Prvkem v péči o duševně nemocné, který je teprve na vzestupu, je case management. Jedná se specifickou metodu práce. Case manager je klíčová osoba nejen

pro osobu se schizofrenií, ale pro celý systém poskytování péče, je koordinátorem práce týmu a zodpovídá za vytvoření, aktualizaci a provádění plánu péče. Je to osoba, která má několik rolí – vyhledává klienty a kontaktuje je, osoba, která hájí zájmy klienta, zprostředkovatel služeb poskytovaných někým jiným, nákupčí služeb potřebných pro konkrétního klienta. Case manager má přehled o potřebách a schopnostech klientů, plánuje péči, uskutečňuje plán za pomoci klienta a jeho vlastního sociálního okolí, monitoruje a zaznamenává klientův pokrok, vyhodnocuje práci (20). Důležité je, že člověk, který má dlouhodobé psychické potíže je v kontaktu jen s jedním člověkem, který se o něj stará a to je právě case manager. Pokud taková služba dobře funguje, klient se nevytratí z péče (9).

Další možností z oblasti sociálních služeb, která je zakotvena v zák. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách, a může ji využít i osoba se schizofrenií, je poradenství (38).

1.2.4.3 Pracovní zařazení osoby se schizofrenií

I pro lidi se schizofrenií je důležité pracovní zařazení. Bohužel, navzdory snaze o zpětzařazení nemocného do pracovního nebo studijního procesu, pracuje na plný úvazek a žije samostatně jen méně než 10 % nemocných (5).

Problémem při zaměstnávání lidí se schizofrenií je míra zátěže, kterou musí člověk se schizofrenií zvládnout, k tomu se přidávají nepřiměřené a nevhodné reakce spolupracovníků, které pro nemocného představují další zátěž (30). Schizofrenie vzniká často v době, která je u pacienta důležitá pro rozvoj pracovních dovedností – pacient např. nedokončí studium, nemá tedy žádnou kvalifikaci. V případě, že kvalifikaci má, nestihl získat ani pracovní návyky, ani praktické dovednosti, což jeho možnosti na trhu práce značně ztěžuje. V takovém případě je třeba zkusit nějakou lépe zvládnutelnou pracovní činnost, zpočátku na chráněném pracovišti, je vhodnější, aby byli nemocní zaměstnávání na částečný úvazek. V chráněném zaměstnání osoba se schizofrenií nejprve trénuje návyky a dovednosti a poté zkusí pracovat. Lze ale nastavit i opačný

postup, nejprve člověka se schizofrenií zaměstnat a návyky trénovat postupně s pomocí asistenta (25).

Je třeba počítat s tím, že nepřiměřené požadavky na pracovní výkonnost člověka se schizofrenií mohou zvýšit riziko jeho selhání. Přes všechny uvedené potíže platí, že jakákoli pro člověka se schizofrenií přiměřená pracovní činnost umožní zvýšit jeho sebedůvěru, dosáhnout větší samostatnosti a udržet si potřebné sociální dovednosti, i ty znovu získané (34). Fokus Praha, o. s. společně s organizacemi Green Doors, o. s. a ESET-HELP spravuje webové stránky www.mapasluzeb.cz, které si dávají za cíl provázat služby sociální rehabilitace a zajistit jejich lepší návaznost. Součástí je i popis současných služeb v oblasti zaměstnávání (12).

1.3 Stigmatizace

1.3.1 Stigmatizace

1.3.1.1. Stigma

Stigma je původně řecké slovo, znamená vypálený cejch, kterým byli značkováni antičtí horníci v dolech. Označení se také používá pro spontánně vzniklé rány na končetinách, které jsou vzniklým napodobením ran Krista přibitého na kříž (1). V kontextu nemoci je stigma označením předsudku vůči nějaké skupině lidí. Stigma není označení jen pro psychické poruchy - stigma se může také týkat barvy kůže, odpykávání trestu, národnosti, náboženství. Stigmatizováni jsou pacienti s pohlavními nemocemi, rakovinou, tuberkulózou i duševními nemocemi (15).

Stigmatizace je definována jako označení a vyobcování lidí ze společnosti, jen proto, že jsou duševně nemocní. To se netýká jen lidí se schizofrenií, ale i jejich rodiny a dokonce i profesionálů kteří se o ně starají (35).

Kruh mezi odlišným chováním a nemocí popsala značkovácí teorie v 60. letech. Skutečná odchylka v chování je detekována, vede k reakcím okolí, které vrcholí v označování (labeling jako forma stigmatizace). To je spojeno s diskriminací, která

posiluje odchylné chování a prožívání, a to již na základě nemoci, ale i v důsledku utrpené sociální újmy (1).

Ze sociálního hlediska je schizofrenie výrazně stigmatizující onemocnění. Nejasný původ nemoci a nedostatek znalostí se projevuje posílením předsudků. Když člověk neví, jak schizofrenie vzniká, vysvětluje si ji různým způsobem, vesměs iracionálně, často do svého výkladu promítá vlastní pocity. Příčinou udržování iracionálních postojů bývá i fakt, že schizofrenie se někdy dost dlouhou dobu rozvíjí v soukromí, bez lékařské pomoci (34). Člověk se schizofrenií je vždy osobnost, kterou je třeba poznat, je nemocný chorobou, kterou je třeba prozkoumat (16). Duševní porucha patří mezi stigmata působící hlavně v blízkém mezilidském kontaktu, jako jsou rodina a pracoviště (26).

Podle průzkumu provedeného v USA byl jeden bývalý psychiatrický pacient i po pěti letech normálního života a práce považován za méně přijatelného člověka, než člověk, který byl v minulosti odsouzen za trestný čin (29). Stejně jako deprese a obsedantně úzkostná porucha, je i schizofrenie mnohými považována za trest za to, že člověk nedovede pečovat o dar duše (1).

1.4.1.2 Zdroje stigmatizace

Zdroje stigmatizace jsou vzájemně propojené faktory. Patří sem skutečná odlišnost člověka se schizofrenií, předsudek, nároky a hodnoty prostředí, ve kterém člověk se schizofrenií žije (15). Zdrojem stereotypních představ také strach a obavy z nemoci i z jejích nositelů (35). Člověk se schizofrenií je v úplně jiném postavení, než člověk zdravý i než člověk tělesným postižením. U tělesného postižení je jasně zřetelný úbytek schopností, u člověka s duševní nemocí takové ohraničení chybí. Duševní nemoc se může jevit jako vystupňování stavů, které známe ze svého běžného života. Zdravý člověk je ale dokáže běžně překonávat, u člověka se schizofrenií k tomu chybí vůle a síla. Jeví se tak jako člověk s vadami povahy, slabý, neschopný, hloupý (1).

Příčinou odmítavého postoje k osobám se schizofrenií je jejich chování. To bývá podivné, je těžké mu porozumět, komunikace s člověkem se schizofrenií bývá obtížná a

často zcela bez výsledku. Projevy člověka se schizofrenií jsou nepředvídatelné a obtížně ovlivnitelné. Jeho chování vyvolává bezradnost a někdy i pocit odporu, ohrožení a obav. Obtíže při navazování kontaktu se často projevují již v premorbidní fázi, a proto tito jedinci mívají méně sociálních vazeb mimo vlastní rodinu, bývají častěji svobodní, bez přátel atd. (34).

Stigmatizace je tedy založena na stereotypech, na mýtech, které jsou ve společnosti pevně zakódovány. Mezi tyto mýty patří především:

- *Nikdo se z onemocnění schizofrenie nevyлéčí, schizofrenie je nevyлéčitelná.*

Ve skutečnosti nemusí mít schizofrenie nutně celoživotní průběh (15). Podobně jako u jiných onemocnění ji lze kontrolovat, minimalizovat následky v pracovním a osobním životě. Člověku se schizofrenií prospívá, je-li od začátku dbáno na rehabilitaci, hlavně na rehabilitaci postojů a sociálních dovedností (1). Z dlouhodobé perspektivy prožívá uspokojivě svůj život jedna až dvě třetiny pacientů (15).

- *Lidé se schizofrenií mají větší sklon k násilí a jsou nebezpeční.*

Téměř žádný člověk se schizofrenií nikdy nespáchá násilný trestný čin. U osob se schizofrenií je mírně zvýšen počet násilných trestných činů, ale jen u pacientů léčených nesprávně, nebo neléčených vůbec. Násilí může vycházet z psychotických fenoménů této nemoci, jako jsou bludy a halucinace (1). Stejně jako u zdravých lidí je riziko trestných činů posilováno užíváním drog a alkoholu (15).

- *Lidé se schizofrenií jsou nespolehliví a nemohou soustavně pracovat.*

Zaměstnání, které je pravidelné, bez stresu a s jasně vymezenými pravidly, je pro člověka se schizofrenií zvládnutelné a prospěšné, napomáhá mu zůstat mimo nemocnici (1). Mírnější průběh onemocnění schizofrenií v rozvojových zemích je mimo jiné zřejmě spojen také s nižšími nároky na výkon v zaměstnání a s menšími výkyvy v zaměstnanosti, než jaké jsou typické pro průmyslově rozvinuté země (15).

1.3.2 Stigmatizace odborníky

U všech duševních onemocnění a tedy i u schizofrenie, sdílí stigma s veřejností i lékaři. Čím víc pacient cítí psychiatrickou diagnózu jako problém, tím víc se mu dostává značkování od zdravotnického personálu (1).

Postoj psychiatra je poplatný jednak názorům sociální skupiny, jednak medicínské výchově. Lékaři se řídí vštěpovanou zásadou, že přehlédnutí nemoci je velmi závažné pochybení, chybná diagnóza je pochybení menší. Setkáváme se také s přeceňováním některých poruch – hlavně těch s méně srozumitelnou symptomatologií, ale také s jejich podceňováním – agorafobie, panická porucha atd. (26).

Stigmatizace ovlivňuje i léčbu. U člověka se schizofrenií perfektně fungují mechanismy popření, člověk se schizofrenií se jen těžko ztotožňuje s rolí psychiatrického pacienta. Hledá jinou příčinu svých potíží, zejména v somatické oblasti, doufá, že po čase potíže odezní spontánně. Cestu k léčbě znesnadňují často i zdravotníci – praktický lékař např. tvrdí pacientovi, že jeho potíže plynou z jeho povahových rysů, ten tedy problém řešit přestane (15).

Stigmatizovány jsou i určité druhy léčby. Někteří lidé léky pokládají za jedy, které mění psychiku, které mají rozsáhlé vedlejší účinky, které převažují nad výhodami léčby. I to vede k tomu, že se člověk se schizofrenií neobrátil na odborníka, a pokud ano, léky nebere (5). Tento přístup je v různých zemích odlišný – např. V Německu je stigmatizována farmakoterapie, psychoterapie nikoliv (26).

Problémem pro léčbu je i stigmatizace oboru samotného. Psychiatrie byla v minulosti zneužívána, např. nacisty, také plní jakousi kontrolní funkci (v případě deviantních jedinců), proto je náhled široké veřejnosti na psychiatrii vesměs negativní (32).

1.3.3 Sebeznačkování

Předsudek o svém onemocnění sdílejí i sami lidé se schizofrenií. Je velmi těžké dosáhnout toho, aby se člověk se schizofrenií stal spojencem lékaře, když se stydí pojmenovat své potíže, nebo je mu diagnóza zatajována, informace zastírány a to i proto, aby člověk se schizofrenií neutrpěl újmu, která je s diagnózou schizofrenie

spojená (1). Nejlepší zbraní proti stigmatu je plná informovanost člověka se schizofrenií o povaze, průběhu a důsledcích onemocnění, o tom, jak s nemocí zacházet, jak se s ní naučit žít. Cílem je člověk se schizofrenií, který spolupracuje, sám pomáhá odstranit problémy a omezení, která vyplývají z nemoci (16).

Sebeznačkování je tedy jednou formou stigmatizace. Je to negativní reakce k sobě samému, obsahuje obviňování, sklíčenost, pocity hanby, pocity méněcennosti. Tyto pocity vedou k odmítání okolí, v důsledku toho dochází k izolaci člověka se schizofrenií, snižování hodnoty sebe samého. Izolace má pak negativní dopad i na fyzické zdraví jednotlivce (15).

1.3.4 Destigmatizace

Cílem destigmatizace je změnit stereotyp člověka s duševní poruchou tak, aby nebyl společensky izolován, aby se změnilo postoje zaměstnavatelů, rodiny, přátel, ale i zdravotníků (26).

Stigma spojené s diagnózou se zdá menší v případech, kde nemocní nebyli zahrnuti pod široké označení – schizofrenik. Základní snahou tedy je omezit vliv stigmatu tím, že do se do všeobecného povědomí lidí dostane rozlišení mezi nemocí a osobností člověka. To lze prosadit pojmenováním „nemocný schizofrenií“ (1).

