

Stigmatizace duševně nemocných

Tereza Vymětalová

Bakalářská práce
2017



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd
akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Tereza Vymětalová**
Osobní číslo: **H140411**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Stigmatizace duševně nemocných**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti stigmatizace, psychiatrie, duševní (psychické) poruchy a ošetrovatelské péče v psychiatrii.

Příprava metodiky empirické části.

Realizace průzkumu technikou dotazníku.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. Psychiatrie a pedopsychiatrie. Vydání první. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8.

OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5199-3.

PAPEŽOVÁ, Hana. Maléhavé stavy v psychiatrii. Praha: Maxdorf, 2014. Jessenius. ISBN 978-80-7345-425-8.

PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. Ošetrovatelství v psychiatrii. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.

RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTOVÁ. Psychiatrie: minimum pro praxi. 5. vyd. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-582-4.

THAKUR, Mugdha E., Dan G. BLAZER a David C. STEFFENS. Clinical manual of geriatric psychiatry. 1st ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2014. ISBN 9781585624416.

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Jarmila Verešová
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

9. prosince 2016

Termín odevzdání bakalářské práce:

19. května 2017

Ve Zlíně dne 9. prosince 2016


doc. Ing. Aněžka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 28.2.2017

.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, ušije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odopírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k vyšší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce na téma "Stigmatizace duševně nemocných" se skládá z teoretické a praktické části. V teoretické části se zajímáme o charakteristiku psychiatrie a její historii. Dále je zaměřena na pojem stigmatizace, je zde vymezen i pojem duševní zdraví a duševní poruchy. V neposlední řadě se zajímáme o ošetrovatelskou péči v psychiatrii. V praktické části práce je zpracován výsledek dotazníkového šetření. Zjišťovali jsme informovanost společnosti o duševních chorobách a stigmatizaci duševně nemocných. Dotazníky byly určeny pro osoby, které mají ve svém okolí duševně nemocnou osobu nebo osoby.

Klíčová slova: duševní poruchy, duševní zdraví, ošetrovatelská péče, psychiatrie, stigmatizace

ABSTRACT

The bachelor thesis with topic "Stigmatization of Psychiatric Patients" consists of the theoretical and practical part. In the theoretical part we are interested in the characteristics of psychiatry and its history. It is focused on the concept of stigma, also there is defined the concept of the mental health and mental disorders. Finally, it is focused to the nursing care in psychiatry. In the practical part of the study is the result of the questionnaire, that was focused to the foreknowledge of the society about mentally illnesses and the stigmatization of the mentally ill people. The research was designed for people who have mentally ill people in the immediate vicinity.

Keywords: mental disorders, mental health, nursing care, psychiatry, stigmatization

Poděkování

Děkuji paní PhDr. Jarmile Verešové za odborné vedení mé bakalářské práce, za její cenné rady, připomínky a trpělivost.

Dále bych chtěla poděkovat mé rodině a příteli, že při mě stáli a podporovali mě po celou dobu studia.

Poděkování patří také respondentům, kteří věnovali čas k vyplnění mého dotazníku.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 PSYCHIATRIE	13
1.1 DUŠEVNÍ ZDRAVÍ.....	13
1.2 HISTORIE PSYCHIATRIE	13
1.2.1 Starověk.....	14
1.2.2 Středověk.....	15
1.2.3 Novověk	16
1.2.4 Dvacáté století až současnost	17
1.2.5 Historie psychiatrie v českých zemích	19
1.3 PRÁVNÍ PROBLEMATIKA V PSYCHIATRII.....	19
1.3.1.1 Hospitalizace bez souhlasu pacienta	20
1.3.1.2 Používání omezovacích prostředků	20
1.3.1.3 Způsobilost k řízení motorových vozidel	21
1.3.1.4 Ochranná léčba.....	21
1.4 ORGANIZACE PSYCHIATRICKÉ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE	22
1.4.1 Ambulantní péče	22
1.4.2 Lůžková péče.....	22
1.4.3 Komunitní péče	23
2 STIGMA	24
2.1 POSTOJE SPOLEČNOSTI A STIGMATIZACE OSOB S PSYCHICKOU PORUCHOU.....	24
2.2 SEBESTIGMATIZACE.....	25
2.3 DESTIGMATIZACE	26
3 DUŠEVNÍ CHOROBY	27
3.1 KLASIFIKACE DUŠEVNÍCH CHOROB	27
3.2 DIAGNOSTIKA.....	28
3.2.1 Anamnéza.....	28
3.2.1.1 Abusus	29
3.2.1.2 Psychiatrická anamnéza	30
3.2.1.3 Nynější onemocnění.....	30
3.2.2 Pomocné vyšetřovací metody.....	31
3.3 TERAPIE	32
3.3.1.1 Biologická léčba.....	32
3.3.1.2 Psychoterapie	32
4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	33
4.1 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES	33
4.1.1 Ošetřovatelské vyšetření.....	33
4.2 SPECIFIKA PRÁCE SESTRY NA PSYCHIATRII	34
4.2.1 Specifika péče u nespolupracujícího, neklidného, agresivního pacienta	35

