

Technická univerzita v Liberci
Ústav zdravotnických studií

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Jana Drbohlavová

2011

Technická univerzita v Liberci
Ústav zdravotnických studií

Studijní program: B 5341 Ošetrovatelství

Studijní obor: 5341R009 Všeobecná sestra

Destigmatizace oboru psychiatrie
Destigmatisation in the field of psychiatry

Jana Drbohlavová

Bakalářská práce
2011

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL. V tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce.

Datum:

Podpis

Poděkování:

Tímto bych chtěla poděkovat Mgr. Jolaně Strnadové za čas a trpělivé vedení. Také bych chtěla poděkovat klientům psychiatrického oddělení Krajské nemocnice Liberec a.s. a klientům organizace Fokus Liberec za vyplnění dotazníků potřebných k vytvoření mé práce.

Anotace v českém jazyce**Jméno a příjmení autora:** Jana Drbohlavová**Instituce:** Technická univerzita v Liberci, Ústav zdravotnických studií**Název práce:** Destigmatizace oboru psychiatrie**Vedoucí práce:** Mgr. Jolana Strnadová**Počet stran:** 66**Počet příloh:** 2**Rok obhajoby:** 2012**Souhrn:**

Ve své bakalářské práci se zabývám problematikou stigmatizace a procesem destigmatizace oboru psychiatrie a tím i lidí trpících duševní chorobou. Nejprve objasňuji termín stigmatizace a destigmatizace, poté nastiňuji historický vývoj pohledu na psychiatrii i duševně nemocné. V další části se věnuji destigmatizačním aktivitám probíhajícím v České republice i v zahraničí.

Hlavním cílem mé práce je zachycení především subjektivního pocitu z vnímání duševně nemocných lidí samotnými duševně nemocnými, což naznačuje míru destigmatizace oboru psychiatrie a klientů tohoto lékařského oboru. Zaměřuji se ve své práci i na působení zdravotnického personálu na duševně nemocné.

Práce je rozdělena do dvou částí. První je teoretická a druhá výzkumná. Podkladem pro výzkumnou část bylo vyhodnocení dotazníků.

Klíčová slova: stigmatizace, destigmatizace, psychiatrie, duševní porucha

Anotace v anglickém jazyce

Name and surname: Jana Drbohlavová

Institution: Technická univerzita v Liberci, Ústav zdravotnických studií

Title: Destigmatisation in the field of psychiatry

Supervisor: Mgr. Jolana Strnadová

Pages: 66

Addenda: 2

Year: 2012

Summary : (60-100 words)

The dissertation attempts to analyse the topic of stigmatisation and the process of destigmatisation in the field of psychiatry and it also covers the subject of people suffering of mental disorders.

Both terms of stigmatisation and destigmatisation are explained at the beginning of the thesis. Then the historical view on the psychiatry and mental patients is outlined. The next part is dedicated to the destigmatisation activities which take place in the Czech Republic and abroad.

The main aim of my work is to capture the subjective feeling from perception of mentally sick people by those who are alone suffers from mental illness. This indicates the measure of destigmatisation in the field of psychiatry and also the clients of this branch of medicine. The thesis also focuses on the impact of medical staff on the patients with mental illness.

This work is composed of two parts. The first part is theoretical and the second is empirical. The base for the research is the questionnaire.

Key words: stigmatisation, destigmatisation, psychiatry, mental disorders

Obsah:

I. TEORETICKÁ ČÁST	11
1 Úvod	11
2 Psychiatrie	12
3 Stigmatizace	12
4 Historie vývoje pohledu na duševně nemocné	15
4.1 Pravěk	15
4.2 Starověk	15
4.3 Středověk	17
4.4 Novověk	18
5 Destigmatizace	19
6 Destigmatizační aktivity v Čechách	20
6.1 Destigmatizační kampaně	20
6.2 Zapojení uživatelů v destigmatizaci, občanská sdružení	21
6.3 Destigmatizační aktivity zaměřené na školy	23
6.4 Destigmatizace psychiatrie v medicíně	24
7 Průběh destigmatizace v zahraničí	26
II. VÝZKUMNÁ ČÁST	33
8 Cíle a předpoklady práce	33
9 Metodika výzkumu	33
10 Výsledky výzkumu a jeho analýza	35
11 Diskuze	58
12 Návrh na změnu	61
13 Závěr	62
Soupis bibliografických citací	64
Seznam příloh	66

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Úvod

Duševní choroby existují stejně dlouho jako lidstvo samo, pouze se mění pohled na lidi trpící duševními chorobami. Pohled se měnil a vyvíjel a vyvíjí spolu s lidským společenstvím.

Pohled na nemocné i samotný obor psychiatrie byl vždy ovlivněn také socioekonomickou situací. Je až zarážející jak byl pohled na nemocné podobný pohledu a přístupu k menšinám. Většinová společnost se dříve těchto nemocných stranila a někdy i obávala.

Postupem času se však psychiatrie stala právoplatným medicínským oborem a tím se začal měnit i pohled na duševně nemocné. Názor veřejnosti je však ovlivněn nedostatečným laickým povědomím o duševních nemocech. Bohužel mnohdy mají i zdravotničtí pracovníci mimo tento obor poněkud zkreslené vnímání duševně nemocných i celého oboru psychiatrie. Proto se odborná veřejnost a sdružení podporující nemocné a jejich blízké podílejí na poskytování informací veřejnosti a tím dochází ke změnám zažitých názorů.

V České republice i zahraničí probíhají aktivity mající za cíl destigmatizovat obor psychiatrie i lidi s duševními poruchami. Úspěšnost tohoto snažení nebude ihned patrná, ale první náznaky již jsou.

Z důvodu lepšího pochopení dané problematiky jsem před zahájením práce na bakalářské práci absolvovala praxi na oddělení psychiatrie Krajské nemocnice Liberec.

Bakalářskou práci jsem rozdělila na dvě části. První je teoretická, zde se zabývám historií postavení psychiatrie, jež v mnohém i osvětluje dnešní přístup veřejnosti k této problematice. Také zde zmiňuji destigmatizační aktivity organizované v zahraničí i České republice.

V druhé výzkumné části se na podkladě výsledků dotazníkového šetření zaměřeného na subjektivní pocit lidí s duševní poruchou, pokouším zmapovat míru destigmatizace v Čechách.

Tato práce si klade za cíl posoudit, zda a jak duševně nemocní vnímají stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie z pohledu nemocných samých.

2 Psychiatrie

Psychiatrie je lékařský obor zabývající se příčinami, diagnostikou, léčením a prevencí duševních poruch. Psychiatrie bývá zaměňována s psychologií. V popředí zájmu psychiatrie je vždy člověk jako biologická jednotka. Duševní nemoci nejsou psychologicky a sociálně více ovlivněny než ostatní onemocnění, to znamená, že sice jsou sociálně a psychologicky podmíněny, podobně jako syfilis či AIDS, ale neznamená to, že se jedná o podmíněnost příčinnou.

[7]

Psychologie je nauka o duši, studuje chování lidí, jejich prožívání, myšlení, city. Zabývá se příčinami lidského chování, osobností člověka, jeho schopnostmi a jejich testováním, temperamentem, vůlí a emocemi. Nejedná se tedy o lékařský obor, ale vzhledem k tomu, že se zabývá lidským chováním, je mnoho situací, kdy s medicínou úzce spolupracuje.

[7]

3 Stigmatizace

Je-li člověku udělena psychiatrická diagnóza, bývá svým okolím posuzován především na základě této diagnózy. Aniž by okolí vědělo, jaké má ve skutečnosti vlastnosti, vědomosti, či schopnosti, stane se pro mnohé především tím, „kdo se léčí na

psychiatrii“. Různě vyhocené postoje vůči duševně nemocným lidem mají podobu radikálních názorů na jejich separaci od „normální společnosti“, hanlivých, urážejících a ubližujících označení a nesmyslných představ o tom, co že to vlastně je duševní nemoc.

Kromě komplikací, jež se sebou přináší průběh samotné nemoci a její léčba je stigmatizace dalším problémem, s nímž se nemocní setkávají. Okolí začne automaticky považovat duševně nemocného za blázna, aniž by si uvědomovalo, že hranice mezi „normálním“ a „nenormálním“ je mnohdy obtížně stanovitelná a že duševní nemoc se teoreticky může týkat každého z nás. Stigmatizaci duševně nemocných umocňuje nedostatek informací o duševních nemocech a s tím spojených předsudků, jež jsou ve společnosti hluboce zakořeněny. Na základě toho vzniká stále celá řada mýtů o duševních nemocech, jež s realitou nemají nic společného. Slovo stigma pochází z řeckého originálu a dříve označovalo vypálené znamení na tělech různých osob. Zdůrazňuje příslušnost jedince k určité skupině. V oblasti duševních nemocí označuje stigma vlastnosti specifické pro chování duševně nemocného člověka, bez ohledu na to, zda se ho vlastnosti týkají, nebo ne. Řecké slovo stigma se překládá jako znak nebo stopa, která nese nějaké svědectví. Kdysi se tímto slovem označoval cejch vypalovaný otrokům v thesalských dolech antického Řecka. Později se slovo dostávalo do širšího kulturního slovníku našeho světa v různých souvislostech. Stigma zdůrazňuje skupinovou identitu jedince a oslabuje váhu jeho individuálních vlastností. Vyčleňuje ho do skupiny stejnou charakteristikou postižených jedinců. Pojem stigma se v historii užíval v různých souvislostech. Dnes je nejčastěji používán ve spojitosti s lidmi, jež trpí nějakou vážnou nemocí, která obvykle vzbuzuje strach společnosti, často z důvodu nedostatečné informovanosti o dané nemoci, mýtů a předsudků, jež se vlivem historického a sociokulturního vývoje vytvářely v povědomí lidí. Jako stigmatizace je označován proces udělování stigmatu.

[19]

Mnoho lidí více či méně vědomě chápe psychiatrické onemocnění stále ještě jako slabost, cosi ne podobné hříchu, morálnímu poklesku nebo jejich důsledkům. Přitom naprostá většina duševních poruch včetně poruch neurotických jsou multifaktoriální onemocnění s prokazatelnou hereditární komponentou. Duševní poruchy lze chápat v

analogii k systémovým autoimunitním chorobám jako poruchy adaptačních procesů. Obdobně jako vysoce užitečné ochranné imunitní mechanismy se mohou vymknout z adaptivních rolí, do kterých byly selektovány přírodním výběrem, může se také deprese a úzkost vymanit z kontextu, ve kterém slouží zájmům a ochraně jedince. Úzkost je mohutným nástrojem socializace. Chrání aktivní jedince a jejich odvahu a podnikavost před zánikem, který by jim hrozil, kdyby nositelé těchto vlastností nebyli vybaveni úzkostí, která brání příliš riskantnímu chování. Také deprese, která vede ke ztrátě iniciativy a radosti z aktivity, naopak chrání člověka v situaci ztráty důležitých hodnot nebo spojenců před činností, jež by mohla vést k jeho selhání a měla katastrofické následky pro jeho evoluční způsobilost. Variabilita těchto v podstatě adaptivních mechanismů způsobuje, že některé jejich extrémní podoby nebo nadměrnou zátěží provokované formy vedou k dysfunkci a chorobě.

[19]

Důsledky stigmatizace:

- Nízká zaměstnanost lidí trpících závažnými duševními poruchami. Zaměstnanost těchto lidí se v různých zemích liší, ale všeobecně se pohybuje mezi 10 až 30 procenty. Na vině je systém důchodového zabezpečení v invaliditě, jenž nedostatečně stimuluje ke vstupu do zaměstnání, ale především stigmatizující postoje zaměstnavatelů, nedostatek vhodných pracovních míst, obavy duševně nemocných z odhalení duševní nemoci v zaměstnání.
- Skrytá psychiatrická nemocnost, až polovina nemocných nedostává adekvátní léčbu a péči z důvodu obav z možné stigmatizace.
- Se stigmatizací souvisí i diskriminace a izolace stigmatizovaných osob.

[19]

4 Historie vývoje pohledu na duševně nemocné

„Péči o duševně choré nelze vývojově sledovat a hodnotit izolovaně, odděleně od vývoje ostatních medicínských oborů, poněvadž psychiatrická péče byla nedílnou součástí vývoje lékařství vůbec.“

[Venkovský, E. *Psychiatrie dávných věků*, 1996. s. 14]

4.1 Pravěk

Usmiřování bohů, duševní nemoc je považována za boží trest. Proti duševní nemoci se bránilo amulety nebo se provádělo vyhánění démona z těla. Vzniklo lidového léčitelství. Šamani byli lidé se zaměřením na lidové léčitelství.

[1]

4.2 Starověk

Vznik chrámového léčitelství, léčení prováděli pouze kněží. Počátky péče o duševně choré. V Babylónii byla duševní nemoc brána jako posedlost zlým duchem, nemoc se považovala za boží trest. Stejně jako v Egyptě, se zde vyskytovali kněží, specializující se na léčbu. Léčilo se prostřednictvím obětin bohům a také se používali čichově i chuťově odporné lektvary, aby vyhnaly zlé duchy z těla. V Chamurapiho zákoníku byly stanoveny tresty a odměny náležícím kněžím za léčbu. V Egyptě byla duševní nemoc považována za posedlost zlým duchem. Poznatky o léčbě duševně nemocných se dozvídáme z dochovaných papyrů. Například Ebersův papyrus (1500 př. n. l.), popisuje texty modliteb a zařikávání proti zlým duchům. Jsou tu první zmínky o duševně nemocných. Někdy léčba probíhala pomocí takzvaného chramového spánku, kdy byli uváděni do zvláštního stavu za použití kadidla a odřikávání monotónních náboženských formulí. Nejstarší egyptský záznam o duševní chorobě je od Ptahhotepa (300 př. n. l.), popsal duševní choroby doprovázející stáří.

[10]

V Indii se domnívali, že duševní nemoc způsobují nadpřirozené síly, jako jsou démoni nebo duše mrtvých. Od toho se odvíjela i léčba. Indové zanechali základní popis

epilepsie a šílenství. Epilepsie vzniká tehdy, když se tři základní tělesné složky (vzduch, hlen, žluč) špatně smíchají, to se může stát v důsledku žalu, zármutku nebo hněvu. Šílenství vzniká nevhodnou stravou někdy také špatným mísením tělních látek. Jako první zdůrazňovali lidský přístup k chorému.

[1]

V Číně se stejně jako jinde prosazuje silný náboženský kult, proto léčili kněží. Duševní nemoc je jednoduše považována za posedlost démony. Existovala již nemocniční zařízení. Kánon čínského lékařství obsahuje i popis některých duševních chorob.

[10]

V Izraeli se prosazovaly poznatky z Bible. *„Šílenství je trestem božím všem nepřátelům židovského národa, kteří by jej chtěli zničit.“* Ve Starém zákoně se také vyskytují poznatky o duševních chorobách. Vyskytují se i některé příklady. Král Saul trpěl častými záchvaty zuřivosti, které skončily sebevraždou. Druhý židovský král David simuloval šílenství, je to první známá nasimulovaná duševní choroba. *„Lidé trpící duševními chorobami nejsou zodpovědní za své činy, a proto nemohou být soudně stíháni a potrestáni.“*

[14]

Antika, v Řecku byly nejdůležitějšími prameny Ilias a Odysea. Na počátku Řeckého národa se duševní choroby většinou vysvětlovaly náboženským způsobem. 7. století před naším letopočtem se řecká věda oprostila od náboženského smýšlení. Dle Pythagorase duševní choroby jsou onemocněním mozku.