Předsudku zamezuje i blízká znalost lidí – izolace lidí se schizofrenií stigma posiluje a naopak – člověk se schizofrenií je nám více přístupnější, pokud jej známe (26).

1.3.4.1 Cesty ke snížení stigmatu

Možné cesty ke snížení stigmatu jsou:

- *Změna postojů veřejnosti.*

Stereotyp stigmatu je v moderní společnosti předáván mladší generaci a posilován za pomoci médií (24). Velká část populace má tudíž o lidech se schizofrenií

zakódované stereotypní obrázky a představy. Pokud dojde ve společnosti k jejich vymýcení, zlepši se i náhled na nemocné touto chorobou, sníží se stigmatizace (34).

- *Změna veřejné politiky a zákonů.*

Sem patří například kladení důrazu na vývoj léčiv, která zlepšují kvalitu života a mají méně stigmatizujících vedlejších účinků, zahrnutí osvěty proti stigmatu do vzdělání učitelů, zlepšení psychologického vzdělávání lidí se schizofrenií a jejich rodin (34). Je věnována pozornost aktivnímu partnerství mezi vládními orgány, poskytovateli, nevládními organizacemi a uživateli zdravotní péče a jejich rodinami (26).

Další z cest, jak předcházet stigmatizaci, je i vhodné vzdělávání zdravotnického personálu, především je dobré umožnit zdravotníkům hlubší porozumění pacientovým problémům. To lze zprostředkovat vlastním výcvikem, semináři s pacienty vedenými profesionály, videonahrávkami, popisy vnitřních stavů, jejich souvislostí. Ve výcvicích je potřebné si rovněž ujasnit vše, co pacient umí, v čem je sympatický, zdatný a o co vše se může v životě opírat, protože právě to umožňuje nevnímat člověka jen přes diagnostická kritéria (26).

1.3.4.2 Open the Doors

Světová psychiatrická asociace v roce 1996 zahájila a stále postupně rozvíjí program, který je zaměřený proti stigmatu a diskriminaci, které je se schizofrenií spojeno, program nese název Open the Doors (1). Česká republika se k této osvětové kampani připojila hned od počátku projektem Změna. Účelem kampaně bylo docílit pozitivní změny postojů okolí k lidem se schizofrenním onemocněním, k jejich rodinám a také zlepšení pohledu veřejnosti na celou psychiatrii (35).

Cílem programu Světové psychiatrické společnosti je především:

- zvýšení povědomí o schizofrenii a možnostech léčby,
- zlepšení veřejného mínění o lidech, kteří mají nebo měli schizofrenii a jejich rodinách,
- vyvíjení činnosti pro odstraňování diskriminace a předsudků (10).

Projekt Změna byl naplánován na 3 roky (2004-2007). Pomocí projektu byly zprostředkovávány informace veřejnosti a to formou webových stránek, letáků, vzdělávacích akcí a především pomocí médií (noviny, časopisy, televize) (35).

Rozsáhlá kampaň pokračuje v podobě rozsáhlých webových stránek projektu, které jsou průběžně aktualizovány, funguje zde i poradna pro uživatele a jejich rodiny. Jejich součástí je také leták, který popisuje nejčastější mýty o psychiatrických onemocněních a zároveň tyto mýty vyvrací (35).

1.3.4.3 Další destigmatizační projekty

Další destigmatizační kampaní jsou *Týdny pro duševní zdraví*, které se konají už od roku 1990. Součástí této akce jsou koncerty, happeningy, výstavy uživatelů, workshopy (24). Podobnou akcí je i festival *Mezi ploty*, který každoročně pořádá Psychiatrická léčebna v Praze – Bohnicích, Dobřanech a Brně - Černovicích. Koncerty, které se pořádají v areálech těchto psychiatrických léčeben mají přilákat veřejnost a dostat léčebny do povědomí lidí. Součástí festivalu jsou i ukázky z aktivit terapeutických dílen (9). Dále se k destigmatizaci psychiatrických pacientů využívá jejich zapojení v tréninkových kavárnách, klienti se tak dostávají do kontaktu s širší veřejností jako obsluha. Kavárny organizuje např. Fokus Vysočina, o. s., ESET- HELP, Green Doors, o. s., Práh, o. s. atd. (24).

2 CÍL PRÁCE

V této bakalářské práci byl stanoven jeden hlavní cíl teoretické části. V empirické části byl zvolen jeden hlavní cíl a dva dílčí cíle. Hlavním cílem teoretické části byla analýza odborné literatury, která se zabývá schizofrenií a stigmatizací osob se schizofrenií. Hlavním cílem empirické části bakalářské práce bylo zjistit, zda jsou v naší společnosti osoby se schizofrenií stigmatizovány. Dílčím cílem číslo 1 bylo zjistit, jaké je povědomí veřejnosti o schizofrenii a stigmatizaci osob se schizofrenií. Dílčím cílem číslo 2 bylo zjistit, zda a případně jakým způsobem jsou lidé se schizofrenií stigmatizováni v oblasti zaměstnávání.

Hlavní výzkumná otázka (dále jen HVO):

Pro tuto bakalářskou práci byla stanovena jedna hlavní výzkumná otázka.

HVO: Jsou lidé se schizofrenií stigmatizováni?

Dílčí výzkumné otázky (dále jen DVO):

DVO 1: Jaké informace mají dotazovaní o schizofrenii?

DVO 2: Jak dotazovaní nahlíží na osoby se schizofrenií?

DVO 3: Ví dotazovaní o stigmatizaci?

DVO 4: Existuje stigmatizace osob se schizofrenií v oblasti zaměstnávání?

Operacionalizace pojmů:

Schizofrenie – závažné duševní onemocnění, které se projevuje zkresleným vnímáním reality, nezvyklým chováním a sociálním stažením.

Stigmatizace – označení a vyobcování lidí ze společnosti jen proto, že jsou duševně nemocní. To se netýká jen lidí se schizofrenií, ale i jejich rodiny a dokonce i profesionálů kteří se o ně starají.

Člověk se schizofrenií – člověk, kterému byl diagnostikován jakýkoliv typ této nemoci

Zaměstnávání - vznik právního vztahu, na základě kterého člověk vykonává práci, pracovní nebo obdobnou činnost nebo službu.

Dotazování – deset respondentů, kteří byli vybráni pro výzkum, který je součástí této bakalářské práce. Jde o majitele firem nebo vedoucí pracovníky, kteří mají podřízené.

Všichni pracují na území Statutárního města České Budějovice.

3 METODIKA

3.1 Použité metody a techniky sběru dat

Data pro empirickou část bakalářské práce byla získána kvalitativním výzkumem. „Kvalitativní výzkum používá induktivní logiku. Na začátku výzkumného procesu je pozorování, sběr dat. Pak výzkumník pátrá po pravidelnostech existujících v těchto datech, po významu těchto dat, formuluj předběžné závěry a výstupem mohou být nově formulované hypotézy nebo nová teorie“ (7). Použitá metoda je dotazování, jako techniku sběru dat je použit polořízený rozhovor. „Rozhovor je ucelená soustava ústního jednání mezi tazatelem a respondentem, vedená tváří v tvář (face to face), v němž výzkumník získává informace prostřednictvím otázek, směřujících ke zjištění skutečností, které se vztahují ke zkoumané společenské realitě“ (13).

Polořízený rozhovor udržuje směr výzkumného problému prostřednictvím předem připravených otázek, zároveň umožňuje některé otázky rozvést, je-li potřeba (7).

Rozhovor obsahoval 29 předem připravených otevřených otázek (Příloha č. 1), které byly seřazeny do čtyř okruhů (identifikační otázky, otázky vztahující se ke schizofrenii, stigmatizaci a zaměstnávání osob s touto nemocí).

Výsledky výzkumu byly zpracovány formou případové studie, kdy byl při výpovědích zachován autentický způsob odpovědí respondentů, které jsou v textu označeny uvozovkami a kurzívou.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Pro výzkum bylo vybráno 10 respondentů, všichni pracují na území Statutárního města České Budějovice. Byli vybráni prostým záměrným výběrem, což je jedna z variant záměrného výběru. Díky této metodě lze vybírat mezi potenciálními účastníky výzkumu bez použití dalších specifických metod. Účastníci splňují určitá kritéria a také

musí s výzkumem souhlasit. Prostý záměrný výběr používáme v případech, kdy se nejedná o velký výběrový soubor a jedinci patřící do základního souboru jsou snadno dostupní. Kritériem výběru bývá určená vybraná vlastnost, cíleně pak vyhledáváme pouze ty jedince, kteří toto kritérium naplňují a jsou ochotni se zapojit. Metoda výběru výzkumného souboru by měla být podřízena cílům výzkumu tak, aby bylo dosaženo dobré pokrytí důležitých charakteristik cílové populace (21). Kritériem pro výběr respondentů byla ochota spolupracovat na výzkumu, druhým kritériem byla vedoucí pozice v zaměstnání.

Tabulka č. 1: Výzkumný soubor

Respondent	pohlaví	věk	vzdělání	pracovní pozice	počet podřízených	zaměření firmy
č. 1	mužské	25	VŠ	vedoucí pobočky	12	překladatelská
č. 2	mužské	56	VŠ	ředitel firmy	56	dopravní
č. 3	mužské	41	VŠ	vedoucí pobočky	16	finanční poradenství
č. 4	mužské	36	SŠ	vedoucí pobočky	8	prodej krmiv
č. 5	mužské	42	Vyuč.	majitel firmy	10	stavební firma
č. 6	ženské	50	VŠ	vedoucí oddělení	8	úřad
č. 7	ženské	59	SŠ	majitelka firmy	8	zkrášlovací salón
č. 8	ženské	27	VŠ	vedoucí oddělení	3	zařízení soc. služeb
č. 9	ženské	46	SŠ	staniční sestra	11	zdravotnické zařízení
č. 10	ženské	34	VOŠ	vedoucí sekretariátu	5	potravinářský podnik

Zdroj: vlastní výzkum

3.3. Realizace výzkumu

V prosinci 2011 a lednu 2012 bylo uskutečněno studium literatury vztahující se k tématu, následovalo sepsání teoretické části. V únoru 2012 proběhla příprava a

operacionalizace pojmů. Výzkum byl proveden během měsíce března 2012 na území Českých Budějovic. Všichni oslovení s rozhovorem souhlasili, nikdo neodmítl. Rozhovory byly uskutečněny na pracovištích dotazovaných, v jejich pracovním prostředí. Všichni byli informováni o anonymitě a byli ujištěni, že informace budou použity pouze pro bakalářskou práci. Rozhovory trvaly průměrně asi 60 minut, byly se souhlasem nahrávány na diktafon, jejich přesný přepis je uschován v archivu autorky. Zpracování výsledků výzkumu proběhlo v dubnu 2012.

4 VÝSLEDKY

4.1 Respondent č. 1

Identifikační údaje

Respondent číslo 1 je muž, kterému je 25 let, má vysokoškolské vzdělání pedagogického zaměření. Je vedoucí oblastní pobočky překladatelské firmy, má 12 podřízených.

Schizofrenie

Na otázku, co je schizofrenie, respondent odpovídá, že je to duševní nemoc, ví i jak se projevuje. Uvádí, že lidé se schizofrenií jsou zmatení, mají halucinace, které jim napovídají, aby dělali nezvyklé věci. *„Myslím se, že hlasy můžou nemocnému říkat, kam má jít, co má dělat, ale taky klidně můžou říkat, aby někoho zabil. Nedávno bylo v televizi, že schizofrenik chtěl zabít někoho sekerou.“* Myslí si také, že lidé se schizofrenií obtížně navazují kontakty, jsou nenápadní, plaší.

Nikoho se schizofrenií ve svém okolí nezná, s člověkem se schizofrenií se zřejmě nesetkal. *„Je také možné, že jsem se s někým takovým setkal, ale o tom, že je nemocný jsem nevěděl.“*

Podle respondentových slov se nemoci předcházet nedá, a jestli se nemoc dědí neví.

Na otázku týkající se léčby nemoci odpovídá, že se léčit určitě dá. *„Myslím si, že se léčit dá. Medicína jde pořád dopředu, v psychiatrii je to určitě také tak.“*

Stigmatizace

Na otázku co je stigmatizace odpovídá, že si představuje, že je to označování. *„Jako že když se ví, že je někdo schizofrenik, tak se mu pak lidi posmívaj. Já bych se určitě s takovou nemocí nikde nechlubil, aby na mě lidi divně nekoukali.“*

Domnívá se, že lidé s schizofrenií stigmatizovaní jsou.