4.3	KOMPETENCE SESTRY V PSYCHIATRICKÉ PÉČI	36
II	PRAKTICKÁ ČÁST	38
5	CÍLE A METODIKA VÝZKUMU.....	39
5.1	CÍLE VÝZKUMU	39
5.2	HYPOTÉZY.....	39
5.3	METODIKA VÝZKUMU.....	40
5.4	POPIS VÝZKUMU	40
5.5	CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ	40
5.6	ORGANIZACE VÝZKUMU	40
6	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	41
6.1	ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT.....	42
7	DISKUSE	69
	ZÁVĚR	72
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	73
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	76
	SEZNAM TABULEK.....	77
	SEZNAM GRAFŮ	78
	SEZNAM PŘÍLOH.....	79

"Množství lidí, kteří v některé etapě života potřebují psychiatrickou pomoc, se blíží počtům účastníků dopravního provozu. Bylo by nesmyslné tvrdit, že všichni řidiči jsou „nebezpeční šílenci“ jen proto, že zprávy v televizi a v novinách si všímají pouze dopravních nehod. O tom, že šťastně dojeli domů, média neinformují. O životě lidí s duševním onemocněním, o jejich cestě ke zdraví a k návratu do každodenního života novináři bohužel nepiší".

(autor neznámý)

ÚVOD

Práci na téma "Stigmatizace duševně nemocných" jsem si vybrala z důvodu takového, že i když žijeme v moderní době, kdy medicína jde kupředu a objevuje stále nové metody, oblast psychiatrie je stále jedna z "neznámých". Možná je to právě z toho důvodu, že se lidé o duševních chorobách stále bojí mluvit. O duševních chorobách se mluví vesměs hanlivě, lidé se jich obávají. Již historie poukazovala na nemoci duše jako na nějakou posedlost zlým duchem, děblem. I když víme, že to tak není, je možné, že to ve společnosti zanechalo nějakou odezvu.

Dnešní doba je plná spěchu, vystavuje nás, jakožto moderní osoby, stresu. Pokud někdo tohle tempo nestíhá nebo ho zvládá jinak, než všichni ostatní, může se stát terčem posměchu a pomluv. Vnímání rozdílů a odlišností lidí je odrazem dnešní doby.

Incidence duševních chorob i přes pokroky medicíny stále roste, předpokládá se, že poroste dále. Již dnes, když se člověk rozhlédne kolem sebe, zjistí, že má ve svém okolí duševně nemocné osoby.

Sama jsem měla možnost se seznámit s psychiatrickou léčebnou, a to v roli studenta na odborné praxi. Nejprve jsem z nemocných pohybujících se v mém okolí měla pocity nejistoty a strachu. Jakmile jsem se z vlastní iniciativy o nemocech informovala, tyto pocity opadly a naopak ve mně vyvolaly zvědavost a nutkání se o psychiatrii dozvědět více.

Možná právě nevědomost o dané problematice vyvolává ve společnosti strach a potřebu stranit se nemocným lidem tak, jako já do nedávna měla z tohoto tématu "husí kůže".

V teoretické části se budeme zabývat psychiatrií, jakožto oborem, který má svou dlouhodobou historii. Okrajově zjistíme informace o právní problematice, která souvisí právě s psychiatrií a stigmatizací duševně nemocných osob. Budeme se zajímat o organizaci psychiatrické péče. Věnujeme kapitolu pojmu stigmatizace, poté se zaměříme na samotné duševní choroby jak z medicínského, tak ošetrovatelského hlediska.

V praktické části se budeme věnovat informovanosti veřejnosti o duševních chorobách, budeme zjišťovat, zda se veřejnost setkává se stigmatizací nebo ne.