[1]

Nejstarší lékařství starověkého Řecka bylo syntézou různých starověkých lékařských škol a systémů, především starověkého Egypta.

[Šedivec, V. *Přehled dějin psychiatrie*. 2008. s. 13]

Hippokrates vytvořil mezník mezi řeckým vědeckým a nevědeckým lékařstvím.

Vznikla teorie rozdělení osobností na čtyři základní druhy (melancholik, sangvinik, cholerik, flegmatik), tyto osobnosti se vytváří pomocí tělních šťáv (krev, hlen, žlutá a černá žluč). Duševní nemoci jsou následkem přebytku některé šťávy, to znamená, že léčení probíhá omezováním těchto šťáv například pouštění žilou, projímadla, dávidla. Platon rozeznal takzvanou mánii a apatii. Podle Platona vznikají duševní choroby z tělesných příčin nebo mají božský původ. Zuřiví duševně choří se měli zabít a klidní zůstat pod dozorem.

V Římě až do příchodu řeckých lékařů ve 2. století před Kristem spočívalo na nevědeckých základech.

[1]

V Římě se vyskytovali tzv. otroci lékaři, většinou to byly Řekové. Asklepiades odmítal radikální prostředky například pouštění žilou. Propagoval houpání na visuté posteli ve světlé místnosti, také sprchy, tělocvik, masáže. Jeho pacient filosof Cicero doporučuje léčení duševních poruch pomocí filosofie. Po uzákonění křesťanství nastoupila opět nevědecká psychiatrie, duševní nemoc se považovala za Boží trest. V Byzancii, jež byla ovlivněna křesťanstvím, vznikly základy lůžkové péče o duševně nemocné. Arabové odmítali démonický vznik duševních nemocí, který tou dobou propagovala Bible. Podstatou duševních nemocí jsou považovány nemoci tělesné nebo poškození mozku.

[1]

4.3 Středověk

V raném středověku byly první pokusy realizovat nemocniční péči pro duševně choré, bylo nutno oddělovat je od zdravých lidí. Náplň kulturního života ve středověku tvořila církev. Lékařství bylo v její moci. Duševně nemocní mohli ohrozit její postavení, a proto nepotřebovali péči. Za oficiální myšlenku byla přijata Démonomanie, nemoc je důsledek posedlosti démonem či satanem. Šílenství bylo spojováno s čarodějnictvím, protože obojí bylo ďáblovým dílem. Objevovaly se i kacířské názory, kdy někteří učenci tvrdili, že šílenství by nemuselo být satanovým dílem. Tehdy se při léčení používalo praktik pouštění žilou nebo pálení vlasové části lebky.

[1]

Jako reakce na vystupování lékařů, kteří prosazovali Hippokratovo léčení, vzniklo dílo *Malleus Maleficium* – Kladivo na čarodějnice.

Byla to bula vydaná na pokyn papeže. Skládala se ze tří dílů, první dva obsahují shrnutí čarodějnictví, třetí díl je podrobným návodem na přípravu, zahájení a vedení inkvizičního procesu. Byla to oficiální příručka všech inkvizitorů. Byli obviňováni čarodějové často duševně nemocní a nepohodlní lidé. Autoři jsou Heinrich Institor a Jakub Sprenger, dílo bylo napsáno 1348 a písemně vydáno v roce 1487. Nevěřit v činnost čarodějnic bylo největším kacířstvím. Inkviziční soud se sestával z mučení, kdy si inkvizitoři vynutili přiznání. Většinou byli tito lidé veřejně upalováni. To se konalo ve dne a na veřejném prostranství. Žen čarodějnic bylo upáleno mnohem více než mužů. Upálené ženy trpěly většinou hysterií, nebo to byly duševně choré osoby a trpěly buď bludy, nebo halucinacemi.

[1]

Jana z Arku, byla považována za nábožensky šílenou, upálena byla v roce 1431. Byla duševně nemocná a trpěla sluchovými a zrakovými halucinacemi. Paradoxní je, že byla v roce 1920 svatořečena. První azyly pro duševně choré vznikaly v Anglii a Španělsku v 15. století. V ostatních částech Evropy až hlavně v 16. století. V 15. století se setkáváme s prvními poučkami pro zacházení s duševně chorými. Byli opatrováni převážně příbuznými, kteří za ně nesli veškerou zodpovědnost. Onemocnět duševní chorobou bylo tehdy společenskou hanbou. V městských zařízeních bývali nemocní připoutáni nebo vyvázeni v dřevěných či železných klecích a vystavováni na posměch a týrání.

[10]

4.4 Novověk

Upalování čarodějnic bylo zakazováno. Ve Francii v roce 1680 u nás v roce 1768, zasloužil se o to především osvícený panovník Josef II., syn Marie Terezie. Poslední čarodějnice byla upálena v roce 1782 v Německu.

V 17. století byli duševně nemocní umísťováni do nemocnic a na přelomu 17. a 18. století byli umísťováni i do káznic. Ti neklidní zde byli drženi v kobkách a ti klidní žili normálním životem káznice.

[1]

„Před 200 lety, na přelomu 18. a 19. století začíná nová etapa ve vývoji psychiatrie, která se vyděluje ze všeobecného lékařství jako samostatný lékařský obor, který byl ve 20. letech 19. století označen německým lékařem J. Ch. Reilem jako „psychiatrie“.“

[Šedivec, V. *Přehled dějin psychiatrie*. 2008. s. 31]

Za jejího zakladatele je považován francouzský lékař Pinel. Roku 1793 radikálně reformoval psychiatrickou péči ve Francii, prosadil budování samostatných speciálních ústavů, organizovaných v duchu humanistického lůžkového režimu. Britský psychiatr H. Maudsley (1835-1918) vnesl do psychiatrie vývojová hlediska a stal se zakladatelem dětské a soudní psychiatrie. Koncem 19. a začátkem 20. století bylo vytvořeno lékařské třídění psychóz. Rozvinula se takzvaná velká psychiatrie (léčení psychóz) na rozdíl od malé psychiatrie (neurózy a psychopatie).

V druhé polovině 20. století sílí prevenční zaměření v psychiatrii. Studují se zejména hraniční stavy mezi zdravím a nemocí, roste význam duševní hygieny a účinné rehabilitace v souvislosti se změnami ve způsobu života a snahou o všestranný rozvoj zdravé osobnosti.

[1]

5 Destigmatizace

Destigmatizace si klade za cíl odstranit nežádoucí stigmatizaci skupiny osob. Během posledních let byla v mnoha zemích vyvinuta řada iniciativ, které mají za cíl snížení stigmatu duševní nemoci ve společnosti. Jednotlivé destigmatizační aktivity, působí na určité skupiny a poskytováním objektivních informací ovlivňují názory a změny pohledu na duševně nemocné. Na tomto procesu se podílí odborníci a značnou měrou i nemocní, lidé z jejich okolí a často i jejich rodiny. Právě účast nemocných a jejich blízkých umožňuje rozšiřování věrohodných informací, protože jedině přiblížení se nemocných veřejnosti může pomoci změnit pohled na ně. Vzhledem k tomu, že

duševních onemocnění přibývá a velká část lidí ve svém životě získá osobní zkušenost s duševní chorobou je tento proces přínosným i pro „zdravé“. Značný vliv na vnímání společnosti mají v dnešní době veřejná media, mají tu schopnost ovlivňovat názory velké skupiny lidí, a to jak negativně tak pozitivně, proto je nesmírně důležité aby media poskytovala objektivní informace a zapojovala se do destigmatizačních aktivit.

[19]

6 Destigmatizační aktivity v Čechách

Během posledních let byla v České republice vyvinuta řada iniciativ, jež měly za cíl snižování stigmatu duševní nemoci ve společnosti celkově i uvnitř specifických skupin. Součástí jsou: destigmatizační kampaně, veřejné diskuze, přednášky, programy stimulující zaměstnanost duševně nemocných, posilování uživatelských skupin a organizací, zavádění legislativy podporující práva duševně nemocných

6.1 Destigmatizační kampaně

Od roku 1990 se každoročně v průběhu měsíce září a října konají po celé zemi „Týdny pro duševní zdraví“ na mnoha místech se konají výstavy, koncerty a probíhají veřejné diskuze.

Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, zahájilo v dubnu 2004 projekt nazvaný Změna. Tento projekt je součástí celosvětového destigmatizačního projektu „Otevřme dveře“. Hlavním cílem tohoto projektu je zlepšení péče o duševně nemocné prostřednictvím osvěty u široké veřejnosti o duševních poruchách. Destigmatizace a vyvíjení snahy zaměřené na transformaci systému psychiatrie v České republice.

[19]

Jednou z akcí konaných v rámci projektu Změna byl například seminář v senátu České republiky konaný 24. 11. 2004 na téma: Patříme s úrovní péče o duševně nemocné do Evropské unie?

[19]

V prosinci roku 2004 byl také vytvořen spot s názvem „Právo volby“ a to ve spolupráci s celonárodní organizací příbuzných duševně nemocných Sympathea. Byl distribuován mezi členy poslanecké sněmovny a senátu a upozornil především na to, že v naší zemi existují lidé trpící duševními poruchami a zaslouží si kvalitní léčbu.

[21]

V roce 2005 proběhla v pražském metru a stanicích veřejné městské dopravy destigmatizační kampaň v podobě plakátů s příběhy nemocných, výstavy obrazů, anonymní poradenství, internetové poradenství.

[19]

Od roku 1992 se každoročně koná v měsíci květnu festival „Mezi ploty“ v areálech psychiatrických léčeben (Praha Bohnice, Dobřany, Brno Černovice) jeden až dva dni koncertů pro veřejnost.

[19]

Velmi důležité je zapojit veřejná média, protože, to jak představují problematiku oboru psychiatrie, značně ovlivňuje veřejné mínění.

„ Na televizních obrazovkách defilují před dojatým divákem sešlé a vyhaslé obličeje duševně nemocných žijících za mřížemi v neutěšených podmínkách. “

[Styx, P. *O psychiatrii*. 2003. s. 9]

6.2 Zapojení uživatelů v destigmatizaci, občanská sdružení

Veřejnosti je asi nejznámější zapojení uživatelů do projektů tréninkových kaváren a obchodů (Green Doors, Lomikámen, Fokus Vysočina). Prostřednictvím těchto projektů se klienti dostávají do kontaktu s veřejností jako obsluha, což umožňuje přichozím

zákazníkům vytvořit si objektivní názor na lidi s duševními poruchami. Někteří se zde s takto nemocnými setkávají poprvé v životě a získávají vlastní zkušenost, která jim většinou pomůže pochopit, že tito lidé jsou zcela stejní, jako všichni ostatní jen mají své problémy, ale ty má přeci každý člověk žijící v dnešní společnosti.

Poradenství poskytované uživateli občanského sdružení VIDA. Uživatelé psychiatrických služeb sami poskytují poradenství dalším lidem potřebným pomoci v této oblasti. Poradenství probíhá v osmi advokátních centrech v různých městech České republiky.

[19]

Občanské sdružení HOPDN (Hnutí na ochranu práv duševně nemocných) se zabývá především pomocí pacientům obhajobou jejich základních lidských práv a pomocí v jejich sociálních problémech. Naš právní řád, bohužel, nezaručuje psychiatrickým pacientům základní lidská práva, což je dokonce v rozporu s naší ústavou. Psychiatrický pacient může být hospitalizován v léčebně nedobrovolně, aniž by se mohl účinně bránit. Psychiatrický pacient může být léčen naprosto nevyhovujícími léky, aniž by měl možnost se proti tomu ohradit. Proti tomuto hrubému porušování základních lidských práv zaručovaných naší ústavou, ale již bohužel nezajištěných našimi zákony, tedy nevymahatelných ani soudně, se snaží všemi svými prostředky bojovat právě HOPDN. HOPDN je v podstatě jediná organizace tohoto typu v České republice. Hlavními prostředky pro boj je především zveřejňování této situace a upozorňování v médiích na tuto problematiku široké veřejnosti.

[17]

Další možností, jak pomoci destigmatizaci, jsou svépomocné skupiny. Existence svépomocných skupin má jasný účel poskytnout psychickou podporu lidem trpícím psychickou poruchou a jejich rodinám. Svépomocné skupiny pomáhají vyrovnat se jak s psychickými problémy, tak se stigmatizovaným postavením ve společnosti. Svépomocná skupina využívá téměř všechny terapeutické faktory skupinové psychoterapie, zvláště altruismus, soudržnost, univerzalitu, chování nápodobou,

dodávání naděje. Je zde více empatických reakcí než v samotné skupinové psychoterapii, protože téměř chybějí interpretace a konfrontace.

[15]

Česká asociace pro psychické zdraví sdružuje odborníky, nemocné a jejich blízké. Za cíl má podporu duševního zdraví a rozvoj humánních a komunitně orientovaných přístupů v péči o duševně nemocné

Celorepubliková organizace Sympathea sdružuje příbuzné duševně nemocných a pokouší se jim pomoci řešit vzniklé problémy a podpořit je v obtížných situacích spojených s onemocněním.

[15]

Dále existuje řada občanských sdružení například Egosum, Eset-Help, Fokus. Často nabízejí centra denních aktivit, chráněné dílny a podílejí se na akcích zaměřených na destigmatizaci.

6.3 Destigmatizační aktivity zaměřené na školy

Stereotyp stigmatu duševní nemoci je ve společnosti předáván mladší generaci, proto je velice důležité působit vhodným způsobem již na děti.

Program probíhající na školách „Blázníš? No a!“ Diskuze se studenty na středních školách za účasti odborníků i uživatelů služeb. Program vychází z moderních výzkumů psychiatrické stigmatizace, které ukazují, že dostatek objektivních informací o duševním onemocnění a léčbě odbourávají myšlenkové stereotypy, strach a odstup.

Projektová výchova, péče o duševní zdraví a osobnostní rozvoj by měly nedílně patřit do povinného programu všech škol s cílem zlepšit výchovnou a vzdělávací práci.

Jenom příjemná atmosféra ve škole nabízí žákům a učitelům psychickou a fyzickou pohodu a podmínky pro individuální růst.

[20]

Projekt BLÁZNÍŠ? NO A! má za cíl

o zabývat se problematikou lidského života

o zastavit se přemýšlet a mluvit o sobě samém

o poskytnout více informací o psychickém zdraví

o zabývat se způsoby pro udržení zdraví nebo uzdravení

o chápat krizi i jako šanci a příležitost na změnu

o získat a mít kritický pohled na předkládaný mediální obraz duševní nemoci

o předsudky, zkoumat a lépe je chápat

o v mezilidských vztazích uplatňovat více otevřenost, pochopení a toleranci

o učit se pro život

[20]

6.4 Destigmatizace psychiatrie v medicíně

„ Psychiatrie byla odjakživa vyhledávaným společenským terčem. Psychiatři, jsou pro veřejnost postavičkami z grotesky, které stříkají vodu z hadice na zcela normálního člověka.“

[Styx, P. *O psychiatrii*. 2003. s. 8]

Pracovníci v zdravotnictví by měli znát základy prevence, diagnostiky, léčby duševních poruch. U pacientů s duševní poruchou, vyhledávat potřeby a ovlivňovat je ve vztahu k aktivitám denního života pacientů.