Na otázku, zda jsou lidé se schizofrenií nebezpeční, odpovídá, že asi ano. *„Když to bylo nedávno v televizi, tak je to asi aspoň trochu pravda.“*

Na dotaz, zda člověk se schizofrenií může žít mimo zařízení odpovídá, že ano. Dodává: *„Zřejmě asi ne všichni. Ale o tom rozhoduje doktor, ne?“*

O akci pro veřejnost, kde se lidé s duševní nemocí přibližují veřejnosti, neví. Nezná ani žádný film, kde by vystupovala postava se schizofrenií, žádnou knížku, kde by vystupovat člověk se schizofrenií, nečetl.

Množství informací o schizofrenii se mu zdá nedostatečné, informace by je na internetu. *„Dneska se dá na internetu najít všechno. Ale nezajímám se o to, takže jsem nikdy nic podobného nehledal.“*

Označení nemocného „schizofrenik“ za urážku nepovažuje. *„To je jako kdyby se nesmělo říkat diabetik.“*

Zaměstnávání

Na otázku, zda se dá se schizofrenií studovat odpovídá, že určitě ano. *„Proč ne. A jsou školy, kam se až tak nemusí chodit, člověk si dneska může vybrat.“*

Domnívá se, že nejbližší okolí by na schizofrenii přišlo brzy, u širšího okolí (sousedé, kolegové) si není jistý. Zda by poznal, že jeho podřízený má schizofrenii, neví.

Jestli je člověk se schizofrenií spolehlivý si není jistý. *„Asi jak který, ale když má ty hlasy, tak mu můžou říkat cokoliv a on to udělá. Třeba nepřijde do práce, nebo odejde dřív, nebo tak něco.“*

Zda má člověk se schizofrenií nějaká omezení v práci neví. *„Nenapadá mě, jaká omezení by to měla být. Třeba, že nevydrží pracovat celou pracovní dobu a potřeboval by ji upravit? To by třeba u nás šlo. Ale všude to nejde. Ale o některých věcech se dá*

domluvit. Kdyby přišel podřízený, že onemocněl, tak se mu budu snažit vyjít vstříc. A je jedno, jaká to bude nemoc. Zkusili bychom to určitě nějak udělat. U nás si třeba může vzít člověk i kus práce domů. Ale zase nás honí termíny, někdy je to těžké zkoordinovat.“

Zda člověk se schizofrenií může pracovat na pozici, kde je stres neví. „Čekal bych, že tohle si rozhodne ten nemocný. Jestli mu stres nemoc zhoršuje, tak by nic takového asi dělat neměl.“

Na otázku ohledně pracovní neschopnosti nemocného odpovídá, že nemá vůbec ponětí, zda je osoba se schizofrenií v pracovní neschopnosti často, nebo ne. „To je stejný jako ženy s dětmi. Některá je doma pořád, některá ne. S nemocnými je to taky tak. Někdo toho bude využívat, jiný se bude snažit. Je to o lidech.“

Na otázku, zda by zaměstnal člověka se schizofrenií, odpovídá, že spíš ne. Jako důvody uvádí možný stres a nespolehlivost a také to, že by mu člověk se schizofrenií mohl narušovat kolektiv. „Já nevím, jestli by ti ostatní chtěli, aby s nimi někdo takhle nemocný pracovat. Ale třeba jo, já se jich nikdy na něco takového neptal.“ Uvádí ale, že ví, že takové rozhodnutí by bylo na něm. Takže se přiklání spíš k záporné odpovědi.

4.2 Respondent č. 2

Identifikační údaje

Respondent číslo 2 je muž, je mu 56 let, má vysokoškolské vzdělání technického zaměření. Je ředitel dopravní firmy, má 56 podřízených.

Schizofrenie

Na dotaz co je schizofrenie odpovídá, že jde o psychiatrické onemocnění. Projevy nemoci zná, uvádí, že jde o lidi zmatené, agresivní a nebezpečné. „Mají v mozku hlasy, které nikdo jiný neslyší, třeba si myslí, že jsou mimozemšťani.“ Také uvádí, že lidé se schizofrenií mají deprese.

S člověkem se schizofrenií se setkal v mládí, chodil s ním na vysokou školu, jen pár týdnů v prvním ročníku. „*Pak zmizel, asi do blázince, a už jsem ho nikdy neviděl. Ale byl to strašně chytrý kluk.*“ Od té doby nikoho, kdo by měl schizofrenii, nepotkal.

Respondent si myslí, že se schizofrenii předcházet nedá. „*Prostě se s tím člověk narodí a už to dál nejde ovlivnit.*“

Dotazovaný se domnívá, že jde o dědičné onemocnění. „*Někde se to v tom mozku vezme. Třeba rodiče mají také nějaké problémy, ani o tom nemusí nikdo vědět.*“

Dotazovaný si myslí, že schizofrenie léčit spíš jde. „*Kdyby to nešlo, tak nemocné přece nebudou zavírat na psychiatrii, nemělo by to cenu.*“

Stigmatizace

Na otázku ohledně stigmatizace odpovídá, že neví co to je. Po tom, co mu byl pojem objasněn říká, že lidé se schizofrenií stigmatizováni určitě jsou. „*Pamatuju si, že jsme na toho spolužáka koukali divně. Určitě musel pocíťovat odstup.*“

Myslí si, že nemocní schizofrenií mohou být nebezpeční okolí, ale i sami sobě. Domnívá se, že nemocní mohou v depresi spáchat sebevraždu.

Uvádí, že někteří lidé se schizofrenií určitě mohou žít mimo zdravotnická zařízení. „*I s tou depresí jde určitě něco dělat. Pomůže jim psychiatr, a pak můžou jít domů.*“

Akci pro veřejnost, kde se lidé s duševním onemocněním přibližují veřejnosti, zná, uvádí festival Mezi ploty. Zná ho z reklam v televizi, ale sám tam nikdy nebyl, ani neví, jak takový festival probíhá. Ví jen, že se festival koná v areálu Psychiatrické léčebny v Bohnicích. Jinou podobnou akci nezná, neví, jestli se nějaká podobná akce koná v Českých Budějovicích.

Informace o schizofrenii mu přijdou nedostatečné. „*Vlastně o té nemoci ani nic moc nevím. Nezajímá mě se o to, ani když jsem měl toho spolužáka. On nám dlouho neřekl, co mu je a pak byl pryč. Ale tehdy byla jiná doba, teď bych se o určité dočetl na internetu.*“ Na dotaz kde by informace hledal říká, že na internetu, například na

stránkách nějaké léčebny. „Knižku bych si kvůli tomu asi nepůjčoval, stejně bych tomu nerozuměl.“

Slovo „schizofrenik“ za urážku nepovažuje. „Proč by to měla být urážka?“

Zaměstnávání

Respondent uvádí, že studovat se s tímto onemocněním spíše nedá. Domnívá se, že člověk se schizofrenií neunes stres v období zkouškového období. „Ale vím, že o inteligenci tahle nemoc není. Takže kdyby se našla nějaká škola, kde se zkoušky tolik neprožívají, tak třeba by to šlo.“

Na další dotaz odpovídá, že nemoc určitě skrýt nejde. „Od začátku jsme věděli, že s tím spolužákem něco není v pořádku, protože se choval divně. Akorát jsme nevěděli co.“

I proto se domnívá, že by u svého podřízeného na toto onemocnění okamžitě přišel. „Jen nevím, jestli bych si nemyslel, že má třeba deprese, nebo tak něco. To je přece taky nemoc.“

Zda má člověk se schizofrenií nějaká omezení v práci neví. Ale určitě by podle respondenta člověk se schizofrenií neměl pracovat na pozici, kde je ve větší míře stres. U dotazovaného ve firmě by člověk se schizofrenií nenašel uplatnění. „Řidiči musí být zdraví a ani na ostatní pozice bych takto nemocného asi nezaměstnal. Je to tady hodně o spolupráci, musíme se spoléhat jeden na druhého, určitě pracujeme ve stresu. Je to hodně o odpovědnosti, nejsem si jistý, jestli by něco takového schizofrenik zvládl.“

Na dotaz, zda je člověk se schizofrenií často v pracovní neschopnosti, odpovídá, že ano. „Ale asi je, vždyť ta nemoc je na celý život, ne?“

Říká, že to je důvod, proč by to mohl být problém při zaměstnávání, nemá ve firmě pozice, kde by jeden zaměstnanec mohl snadno nahrazovat druhého, který je často v pracovní neschopnosti.

4.3 Respondent č. 3

Identifikační údaje

Respondent číslo 3 je muž, je mu 41 let, má vysokoškolské vzdělání technického zaměření, je ředitel pobočky finančně poradenské firmy, má 16 podřízených.

Schizofrenie

Respondent na první otázku odpovídá, že ví, co je schizofrenie, že jde o duševní nemoc. Projevy zná, uvádí, že člověk se schizofrenií má bludy, halucinace, deprese, že je úzkostný, nekomunikuje, bojí se lidí.

Člověka se schizofrenií ze svého okolí nezná, ale domnívá se, že jedna jeho podřízená před dvěma lety trpěla duševní chorobou, myslí si, že to byla schizofrenie. S jistotou to ale neví. *“Naznačovala mi, že je duševně nemocná, že si není jistá, jestli bude moci pracovat na plný plyn. Nevěděl jsem, jestli se jí jako nadřízený smím vůbec zeptat co jí je. Takže jsem se raději neptal.”*

Zda se dá nemoci předcházet neví. *„Napadá mě zdravý životní styl. Ale to se dneska říká u všech nemocí. U duševních je to asi blbost, ne?“*

Domnívá se, že nemoc se dědí. *„Myslím si, že jo, ale jak moc nevím.“*

Na dotaz, zda se dá schizofrenie léčit, odpovídá, že ano. Myslí si, že velmi úspěšně. *„Určitě člověka dají dohromady. Ale asi ne na pořád. Myslím si, že je to tak, že chvílku třeba bere léky, je v nemocnici, pak ho pustí, chvílku je to v pohodě, a za čas znova.“*

Stigmatizace

Pojmu stigmatizace rozumí, ví, že lidé se schizofrenií mají se stigmatizací problémy, okolí se jim posmívá, nemohou se začlenit do společnosti, nemohou najít práci.

Na dotaz, zda jsou lidé se schizofrenií nebezpeční odpovídá, že si myslí, že pokud berou léky, tak ne, pokud je brát přestanou, mohou někomu něco udělat. *„Myslím, že může ublížit sám sobě, i někomu jinému. A to jestli bere léky se asi nepozná.“*

Domnívá se, že lidé se schizofrenií klidně můžou žít mezi zařízení. *„Právě když berou ty léky, tak proč ne. A když jsou doma a dělá se jim špatně, tak by to asi měli poznat a jít k doktorovi.“*

Akce, kde se lidé s duševním onemocněním přibližují veřejnosti, zná, jmenuje festival Mezi ploty, dále zná zařízení Fokus a jejich akci Týden duševního zdraví. *„Bydlím kousek vedle, a viděl jsem letáky, kde nabízeli služby i reklamu na ty Týdny duševního zdraví. Ale na akci jsem nebyl.“*

Informací o schizofrenii dle respondenta není mnoho, hledal by je na internetu, knížku nebo film s tematikou schizofrenie nikdy neviděl. *„Nenapadá mě ani žádná osobnost, která by tou nemocí trpěla.“*

Slovo „schizofrenik“ za urážku nepovažuje. *„Přijde mi to lepší, než když vy říkáte člověk se schizofrenií. Jako že to obcházíte a nechcete to říct.“*

Zaměstnávání

Na dotaz, zda může člověk se schizofrenií studovat, odpovídá, že ano. Schizofrenie se podle respondenta klidně skrýt dá. *„Lidi si teď nevyšimají jeden druhého, tak proč by si toho někdo všiml. Třeba v práci, nebo sousedě.“*

Jestli by poznal, že jeho podřízený má schizofrenii neví. *„My to máme takový volnější. Scházíme se jen jednou dvakrát týdně, jinak si pracují všichni sami na sebe. Takže bych na to možná ani nepřišel, kdyby mi to neřekl.“* Domnívá se, že lidé se schizofrenií spolehliví nejsou.

Domnívá se, že lidé se schizofrenií omezení v práci mají. Jeho bývalá podřízená mu řekla, že špatně snáší stres. *„Právě kvůli tomu mě upozorňovala, že neví, jak to s ní bude, asi že na ní nemáme tolik tlačit. Ale pracovala v pohodě, odešla sama, rozhodně to nebylo tak, že by po ní někdo chtěl nějaké výkony a ona nezvládala. Máme spoustu*

lidí, kteří to mají jako vedlejšák, taky pracují, jak stíhají. Ale jestli by zvládla plný stres, nebo potom třeba i nějaké podřízené, to nevím. “

Na dotaz, jak často je člověk se schizofrenií v pracovní neschopnosti, odpovídá, že neví, ale domnívá se, že u něj v práci by to nevadilo. *„Vím ale, že někteří kolegové v jiných regionech jedou na výkony, takže tam by nějaká velká nemocnost byla určitě na překážku. “*

Na poslední otázku odpovídá, že člověka se schizofrenií by si klidně jako podřízeného vybral. *„Proč ne. Ale musel bych se s ním domluvit, jak to budeme dělat, že třeba potřebuje pracovat míň A třeba by mu vyhovovalo, že nemáme pevnou pracovní dobu. “*

4.4 Respondent č. 4

Identifikační údaje

Respondent číslo 4 je muž, je mu 36 let, má středoškolské vzdělání technického typu, je vedoucí pobočky celoevropské sítě firmy, která obchoduje s krmivý pro drobná domácí zvířata. Má 8 podřízených.

Schizofrenie

Na první z otázek o schizofrenii odpovídá, že ví, co to je, ví že je to duševní nemoc.

Na dotaz, jaké jsou projevy nemoci, odpovídá, že člověk se schizofrenií má halucinace, poslouchá hlasy, které mu nakazují, kam má jít a co má dělat. Také se domnívá, že nemocní se schizofrenií se bojí se lidí, neradi komunikují s ostatními, lidé se celkově straní a jsou zanedbaní. *„Jsou to lidé, kteří o sebe moc nedbají, jsou raději zavření doma, takže si myslí, že o sebe ani dbát nemusí. “*

Ze svého okolí nikoho se schizofrenií nezná, nikdy se s nikým, kdo by byl měl schizofrenií neseťkal.

Domnívá se, že nemoci se předcházet nedá, myslí si, že je to nemoc, která je jen a pouze vrozená, její projevy ani vznik nelze ovlivnit, ani pozitivně, ani negativně. „*Se schizofrenií se člověk narodí, a pak už je to jedno. Ovlivnit to nejde, ani nemoc samotnou, ani ty projevy, které člověk má.*“

Na otázku ohledně dědičnosti odpovídá, že se nemoc dědí úplně jistě.

Na otázku, která se týká léčby schizofrenie, odpovídá, že nemoc se léčit spíše nedá. „*Trochu jdou nějakými léky ovlivnit ty hlasy, ale to ostatní ne. Přece by jinak nemusely být léčebny, kde se léčí takové nemoci. A ti nemocní jsou určitě v těch léčebnách dlouho, jinak by se přece nepokoušeli utíkat. To pořád někde čtete, že utekl někdo z psychiatrické léčebny.*“

Stigmatizace

Pojmu stigmatizace nerozumí, rozhodně ho nikdy neslyšel. Po objasnění pojmu říká, že nemocní s touthle nemocí asi ani stigmatizovaní nejsou. „*Já myslím, že se jim nic neděje. Proč taky. Navíc jsou schovaní doma, nebo v léčebnách, myslím, že i kdyby na ně někdo nahlížel nějak špatně, tak je jim to jedno.*“ „*A taky myslím, že teďka jsou cizí osudy každému dost fuk. I když to není dobře.*“

Domnívá se, že lidé se schizofrenií nebezpeční spíš jsou. „*Asi jen někteří, ale jinak by je nezamykali do těch léčeben. Kdyby byli v pohodě, nebylo by to potřeba.*“

Na dotaz, zda mohou žít lidé se schizofrenií mimo zařízení, odpovídá, že někteří ano, někteří ne. „*Právě třeba ti, kteří jsou nebezpeční, ti musí být v psychiatrické léčebně. Aby někomu něco neudělali.*“ „*Je také možné, že ti, kteří jsou pak sami doma a nejsou v té léčebně, tak to jsou ti, kteří se izolují, kteří jsou zanedbaní a sami.*“

Akci pro veřejnost, kde se psychiatrickí pacienti přibližují veřejnosti, zná. Zná festival Mezi ploty, ví, že se koná v areálu bohnické léčebny. „*Když jsem bydlel v Praze, na festival jsme chodili. Bylo to super, divadlo, koncerty. Když jsem tam šel poprvé, měl jsem divný pocit. Nevěděl jsem, jak se mám k nemocným chovat, nevěděl jsem, zda tam vůbec budou. Fakt je, že někteří se chovali divně, ale bylo tam tolik lidí, že člověk stejně těžko poznal, kdo je místní a kdo je jen na koncertě.*“ Zda probíhá

nějaká podobná akce v Českých Budějovicích, neví. *„To bych o tom asi věděl, byla by nějaká reklama. A setkávám se pracovníě se spoustou lidí...“*

Informací i schizofrenii se mu zdá málo, hledal by je na internetu. *„Existuje určitě i nějaký odborný časopis, tak třeba tam?“*

Slovo „schizofrenik“ mu urážlivé nepřijde. *„Ale debil taky nebyla dřív urážka, a teď je.“*

Zaměstnávání

Respondent se domnívá, že lidé se schizofrenií studovat určitě nemůžou. *„A pracovat určitě taky ne, domnívám se, že by to nemocní nezvládli. Když by na ně třeba přišly ty hlasy, tak co potom? Nevím, které zaměstnání by nemocný zvládl. Řídit asi nemůžou, chodit někam pravidelně taky ne. A navíc nevím, jestli takový nemocný vůbec pracovat chce.“*

Domnívá se, že nemoc skrýt nejde. *„Vždyť jsou to takoví podivíni, toho si každý všimne. Věděl bych, že podřízený takovou nemoc má. A kdybych to nepoznal, určitě bych očekával, že mi to řekne. Abych alespoň třeba věděl, jak se mám chovat, a jestli nepotřebuje nějak pomoci.“*

Domnívá se, že lidé se schizofrenií omezení v práci mají. *„Asi by neměli řídit, si myslím. Vždyť řidičák se bere i seniorům. Asi by taky člověk se schizofrenií neměl mít zbrojní pas.“* Žádná další omezení ho nenapadají. Domnívá se ale, že člověk se schizofrenií je často v pracovní neschopnosti, takže by asi měl pracovat někde, kde není pevná pracovní doba, v nějaké firmě, kde se třeba dá část práce vzít domů. *„Třeba by mu potom pomohli i doma, když by nestíhal.“* Pozice, kde je vysoká míra stresu, se podle respondenta pro člověka se schizofrenií moc nehodí. *„Stres je nebezpečný i pro člověka, který je duševně v pořádku. Pro takového nemocného to asi není.“*

Zda by zaměstnal člověka se schizofrenií neví. *„K nám do firmy by to nešlo, velkou část pracovní doby trávíme v autě. Kdybych pracoval někde jinde? To nevím jistě, asi bych si o té nemoci musel něco nastudovat. A taky se domluvit s tím člověkem. Ale třeba by to na některé pozice šlo.“*

4.5 Respondent č. 5

Identifikační údaje

Dotazovaný číslo 5 je muž, je mu 42 let, je vyučený zedník, je majitelem stavební firmy. Má 10 podřízených.

Schizofrenie

Na otázku zda ví, co je schizofrenie odpovídá, že ví, že jde o duševní nemoc. *„To jsou takový ty lidi, co jsou v psychiatrických léčebnách...“* Domnívá se, že jsou to lidé, kteří slyší hlasy a dělají to, co jim hlasy říkají. Mohou proto být i nebezpeční, mohou někomu něco udělat.

Ze svého blízkého okolí nikoho se schizofrenií nezná. Dodává: *„U nás ve vsi bydlela jedná ženská, říkalo se, že je schizofrenička. Byla divná, ale já jí viděl jen párkrát, moc nevycházela. Pak jí odvezli do blázince, ani nevím, co s ní je. Děti myslím neměla.“*

Zda se nemoci dá předcházet neví. *„Asi jim ale třeba neprospívá alkohol.“* Zda se nemoc dědí také neví. *„To teda fakt nemám představu. Ani třeba nevím, jestli tu nemoc může mít i dítě. Asi ne. Pak by to asi dědičný nebylo. Ale infekční to taky není, tak nevím.“*

Domnívá se, že nemoc léčit nelze. *„Nějaký oblbováky určitě jsou. Ale jak to účinkuje, to nevím. Ani nevím, jak často se to jí, nebo jestli to musí jíst celý život. Ale to jo, to určitě. Takže vyléčit se to asi nedá.“*

Stigmatizace

Pojem stigmatizace nezná. Po vysvětlení pojmu uvádí, že stigmatizace určitě existuje. *„My jsme jako kluci na tu schizofreničku u nás různě pokřikovali. Byli jsme malí a pitomí. Ale zase dítě to samo nevymyslí. Ale zase že by mi někdy někdo říkal,*

třeba doma, že je divná, to ne. Spíš to byla taková jako atmosféra. Tak nějak se to všeobecně vědělo. Jednoduchý to asi neměla.“

Na dotaz, zda jsou lidé schizofrenií nebezpeční, odpovídá, že asi ano, ale rozhodně ne všichni. *„Myslím, že ti nebezpeční jsou zavření v léčebnách. Že občas schizofrenik někomu něco udělal, se objevuje sem tam v televizi. Ale člověk nemůže věřit všemu, co říkají ve zprávách na Nově. Kdyby se vedle k nám do baráku nastěhoval schizofrenik, tak bych se ho teda rozhodně nebál. Spíš nevím, jestli neubližují sami sobě. Ale skočit z okna může i člověk, kterej je jinak zdravěj.“* Tím odpověděl i na otázku, zda mohou lidé se schizofrenií žít mimo zařízení, která jsou určená pro osoby s duševním onemocněním.

Z akcí pro veřejnost zná Mezi ploty. *„Jednou jsme tam byli s partou na koncertě. Věděl jsem co to je za akci. Bylo to tam všude napsaný. Ale jeli jsme tam jen na ten jeden koncert, pak jsme jeli domů. V tom areálu se mi moc nelíbilo, člověk tam má přece jenom divnej pocit.“*

Informací o schizofrenii dle respondenta moc není, hledal by je na internetu, také uvádí, že ani nezná žádnou známou osobnost se schizofrenií. *„U nás by na to bulvár určitě přišel.“* Film, kde by vystupoval někdo se schizofrenií nezná, knihu nečetl.

Slovo „schizofrenik“ za urážku nepovažuje, v rozhovoru ho běžně používá.

Zaměstnávání

Zda mohou lidé se schizofrenií studovat neví. *„Nedokážu si to představit.“* Uvádí, že neví, jaký, způsobem by se nemoc dala skrýt, jestli má nemoc jeho podřízený by se dozvěděl. *„Fakt si myslím, že bych na to přišel. Chovají se podle mě divně, dřív nebo později bych na to přišel já, nebo by mi to někdo donesl.“*

Domnívá se, že lidé se schizofrenií jsou nespolehliví. *„Rozhodně by mi vadilo, kdyby jednou přišel do práce, jednou ne...“*

Jako pracovní omezení ho napadá, že třeba lidé se schizofrenií nemohou řídit a také pracovat ve výškách. *„Kvůli lékům, které berou.“*

Pozice, kde je stres podle něj nemocné ohrožují, v pracovní neschopnosti jsou určitě často, uvádí, že jako zaměstnavateli by mu to vadilo. *„Ale třeba na brigádu na léto by to nevadilo, bývá nás víc, takže kdyby sem tam chyběl, dalo by se to nějak vyřešit.“*

Člověka se schizofrenií by klidně zaměstnal, pokud by člověk se schizofrenií sám uznal, že práci zvládne a splňoval by podmínky, které jsou k práci potřeba – tedy např. dodržení pracovní doby, cestování atd. *„Předsudky nemám, pokud by práci zvládal, tak proč ne.“* Zda by to vadilo jeho ostatním zaměstnancům neví, ale domnívá se, že ne. *„Mám ve firmě vyléčeného alkoholika a taky to nikomu nevadí. Tak třeba vy nevadil ani schizofrenik.“*

4.6 Respondent č. 6

Identifikační údaje

Respondent číslo 6 je žena, je jí 50 let, má vysokoškolské vzdělání ekonomického zaměření, je vedoucí oddělení na úřadu, má 8 podřízených.

Schizofrenie

Na dotaz co je schizofrenie odpovídá, že jde o psychiatrické onemocnění, nemocní mají halucinace, bludy, bojí se lidí. *„Intelekt nemoc nepostihuje.“* Blíže se s nikým, kdo má schizofrenii nezná. O nemoci ale toho poměrně dost ví, protože se zajímá o alternativní medicínu, léčitelství apod. Kupuje si i literaturu, která se zabývá alternativní medicínou, řeší se tam i duševní onemocnění, proto je o schizofrenii informovaná.