[12]

Dále by měli znát postupy zvládání náhlých příhod, krizových situací s použitím technik managementu komplikací, zásad komunikace a základních psychoterapeutických postupů u pacientů s duševními poruchami. Znat předpisy související s poskytováním specializované ošetrovatelské péče na psychiatrii.

[12]

Potřebné dovednosti pro zdravotní sestry pracující s duševně nemocnými jsou:

Posuzovat, diagnostikovat, plánovat, realizovat a hodnotit vysoce specializované ošetrovatelské činnosti respektující zvláštnosti přístupů ke klientům s jednotlivými duševními poruchami, pracovat s dokumentací.

- samostatně zabezpečovat individuální potřeby klientů v souladu s nejnovějšími vědeckými poznatky a klinicky ověřenými ošetrovatelskými postupy,
- provádět bezpečnostní opatření v případě hrozícího rizika ublížení na zdraví klientem sobě nebo okolí, zvládat omezovací techniky a pravidla jejich použití,
- komunikovat hodně s duševně nemocnými i jejich rodinami,
- edukovat pacienty a jejich rodinné příslušníky se zaměřením na specifika života lidí s duševní poruchou ve vlastním sociálním prostředí, spolupracovat na prevenci další ataky onemocnění,
- umět realizovat a vést ošetrovatelský výzkum v rámci specializovaného psychiatrického pracoviště.

[12]

Všechny zdravotní sestry setkávající se při výkonu svého povolání s duševně nemocnými by měly znát a dodržovat pravidla etiky ošetrovatelské péče v psychiatrii:

- sestra vždy respektuje kodex své profese
- uplatňuje holistický přístup ke klientovi
- respektuje individuální osobnost klienta
- vytváří společně s klientem terapeutický vztah naplněný vzájemnou důvěrou a porozuměním
- vytváří u klienta pocit bezpečí
- ve vztahu ke klientovi vystupuje za všech okolností taktně a otevřeně
- volí jasný a účinný způsob komunikace jak s klientem, tak se členy svého pracovního týmu
- vystupuje jednotně ve své verbální i neverbální komunikaci
- aktivně klientovi naslouchá
- zvládá a koriguje u klienta maladaptivní vzorce chování
- ve svém jednání a chování uplatňuje vlídnost, trpělivost a empatičnost
- respektuje klienta v jeho vlastnostech a projevech, zvláštnostech věku, pohlaví, náboženského vyznání, politického přesvědčení, etnického původu a socioekonomického statusu
- rozumí svým vlastním potřebám, hodnotám, zájmům a postojům, přednostem a nedostatkům
- zvládá vlastní negativní emoce jako je hněv, úzkost
- využívá svých kladných vlastností ve prospěch klienta
- uplatňuje přirozenou autoritu, sebedůvěru [12]

„Profesionální zdravotník zde musí být řádným členem uzavřené vnitřní skupiny, která sama sebe definuje tím, že se na oddělení vyděluje. Hraje tak jen jinou, pro nemocného nepřiliš povzbudivou hru (já jsem menší blázen než ty).“

[Styx, P. *O psychiatrii*. 2003. s. 170]

7 Průběh destigmatizace v zahraničí

Vzhledem k tomu, že lidé, kteří se v průběhu svého života potýkají s některou z duševních poruch, narůstá, narůstá ve společnosti i potřeba se s tímto problémem efektivně vypořádat. Také je stále více kladen důraz na dodržování základních lidských

práv duševně nemocných a to i především k tomu, že patří do velice ohrožené skupiny obyvatel. Sami často nejsou schopni bránit svá práva, a proto je nutné zajistit kvalitní systémově zajištěný a fungující systém jejich ochrany.

„Deklarace práv duševně nemocných

Rezoluce schválená Valným shromážděním OSN (ORGANIZACE SPOJENÝCH NÁRODŮ) dne 20. 12. 1972

- 1. Duševně nemocný má, pokud je to jen možné, stejná práva jako ostatní občané*
- 2. Duševně postižený občan má nárok na přiměřené lékařské ošetření a terapii odpovídající jeho potřebám, jakož i nárok na takové vzdělání, trénink, rehabilitaci a podporu, které co nejvíce pomohou rozvinout jeho možný potenciál schopnosti.*
- 3. Duševně nemocný má právo na hospodářské zajištění a přiměřený životní standard. Má také právo na produktivní práci nebo odpovídající zaměstnání, které odpovídá pokud možno jeho schopnostem.*
- 4. Tam, kde je to možné, měl by duševně nemocný žít se svojí vlastní nebo opatrovnickou rodinou a s ní společně sdílet život. Rodina, ve které žije, by měla ke společnému životu obdržet podporu. Pokud je nutný pobyt v zařízení, pak by se způsob života v tomto zařízení a podmínky v něm měly přiblížit normálnímu životu, jak je to jen možné.*
- 5. Duševně postižený občan má právo na kvalifikovaného opatrovníka, pokud je to k jeho blahu a zájmům žádoucí*
- 6. Duševně postižený občan má právo na ochranu před zneužíváním, pohrdáním a ponižujícím jednáním. Pokud je obžalován za přečin, pak má právo na řádné soudní vyšetřování a posouzení jeho míry odpovědnosti se zřetelem na jeho postižení.*
- 7. Pokud duševně nemocný člověk není v důsledku svého postižení schopen v plném rozsahu využít všechna svá práva, nebo pokud by bylo nutné některá nebo všechna práva omezit či odejmout, musí se při průběhu omezení nebo odejmutí práv prokázat příslušná právní jistota proti jakékoliv formě zneužití.*

Tento proces musí vycházet z odborného posouzení sociálních schopností duševně postižené osoby a musí podléhat pravidelné kontrole, jakož i právu se odvolat k vyšší instanci.“

Deklarace práv duševně nemocných [on line]. [cit. 10. 10. 2011]. Dostupné z www: http://vn1.xf.cz/ose/ose-prava_dusev_nem.php

***„Deklarace lidských práv a duševního zdraví
schválená Světovou federací pro
duševní zdraví v r. 1989***

Práva duševně nemocných

Diagnóza duševní choroby má být v souladu s přijatými lékařskými, vědeckými a etickými normami. Obtíže při adaptaci na morální, sociální a politické a jiné hodnoty nemají být samy o sobě považovány za duševní nemoc.

Základní práva osob, které jsou označeny jako duševně nemocné, odborně diagnostikovány jako duševně nemocné, léčeny jako duševně nemocné a považované za duševně nemocné nebo trpící emočními problémy, jsou stejná jako práva všech ostatních občanů.

Proto je také nutné:

- nepovažovat duševně nemocného v žádné situaci a za žádných podmínek za vyčleněného z lidské společnosti*
- jednat s ním jako rovný s rovným, byť by tuto představu narušoval svým myšlením, chováním, konáním a stavem narušoval*
- chránit jeho práva ve všech ohledech, byť si jich není vědom nebo nedává najevo, že si jich je vědom*
- informovat jej o jeho stavu sociálním i zdravotním, o možnostech nápravy a léčby a být mu nápomocen*
- informovat jej o jeho právech, respektovat je a pomáhat mu k jejich dosažení“*

Zákony pro ochranu duševně nemocných [on line]. [cit. 1. 10. 2011]. Dostupné z www: <<http://www.spdn-cr.org/zakony-pro-dusevne-nemocne/>>

Organizace spojených národů. V únoru 1992 přijalo Valné shromáždění OSN rezoluci číslo 119, která prohlašuje léčbu a péči o duševní nemoc za lidské právo. Tato rezoluce byla základním 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 obsahující základní principy.

[22]

Všechny osoby mají právo na zajištění nejlepší dosažitelné péče o duševní zdraví.

Všem osobám s duševní nemocí, které jsou pro takovou nemoc léčeny, bude zajištěna léčba s lidskostí a úctou k přirozené důstojnosti člověka.

Nevznikne nikdy žádná diskriminace na podkladě duševního onemocnění. Diskriminace znamená jakékoliv rozdíly, to znamená vyloučení nebo přednost, které odstraňují nebo narušují stejný přístup k právům.

Každá osoba s duševním onemocněním má zajištěna všechna práva, která jsou uznána v univerzální Deklaraci lidských práv

Stanovení diagnózy duševní nemoci, musí být provedeno v souhlasu s mezinárodně uznávanými lékařskými standardy.

Každý pacient bude chráněn před omezením vznikajícím neodůvodněnou farmakologickou léčbou, zneužíváním ze strany ošetřujícího personálu a ostatních pacientů.

Každý pacient má právo na léčbu v nejméně omezujícím prostředí a nejméně omezujícími nebo obtěžujícími prostředky vzhledem k zajištění vlastního bezpečí a potřebám svého zdravotního stavu.

[22]

Péče o duševně nemocné se stává i ekonomickým problémem, vzhledem k počtu nemocných i finanční nákladnosti léčby. Nemocní jsou často i dlouhodobě nemocní a mnohdy je i jejich opětovný návrat do stávajícího zaměstnání nemožný. Často zůstávají proto doma na sociálních dávkách a to i přes to, že mnoho z nich by rádo pracovalo, ale vhodných míst je stále málo. Jejich nárůstu by však také měly napomoci destigmatizační aktivity.

V roce 1996 byl Světovou psychiatrickou asociací (the World Psychiatric Association) v Ženevě definován a odstartován celosvětový program pro boj se

stigmatem, předsudky a diskriminací z důvodu onemocnění schizofrenií. Je nazván “Open the doors” a do češtiny překládán jako „Otevřme dveře“. Jeho cílem je:

- Zvýšit povědomí a znalosti o onemocnění schizofrenie a možnostech její léčby
- Zlepšit postoje veřejnosti k osobám s tímto onemocněním a jejich rodinám
- Vytvářet opatření pro omezení diskriminace a předsudků

[19]

Místem pro spuštění programu se stala Kanada. Program je nyní již celosvětový, neboť byl kromě Severní Ameriky postupně započat na všech kontinentech, tedy ve většině zemí Evropy, v Austrálii, ale i v Asii (Japonsko, Indie), Jižní Americe (Chile, Brazílie) a v Africe (Egypt, Maroko).

Specifikum programu je to, že destigmatizační aktivity jsou individuálně voleny na základě konkrétních potřeb a možností podmínek v té které zemi či lokalitě.

Významnou součástí destigmatizace je i působení prostřednictvím sdělovacích prostředků

Ve většině zemí jsou zvoleny prostředníkem pro přenos destigmatizačního poselství právě sdělovací prostředky, jejichž sdělení se dotýkájí velkého procenta veřejnosti. Jsou vysílány televizní spoty zaměřené na problematiku duševních onemocnění a nutnost odstranění nežádoucího stigmatu, taktéž filmy s touto problematikou, v novinách jsou této otázce věnovány pravidelné příspěvky ve formě článků s destigmatizačním poselstvím. Jsou pravidelně realizovány diskusní pořady v rozhlasech s odborníky z oblasti péče o duševní zdraví a osobami s diagnózou duševní nemoci, přičemž posluchači mohou do těchto pořadů volat či psát své otázky na účastníky debaty.

Například v Rakousku byla televize zvolena za hlavní médium sdělování informací a působení na veřejnost. Byl zde natočen televizní spot o délce 15 a 30 sekund, který byl promítán v rakouské televizi a kinech. Byla zde také navázána spolupráce Rakouské společnosti pro psychiatrii a psychoterapii s největšími rakouskými celonárodními novinami Kronenzeitung, kde se pravidelně každý týden objevuje stránka věnovaná tématům spojeným s duševním zdravím.

Monitorováním novinových článků také lze zkoumat míru úspěšnosti realizovaných

destigmatizačních aktivit. V Itálii se takový průzkum konal v roce 1998 a následně v roce 2002, přičemž byl zaznamenán nárůst pozitivních článků o duševním zdraví a duševních nemocech již po čtyřech letech destigmatizačního úsilí.

[19]

Destigmatizace prostřednictvím kulturních aktivit získává v dnešní době na důležitosti. Organizovány bývají promítání tematických filmů v kinech a představení v divadlech, spojené také s následnými besedami.

V Řecku bylo součástí destigmatizační kampaně promítání divadelní hry Proof, která vypráví příběh mladé ženy, jejíž otec, profesor matematiky trpí nespecifikovanou duševní poruchou. Významní novináři a politici byli pozváni na speciální představení této hry a po jejím skončení byli vyzváni k otevřené diskuzi o pojetí duševního zdraví a nemoci v jejich zemi.

[18]

Slovenské televizní stanice společně s nevládní organizací pracující s médii na Slovensku vytvořily ve spolupráci se společností Irrsinnig Menschlich z Německa filmový seminář „Proti obrazům v hlavě“, během nějž osm žen a mužů s diagnózou schizofrenie a pocházejících z obou států vytvořilo s týmem čtyř zástupců mediální sféry dokumentární film “The Boss is the Patient“, který bude představen širokému publiku v mnoha zemích na mezinárodních festivalech a přehlídkách

[18]

Mnoho dalších akcí včetně četných výstav uměleckých děl, knižních projektů spojených s autorským čtením duševně nemocných je prováděno v zemích po celém světě.

V Brazílii byl v roce 2001 zahájen „Projekt kniha“, jehož cílem je vytváření textů s příběhy a zkušenostmi souvisejícími s diagnostikovaním schizofrenie, průběhu této nemoci, léčbě a uzdravení se. Tyto texty jsou vytvářeny osobami s diagnózou schizofrenie, dále těmi, kteří tuto nemoc prodělali v minulosti a jsou již vyléčení, jejich

rodinnými příslušníky a odborníky z oblasti péče o duševní zdraví. Výsledná kniha je zaměřená především na laickou veřejnost.

[18]

Destigmatizace prostřednictvím edukačních aktivit, v řadě zemí jsou realizovány vzdělávací aktivity. Spojené jsou s prezentacemi pro studenty na středních školách. Studenti vysokých škol oboru psychiatrie či psychologie se mohou účastnit na vytváření materiálů jako brožur, informačních balíčků s letáky a prospekty o schizofrenii a negativním dopadu stigmatu s ní spojeným. Tyto informační materiály jsou následně distribuovány například do zdravotnických zařízení, do kin, divadel a podobně. Zajímavým počinem se zdá být pořádání výtvarných akcí pro studenty středních škol, v nichž mají jednotlivé skupiny za úkol předávat osvětu svým vrstevníkům v otázkách stigmatizace a diskriminace, jež jsou se schizofrenií spojeny. Vítězné skupiny jsou odměněny a jimi vytvořené plakáty jsou zveřejněny. Byly umístěny v městské hromadné dopravě a publikovány na internetu. Všem těmto aktivitám logicky předchází vzdělávání samotných učitelů a především jejich obeznámení s důvody pro začlenění problematiky duševních nemocí a stigmatu s nimi spojených do výukových osnov.

Vytvářejí se směrnice pro pracovníky ve zdravotnictví při jednání s osobami zažívajícími akutní psychotickou epizodu, v mnohých zdravotnických zařízeních probíhají edukační semináře pro lékaře. V některých zemích se i policisté, sociální kurátoři, pracovníci soudnictví či duchovenstvo účastní edukačních seminářů a diskuzí o problematice schizofrenie a s ní spojené stigmatizaci a diskriminaci v mnohých oblastech života.