Myslí si, že nemoci jako takové se předcházet nedá, jejímu spuštění ale ano. *„Určitě zdravým životním stylem. Pravidelná očista organismu, meditace, třeba by pomohla i jóga. Nemocný by se naučil víc soustředit, ovlivňovat projevy své nemoci. Třeba by se tím, že by se člověk se schizofrenií naučil meditovat a byl duševně zcela*

vyrovnaný, daly halucinace a bludy zcela odstranit. A zcela jistě bych vynechala alkohol, ten může podle mě nemoc i spustit.“

„Nemoc se dědí to vím. Proto je podle mě důležité, aby se člověk, který ví, že mají v rodině schizofrenii, snažil nemoci předcházet, už třeba od dětství.“

Nemoc se podle respondentky léčit dá. „Určitě dá. A nebála bych se právě kombinovat léčbu od lékaře s alternativní léčbou. Ta by třeba i mohla odstranit vedlejší účinky, které léky na duševní nemoci mají.“

Stigmatizace

Pojem stigmatizace zná, rozumí mu. „Znamená to, že zdraví lidé o lidech se schizofrenií ošklivě mluví, posmívají se jim, pomlouvají je. Taky se jich straní. Přijde mi, že je to pěkná hloupost.“

Domnívá se, že nemocní nebezpeční nejsou, respondentka uvádí, že není důvod. Žít mimo zařízení určitě mohou. „Ale u těch těžších případů je asi potřeba, aby na ně někdo dohlédl. Aby normálně fungovali. Asi by neměli být ti nemocní sami. Aby neměli deprese a nespáchali třeba sebevraždu.“

Akce pro veřejnost zná. Uvádí, že zná festival Mezi ploty, zná i zařízení Fokus, které působí i v Českých Budějovicích. Zná i Týden pro duševní zdraví. „Chodím nakupovat do zdravé výživy a měli tam letáček. Na akci jsem se byla i podívat, prodávali tam ve stánečku výrobky lidí, kteří mají duševní nemoc. Víím, že k tomu patří i jiné akce, výstavy, divadla. Tam jsme ale nebyla.“

Informací o schizofrenii se jí zdá dostatek, pokud je člověk hledá. Sama by je hledala na internetu, ví, že se občas objeví nějaký článek v Psychologii dnes, kterou si kupuje. Knihu o schizofrenii ale žádnou nezná, film také neviděla. „Já se ale na televizi nekoukám, nemám ji.“

Slovo „schizofrenik“ přímo za urážku nepovažuje, uvádí, že cítí ale, že má trochu urážlivý nádech. „Rozhodně bych člověku se schizofrenií neřekla, že je schizofrenik.“

Zaměstnávání

Ve studiu člověka se schizofrenií žádný problém nevidí. *„Není důvod, proč by člověk se schizofrenií nemohl studovat. Snad jen, jestli by snášeli stres. Ale to se dá určitě v dnešní době řešit, je obrovská nabídka škol, i soukromých, kde by nemocnému jistě vyšli vstříc.“*

Respondentka dále uvádí, že nemoc se skrýt zřejmě moc nedá, poznala by, pokud by její podřízená měla schizofrenii. *„Nevidím ale důvod, proč nemoc skrývat. Každý máme něco.“*

Zda je člověk se schizofrenií spolehlivý, si není jistá. *„Domnívám se, že potenciální nespolehlivost není v nemoci samé, spíš v tom, že člověk třeba musí k lékaři a nepřijde do práce...“* Respondentka se také domnívá, že jsou lidé se schizofrenií často v pracovní neschopnosti. *„Jsou ale třeba práce, kde to až tak nevádí. Ženský s dětmi taky bývají doma a řešit to jde. A jsou zaměstnaní na poloviční úvazek, nebo na živnostník, kde člověk pracuje jak může a jak se mu to hodí.“* Na pozici, kde je stres, by dle respondentky člověk se schizofrenií pracovat neměl.

Z omezení v práci, která může mít osoba se schizofrenií uvádí respondentka pouze, že by asi člověk neměl mít řidičský průkaz. *„Jsou ale zaměstnaní, kde se vyžaduje posudek lékaře. Je to tak i u nás, ale nejsem si jistá, že je to až tak nutné. Navíc nevím, jestli by vadilo, že má člověk duševní nemoc. Ani nevím, kdo to pak posuzuje.“*

Respondentka také uvádí, že kdyby to bylo na ní, klidně by člověka se schizofrenií zaměstnala, ráda by pomohla, protože ví, že u nás to nemá jednoduché žádné nemocný, je jedno zda, s duševní nemocí, nebo s nějakou jinou.

4.7 Respondent č. 7

Identifikační údaje

Respondent číslo 7 je žena, je jí 59 let, má středoškolské vzdělání, dodělávala si maturitu až v dospělém věku, původem je vyučená kadeřnice. Je majitelka zkrášlovacího salónu, zaměstnává celkem 8 lidí.

Schizofrenie

Na první dotaz odpovídá, že ví, co je schizofrenie, uvádí, že je to duševní nemoc. Projevy schizofrenie moc nezná, domnívá se, že lidé se schizofrenií jsou podivíni, jsou špinaví, s nikým komunikují, jsou agresivní, pijí alkohol, často páchají sebevraždy, žijí v zařízeních, kde jsou uzavřená oddělení. Vzpomene si i na halucinace.

Z okolí nikoho se schizofrenií nezná, domnívá se, že se nikým s touto nemocí nesešla.

Zda se dá nemoci předcházet neví, neví, zda se nemoc dědí. *„Já se o duševní nemoci moc nezajímám, fakt to neví. Ale asi se to dědí, kde by se to jinak bralo?“*

Domnívá se, že se nemoc spíše léčit dá. *„Jinak by nebyly ty léčebny. Přece to není jen k tomu, aby je tam zavírali.“*

Stigmatizace

Pojem stigmatizace nezná. Po objasnění pojmu uvádí, že si nemyslí, že by byli lidé se schizofrenií stigmatizováni. *„Ale já vlastně neví, nikoho takového neznám.“*

Zda jsou lidé se schizofrenií nebezpeční, si není jistá. *„Ale neví, kdybych někoho takového potkala, jestli bych se ho nebála. Nejsem si jistá.“*

Mimo zařízení podle respondentky lidé se schizofrenií moc žít nemohou. *„Ale třeba když se po o ně někdo postará, tak třeba i jo.“*

Akce pro veřejnost, kde by se přibližovali lidé se schizofrenií veřejnosti nezná, ani film, ani knihu, kde by se vyskytovala osoba se schizofrenií. *„Nedávno jsem četla v časopise příběh paní, která měla matku se schizofrenií. Musela se o ní starat, a bylo to velmi náročné. Nakonec ale matka skončila v psychiatrické léčebně, doma to moc nezvládali.“*

Informací o schizofrenii se respondentce zdá nedostatek, hledala by je na internetu, konkrétní stránky nezná. *„Možná se ale podívám, docela mě to začalo zajímat.“*

Slovo „schizofrenik“ za urážku nepovažuje, dokonce si vzpomíná, že v časopise, kde četla příběh o matce se schizofrenií se slovo „schizofrenik“ běžně vyskytovalo.

Zaměstnávání

Zda může člověk se schizofrenií studovat neví, vyučit by se určitě mohl. *„Jsou určitě šikovní, jako jiní lidé, proč by nebyli.“*

Zda se dá nemoc skrýt neví, neví ani, zda by poznala, že nějaká její podřízená schizofrenií trpí. Nezná důvod, proč by nemocní byli nespolehliví. *„Jedině mě napadá, že jsou často u doktora, třeba i na neschopence. V dnešní době, kdy není práce, to může být pro hledání zaměstnání dost riziko.“* Čímž respondentka odpovídá i na další otázku. Jiná omezení, která by člověk se schizofrenií mohl mít, dotazovanou nenapadají. Nevidí souvislost ani mezi schizofrenií a stresem.

Na otázku, zda by zaměstnala člověka se schizofrenií uvádí, že určitě ne. *„K nám chodí spousta lidí, i poměrně luxusní klientela. A nevím, co by tomu zákaznice říkaly, kdyby to se dozvěděly.“*

4.8 Respondent. č. 8

Identifikační údaje

Respondent číslo 8 je žena, je jí 27 let, vzdělání má vysokoškolské, je vedoucí oddělení pro styk s pojišťovny a veřejností, má 3 podřízené, zařízení, kde pracuje je zaměřeno na sociální a zdravotnické služby.

Schizofrenie

Na první otázku respondentka odpovídá, že jde o psychotickou poruchu, jako projevy uvádí bludy, halucinace, zmatenou mluvu, poruchy chování a sociální izolaci. *„Lidé se schizofrenií jsou divní, mají výkyvy v chování.“* Ze svého okolí člověka se schizofrenií zná, uvádí, že dokonce z blízkého okolí.

Respondentka dále uvádí, že ví, že se schizofrenii předcházet nedá, uvádí také, že jde o dědičné onemocnění.

Dotazovaná odpovídá, že schizofrenie se dle jejího názoru léčit rozhodně dá. *„Je spousta nových léků, které mají méně vedlejších účinků. Dostupná je i psychoterapie.“* *„Je spousta zařízení, kde se o klienty s duševní poruchou dobře postarají, myslím, že se zlepšuje i důstojnost péče v psychiatrických léčebnách.“*

Stigmatizace

Pojmu stigmatizace rozumí, sama vysvětluje, co pojem znamená. Uvádí, že jde o negativní nahlížení na nemocného, na jeho rodinu. *„Domnívám se, že se s tím setká každý nemocný. Určitě se nahlíží na nemocné jinak na vsi, na malém městě a nebo ve větším městě.“* Domnívá se, že lidé se schizofrenií nebezpeční spíše nejsou. *„Záleží, zda se léčí. Domnívám se, že léčený nemocný by nebezpečný být neměl. Ani sám sobě, ani svému okolí.“*

Myslí si, že lidé se schizofrenií rozhodně žít mimo zařízení mohou. Na dotaz ohledně akce pro veřejnost, kde se přibližují lidé s psychiatrickým onemocněním veřejnosti odpovídá, že nic takového nezná. *„Bohužel. Ráda bych s zúčastnila.“* Po upozornění na festival Mezi ploty respondentka říká, že akci pochopitelně zná. *„Jen jsem si to nějak nespojila s těmi psychiatrickými klienty.“*

Dotazovaná se dále domnívá, že množství informací o schizofrenii je málo, hledala by je na internetu, v literatuře a v médiích.

Slovo „schizofrenik“ za urážku nepovažuje. *„Proč?“*

Zaměstnávání

Dle názoru respondentky člověk se schizofrenií studovat spíše může. *„Celkem nevidím důvod, proč ne?“*

Myslí si, že se schizofrenie skrýt dá, na podřízeném by nemoc zřejmě nepoznala. *„Já se domnívám, že bych to poznat nemusela.“* Dodává, že by od podřízeného považovala za slušné, kdyby jí o onemocnění řekl. *„Ale pochopila bych také, kdyby se snažil nemoc maskovat. Nejsem si jistá, jak by reagoval kolektiv.“*

Domnívá se, že lidé schizofrenií jsou nespolehliví. *„Nevím proč, ale často se izolují od ostatních. Spolehliví určitě příliš nejsou.“* Respondentka si myslí, že lidé se schizofrenií mají omezení v práci, jmenuje řidičský průkaz a domnívá se, že by se neměli vystavovat stresu.

Myslí si také, že lidé se schizofrenií nejsou často v pracovní neschopnosti.

Osobu, která trpí touto nemocí by klidně zaměstnala. *„I přes možnou nespolehlivost. Ale asi bych zpočátku byla trochu ostražitější. Možná, že bych člověka se schizofrenií zaměstnala i ze soucitu. Těžko shánějí práci.“*

4.9 Respondent č. 9

Identifikační údaje

Respondent číslo 9 je žena, je jí 46 let, vzdělání má středoškolské, je staniční sestra, má 11 podřízených, zařízení, kde pracuje je zdravotnické, oddělení, na kterém pracuje není psychiatrie.

Schizofrenie

Na první otázku respondentka odpovídá, že jde o psychiatrické onemocnění, jako projevy uvádí bludy, halucinace, zmatenost. *„Jde o velmi závažné onemocnění, projev nemoci sice jdou potlačit, ale vždy nějaké změny v psychice zůstávají.“*

Ze svého blízkého okolí člověka se schizofrenií nezná, uvádí, že se s lidmi, kteří trpí schizofrenií setkala, především v profesním životě. *„Určitě jsme se s nimi setkala ve škole na praxi, několik jich leželo i u nás na oddělení.“*

Uvádí, že se schizofrenii předcházet nedá, také uvádí, že jde o dědičné onemocnění.

Dotazovaná odpovídá, že schizofrenie se dle jejího názoru léčit rozhodně dá. *„Vyvíjí se stále spoustu nových léků. Psychiatrie není výjimkou a je to dobře.“*

Stigmatizace

Pojem stigmatizace zná, rozumí mu. *„Když potkám někoho, jak jde z psychiatrie, přijde mi, že klopi oči a kouká zmizet. Ani se nedivím. Lidé mají předsudky. A nejde jen o schizofrenii, stigmatizující je pobyt na psychiatrii, je jedno, co člověku je.“*

Domnívá se, že lidé se schizofrenií nebezpeční spíše nejsou. *„Záleží na tom, zda dodržují léčbu a chodí na kontroly. Ale to se nedá příliš ohlídat.“*

Myslí si, že lidé se schizofrenií žít mimo zařízení mohou. Na dotaz ohledně akce pro veřejnost, kde se přibližují lidé s psychiatrickým onemocněním veřejnosti odpovídá, že nic takového nezná.

Respondentka domnívá, že množství informací o schizofrenii v běžné populaci není mnoho. *„Ale pokud se hledá, jistě se najde. Když se o schizofrenii člověk zajímá, může si přečíst, co potřebuje. Je to onemocnění, o kterém lidé alespoň ví, že existuje. Ale spíš v negativním kontextu. Například, že jsou nebezpeční, utíkají z léčeben a nebo, že jsou to chudáci, které do těch léčeben někdo zavírá proti jejich vůli.“* Informace by hledala na internetu a v literatuře. *„Kdyby člověk potřeboval, bez potíží by podali informace i na psychiatrickém oddělení. Některé informace by mohly být i na stránkách psychiatrů a psychiatrických léčeben.“*

Slovo „schizofrenik“ za urážku nepovažuje, ví ale, že je vhodnější používat pojem „osoba se schizofrenií.“

Zaměstnávání

Respondentka říká, že se schizofrenií studovat dá.

Myslí si, že se schizofrenie skrýt nedá, na podřízeném by nemoc zřejmě poznala. *„Alespoň doufám.“*

Respondentka se domnívá, že lidé schizofrenií jsou nespolehliví. *„Zabývají se sami sebou, neřeší ani okolí, ani nějaké povinnosti.“*

Dotazovaná si myslí, že lidé se schizofrenií omezení v práci mají, uvádí, že jsou pro ně nevhodná zaměstnání, kde jsou vystaveni stresu a také zaměstnání, kde není pevný řád. *„Myslím, že není vhodné, aby člověk se schizofrenií pracoval na směny. Mohlo by ho to vykoledit.“*

Důvody k časté pracovní neschopnosti nevidí. *„Když je člověk se schizofrenií v takové pohodě, že může pracovat, není důvod, aby běhal po doktorech. A na kontrolu k lékaři sem tam chodíme všichni.“*

Osobu se schizofrenií by klidně zaměstnala, pokud by šlo o práci, která je pro člověka se schizofrenií vhodná. *„Jako zdravotní sestru určitě ne, ale na nějaké jiné*

místo ano. Třeba na nějakou administrativní pozici.“ „Vím že jsou chráněná místa, ale já si myslím, že jsou na běžném pracovním trhu práce, kde by nebyl problém osobu se schizofrenií zaměstnat. Jen by se asi muselo chtít.“

4.10 Respondent. č. 10

Identifikační údaje

Respondent číslo 10 je žena, je jí 34 let, vzdělání má vyšší odborné ekonomického zaměření, je vedoucí sekretariátu v potravinářském podniku, má 5 podřízených.

Schizofrenie

Na první otázku respondentka odpovídá, že jde o duševní nemoc, jako projevy uvádí hlasy, zmatenost, agresivitu, stranění se ostatních a velký počet sebevražd mezi lidmi se schizofrenií. *„Schizofrenici jsou nebezpeční, vzteklí, chovají se divně, třeba když na ně člověk mluví, tak se sbalí a odejdou.“*

Ze svého okolí člověka se schizofrenií nezná, setkala se s ním ale během své praxe. *„Nebylo mi to příjemné, nevěděla jsem, co mám čekat a taky jak se mám chovat. Třeba abych ho nenaštvala.“*

Dotazovaná odpovídá, že schizofrenie se dle jejího názoru léčit dá. *„Já si myslím, že moc nemocí, které by nešly léčit není. Ale jak to probíhá, a nebo jaká je úspěšnost, to nevím. Ale léčí se to v nemocnici nebo v léčebnách.“*

Stigmatizace

Pojem stigmatizace nezná. Po vysvětlení pojmu uvádí, že lidé se schizofrenií určitě stigmatizovaní jsou. *„Spousta lidí je na tom jako já. Nic moc o té nemoci neví, a bojí se, stejně jako jsme se bála já.“*

Domnívá se, že lidé se schizofrenií jsou nebezpeční. *„Fakt si myslím že jsou agresivní. Ten člověk, co jsem se s ním setkala, měl takový zlý oči.“*

Zda mohou žít lidé se schizofrenií mimo zařízení si není jistá. *„Já fakt nevím. Asi by to mělo být tak, že pokud někoho ohrožují, tak by mimo zařízení žít neměli.“*

Na dotaz ohledně akce pro veřejnost, kde se přibližují lidé s psychiatrickým onemocněním veřejnosti odpovídá, že nic takového nezná. *„Já se o to nezajímám. A máme děti, tak nikam nechodím.“*

Dotazovaná se dále domnívá, že informací o schizofrenii je málo. *„Třeba kdybych věděla jak ta nemoc probíhá, tak bych věděla, jak se mám chovat. Třeba jak takového člověka nenaštvat. A nemusela bych se ho pak bát.“* Informace by hledala na internetu.

Slovo „schizofrenik“ za urážku nepovažuje.

Zaměstnávání

Podle názoru respondentky se schizofrenií studovat spíše dá. *„Ale nevím, jestli třeba nejsou unavení, když musí něco dělat soustavně.“*

Zda se schizofrenie dá skrýt neví, neví, zda by na podřízeném nemoc poznala. Odpovídá, že neví, zda jsou lidé se schizofrenií nespolehliví. Respondentka se domnívá, že lidé se schizofrenií omezení v práci mají, jako prostředí nevhodné pro osoby se schizofrenií jmenuje stresové prostředí. Zda jsou lidé se schizofrenií často v pracovní neschopnosti neví. *„Když já nevím, jak se to léčí. Třeba jestli musí někam docházet jednou týdně, nebo jestli musí jednou za čas do léčebny.“*

Osobu, která má tuto nemoc, by nezaměstnala. *„Já vím, že je to blbý, ale fakt ne. Bála bych se ho.“*

4.11 Shrnutí výsledků

Tabulka č. 2: Schizofrenie

Respondent	Víte co je schizofrenie?	Znáte příznaky?	Setkal jste s člověkem se schizofrenií?	Dá se schizofrenii předcházet?	Je schizofrenie dědičné onemocnění?	Dá se schizofrenie léčit?
č. 1	ano	ano	ne	ne	neví	ano
č. 2	ano	ano	ano	ne	ano	ano
č. 3	ano	ano	ano	neví	ano	ano
č. 4	ano	ano	ne	ne	ano	spíše ne
č. 5	ano	ano	ano	neví	neví	ne
č. 6	ano	ano	ne	ano	ano	ano
č. 7	ano	ne	ne	neví	neví	spíše ano
č. 8	ano	ano	ano	ne	ano	ano
č. 9	ano	ano	ano	ne	ano	ano
Č. 10	ano	ano	ano	ne	ne	ano

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 3: Stigmatizace

Respondent	Víte co je stigmatizace?	Existuje stigmatizace?	Jsou lidé se schizofrenií nebezpeční?	Mohou žít lidé se schizofrenií mimo zařízení?	Znáte akci, kde se přibližují psychiatři klienti veřejnosti?	Považujete slovo „schizofrenik“ za urážku?
č. 1	ano	ano	ano	ano	ne	ne
č. 2	ne	ano	ano	ano	ano	ne
č. 3	ano	ano	ano	ano i ne	ano	ne
č. 4	ne	ne	ano	ano i ne	ano	ne
č. 5	ne	ano	ano	ano	ano	ne
č. 6	ano	ano	ne	ano	ano	ne
č. 7	ne	ne	neví	ne	ne	ne
č. 8	ano	ano	ne	ano	ano	ne
č. 9	ano	ano	ne	ano	ne	ne
č. 10	ne	ano	ano	neví	ne	ne

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 4: Zaměstnávání

Respondent	Dá se schizofrenie skrýt?	Poznal byste, že má podřízený schizofrenii ?	Má člověk se schizofrenií nějaká pracovní omezení?	Může člověk se schizofrenií pracovat na pozici, kde je stres?	Je člověk se schizofrenií často v pracovní neschopnosti?	Zaměstnal byste člověka se schizofrenií?
č. 1	neví	neví	ano	neví	neví	spíše ne
č. 2	ne	ano	neví	ne	ano	ne
č. 3	ano	neví	ano	ne	neví	ano
č. 4	ne	ano	ano	ne	ano	neví
č. 5	neví	ano	ano	ne	ano	ano
č. 6	ne	ano	ano	ne	ano	ano
č. 7	neví	neví	ne	ano	ano	ne
č. 8	ano	ne	ano	ne	ne	ano
č. 9	ne	ano	ano	ne	ne	ano
č. 10	neví	neví	ano	ne	neví	ne

Zdroj: vlastní výzkum

5 DISKUZE

Stigmatizace je definována jako označení a následné vyobcování lidí. Ve své práci jsem se zaměřila na stigmatizaci lidí se schizofrenií. Schizofrenie je nemoc, která je výrazně stigmatizující (34). Ke stigmatizaci osob se schizofrenií přispívá velkou měrou neznalost lidí o této nemoci, o jejím původu, projevech i léčení. Proto jsem se ve svém výzkumu nejprve zaměřila na znalosti respondentů o schizofrenii. Všichni respondenti odpověděli, že ví, co je schizofrenie. Vzhledem k tomu, že schizofrenie nemá jednotný klinický obraz a charakterizuje ji značné množství příznaků (5), respondenti neměli problémy uvést alespoň nějaký. Pouze jeden respondent uvedl příznaky, které schizofrenii necharakterizují. Respondenti převážně odpovídají, že má člověk se schizofrenií bludy, halucinace a také, že se lidé se schizofrenií straní ostatních a příliš nekomunikují. Porovnám-li své výsledky s reprezentativním výzkumem Názory na schizofrenii (příloha č. 2), i zde se dozvídám, že pouze 10 % dotazovaných neví, jak se člověk se schizofrenií projevuje. Pro můj výzkum bylo toto zjištění velmi důležité, ujistila jsem se tím, že téměř všichni respondenti mají představu o tom, jak se člověk se schizofrenií chová a že tedy mají představu o tom, o jakou jde nemoc.

Ve svém výzkumu jsem se dále zajímala o to, zda se dotazovaní setkali s člověkem se schizofrenií. Šest respondentů odpovědělo, že se s člověkem se schizofrenií setkali. Jedna respondentka uvedla, že má v blízkém okolí osobu se schizofrenií, ostatní uváděli, že šlo o spolužáka, podřízenou, sousedku a lidi, se kterými se setkali respondenti v profesním životě. Pro porovnání - reprezentativní výzkum Názory na schizofrenii (příloha č. 2) udává, že 55 % dotazovaných nikoho se schizofrenií nezná. Domnívám se, že vzhledem k tomu, že jen šedesát procent respondentů se setkalo s osobou se schizofrenií - ostatní tedy museli informace o schizofrenii sbírat jinak, než z vlastní zkušenosti - je informovanost o této nemoci dobrá. Všichni respondenti mi ale odpověděli, že se jim zdá informací o schizofrenii nedostatek. Všichni by informace hledali na internetu, dva upřesnili, že by se informace daly najít na webových stránkách některé z psychiatrických léčeben. Na film, nebo knihu, kde by vystupovala osoba se schizofrenií, si kupodivu žádný z respondentů nevzpomněl. Dva uvádějí, že o nemoci ví z televizních zpráv. Bohužel jde o nepříznivý

obraz, jedná se o zprávy, kdy došlo v souvislosti s onemocněním schizofrenií k projevu agrese. Je samozřejmě nemožné zjistit, zda šlo v dotyčných reportážích o osoby se schizofrenií, každopádně podobný mediální obraz k pozitivnímu náhledu na osoby se schizofrenií nepřispívá.