V Polsku se konaly edukační semináře pro duchovenstvo katolické církve, která následně financovala část aktivit zaměřujících se na chráněné bydlení osob s diagnózou schizofrenie. V Polsku se též od roku 2002 koná vždy 15. září „Den solidarity s lidmi trpícími schizofrenií“. Tato akce zahrnuje přednášky, výstavy, autorská čtení poezie a další a spojuje lidi z místních komunit.

[18]

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

8 Cíle a předpoklady práce

Tato práce si kladla za cíl posoudit, zda a jak duševně nemocní vnímají stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie z pohledu nemocných samých. Stigmatizace oboru psychiatrie a duševně nemocných má kořeny v dávné historii lidstva. Moderní doba sebou přináší nové vědecké poznatky o duševních chorobách, k dispozici jsou moderní a účinné léky. To je však pouze jednou strano mince, protože mínění společnosti v mnohém za pokrokem vědy často dosti pokulhává. Změnit povědomí společnosti a zažité stereotypní myšlenky není často tak jednoduché. Proto se nemůžeme divit, že duševně nemocní se stále ještě zdráhají ve společnosti otevřeně hovořit o své nemoci.

Stanovené hypotézy:

1. Nejméně 70 % nemocných zažilo negativní reakci okolí při sdělení, že se léčí na psychiatrii
2. Více jak 50 % respondentů se nestydí otevřeně hovořit o svém léčení na psychiatrii
3. Alespoň 70 % respondentů by bylo ochotno zúčastnit se projektu zaměřeného na změnu pohledu společnosti na duševně nemocné

9 Metodika výzkumu

K získání potřebných informací jsem použila kvantitativní metodu dotazníkového šetření. Dotazník je sestaven z šestnácti uzavřených otázek. Všechny otázky byly výběrové. Část otázek se věnovala způsobu, jakým nemocní seznamovali a seznamují svou rodinu a okolí se svým zdravotním stavem, další část se zabývá subjektivními pocity klientů z reakcí okolí i jejich nejbližších na jejich nemoc. Dvě otázky jsou věnovány i přístupu zdravotnického personálu mimo obor psychiatrie, hodnocení opět vychází z čistě subjektivního vnímání duševně nemocných. Poslední část otázek je věnována destigmatizačním aktivitám.

Cílovou skupinou tohoto výzkumu byli lidé s duševní chorobou. Dotazníky jsem poskytla klientům libereckého Fokusu a pacientům psychiatrického oddělení Krajské nemocnice Liberec. Celkem jsem rozdala 62 dotazníků, vyplněných se vrátilo 47, to znamená 76 %, což považuji vzhledem k velmi osobnímu charakteru otázek za velmi dobrý výsledek. Z celkového počtu respondentů bylo 16 mužů a 31 žen.

Výzkum probíhal v období měsíců říjen-listopad roku 2010. Dotazníky byly distribuovány prostřednictvím ochotných zaměstnanců oddělení psychiatrie a Fokusu Liberec, domnívám se, že tím byla zajištěna vyšší návratnost dotazníků vzhledem k již vybudované vzájemné důvěře. Dotazníky byly plně anonymní, respondentům byly nabídnuty obálky a odevzdání se uskutečňovalo prostřednictvím vhození do uzavřené nádoby.

10 Výsledky výzkumu a jeho analýza

Otázka 1

Máte pocit, že Vás duševní nemoc, omezuje v běžném životě

Otázka číslo jedna se zabývá tím, jak lidé s duševním onemocněním vnímají míru omezení ve svém běžném životě. Má se na mysli zcela jejich subjektivní pocit, v něm by se mělo sloučit vnímání vlivu okolí, které na ně působí v každodenním životě. To znamená vliv jejich nejbližších a lidí, se kterými se každodenně setkávají.

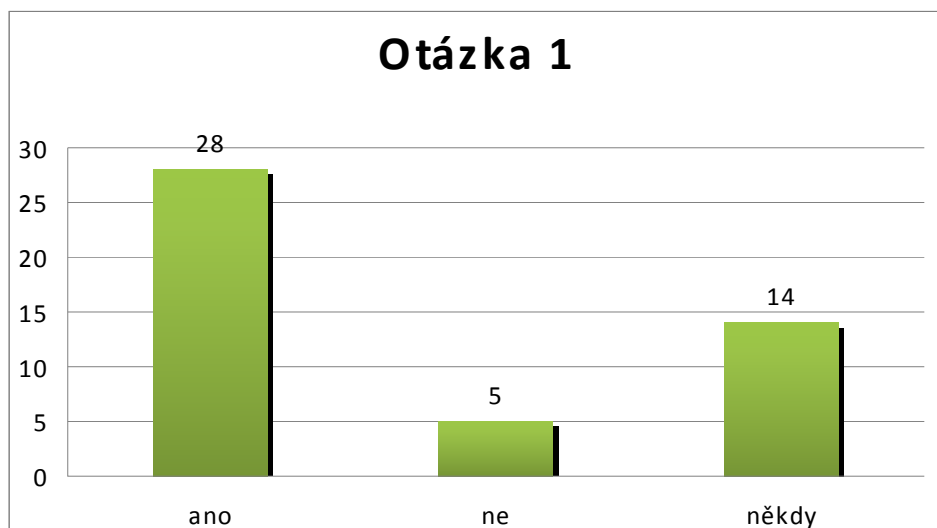
Výsledků znázorněných v tabulce a grafu číslo jedna vyplívá, že více jak polovina respondentů, to znamená, téměř šedesát procent se cítí omezeno ve svém běžném životě. Třicet procent omezení pociťuje pouze občasně a pouze deset procent se necítí svou nemocí nijak omezováno.

Takové výsledky se jistě daly očekávat, domnívala jsem se, že procento respondentů, které uvede, že se necítí omezeno svou nemocí, bude ještě nižší. Odpověď je ale závislá i na současném zdravotním stavu a v jaké fázi onemocnění se dotyčný nachází.

Vliv má určitě i to jak dlouho nemocný s chorobou žije a do jaké míry se již vyrovnal s omezeními, které mu do života přináší.

Tabulka 1 Omezení života nemocí

Ot.1	n	%
ano	28	59,57%
ne	5	10,64%
někdy	14	29,79%
Celkový součet	47	100,00%



Obr. 1 Graf omezení života nemocí

Otázka 2

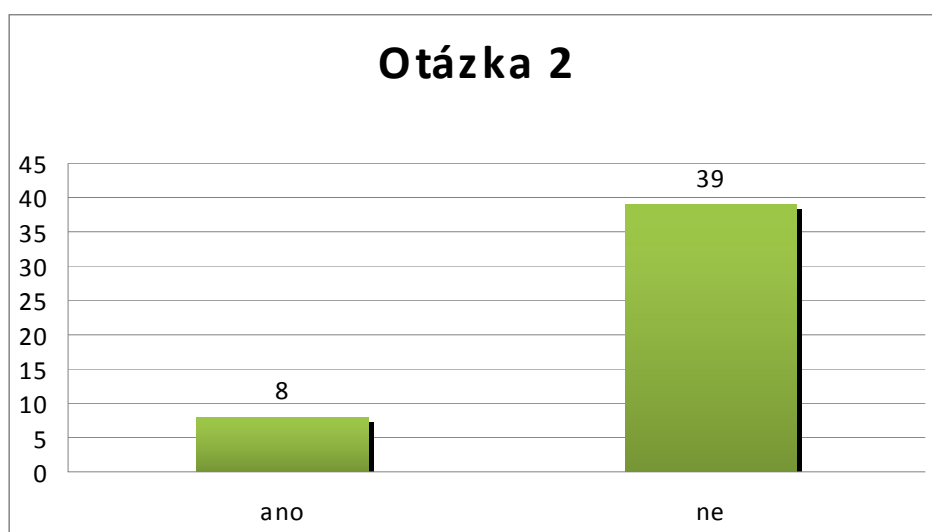
Tajíte své onemocnění před blízkými

V otázce číslo dvě, respondenti uváděli, zda svou nemoc tají před svými blízkými, myslí se tím rodina a nejbližší přátelé. Jak z tabulky a grafu číslo dvě vyplývá, sedmnáct procent dotazovaných tají svou nemoc před svým nejtěsnějším okolím, dle mého názoru, je to poměrně hodně a domnívám se, že takové jednání musí těmto lidem dosti komplikovat život. Vzhledem k tomu, že duševní choroby velmi často znamenají dlouhodobé hospitalizace a velmi náročnou léčbu, musí být velmi těžké najít nějaké smysluplné vysvětlení, které tito lidé předloží svému okolí. Také je jasné, že nemocní, kteří nemají podporu svého nejbližšího okolí, musí nemoc i léčbu mnohem hůře snášet, což snižuje i její efektivitu.

Téměř osmdesát tři procent dotazovaných uvedlo, že svou nemoc před okolím netají.

Tabulka 2 Tajíte své onemocnění před blízkými

Ot.2	n	%
ano	8	17,02%
ne	39	82,98%
Celkový součet	47	100,00%



Obr. 2 Graf tajíte své onemocnění před blízkými

Otázka 3

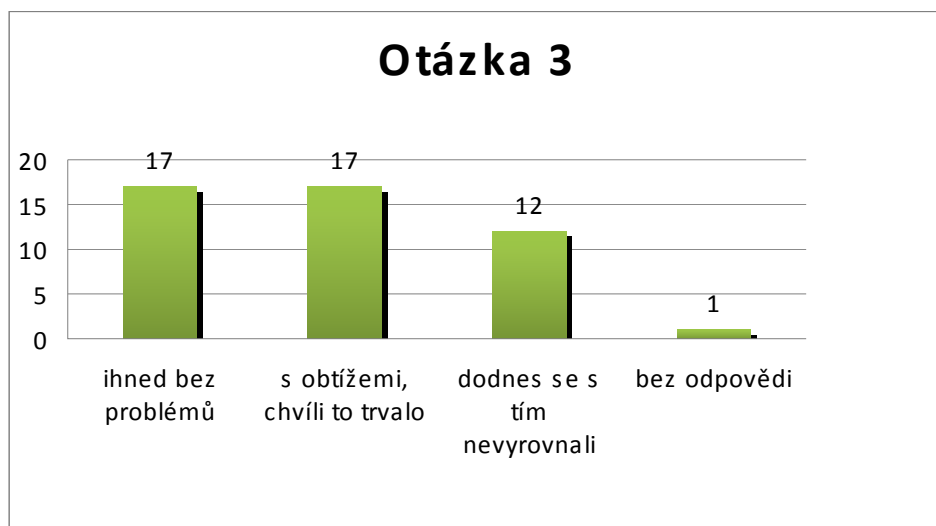
Jak přijala rodina vaši nemoc

Rodina je pro nemocného vždy ta nejbližší, na jejím působení a podpoře je závislý i efekt léčby a to platí nejen u duševních chorob, ale zde je to asi jeden z nejdůležitějších aspektů. Člověk trpící duševní chorobou se velmi často straní společnosti cizích lidí, právě proto je podpora ze strany rodiny tak důležitá, člověk by neměl být v tak složité životní situaci nikdy sám.

Z výsledků znázorněných v tabulce a grafu číslo tři však vyplývá, že i rodina nemocného má velmi často potíže vyrovnat se s nastalou situací, to znamená, že ani podpora pro nemocného zde nebude fungovat stoprocentně. Asi čtvrtina dotazovaných má pocit, že jejich rodina se dodnes plně nevyrovnala s nemocí, která je postihla. Z toho vyplývá, že cítí ze strany rodiny jisté negativní pocity. Pouze třicet šest procent má pocit, že se jejich blízcí s nemocí vyrovnali bez větších problémů a tím pádem mohou počítat i s jejich stoprocentní podporou. Stejně procento uvedlo, že jejich blízcí se se situací vyrovnali, ale nebylo to hned. To je zcela pochopitelné, protože duševní choroba v rodině je v naší společnosti stále ještě něco, s čím mají lidé potřebu se tajit a mají strach z reakce okolí, často ani sami příbuzní nemají zpočátku dostatek informací o dané chorobě a neví, jaká omezení přinese choroba do budoucna jejich blízkému a tím pádem i celé rodině.

Tabulka 3 Jak přijala rodina vaši

Ot.3	n	%
ihned bez problémů	17	36,17%
s obtížemi, chvíli to trvalo	17	36,17%
dodnes se s tím nevyrovnali	12	25,53%
bez odpovědi	1	2,13%
Celkový součet	47	100,00%



Obr. 3 Graf jak přijala rodina vaši nemoc

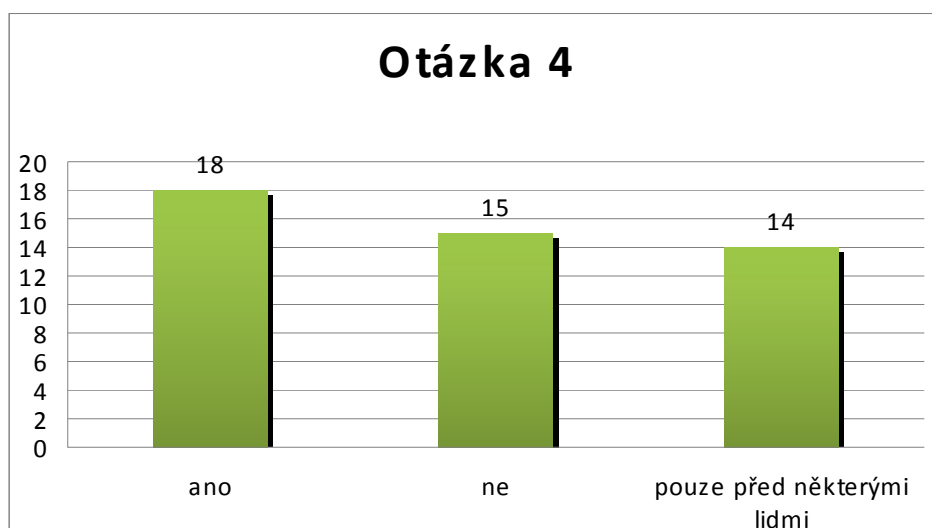
Otázka 4

Tajíte své onemocnění před okolím

V tabulce a grafu číslo čtyři se znázorňují odpovědi tykající se otevřenosti nemocných vůči svému okolí. Je celkem překvapivé, že téměř třicet dva procent respondentů otevřeně hovoří o své chorobě před svým okolím, to znamená, že okolí o nemoci ví. Třicet osm procent respondentů svou nemoc tají, což se jeví pochopitelné při stále ještě často negativním vnímání duševně nemocných společností. Přibližně stejné procento lidí si vybírá, komu se svěří a komu ne.

Tabulka 4 Tajíte své onemocnění před okolím

Ot.4	n	%
ano	18	38,30%
ne	15	31,91%
pouze před některými lidmi	14	29,79%
Celkový součet	47	100,00%



Obr. 4 Graf tajíte své onemocnění před okolím

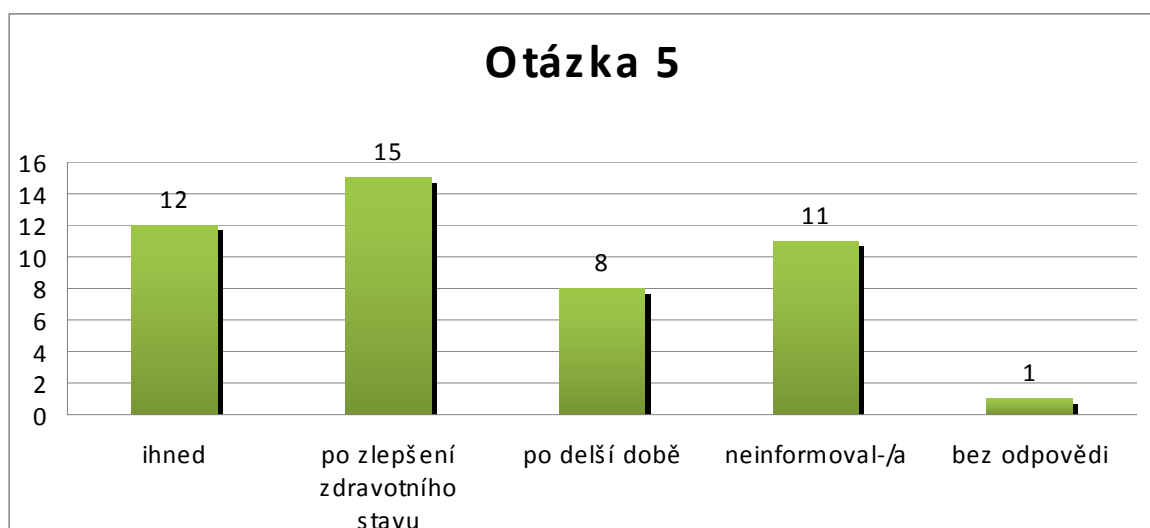
Otázka 5

Po jaké době jste informoval/a okolí o vaší nemoci

Odpověď na tuto otázku záleží na závažnosti průběhu prvních příznaků choroby, jistě bude rozdílná situace u lidí s mírnou depresí a u lidí, kteří onemocní například schizofrenií. Je ale zřejmé z tabulky a grafu číslo pět, že nejvyšší procento respondentů čeká s oznámením choroby až na chvíli, kdy se jejich stav zlepší a kdy i oni sami jsou již s chorobou lépe srovnáni. Čtvrtina respondentů informovala své okolí ihned a dvacet tři procent jej doposud neinformovali vůbec. Sedmnáct procent tak učinil delší dobu po propuknutí nemoci.

Tabulka 5 Po jaké době jste informoval/a okolí o vaší nemoci

Ot.5	n	%
ihned	12	25,53%
po zlepšení zdravotního stavu	15	31,91%
po delší době	8	17,02%
neinformoval-/a	11	23,40%
bez odpovědi	1	2,13%
Celkový součet	47	100,00%



Obr. 5 Graf po jaké době jste informoval/a okolí o vaší nemoci

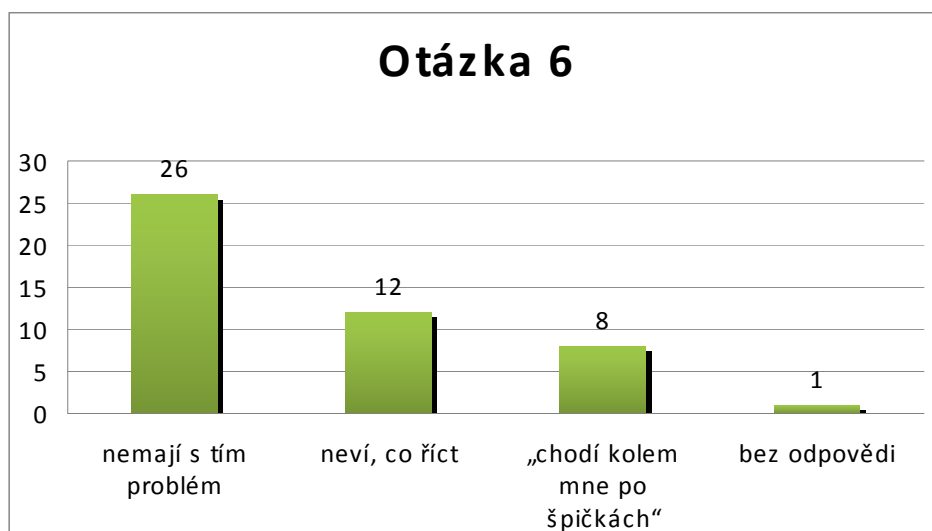
Otázka 6

Jak reaguje vaše okolí na tuto skutečnost

Šestá otázka se zabývá reakcí okolí po sdělení diagnózy. Z výsledků znázorněných v tabulce a grafu číslo šest vyplývá, že padesát pět procent respondentů nepocítují problémy v přijetí nemoci okolím. Čtvrtina pocítuje rozpaky okolí a sedmnáct procent vnímá reakci okolí jako opatrnou a mající za cíl šetřit je.

Tabulka 6 Jak reaguje vaše okolí na tuto skutečnost

Ot.6	n	%
nemají s tím probl	26	55,32%
neví, co říct	12	25,53%
„chodí kolem mne	8	17,02%
bez odpovědi	1	2,13%
Celkový součet	47	100,00%



Obr. 6 Graf jak reaguje vaše okolí na tuto skutečnost

Otázka 7

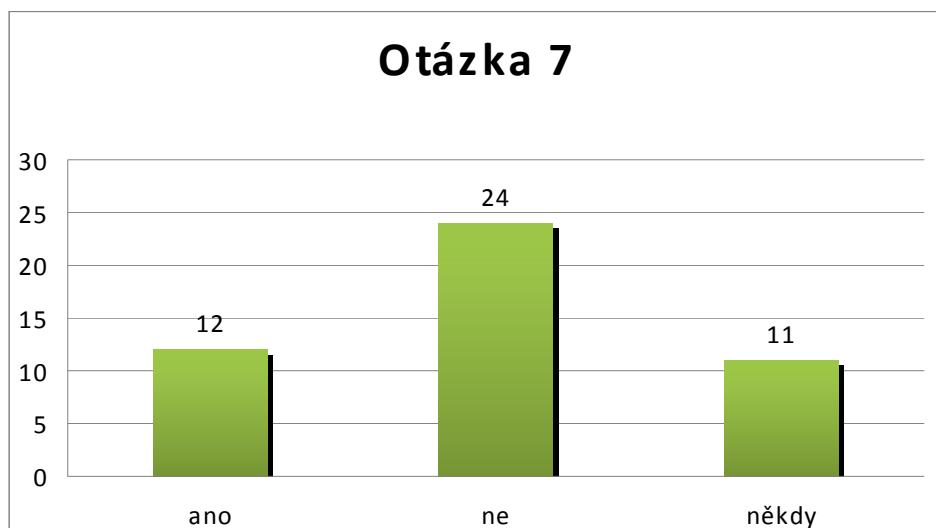
Myslíte, že váš obvodní lékař k Vám má jiný přístup z důvodu vašeho duševního onemocnění

Je jisté, že duševní choroba nemocné často stigmatizuje. Zdravotníci, i když jsou z jiných oborů, by měli mít alespoň povrchní znalosti a neměli by nemocné nijak soudit, jak to mnohdy dělá laická veřejnost. V tabulce a grafu číslo sedm se znázorňují subjektivní pocity respondentů, které mají ze způsobu, jakým je přijímá a jakým s nimi jedná jejich obvodní lékař.

Z výsledků vyplývá, že padesát jedna procent dotazovaných vnímá přístup jejich lékaře k nim jako zcela normální a v ničem se neodlišující od přístupu k ostatním nemocným. Čtvrtina lidí se ale domnívá, že se k nim jejich lékař chová jinak jen kvůli tomu, že jsou duševně nemocní. To je jistě poměrně vysoké procento, když pomyslíme, že nemocný musí lékaře navštěvovat i s jinými zdravotními potížemi a chodí tam s tímto negativním pocitem. Není to správné a pro nemocného ani nijak příjemné, hrozí zde i zhoršená komunikace s lékařem a zanedbání vážných zdravotních potíží. Dvacet tři procent mělo někdy pocit, že je přístup lékaře díky jejich duševní nemoci odlišný.

Tabulka 7 Myslíte, že váš obvodní lékař k Vám má jiný přístup z důvodu vašeho duševního onemocnění

Ot.7	n	%
ano	12	25,53%
ne	24	51,06%
někdy	11	23,40%
Celkový součet	47	100,00%



Obr. 7 Graf myslíte si, že váš obvodní lékař k Vám má jiný přístup z důvodu vašeho duševního onemocnění

Otázka 8

Pocitujete rozdílnost v přístupu zdravotnického personálu (mimo psychiatrická oddělení)

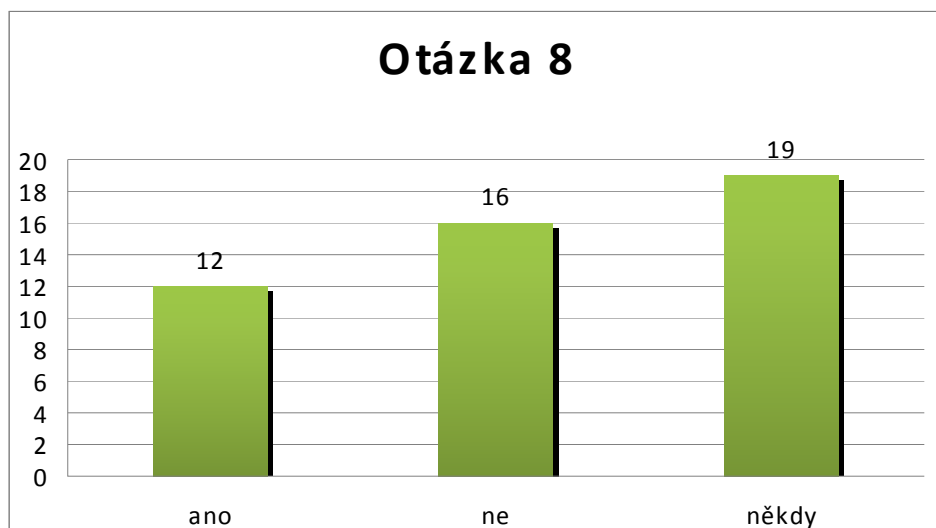
Duševně nemocní musí být jako každý člověk občas hospitalizováni v nemocnici. Mnohdy se zde u zdravotníků setkávají se stigmatizujícím jednáním. Často již při příchodu do nemocnice a po odebrání základní anamnézy, kde nemocný uvede svou duševní chorobu, se rozbíhá kolotoč zaběhnutých představ o duševně nemocných jako potencionálně problémových pacientů.

Z výsledků uvedených v tabulce a grafu číslo osm vyplývá, že pouze třicet čtyři procent dotazovaných nikdy nemělo dojem, že jednání personálu v nemocnici není ovlivněno jejich duševní chorobou v anamnéze. Čtyřicet procent mělo někdy pocit, že personál se chová odlišně a dvacet procent je přesvědčeno, že se personál chová k nim jako k duševně nemocným jinak.

Pro zdravotníky to nejsou nijak lichotivé výsledky, protože každý by se při vykonávání svého povolání měl chovat profesionálně a své osobní pocity či soudy by měl potlačit do pozadí, nemocným by je nikdy neměli dát najevo. Při léčbě jakéhokoliv onemocnění je vždy důležitá důvěra nemocného k zdravotníkům, kteří mu mají poskytnout péči. Pokud je tato důvěra narušena, je to vždy na úkor kvality poskytované péče.

Tabulka 8 Pocitujete rozdílnost v přístupu zdravotnického personálu (mimo psychiatrická oddělení)

Ot.8	n	%
ano	12	25,53%
ne	16	34,04%
někdy	19	40,43%
Celkový součet	47	100,00%



Obr. 8 Graf počítujete rozdílnost v přístupu zdravotnického personálu (mimo psychiatrická oddělení)

Otázka 9

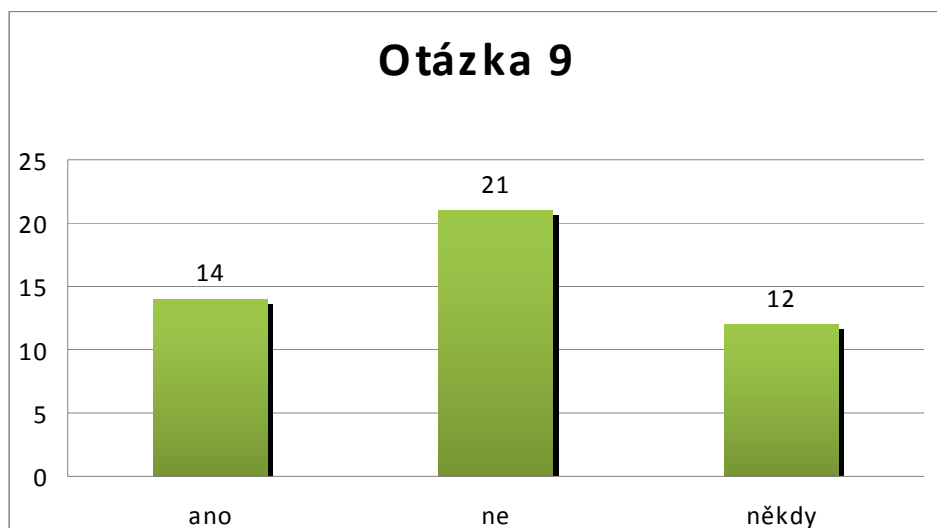
Účastníte se některé z akcí, které mají za cíl, sblížit lidi s psychiatrickým onemocněním a širokou veřejností

Destigmatizační aktivity, které v dnešní době probíhají, jsou mnohdy neodlučitelně závislé na zapojení samých nemocných. Pokud se nebudou tito lidé ochotni zapojit a nebudou věřit ve smysl těchto akcí, ztrácí již předem na svém efektu. Mnozí nemocní se těchto akcí jistě neúčastní z obav, že se jejich duševní nemoc zveřejní. Nejsou si jisti, jak tuto skutečnost přijme okolní společnost.

Výsledky uvedené v tabulce grafu číslo devět ukazují, že pouze třicet procent respondentů se účastní veřejných destigmatizačních akcí. Čtyřicet procent respondentů se dokonce nikdy žádné takové akce nezúčastnilo a dvacet šest procent uvedlo, že se někdy zúčastnilo.