Ke zlepšení pohledu na osoby se schizofrenií a zároveň i ke snížení stigmatizace, by mohly přispět akce, které se pořádají proto, aby se přiblížily osoby s duševními nemocemi veřejnosti. Šest respondentů uvedlo, že zná akci Mezi ploty. Vzhledem k tomu, jak je festival Mezi ploty medializován, se mi zdá počet kladných odpovědí nízký. Jde o akci, která je pořádána v Praze, chápu, že se lidé z Českých Budějovic se akce osobně příliš neúčastní, očekávala jsem ale, že o ní bude vědět více dotazovaných. Dva respondenti uvádí, že znají zařízení Fokus a Týdny pro duševní zdraví. Počet osob, které znají Týdny pro duševní zdraví, se mi také zdá adekvátní tomu, že jde o regionální akce, propagace je tedy zřejmě dostatečná.

Jedna z otázek mého výzkumu se zabývala tím, zda vůbec respondenti ví, co je stigmatizace a zda jsou dle jejich názoru lidé se schizofrenií stigmatizováni. Pět z deseti respondentů vědělo, co je stigmatizace. Pouze dva respondenti se domnívají, že lidé se schizofrenií nejsou stigmatizováni. Oba dva respondenti se nikdy nesečkali s osobou se schizofrenií, domnívám se tedy, že jde o názor, který je v těchto případech podložen jejich osobní zkušeností. Nemají od člověka se schizofrenií informaci o tom, že se cítí stigmatizován, ani sami neměli ke stigmatizaci člověka se schizofrenií příležitost.

Stigmatizace je založena na mýtech a stereotypch, které jsou zakódovány ve společnosti (16). Mezi tyto mýty patří informace, že se schizofrenie nedá vyléčit. Výzkumem jsem zjistila, že pouze jeden respondent se domnívá, že se schizofrenie vyléčit nedá, jeden uvádí, že spíše nedá, jeden dotazovaný říká, že spíše dá, zbytek se uvádí, že se schizofrenie vyléčit dá. Respondenti odpovídali, že se nemoc léčí v psychiatrických léčebnách, že se používají léky, jedna respondentka uváděla i alternativní léčbu. Z výzkumu je tedy patrné, že mýtus nevyléčitelnosti této nemoci není tak pevně zakořeněn.

Další stereotyp, se kterým se lze v souvislosti se schizofrenií setkat, je mýtus, že osoby se schizofrenií mají větší sklon k násilí, jsou více agresivní a nebezpeční (16). U

osob se schizofrenií je mírně zvýšen počet násilných trestných činů, ale jen u pacientů, kteří jsou léčeni nesprávně nebo nejsou léčeni vůbec (1). Ve svém výzkumu jsem zjistila, že jeden respondent neví, zda jsou lidé se schizofrenií nebezpeční, pouze tři dotazovaní se domnívají, že lidé se schizofrenií nebezpeční nejsou. Šest respondentů se domnívá, že lidé se schizofrenií jsou nebezpeční. Jeden respondent uvádí, že nebezpeční lidé se schizofrenií jsou umístěni v léčebnách. Nebere tedy psychiatrickou léčebnu jen jako místo, kde se nemoc léčí, ale i jako místo, které má okolí chránit před agresivitou lidí se schizofrenií. Tři respondenti se domnívají, že člověk se schizofrenií není nebezpečný, pokud dodržuje léčbu. Jeden respondent si uvědomuje, že mohou být lidé se schizofrenií nebezpeční nejen svému okolí, ale i sami sobě, jako důvod možné sebevraždy uvádí deprese. Ze šesti dotazovaných, kteří se někdy setkali s člověkem se schizofrenií, se čtyři domnívají, že jsou tito lidé nebezpeční. Zbylí dva si myslí, že nebezpeční nejsou. Porovná-li výsledky svého výzkumu s reprezentativním výzkumem *Názory na schizofrenii* (příloha č. 2), názory se liší. V reprezentativním výzkumu je procento dotazovaných, kteří se znají s člověkem se schizofrenií a domnívají se, že je nebezpečný, nižší zhruba o 20 %. V mnou provedeném výzkumu jeden z respondentů poukazuje i na už zmiňované televizní zpravodajství, je tady patrná síla médií, která nás v dnešní době všechny ovlivňuje. Domnívám se, že právě informace z médií způsobily tento rozdíl. Výzkum jsem prováděla v době, kdy bylo spáchání násilných trestných činů a útoky člověka se schizofrenií z psychiatrické léčebny značně medializováno. Stigma schizofrenii je pomocí médií zbytečně posilováno. Dalo by se ale médií využít k efektu opačnému, k posílení pozitivního pohledu na osoby se schizofrenií, a tím pomoci k jejich destigmatizaci.

V odborné literatuře se dočteme, že riziko trestných činů je stejně jako u zdravých lidí i u lidí se schizofrenií zvýšeno užíváním drog a alkoholu (16). Ve svém výzkumu jsem se s tímto názorem vůbec nesešla. O užívání alkoholu se dva respondenti sice zmiňují, ale dávají ho do souvislosti s předcházením nemoci. Užívání alkoholu nevidí jako prostředek, který zvyšuje agresivitu lidí se schizofrenií, pouze se domnívají, že alkohol může nemoc spustit nebo zhoršit její průběh.

V případě mýtu o nebezpečnosti lidí se schizofrenií výsledky mého výzkumu korespondují s informacemi, které jsou v odborné literatuře.

Stigma spojené s diagnózou se zdá menší v případech, kde nejsou nemocní zahrnuti pod označení „*schizofrenik*“. V rámci omezení stigmatu je snahou dostat do všeobecného povědomí lidí rozlišením mezi nemocí a osobností člověka. To lze prosadit pojmenováním „nemocný schizofrenií“ (1). Já jsem se v bakalářské práci tohoto pojmenování přidržela, v odborné literatuře jsem pojmenování „*schizofrenik*“ nenacházela, pouze v osobních výpovědích osob se schizofrenií. V rozhovorech s respondenty jsem ale právě naopak neshledala jiné pojmenování, než „*schizofrenik*“. Výzkumem jsem zjistila, že nikomu z dotazovaných pojmenování „*schizofrenik*“ nepřijde nevhodné ani urážlivé. Moje osobní zkušenost ze zařízení, které pracuje s osobami se schizofrenií je taková, že pojmenování „*schizofrenik*“ se zde striktně nepoužívá. Dvě z respondentek z mého výzkumu pracují ve zdravotní a sociální oblasti, jedna z nich ví, že se pojmenování „*schizofrenik*“ nemá používat, druhá nikoliv. Pojmenování „*schizofrenik*“ běžně používá i reprezentativní výzkum (příloha č. 2), se kterým některé výsledky svého výzkumu porovnávám. Domnívám se tedy, že pokud má být součástí destigmatizace zlepšení terminologie, je třeba začít u lidí, kteří s osobami se schizofrenií pracují. Ti často vystupují i v médiu, používání vhodného pojmenování osob se schizofrenií je tedy nutností.

Dalším mýtus, který se v souvislosti se schizofrenií jmenován, je, že lidé se schizofrenií jsou nespolehliví a nemohou soustavně pracovat. Zaměstnání, které je pravidelné, bez stresu a s jasně vymezenými pravidly, napomáhá nemocnému zůstat mimo nemocnici (1). Literatura uvádí, že méně než 10 % osob se schizofrenií žije samostatně a pracuje (5). Dílčím cílem mé práce bylo zjistit, zda jsou osoby se schizofrenií stigmatizovány i v zaměstnání. Osoby se schizofrenií mohou pracovat v rámci sociální rehabilitace v tréninkových kavárnách, na chráněném pracovištích, na chráněných pracovních místech (9).

Ptala jsem se dotazovaných, kteří jsou potenciální zaměstnavatelé osob se schizofrenií, zda si myslí, že se dá nemoc skrýt. Čtyř respondenti nevěděli, čtyři se domnívali, že nedá a dva respondenti odpověděli, že se nemoc skrýt dá. Oba

respondenti, kteří se domnívají, že se nemoc dá skrýt, zároveň uvedli, že se s člověkem se schizofrenií setkali. Jeden respondent uvádí, že je to ale informace, kterou by si o svém podřízeném přál vědět. Jako důvod uvádí, že by se snažil pochopit, jak se má k člověku se schizofrenií chovat. Jedna respondentka by tuto informaci nikomu nesdělovala, bojí se, jak by reagoval pracovní kolektiv. Pro člověka se schizofrenií je tedy otázkou, zda zaměstnavateli o své nemoci vůbec říci. Ne jedné straně to může být informace prospěšná, zaměstnavatel může práci přizpůsobit průběhu nemoci, na straně druhé můžou přijít nevhodné reakce od kolegů. A nevhodné reakce spolupracovníků představují pro nemocného vysokou zátěž (30).

Součástí výzkumu byla i otázka, která se týkala pracovních omezení, která mohou mít lidé se schizofrenií. Pouze jeden respondent se domnívá, že člověk se schizofrenií nemá žádná pracovní omezení, jeden respondent neví. Zbylí dotazovaní se domnívají, že lidé se schizofrenií mají omezení v práci. Jako omezení uvádějí respondenti, že osoby se schizofrenií nemohou vlastnit řidičský průkaz, jeden z respondentů dodává, že nemohou řídit kvůli lékům, které berou. Jeden z respondentů vidí jako omezení, že nemohou osoby se schizofrenií vlastnit zbrojní pas, dva respondenti vidí problém v délce pracovní doby a ve směnném provozu. Kromě dvou dotazovaných vidí všichni jako problém stresové prostředí. V této otázce se výsledky mého výzkumu shodují s odbornou literaturou, stresové prostředí skutečně není pro osoby se schizofrenií vhodné (1).

Otázka, která zajímá každého zaměstnavatele je, zda existuje důvod, že bude pracovník často v pracovní neschopnosti. Je to problém nejen osob s jakoukoliv nemocí, postižením, ale i problém matek s malými dětmi. Na moji otázku pět respondentů odpovědělo, že jsou lidé se schizofrenií často v pracovní neschopnosti, dva se domnívají že nejsou a tři respondenti nevěděli. Pět z deseti respondentů se tedy domnívá, že člověk se schizofrenií je často nemocný, nemůže se plně věnovat svojí práci. Jeden z respondentů uvádí, že by mu častější pracovní neschopnost nevadila, řešil by ji prací na kratší pracovní úvazek – jde o nadřízeného, který má podřízené pouze na živnostenský list. Další dva respondenti uvádí, že jsou zaměstnaní, kde jde častější pracovní neschopnost řešit právě kratším pracovním úvazkem, i když u nich ve firmě by

to z technických důvodů nešlo. Z výzkumu tedy vyplývá, že častější pracovní neschopnost osob se schizofrenií je při shánění zaměstnání na volném pracovním trhu překážkou, ale překážkou, která má řešení. Domnívám se, že tyto návrhy potenciálních zaměstnavatelů jsou odrážejí nové trendy na našem pracovním trhu – zřizování kratších pracovních úvazků, převedení části práce domů apod.

Platí, že jakákoli pro člověka se schizofrenií přiměřená pracovní činnost umožňuje zvýšit jeho sebedůvěru, dosáhnout vyšší samostatnosti a udržet si potřebné sociální dovednost (34). Zaměstnali by dotazovaní v mém výzkumu člověka se schizofrenií? Pět z deseti respondentů odpovídá, že ano, tři dotazovaní ne, jeden spíše ne a jeden respondent udává, že neví. Pouze jeden z dotazovaných, který by nezaměstnal člověka se schizofrenií udává, že důvodem je častější pracovní neschopnost člověka se schizofrenií, nemá ve firmě pozice, kde by šlo nahradit jednoho zaměstnance druhým. Zbylí respondenti ale nechtějí zaměstnat člověka se schizofrenií, protože by se ho báli, mají také strach, jak by na člověka se schizofrenií reagoval kolektiv, také mají obavu, jak by reagovali zákazníci.

Na základě svého výzkumu se domnívám, že lidé se schizofrenií v oblasti zaměstnávání stigmatizovaní jsou. Nejen proto, že mezi námi stál ještě kolují mylné představy o chování lidí se schizofrenií, ale i proto, že člověk se schizofrenií má některá pracovní omezení, kterým se ne každý zaměstnavatel může přizpůsobit. Z výzkumu také vyplývá, že by osobu se schizofrenií zaměstnal vedoucí finančně poradenské firmy, jako výhodu uvádí, že v jeho firmě lze pracovat na zkrácený úvazek, já se ale domnívám, že jde o příliš stresové prostředí. Další respondenti, kteří by zaměstnali osobu se schizofrenií jsou majitel stavební firmy, vedoucí úseku na úřadě, vedoucí oddělení styku pro veřejnost ve zdravotnickém zařízení a zdravotní sestra. Poslední jmenovaná se domnívá, že jako zdravotní sestru by osobu se schizofrenií zaměstnat nešlo, na jiné pozice, např. administrativní, ano. Myslím, že tato informace se může stát vodítkem nejen pro pracovníky služeb sociální rehabilitace, kteří pomáhají osobám se schizofrenií hledat vhodné zaměstnání, ale i pro samotné osoby se schizofrenií.