Tabulka 9 Účastníte se některé z akcí, které mají za cíl, sblížit lidi s psychiatrickým onemocněním a širokou veřejností

Ot.9	n	%
ano	14	29,79%
ne	21	44,68%
někdy	12	25,53%
Celkový součet	47	100,00%



Obr. 9 Graf účastníte se některé z akcí, které mají za cíl, sblížit lidi s psychiatrickým onemocněním a širokou veřejností

Otázka 10

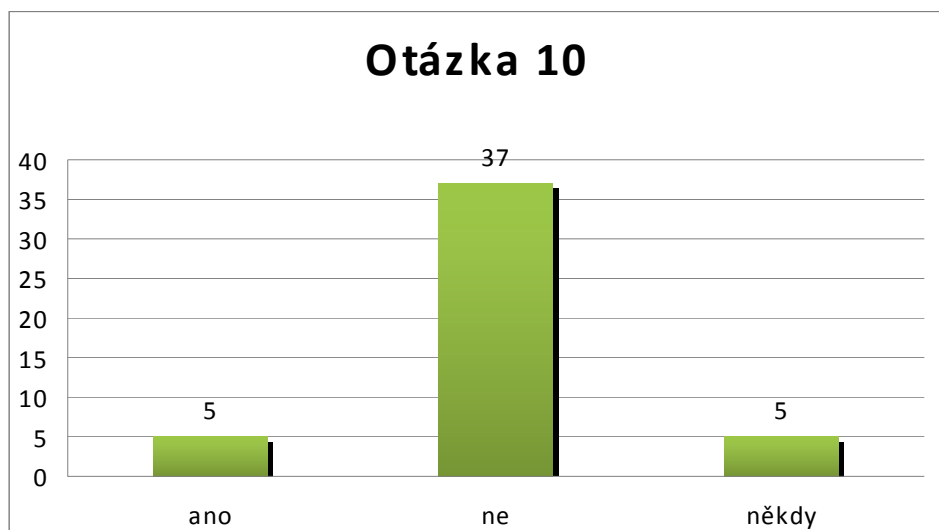
Účastní se s vámi i vaši blízcí

Otázka deset se zabývá účastí blízkých nemocných na akcích působících destigmatizačně. Pro mnohé příbuzné a blízké přátele je mnohdy velmi složité veřejně se přihlásit k duševní nemoci svého blízkého. V dnešní době stále nejsme zvyklí otevřeně hovořit o duševních chorobách, klidně si budeme vyprávět, jak náš blízký utrpěl infarkt nebo cévní mozkovou příhodu, ale určitě jen málokdo bude vyprávět, že blízký trpí například bipolární poruchou osobnosti.

Z výsledků znázorněných v tabulce a grafu číslo deset je patrné, že většina blízkých to znamená téměř sedmdesát devět procent, se žádných akcí nezúčastňuje. Pouze deset procent se účastní spolu se svými blízkými a stejný počet uvedl, že se alespoň někdy zúčastnili.

Tabulka 10 Účastní se s vámi i vaši blízcí

Ot.10	n	%
ano	5	10,64%
ne	37	78,72%
někdy	5	10,64%
Celkový součet	47	100,00%



Obr. 10 Graf účastní se s vámi i vaši blízcí

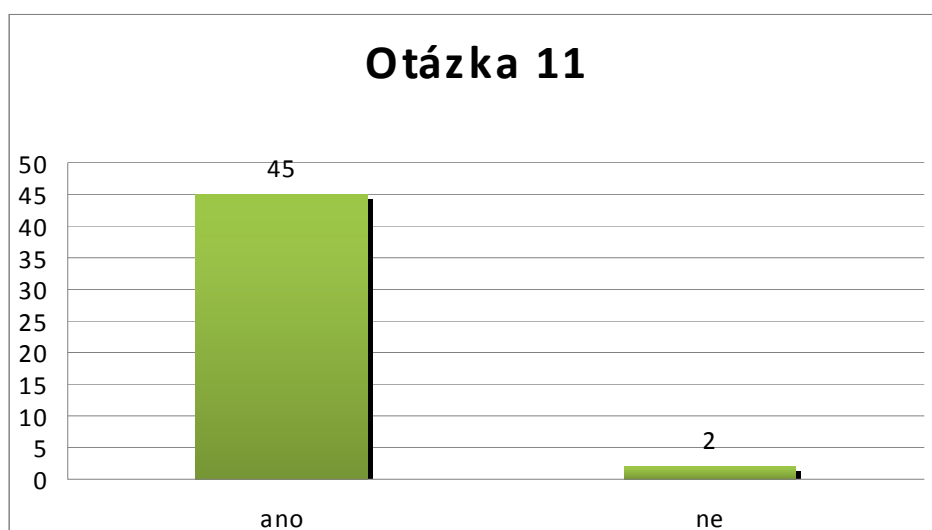
Otázka 11

Myslíte si, že akce, které mají cíl změnit pohled veřejnosti na duševně nemocné, mají význam

Destigmatizační aktivity mají podle téměř devadesáti šesti procent respondentů význam, pouze čtyři procenta se domnívají, že smysl nemají. Je tomu tak jistě dobře, protože pokud by sami nemocní neviděli smysl v těchto propagačních akcích, pak by bylo jasné, že by nebyly smysluplné ani pro laickou veřejnost.

Tabulka 11 Myslíte si, že akce, které mají cíl změnit pohled veřejnosti na duševně nemocné, mají význam

Ot.11	n	%
ano	45	95,74%
ne	2	4,26%
Celkový součet	47	100,00%



Obr. 11 Graf myslíte si, že akce, které mají cíl změnit pohled veřejnosti na duševně nemocné, mají význam

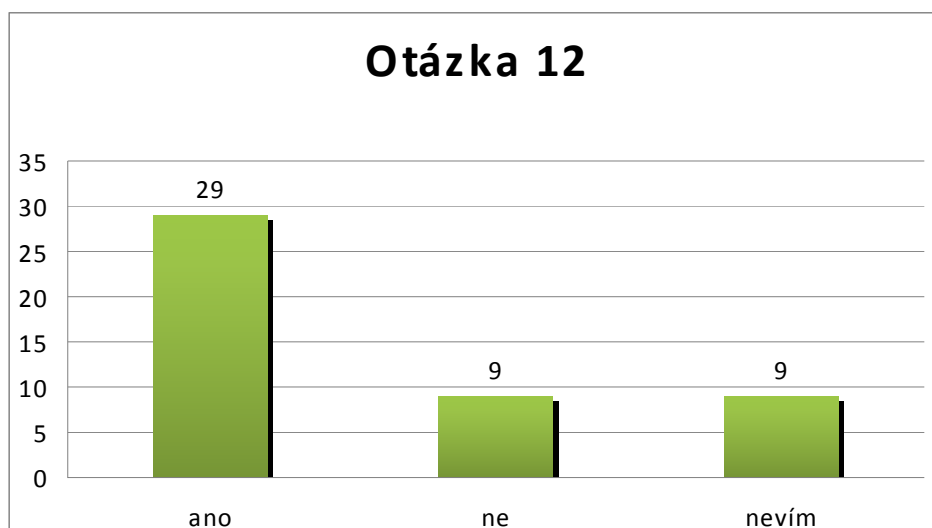
Otázka č. 12

Myslíte si, že se přístup společnosti k duševně nemocným za posledních pět let zlepšil

Otázka číslo dvanáct se zabývá změnou přístupu k duševně nemocným za posledních pět let, výsledky znázorněné v tabulce a grafu číslo dvanáct opět odrážejí čistě subjektivní pocity klientů. Je ale dobrým znamením, že téměř šedesát dva procent respondentů se domnívá, že přístup se zlepšil, devatenáct procent se domnívá, že se nic nezměnilo a stejné množství respondentů situaci nedokázalo zhodnotit.

Tabulka 12 Myslíte si, že se přístup společnosti k duševně nemocným za posledních pět let zlepšil

Ot.12	n	%
ano	29	61,70%
ne	9	19,15%
nevím	9	19,15%
celkový součet	47	100,00%



Obr. 12 Graf myslíte si, že se přístup společnosti k duševně nemocným za posledních pět let zlepšil

Otázka č. 13

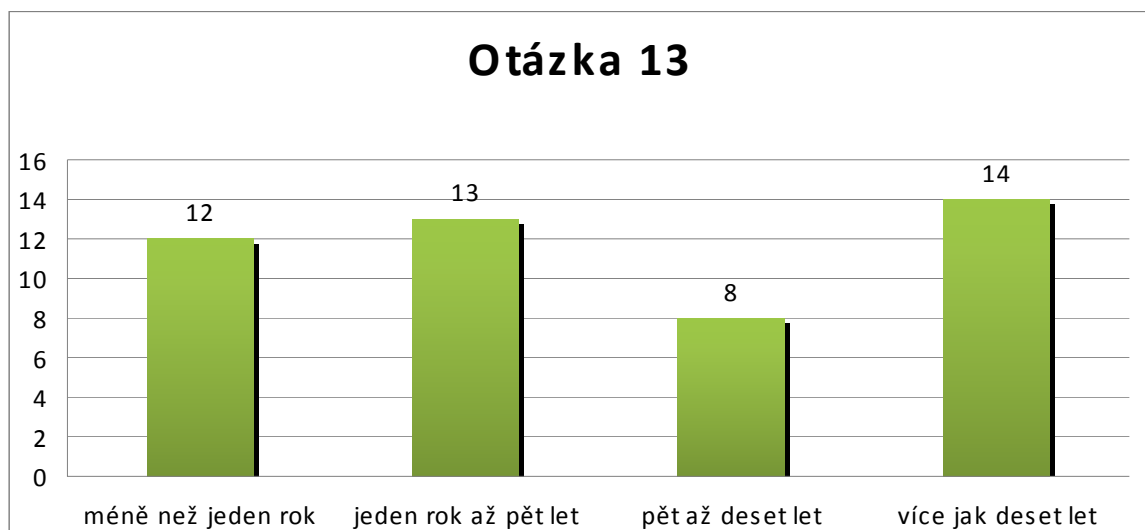
Jak dlouho žijete s duševním onemocněním

V tabulce a grafu číslo třináct je zachycena doba od stanovení diagnózy duševní nemoci. Délka života, kterou lidé strávili s duševní nemocí, jistě v mnohém ovlivňuje i jejich pohled a přístup k problematice, lidé kteří žijí s nemocí již mnoho let a zažili doby, kdy se o duševních poruchách nemluvalo vůbec, mohou být opatrnější, ale na druhou stranu mohou i lépe posoudit vývoj věci. Lidé diagnostikováni v současné době mají jednodušší postavení, mohou využít podporu mnoha podpůrných skupin a neziskových organizací.

Z celkového počtu respondentů žije téměř třicet procent s diagnózou duševní nemoci více jak deset let, dvacet sedm procent žije s nemocí jeden rok až pět let, dvacet pět procent uvádí, že od stanovení diagnózy uplynulo méně než jeden rok a sedmnáct procent uvádí interval pět až deset let.

Tabulka 13 Jak dlouho žijete s duševním onemocněním

Ot.13	n	%
méně než jeden rok	12	25,53%
jeden rok až pět let	13	27,66%
pět až deset let	8	17,02%
více jak deset let	14	29,79%
Celkový součet	47	100,00%



Obr. 13 Graf jak dlouho žijete s duševním onemocněním

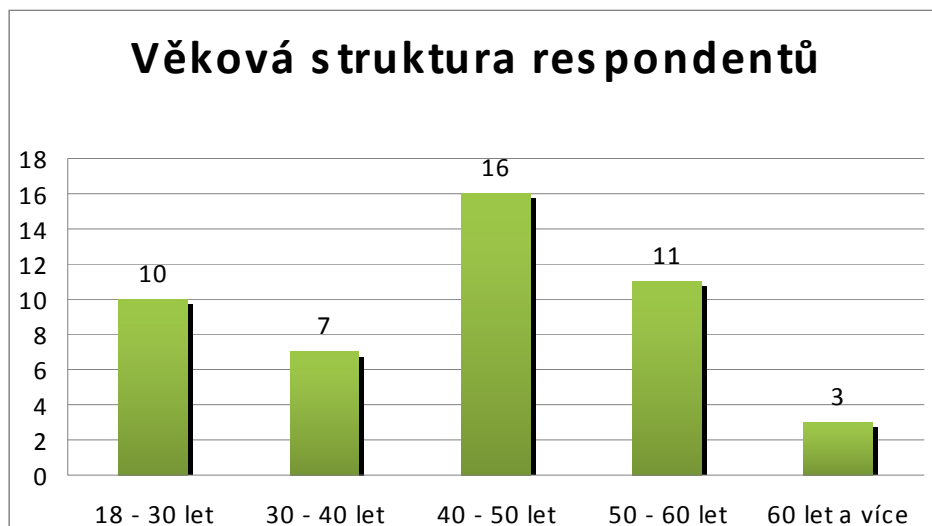
Otázka 14

Kolik je Vám let

V tabulce a grafu číslo čtrnáct je znázorněna věková struktura respondentů. Třicet čtyři procent respondentů je ve věkovém rozmezí čtyřiceti a padesáti let, dvacet tři procent je stáří mezi padesáti a šedesáti lety. Dvacet jedna procent je stáří mezi osmnácti a třiceti, téměř patnácti procent je mezi třiceti a čtyřiceti a šest procent je starších šedesáti let.

Tabulka 14 Věková struktura respondentů

Ot.14	n	%
18 - 30 let	10	21,28%
30 - 40 let	7	14,89%
40 - 50 let	16	34,04%
50 - 60 let	11	23,40%
60 let a více	3	6,38%
Celkový součet	47	100,00%



Obr. 14 Graf věková struktura respondentů

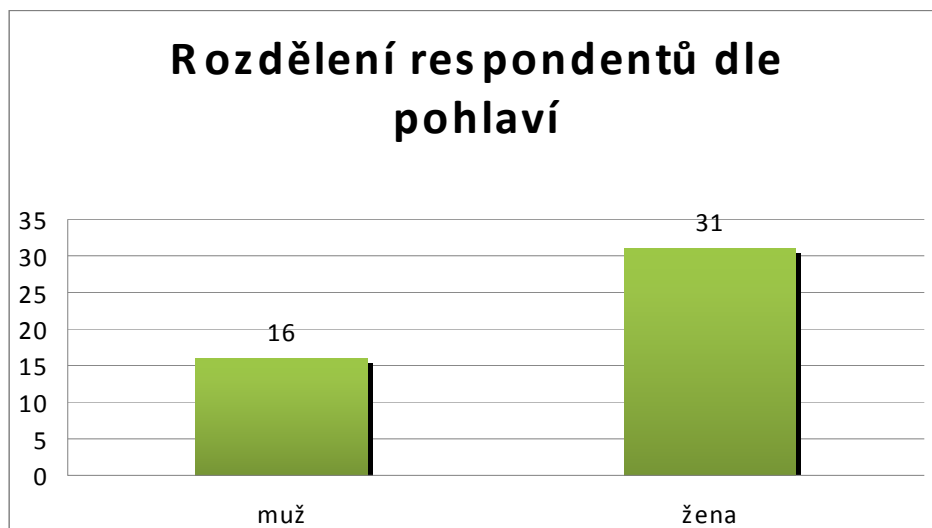
Otázka 15

Vaše pohlaví je

Mezi respondenty s téměř šedesáti šesti procenty převažují ženy, muži tvoří třicet čtyři procent, výsledky jsou zachyceny v tabulce a grafu patnáct.

Tabulka 15 Rozdělení respondentů dle pohlaví

Ot.15	n	%
muž	16	34,04%
žena	31	65,96%
Celkový součet	47	100,00%



Obr. 15 Graf rozdělení respondentů dle pohlaví

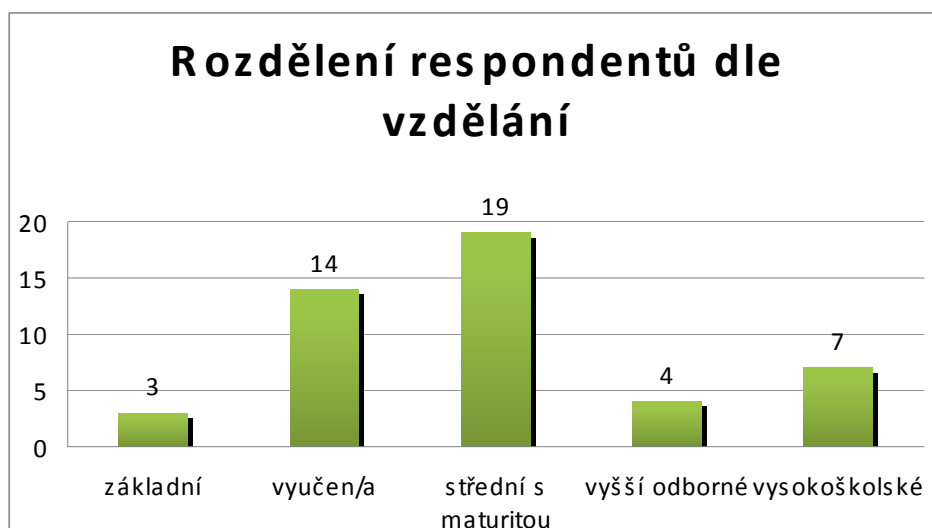
Otázka 16

Vaše vzdělání je

Tabulka a graf číslo šestnáct znázorňují dosažené vzdělání respondentů. S čtyřiceti procenty převažují středoškolsky vzdělání, třicet procent je vyučeno, téměř patnáct procent absolvovalo vysokou školu, osm procent má vyšší odborné vzdělání a šest procent ukončilo pouze základní školu.

Tabulka 16 Rozdělení respondentů dle pohlaví

Ot.16	n	%
základní	3	6,38%
vyučen/a	14	29,79%
střední s maturitou	19	40,43%
vyšší odborné	4	8,51%
vysokoškolské	7	14,89%
Celkový součet	47	100,00%



Obr. 16 Graf rozdělení respondentů dle pohlaví

11 Diskuze

Cílem výzkumné části mé bakalářské práce bylo posoudit míru destigmatizace oboru psychiatrie a duševně nemocných v dnešní společnosti. To jak sami nemocní vnímají přístup okolí k nim samotným, ukazuje i na způsob vnímání celého oboru psychiatrie dnešní společností. Respondenty výzkumu byli lidé s duševní poruchou.

Otázky 13, 14, 15 a 16 sloužily k základní demografické charakteristice skupiny respondentů.

Otázky číslo 3, 6, 7 a 8 byly směřovány na způsob přijetí stanovené duševní nemoci okolím. Je zde zahrnuta rodina i okolí, ale i to jak dotyčného přijímá zdravotnický personál mimo obor psychiatrie. Tyto otázky tvořily podklad pro vyhodnocení hypotézy číslo 1 (Nejméně 70 % nemocných zažilo negativní reakci okolí při sdělení, že se léčí na psychiatrii). Z výsledků získaných vyhodnocením odpovědí vyplývá, že tato hypotéza nebyla výzkumem podpořena. V otázce 3 odpovědělo 36,17% respondentů, že rodina přijala zprávu o jejich nemoci bez větších obtíží. Na otázku číslo šest, 55,32% respondentů odpovědělo, že jejich okolí nereagovalo negativně při zjištění, že jsou nemocní. Výsledky mého šetření se liší od počátečního předpokladu pravděpodobně z důvodu způsobu vnímání okolí respondenty a celkově ohleduplnějším chováním společnosti. Také se domnívám, že společnost má již v dnešní době alespoň minimální podvědomí o této problematice, a proto ne všichni na informaci o osobě s duševní chorobou ve svém okolí reagují negativně. Při utváření hypotéz jsem vycházela z výzkumu společnosti DEMA – Názory na schizofrenii, který se uskutečnil v roce 2004. V této studii, však byli respondenty lidé z široké veřejnosti, proto je pravděpodobné, že pohled běžných občanů se může odlišovat od subjektivních pocitů lidí s duševní poruchou.

Z výsledků otázek číslo sedm a osm vyplývá, že ani ve zdravotnických zařízeních se při setkání se zdravotnickým personálem nesetkaly alespoň v 70% s negativní reakcí. 25,53% má pocit, že k nim jejich lékař přistupuje odlišně z důvodu nemoci a 23,4% tento pocit někdy zažilo. 25,53% respondentů je přesvědčeno o odlišném přístupu

zdravotnického personálu opět z důvodu duševní nemoci a 40,43% uvedlo, že tento dojem má pouze někdy.

Hypotéza číslo 2 (Více jak 50 % respondentů se nestydí otevřeně hovořit o svém léčení na psychiatrii). Nebyla ani potvrzena a ani vyvrácena. Na tuto hypotézu byly zaměřeny otázky číslo 2 a 4. Otázka číslo dvě byla zaměřena na rodinu, zde 82,98% respondentů uvedlo, že o své chorobě otevřeně hovoří se svou rodinou. Zatímco otázka číslo čtyři byla zaměřena na okolí respondenta, zde však 38,3% uvedlo, že svou nemoc tají a téměř 29,79% uvedlo, že o svém problému hovoří pouze s někým. To znamená, že pouze 31,9% o své duševní nemoci mluví otevřeně ve svém okolí.

Domnívám se, že celkově výsledky hypotézu spíše podporují, v rodině o svém problému hovoří více jak osmdesát procent a mimo rodinu téměř třicet dva procent respondentů plus téměř třicet procent uvedlo, že si vybírá, komu pravdu o svém zdravotním stavu sdělí, což se dá samozřejmě pochopit. Vyplývá z toho, že téměř šedesát dva procent respondentů je o své nemoci ochotno otevřeně hovořit s okolím, pokud cítí, že dotyčný schopen naslouchat bez předsudků a předčasných soudů.

Hypotéza číslo tři (Alespoň 70 % respondentů by bylo ochotno zúčastnit se projektu zaměřeného na změnu pohledu společnosti na duševně nemocné) na jejíž potvrzení byly zaměřeny otázky číslo 9 a 10, nebyla výsledky podpořena.

Na otázku číslo devět, pouze 29,79% respondentů uvedlo, že se účastní akcí kladoucích si za cíl destigmatizaci duševně nemocných, 25,53% uvedlo, že se těchto akcí alespoň někdy zúčastnilo, proto nelze předpokládat, že by se alespoň sedmdesát procent respondentů bylo ochotno osobně zapojit do destigmatizačního projektu. Na otázku číslo deset, která se týkala blízkých nemocných a jejich účasti na těchto akcích, pouze 10,64% uvedlo, že se s nimi jejich blízcí zúčastňují a přibližně stejné množství uvedlo, že alespoň někdy na takové akci byli s blízkými.

Při vytváření této hypotézy jsem předpokládala, že sami duševně nemocní chápou význam pořádání akcí zaměřených na destigmatizaci duševních poruch. To, že se hypotéza v mém výzkumu nepotvrdila, může částečně souviset i s věkovou strukturou respondentů, pouze dvacet jedna procent bylo mladších třiceti let. Lze předpokládat, že většina těch starších má již své rodiny a přednostněji řeší rodinné problémy a životní komplikace spojené s diagnózou duševní nemoci.

Z výsledků odpovědí na otázku číslo 11 je ale patrné, že většina, to znamená téměř devadesát šest procent respondentů, si uvědomuje význam veřejných akcí, které mají přiblížit život duševně nemocných široké veřejnosti. Ale vzhledem k celkové povaze české společnosti, kdy je jen velmi malé procento lidí angažovat se veřejně pro neziskovou organizaci, se jistě nemůžeme divit, že ani mezi lidmi s duševní poruchou tomu není jinak.

Ale i přes to všechno je potěšující zjištění vyplývající z výsledků odpovědí na otázku číslo dvanáct. Zde se 61,7% respondentů vyjádřilo, že se domnívá, že se přístup veřejnosti za posledních pět let k duševně nemocným zlepšil.

12 Návrh na změnu

Pro nemocné jsou jistě asi nejdůležitější dobře fungující svépomocné skupiny, které by jim měly pomoci vyrovnat se svou nemocí a přijmout sebe sama i s odlišnostmi, které sebou nemoc mnohdy přináší. To je důležité z důvodu, aby sami nemocní nestigmatizovali sami sebe, což nezlepšuje ani pohled okolí na ně samotné. Při setkání v těchto skupinách nachází nové přátele, sdílí své zkušenosti a navzájem se podporují. Svépomocné skupiny by měli ve svých členech posilovat sebedůvěru, dodávat jim odvalu a sílu pokoušet se a věřit ve zlepšení jejich životní situace.

Stejně důležité jsou i skupiny sdružující přátele a příbuzné nemocných. Příbuzní nemocných mají stále ještě obavy hovořit o nemoci svých blízkých otevřeně ve svém okolí. Stále ještě nejsme schopni otevřeně přiznat, že my nebo naši blízcí trpí duševní chorobou. Proto tyto skupiny přináší možnost, jak otevřeně ventilovat své problémy a pocity a to beze strachu, jak bude okolí reagovat.

Jednou z nejdůležitějších aktivit by se ale mělo stát edukační působení na školách. Děti často přejímají názory svých rodičů a okolí, proto by se jim mělo dostávat i nezaujatých informací a měly by mít šanci vytvořit si na jejich základě vlastní názor. Informace o stigmatizaci a destigmatizaci oboru psychiatrie by se měly více objevovat i ve výuce škol vzdělávajících budoucí zdravotníky.

Pro zmírnění stigmatizace a pro zlepšení přístupu k duševně nemocným jsem prostřednictvím písemných informačních materiálů po Krajské nemocnici Liberec distribuovala oficiální verzi práv hospitalizovaných psychiatrických pacientů. Kopie jsou přístupné pacientům i personálu. Domnívám se, že zdravotníci se po přečtení alespoň zamyslí nad svým pohledem na duševně nemocné a při příštím setkání se to projeví i na jejich přístupu k těmto lidem

Prostřednictvím paní Mgr. Jolany Strnadové se pokusíme začlenit práva hospitalizovaných psychiatrických pacientů do edukačních materiálů Krajské nemocnice Liberec. Dále se uskuteční úprava internetových stránek oddělení psychiatrie

Krajské nemocnice Liberec, stránky by měly být více zaměřeny na destigmatizaci oboru.

13 Závěr

Ve své práci zabývající se destigmatizací oboru psychiatrie, jsem se pokoušela stav tohoto procesu zmapovat prostřednictvím pohledu a subjektivních pocitů lidí, kteří jsou předmětem zájmu tohoto oboru a tudíž jsou s ním neodlučitelně spjati.

Bohužel i v dnešní době moderní medicíny a doby neomezených možností v získávání a šíření nových informací jsou lidé trpící duševní chorobou stále ještě předmětem posměchu a diskriminačního jednání.

Tito lidé si do života nesou velice těžké břímě, břímě nemoci, kterou naše společnost stále ještě nebere jako kteroukoliv jinou nemoc. V době, kdy se veřejně hovoří o problému rakoviny konečníku či gynekologických onemocněních, veřejně se řeší problémy týkající se otěhotnění či sexuálního života, je nám stále ještě nepříjemné otevřeně hovořit o duševních nemocech a o jejich léčení.

Samotná léčba je mnohdy vnímána negativně, mnoho lidí se domnívá, že psychofarmaka jsou jakési tajemné látky, které změní nemocného v apatickou loutku. To ještě ale není nic proti tomu, jaké pocity ve veřejnosti vzbuzují zmínky o používání elektrokonvulzivní terapie, přitom většina lidí nemá ani představu o principu ani průběhu použití této metody, všichni si ale jistě vybaví použití elektrošoků ve známém a úspěšném filmu *Přelet nad kukaččím hnízdem*. Na tomto případě se ale také ukazuje, jakou moc mají v dnešní době veřejná media.

Cílem destigmatizačních aktivit je, aby bylo na duševní nemoc pohlíženo stejně jako například na astma, aby se nemocní a jejich rodiny nemuseli před svým okolím skrývat za drobné lži, jak je tomu v dnešní době.

Jistě by prospělo, kdyby se zlepšil pohled na obor psychiatrie i mezi zdravotníky z jiných lékařských oborů. Stále ještě je pohled na lidi pracující v psychiatrii často poněkud posměšný. Pacienti s duševní nemocí hospitalizováni na jiných odděleních jsou často již předem považováni za potenciálně problémové klienty, na které je potřeba „dávat si pozor“. Domnívám se ale, že právě zdravotníci by zde měli jít příkladem a osvobodit se od zažitých stereotypních názorů.

Domnívám se, že proces destigmatizace oboru psychiatrie a lidí s duševní poruchou je již dobře nastartován. Lidé, kteří mají zájem, mají možnosti jak se s touto problematikou lépe seznámit.

Soupis bibliografických citací:

- 1) ČERNOUŠEK, M. *Šílenství v zrcadle dějin*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1994. 225 s. ISBN 80-7169-086-4.
- 2) DORNER, K.; PLOG, U. *Bláznit je lidské*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 353 s. ISBN 80-7169-628-5.
- 3) DORNER, K. a kol. *Osvobozující rozhovor*. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Grada Publishing, 1999. 132 s. ISBN 80-7169-892-X
- 4) ELGIE, R.; BYRNE, P. a kol. *Objevte cestu, jak jít dál*. 1. vyd. Praha: TIGIS, 2004. 100 s. ISBN 80-903750-2-2.
- 5) LAWSON, L. *Život za sklem*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 100 s. ISBN 978-80-7367-389-5.
- 6) MARKOVÁ, E; VENGLÁŘOVÁ, M.; BABIAKAVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*, Grada Publishing, a.s. 2006, ISBN 80-247-1151-6
- 7) PALČOVÁ, A. (redaktor) a kol. *Slovník psychiatrických termínů*. 3. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Bohnice, 2008. 104 s. ISBN 978-80-87142-03-5
- 8) RABOCH, J.; PAVLOVSKÝ, P.; JANOTOVÁ, D. *Psychiatrie – minimum pro praxi*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. 211 s. ISBN 80-7254-746-1.
- 9) STYX, P. *O psychiatrii*. 1. vyd. Brno: Komputer Press, 2003. 178 s. ISBN 80-7226-828-7.
- 10) SULLIVAN, H. *Psychiatrické interview*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2006. 266 s. ISBN 80-7254-604-X.
- 11) ŠEDIVEC, V. *Přehled dějin psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Bohnice, 2008. 58 s. ISBN 978-80-87142-00-4.
- 12) ŠKODA, C. *Kvantifikace důsledků transformace zdravotnictví na poskytování psychiatrické péče v ČR*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 190 s. ISBN 80-85121-30-1.
- 13) ŠLAISOVÁ, I.; HOSÁK, L.; a kol. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. 1. vyd. Hradec Králové: Nukleus, 2004. 91 s. ISBN 80-86225-51-8.
- 14) VACEK, J. *O nemocech duše*. Praha: Mladá fronta, 1996. 415 s. ISBN 80-204-00535-6.
- 15) VENCLOVSKÝ, E. *Psychiatrie dávných věků*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1996. 222 s. ISBN 807184-226-5.
- 16) WARNER, R. *Social inclusion of people with mental illness*. New York: Cambridge University press. 2006. 186 s.
- 17) Česká asociace pro psychické zdraví [on line]. Dostupné z www: <<http://www.capz.cz/>>
- 18) Deklarace práv duševně nemocných [on line]. Dostupné z www: <http://vnl.xf.cz/ose/ose-prava_dusev_nem.php>
- 19) Hnutí na ochranu práv duševně nemocných [on line]. Dostupné z www: <<http://hopdn.sweb.cz/>>
- 20) Mezinárodní kampaň na podporu duševně nemocných ve společnosti [on line]. Dostupné z www: <<http://www.openthedoors.com/>>
- 21) Projekt zaměřený proti předsudkům a diskriminaci z důvodu psychiatrického onemocnění [on line]. Dostupné z www: <<http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/index.php>>
- 22) Projekt zaměřený na prevenci duševní nemoci na školách [on line]. Dostupné z www: <<http://www.blaznis-no-a.cz/>>

- 23) Solen medical education[on line]. Dostupné z www:
<http://www.solen.cz/search.php?cancel_login=1>
- 24) VIDA je občanské sdružení osob a právnických subjektů podporujících hnutí a proces destigmatizace osob s duševním onemocněním [on line]. Dostupné z www: <<http://www.vidacentrum.cz/>>
- 25) Výzkum společnosti DEMA Názory na schizofrenii [on line]. Dostupné z www: <<http://dema.praha.cz/>>
- 26) Zákony na ochranu duševně nemocných [on line]. Dostupné z www: <<http://www.spdn-cr.org/zakony-pro-dusevne-nemocne/>>

Seznam příloh:

- 1. Dotazník**
- 2. Mezinárodní listina práv hospitalizovaných psychiatrických pacientů**

1)

DOTAZNÍK

Dobrý den, jmenuji se Jana Drbohlavová a jsem studentkou 3. ročníku Všeobecná sestra, obor Ošetřovatelství na Technické univerzitě v Liberci. Ráda bych Vás touto cestou požádala o vyplnění mého dotazníku na téma Destigmatizace oboru psychiatrie. Tento dotazník je zcela anonymní a bude sloužit pouze pro účel vypracování mé bakalářské práce. V dotazníku zaškrtněte u každé otázky vždy pouze jednu odpověď, pokud nebude uvedeno jinak.