Jsem si vědoma skutečnosti, že zkoumaný soubor je příliš malý, proto hypotéza, kterou předkládám, se vztahuje jen ke zkoumanému souboru a pro její obecnou platnost je třeba její ověření na větším množství respondentů.

Z empirické části práce je možno vyvodit tuto hypotézu:

Stigmatizace osob se schizofrenií se sníží, pokud bude více akcí zaměřených na přiblížení schizofrenie veřejnosti.

6 ZÁVĚR

V bakalářské práci jsem se zaměřila na stigmatizaci osob s schizofrenií. Cílem mé práce bylo zjistit, zda jsou v naší společnosti osoby se schizofrenií stigmatizovány. Dílčími cíli bylo zjistit, jaké je povědomí veřejnosti o schizofrenii a stigmatizaci osob se schizofrenií a zjistit, zda jsou lidé se schizofrenií stigmatizováni v oblasti zaměstnávání.

Zjistila jsem, že osoby se schizofrenií v naší společnosti jsou stigmatizovány. Protože se každý člověk více obává toho, co nezná a čemu nerozumí, zajímalo mě, jaké informace mají dotazovaní o schizofrenii. Výzkumem jsem zjistila, že znalosti o schizofrenii jsou na dobré úrovni. Bohužel jsem také přišla na to, že média se značnou měrou podílejí na posilování negativního pohledu na osoby se schizofrenií.

Pět z deseti respondentů vědělo, co je stigmatizace, osm respondentů se domnívá, že osoby se schizofrenií jsou stigmatizovány. Stigmatizace je založena na mýtech a stereotypech, které jsou zakódovány ve společnosti. Jedním z mýtů je, že se schizofrenie nedá vyléčit. Výzkumem jsem zjistila, že informace o léčbě schizofrenie dotazovaní mají, i když velmi zjednodušené. Další mýtus, který je v souvislosti se schizofrenií uváděn, je, že jsou lidé se schizofrenií nebezpeční a agresivní. Je to informace, která je mezi lidmi pevně zakořeněna. Respondenti odpovídali, že jsou lidé se schizofrenií nebezpeční, nebo že jsou nebezpeční, pokud neberou léky, jedna respondentka dokonce uvedla, že by člověka se schizofrenií nezaměstnala, protože by se ho bála.

Z mého výzkumu také vyplývá, že jsou lidé se schizofrenií stigmatizováni i v oblasti zaměstnávání. Důvody, pro které by respondenti nezaměstnali člověka se schizofrenií, jsou nejen omezení, která lidé se schizofrenií mají (nemohou pracovat na pozicích, kde je stres, je možné, že budou častěji v pracovní neschopnosti), ale i proto, že mezi námi stále ještě kolují mylné představy o chování lidí se schizofrenií.

Z empirické části práce je možno vyvodit tuto hypotézu:

Stigmatizace osob se schizofrenií se sníží, pokud bude více akcí zaměřených na přiblížení schizofrenie veřejnosti.

Navrženou hypotézu je třeba ověřit na větším počtu respondentů.

Předpokládám, že práci bude možné nabídnout jako zdroj informací laické i odborné veřejnosti v oblasti problematiky stigmatizace osob se schizofrenií.

Domnívám se, že cíle práce byly splněny.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BAUDIŠ, Pavel a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a etika*. Praha: Galén, 2002. ISBN: 80-7262-104-1.
2. BENSON, C. N. *Psychiatrie*, přeložila Denisa Šmejkalová. Praha: Portál, 2010. ISBN: 978-80-7367-671-1.
3. Blázinec na vlastní kůži. Skrytý svět psychiatrické léčebny očima jejích pacientů. In: *Změna Stopstigma* [online]. [cit. 2012-04-05]. Dostupné z: <http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/download/brozura-VIDA.pdf>
4. ČEŠKOVÁ, Eva. Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy. In: SVOBODA, M., E. ČEŠKOVÁ a H. KUČEROVÁ. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál, 2006. str. 181-201. ISBN: 80-7367-154-9.
5. ČEŠKOVÁ, Eva. *Schizofrenie a její léčba*. 2. vydání. Praha: Maxdorf, 2007. ISBN: 978-80-7345-114-1.
6. DENOON, D. J. Hormone Therapy for Schizophrenia? In: *WebMD* [online]. Aug. 4, 2008 [cit. 2012-02-13]. Dostupné z: <http://www.webmd.com/schizophrenia/news/20080804/hormone-therapy-for-schizophrenia>
7. DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 5. dotisk, 3. vyd. Praha: Karolinum, 2008. ISBN: 975-80-246-0139-7.
8. *Duševní poruchy a poruchy chování: Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2000. ISBN: 80-85121-44-1.

9. HOLLÝ, Martin. Na psychiatrii přibývá pacientů s úzkostí a depresí. *Psychologie Dnes*. 2011, č. 10, s. 9-11. ISSN: 1212-9607.
10. Information on the Global Programme. In: *Schizophrenia Open the Doors* [online]. [cit. 2012-02-25]. Dostupné z: http://www.openthedoors.com/english/01_01.html
11. JOHNSON, Dale. Rodina a soužití s psychiatrickým pacientem. In: *Sdružení pomoci duševně nemocným ČR* [online]. [cit. 2012-01-10]. Dostupné z: www.spdn-cr.org/bude-vas-zajimat/dusevne-nemocny-v-rodinne/
12. KAUCKÝ, Daniel a Jan MUŽÍK. Fokus usiluje o komplexní, koordinované, individuálně zaměřené a dlouhodobé služby. *Sociální práce/ Sociálna práca*. 2008, č. 1, s. 4–6. ISSN: 1213-6204.
13. KOZLOVÁ, Lucie. *Výzkum v sociální oblasti* [online]. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta [cit. 2012-03-25]. Dostupné z: http://www.eamos.cz/amos/ksb/externi/ksb_305/index.htm
14. KUČEROVÁ, Helena. *Schizofrenie v kazuistikách*. Praha: Grada, 2010. ISBN: 978-80-247-2045-6.
15. KUSÁ, Zuzana a Igor ONDREJKA. Stigmatizácia a psychická porucha. *Kontakt*. 2006, č. 2, s. 272-279. ISSN 1212-4117.
16. LIBIGER, Jan. Stigma duševního onemocnění. In: *Vydavatelství nakladatelství Tigis* [online]. [cit. 2012-02-16]. Dostupné z: <http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2001/01/08libige.pdf>
17. MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie. Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha: Portál, 2002. ISBN: 80-7178-700-0.

18. MAHROVÁ, G., M. VENGLÁŘOVÁ a kol., *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. ISBN: 978-80-247-2138-5.
19. MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2007. ISBN: 978-80-7367-310-9.
20. MATOUŠEK, O., J. KOLÁČKOVÁ a P. KODYMOVÁ et. al. *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2010. ISBN: 978-80-7367-818-0.
21. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN: 80-247-1362-4.
22. Názory na schizofrenii. Reprezentativní výzkum v ČR. In: *Změna Stopstigma* [online]. [cit. 2012-04-11]. Dostupné z:
<http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/download/nazory-na-schizofrenii.doc>
23. Organizace Sympathea o. p. s. In: *Sympathea – celonárodní organizace příbuzných duševně nemocných* [online]. [cit. 2012-02-06]. Dostupné z:
<http://www.sympathea.cz/organizace.html> O organizaci Sympathea o.p.s.
24. PĚČ, Ondřej. Destigmatizace. In: *Psychiatrická společnost ČLS JEP a Česká psychiatrická společnost* [online]. [cit. 2012-02-06]. Dostupné z:
http://www.ceskapsychiatrie.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=199&Itemid=108
25. PRAŠKO, J. et al. *Léčíme se s psychózou. Co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách*. Praha: Medical tribune, 2005. ISBN: 80-239-5482-2.

26. PRAŠKO, Ján. Stigmatizace u psychogenních poruch. In: *Hodina Surreal* [online]. 6.4.2007 [cit. 2011-12-15]. Dostupné z: www.hodinasurreal.wordpress.com/2007/04/06/stigmatizace-u-psychogennich-poruch-jan-prasko/
27. Preventing Schizophrenia - Tactics and Risk Reduction Strategie. In: *schizophrenia.com* [online]. [cit. 2012-02-23]. Dostupné z: <http://www.schizophrenia.com/prev1.htm>
28. *Schizofrenie – Edukační program WPA*. Přeložili: Hájek, T., I. Tůma a C. Höschl. Praha: Amepra, 2003. ISBN: 86694-03-8.
29. Snižování stigmatu. In: *Změna Stopstigma* [online]. [cit. 2012-01-10]. Dostupné z: www.stopstigmapsychiatrie.cz/schizofrenie/2_sniz_stigmatu.html
30. STYX, Petr. *O psychiatrii, Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. Brno: Computer Press, 2003. ISBN: 80-7226-828-7.
31. SVOBODA, M.. Dějiny psychiatrie. In: SVOBODA, M., E. ČEŠKOVÁ a H. KUČEROVÁ. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál, 2006. str. 14-21. ISBN: 80-7367-154-9.
32. ŠEDIVÉC, Vladislav. *Přehled dějin psychiatrie*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2008. ISBN: 978-80-87142-00-4.
33. TUČEK, Jan a Vladimír CHODURA. *Psychiatrie*. 3. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2008, ISBN: 80-7040-786-7.
34. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vydání. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

35. WENIGOVÁ, Barbora. Stigma a psychiatrie napříč časem. In: *Změna Stopstigma* [online]. [cit. 2012-01-3]. Dostupné z: <http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/stigma-psychiatrie-napric-casem-wenigova.html>
36. Zákonná ochrana nemocných v ČR. In: *Sdružení pomoci duševně nemocným ČR*. [online]. [cit. 2012-01-18]. Dostupné z: www.spdn-cr.org/zakonna-ochrana-dusevne-nemocnych-v-cr/zakonna-ochrana-nemocnych-v-cr/
37. Zákon pro osoby s duševní poruchou vybraných států EU. In: *Sdružení pomoci duševně nemocným ČR*. [online]. [cit. 2012-01-18]. Dostupné z: <http://www.spdn-cr.org/zakony-pro-dusevne-nemocne/zakony-pro-osoby-s-dusevni-poruchou-vybranych-statu-eu/>
38. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Destigmatizace

Člověk se schizofrenií

Schizofrenie

Stigmatizace

Zaměstnávání

9 PŘÍLOHY

Příloha č. 1

ZÁZNAMOVÝ ARCH

1. Identifikační údaje

Pohlaví

Věk

Vzdělání

Pracovní pozice

Počet podřízených

Zaměření firmy

2. Schizofrenie

Co je schizofrenie?

Jaké jsou její projevy?

Znáte ze svého okolí člověka se schizofrenií?

Setkali jste se někdy s člověkem se schizofrenií?

Dá se podle Vašeho názoru schizofrenii předcházet?

Myslíte, že je schizofrenie dědičné onemocnění?

Dá se podle vás schizofrenie léčit?

(ano, spíše ano, spíše ne, ne)

3. Stigmatizace

Rozumíte pojmu stigmatizace?

Jsou podle Vašeho názoru lidé se schizofrenií stigmatizovaní?

Domníváte se, že lidé se schizofrenií jsou nebezpeční?

Myslíte, že lidé se schizofrenií mohou žít mimo ústavní zařízení?

Znáte nějakou akci pro veřejnost, kde se přibližují lidé s psychiatrickým onemocněním veřejnosti?

Domníváte se, že je dostačující množství informací o schizofrenii?

Kde se dají tyto informace hledat?

Myslíte, že slovo „*schizofrenik*“ je urážka?

4. Zaměstnávání

Dá se podle vašeho názoru se schizofrenií studovat?

Myslíte, že dá schizofrenie skrýt?

Poznal byste, že Váš podřízený je nemocný schizofrenií?

Domníváte se, že lidé se schizofrenií jsou spolehliví?

Myslíte, že člověk se schizofrenií má v práci nějaká omezení?

Myslíte, že člověk se schizofrenií může zastávat pozici, ve které je vystaven stresu?

Domníváte se, že jsou lidé se schizofrenií často v pracovní neschopnosti?

Zaměstnal byste člověka se schizofrenií?

Příloha č. 2

Uložena na přiloženém CD