Předem Vám děkuji za čas a ochotu ke spolupráci.

- 1 Máte pocit, že Vás duševní nemoc, omezuje v běžném životě
 - a) Ano
 - b) Ne
 - c) Někdy

- 2 Tajíte své onemocnění před blízkými
 - a) ano
 - b) ne

- 3 Jak přijala rodina vaši nemoc
 - a) ihned bez problémů
 - b) s obtížemi, chvíli to trvalo
 - c) dodnes se s tím nevyrovnali

- 4 Tajíte své onemocnění před okolím
 - a) ano
 - b) ne
 - c) pouze před některými lidmi

- 5 Po jaké době jste informoval/a okolí o vaší nemoci
 - a) ihned
 - b) po zlepšení zdravotního stavu
 - c) po delší době
 - d) neinformoval/a

- 6 Jak reaguje vaše okolí na tuto skutečnost
- a) nemají s tím problém
 - b) neví, co říct
 - c) „chodí kolem mne po špičkách“
- 7 Myslíte, že váš obvodní lékař k Vám má jiný přístup z důvodu vašeho duševního onemocnění
- a) ano
 - b) ne
 - c) někdy
- 8 Pociťujete rozdílnost v přístupu zdravotnického personálu (mimo psychiatrická oddělení)
- a) ano
 - b) ne
 - c) někdy
- 9 Účastníte se některé z akcí, které mají za cíl, sblížit lidi s psychiatrickým onemocněním a širokou veřejností
- a) ano
 - b) ne
 - c) někdy
- 10 Účastní se s vámi i vaši blízcí
- a) ano
 - b) ne
 - c) někdy
- 11 Myslíte si, že akce, které mají cíl změnit pohled veřejnosti na duševně nemocné, mají význam
- a) ano
 - b) ne

12 Myslíte si, že se přístup společnosti k duševně nemocným za posledních pět let zlepšil

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

13 Jak dlouho žijete s duševním onemocněním

- a) méně než jeden rok
- b) jeden rok až pět let
- c) pět až deset let
- d) více jak deset let

14 Kolik je Vám let

- a) 18 – 30 let
- b) 30 – 40 let
- c) 40 – 50 let
- d) 50 – 60 let
- e) 60 a více

15 Vaše pohlaví je

- a) muž
- b) žena

16 Vaše vzdělání je

- a) základní
- b) vyučen/a
- c) střední s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

Děkuji za Vaši spolupráci

2)

Mezinárodní listina práv hospitalizovaných psychiatrických pacientů

APA, Washington, prosinec 1992

Koncept před definitivním vydáním.

Přeložil:

Doc. MUDr. Miloš Vojtěchovský, DrSc.

PhDr. J. Florian

1. PREAMBULE

Je v zájmu každého státu, aby všichni jeho občané měli přístup k ústavnímu psychiatrickému léčení, které je na nejvyšší úrovni a zcela oproštěno od všech forem možného zneužití.

Základem pro jakoukoliv listinu práv psychiatrických pacientů umístěných v ústavech je především právo na léčbu podle dobré a na úrovni jsoucí klinické praxe, jež poskytuje všechny možnosti plné a soustavné spolupráce ze strany pacientů.

Tento princip musí být reflektován v každé dílčí položce této listiny. Hodnota každé položky předkládaného dokumentu by měla být posuzována ve světle tohoto principu.

Je zřejmé, že jednotný výklad každé položky této Listiny práv není možný vzhledem k velké rozdílnosti kulturních, společenských, právních a ekonomických podmínek v různých společnostech a národech. Očekává se však, že tato Listina práv poslouží jako prototyp, jenž bude místně přizpůsoben s cílem vytvořit standardy pro léčbu duševně nemocných na celém světě.

2. PRÁVA DENNÍHO ŽIVOTA

a) Důstojnost bez předsudků

Máte právo být léčen jako jedinec, s nímž je zacházeno důstojně, s úctou a bez jakékoliv diskriminace, ať již rasové, věkové, podle pohlaví, náboženského vyznání, etnické příslušnosti, politických názorů, sexuální preference, životního stylu nebo osobního handicapu.

b) Občanská práva

V průběhu hospitalizace máte právo dožadovat se veškerých svých civilních občanských práv, až na ta, která jsou specifickým způsobem omezena, buď proto,

1. aby vás či jiné osoby ochraňovala od tělesného poškození,

2. proto, že jste byl(a) omezen(a) ve své právní způsobilosti

c) Prostředí

Máte právo na bezpečné, zdravotně nezávadné a humánní prostředí. Máte právo na přiměřenou stravu, která je připravena v souladu s vašimi zavedenými zdravotními potřebami a náboženskými předpisy.

d) Minimum omezujících opatření

Máte právo být léčen psychiatrickými prostředky, které jsou ordinovány tak a za takových podmínek, že omezují vaši osobní svobodu pouze tehdy, pokud to nezbytně vyžaduje potřeba vaší léčby.

e) Svoboda pohybu

Vaše právo pohybovat se volně v kterékoliv oblasti běžně přístupné pacientům může být omezeno jedině specifickými limity, vyplývajícími z vaší léčby. Toto právo zahrnuje možnost pravidelných přístupů do prostorů mimo oddělení a pravidelné setkávání se s jinými pacienty. Toto právo může být omezeno jedině z důvodu vaší vlastní bezpečnosti

nebo bezpečnosti ostatních, avšak i v těchto případech pouze podle zavedených pravidel.

f) Vlastní majetek

Máte právo ponechat si a používat své osobní věci, včetně šatstva. Toto právo může být omezeno jedině z důvodů bezpečnosti vaší a ostatních osob, a to i v těchto případech pouze podle zavedených pravidel. Jsou-li vaše osobní věci prohlíženy, máte právo být při tom a důvod prohlídky vám musí být řádně vysvětlen.

Máte právo na přiměřený prostor pro uložení vašich soukromých věcí, které užíváte. Do těchto prostorů vám musí být umožněn pravidelný přístup.

Máte právo ponechat si a utrácet přiměřené množství peněz. Co se rozumí pod pojmem přiměřený, musí být upřesněno ve vašem léčebném plánu. Jakékoliv omezení musí být řádně dokumentováno.

g) Komunikace

Máte právo volného přístupu k telefonu a můžete jej využívat pro své soukromé potřeby. Máte právo psát dopisy a kupovat si poštovní známky. Máte právo odesílat a přijímat poštovní zásilky neotevřené, bez jakékoli cenzury. Máte právo číst noviny, časopisy a knihy dle své vlastní volby, poslouchat rozhlas a dívat se na televizi. Toto právo je možné omezit pouze z hlediska ohrožení vaší bezpečnosti nebo bezpečnosti vašeho okolí, a to i v tomto případě pouze podle ustanovených pravidel.

h) Návštěvy

Máte právo přijímat návštěvy v pravidelně vymezených návštěvních hodinách dle daného řádu ústavu, které musejí být dodržovány. Návštěvy lze omezit pouze na příkaz lékaře, a i pak pouze ze podmínek zdůvodnění a zdokumentování v chorobopisu.

3. PRÁVO NA INFORMACE

a) Informace o právech a délce pobytu

Máte právo být informován bezprostředně po přijetí, a to ústně i písemně, v jazyku a v terminologii, kterým rozumíte, o svých právech, která máte jakožto hospitalizovaný pacient, a o plánech souvisejících s vaším umístěním na oddělení, včetně toho, co se na něm od vás očekává.

b) Informace o léčebných možnostech

Máte právo být informován o různých možnostech léčby na vašem oddělení, jak tuto léčbu přijmout či za jakých okolností ji eventuálně odmítnout. Máte právo být informován o finančních nákladech jakýchkoliv léčebných metod a o eventuálních finančních omezeních léčebných nákladů.

c) Informace o právním postavení

Máte právo být informován o svém právním statutu v psychiatrickém zařízení, včetně důvodů vašeho přijetí. Rovněž máte právo být informován o nezbytných procedurách, které byste měl dodržovat, pokud si přejete být propuštěn.

d) Informace o osobách, které o vás budou pečovat

Máte právo být informován o jménech a titulech všech lékařů, kteří vás budou léčit nebo se na vaší léčbě podílet.

e) Informace o léčebných postupech

Máte právo na pravidelné informace o stavu léčby a o svém pokroku v ní a na případné vyžádání si informací o plánech a cílech vaší léčby.

f) Informace o převozu a přesunech

Máte právo být předem informován o svých eventuálních přesunech nebo převozech uvnitř či mimo psychiatrické zařízení. Přesuny vám musí být řádně zdůvodněny.

4. PRÁVA TÝKAJÍCÍ SE POSTAVENÍ PACIENTA

a) Souhlas

Máte právo být informován o důvodech a povaze jakékoliv navrhované léčby, o jejích rizikách, přednostech a také o alternativách, než s ní vyslovíte souhlas. Svůj souhlas s léčbou máte právo kdykoliv odvolat. Máte právo odmítnout jakoukoliv léčbu, včetně farmak, až na výjimky stanovené zákonem, které mohou za určitých okolností dovolit psychiatrickému zařízení, aby pokračovalo ve vaší léčbě i přes vaše námitky. Vaše právo na souhlas s léčením v sobě zahrnuje právo na informaci o názvu léku, účelu jeho podávání, o eventuelních vedlejších účincích a o častosti podávání jakýchkoli léků, které máte užívat.

b) Důvěrnost

Máte právo na to, aby váš chorobopis zůstal nanejvýš důvěrným spisem, který by se neměl dostat do rukou jiným osobám než vašim současným nebo potencionálním lékařům a ošetrovatelskému personálu. Pokud se tak stane, pak jedině s vaším písemným souhlasem.

Výjimky lze připustit jen při mimořádných nouzových stavech, ohrožujících život, nebo na soudní příkaz. Máte právo odmítnout fotografování, natáčení na video či snímání otisků vašich prstů. Výjimkou je pouze identifikační fotografie jako příloha k vašemu chorobopisu.

c) Soukromí

Máte právo na maximální možné soukromí, které je v souladu s účinností a bezpečností léčby vám poskytované.

d) Zneužívání

Máte právo nebyť tělesně ani duševně zneužíván(a) nebo opomíjen(a) ošetřujícím týmem na oddělení. Máte rovněž právo nebyť pohlavně zneužíván(a) jinými pacienty. Jakýkoli sexuální vztah s ošetřovatelem (ošetřovatelkou) nebo lékařem (lékařkou) lze chápat jako pohlavní zneužívání, a je proto protiprávní.

e) Izolace a omezení

Máte právo nebyť tělesně ani chemicky omezován a nebyť nedobrovolně izolován od ostatních pacientů. Výjimku tvoří nouzové případy na příkaz lékaře, aby se předešlo poškození vás samotných nebo ostatních pacientů ve vašem bezprostředním okolí, ale i to jedině tehdy a ne déle, dokud nebudou po ruce méně omezující a stejně účinná opatření.

f) Experimenty

Máte právo odmítnout účast na jakémkoliv výzkumném projektu nebo léčebném experimentu. Toto vaše odmítnutí přitom nesmí nepříznivě ovlivnit služby či léčbu, která je vám poskytována.

g) Mimořádná léčba

Máte právo na speciální klinické konzilium, jste-li žádán abyste souhlasil s psychochirurgickým zákrokem, s averzivní léčbou či jinými léčebnými programy, které by vám mohly způsobit jakoukoliv formu tělesné bolesti, sterilizaci, nebo jiné neobvyklé poškození.

h) Stížnosti

Máte právo si kdykoliv stěžovat a právo na to, aby vaše stížnost byla vřídne vyslyšena a promptně přijata. Máte právo podat stížnost, aniž byste se musel(a) obávat jakýchkoli následných postihů.

i) Právní zastoupení

Máte právo mít svého právního zástupce nebo advokáta, nebo získat právníka na náklady státu, pokud nemáte krytí na finanční výdaje, aby vás zastupovat při soudním řízení, týkajícím se vašeho přijetí či propuštění z psychiatrického léčebného zařízení.

j) Omezení na svobodě

Máte právo si stěžovat u soudu a vyžádat si přezkoumání oprávněnosti vašeho omezování na svobodě.

k) Odměna za práci

Máte právo na finanční odměnu v souladu s běžnými mzdami a vaší pracovní produktivitou za jakoukoliv práci, kterou jste případně vykonal ve prospěch nemocnice (či jiného léčebného zařízení). Nemůžete však být přinucen k žádné činnosti v nemocnici, která by přesahovala udržování pořádku ve vašich osobních prostorách v rámci oddělení, na němž jste hospitalizován.

5. PRÁVA TÝKAJÍCÍ SE PSYCHIATRICKÉ A JINÉ LÉČBY

a) Léčba

Máte právo na to, aby vám byla poskytována jakákoliv potřebná, časově limitovaná a řádně zdůvodnitelná léčba, přiměřená vašemu zdravotnímu stavu a vykonávaná kvalifikovaným a erudovaným personálem, ať už psychiatrickým, obecně lékařským, či zubařským. To zahrnuje včasné psychiatrické, interní a případně rovněž stomatologické ošetření.

b) Individuální léčebný plán

Máte právo na vlastní individuální léčebný plán, formulovaný a sepsaný za vaší účasti. Tento plán může být průběžně podle potřeby přehodnocován jak vámi, tak i ošetřujícím týmem v pravidelných a předem stanovených termínech.

c) Názor jiných lékařů

Máte právo konzultovat svůj případ s kterýmikoliv specialisty, které si sám vyberete, a to podle předem stanovených a dohodnutých pravidel.

d) Termín propuštění

Máte právo podílet se na plánování svého propuštění.

Mezinárodní listina práva hospitalizovaných psychiatrických pacientů [on line]. [cit. 6.10.2011]. Dostupné z [www: < http://www.cchr.cz/files/mlphp.doc>](http://www.cchr.cz/files/mlphp.doc)