Byla bych ráda, kdyby výsledky mé práce přiměly k zamyšlení a uvědomění si toho, že duševní choroba nemusí znamenat konec společenského života a doživotní stranění se společnosti.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PSYCHIATRIE

Pojem psychiatrie pochází z řečtiny (psyché - duše, iatreia - lékařství). Je to vědní a klinická disciplína, která se zabývá prevencí, diagnostikou a léčbou psychických poruch. Význam této vědy v moderních společnostech významně narůstá, a to v medicínském i společensko - ekonomickém významu. Z výzkumu Světové zdravotnické organizace "Global Burden of Disease" vyplývá, že při měnících se podmínkách (socioekonomické změny, vymícení infekčních chorob, prodlužování lidského věku), se neuropsychiatrické nemoci staly jednou z nejvýznamnějších skupin chorob. Jsou nejčastější příčinou ztráty pracovní schopnosti a předčasných úmrtí. Celoživotní prevalence duševních chorob dosahuje až 50 %, dokonce překonaly i kardiovaskulární a onkologické choroby. Duševní choroby budou dle expertů Podle Světové banky nejvýznamnější hrozbou a zdravotní zátěží lidstva 21. století (Raboch, Pavlovský a kol., 2012, s. 13; Kyjovská, 2014, s. 12).

1.1 Duševní zdraví

Zdraví je základním pojmem v ošetrovatelství a medicíně. Jeho aspekty - biologické, psychologické a sociální, vyjadřují sepětí člověka s prostředím. Je to dynamický proces, který patří mezi základní práva každého člověka. Zdraví je podmínka psychické a fyzické pohody, společně s dobrou kvalitou života. Zdravý člověk je schopen realizovat sám sebe, dokáže se o sebe postarat a přizpůsobit si prostředí k obrazu svému. Dokáže vykonávat svou práci, plnit sociální role a nemá chorobu. Zdraví ovlivňuje kvalitu života.

Duševní zdraví není pouze absence duševní choroby, ale znamená to, že je celá osobnost v kondici. Duševně zdravý člověk je schopen přijímat a zpracovávat nové informace, má schopnosti logicky myslet a řešit problémy. Dokáže plánovat a komunikovat, má aktivní přístup k okolnímu dění. Je schopen adaptace na nové situace a je citově vyrovnaný. Zvládá vlastní emoce, dokáže se uvolnit. Je schopen práce a udržuje partnerské vztahy. Duševně zdravý člověk se dokáže přizpůsobit situaci a reagovat na ni (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006, s. 15).

1.2 Historie psychiatrie

Postavení duševně nemocných osob je v současnosti, a bylo i v minulosti, odrazem dané doby, úrovně poznatků a vyspělosti kultury. Přístup k nemocným prošel dlouhým vývojem.

Docházelo k vývoji z pohledu medicínského, kdy se formovala psychiatrie jako samostatný medicínský obor, tak společenského, kdy byl utvářen postoj společnosti k duševním chorobám. Některá období byla pro psychiatrii vývojová, v některých dobách zase docházelo k úpadku (Petr, Marková a kol., 2014, s. 24; Ocisková a Praško, 2015, s. 12).

1.2.1 Starověk

V období starověku, kdy byly přírodovědecké znalosti na velmi nízké úrovni, si lidé vysvětlovali jakékoliv nezvyklé jevy a odchylky jako nadpřirozené jevy. Lidé v té době považovali tělesnou i duševní nemoc za trest, který na ně seslal bůh. Duševně nemocní v té době byli považováni za posedlé d'áblem, zlým duchem. Protože to bylo něco nevysvětlitelného a neznámého, vyvolávalo to ve společnosti strach a nejistotu. Tehdejší léčba spočívala v šamanských a náboženských rituálech, které měly nemocného osvobodit ze zakletí.

Ve starověkém Egyptě, asi 1500 let před naším letopočtem, byly útočištěm pro duševně nemocné chrámy. Tam nemocní hráli hry, cvičili, zpívali a bavili se. Velký důraz se už tehdy kladl na pravidelný denní režim a duševní hygienu. V Indii se v té době využívalo účinků antipsychotických látek - objevili účinky reserpinu. Starověké Řecko nezaostává a duševním chorobám se věnuje prostřednictvím chrámového lékařství. To je spojeno s procedurami, jako je aplikace výboje rejnoka elektrického, provádění léčby s muzikoterapií a léčba klidným prostředím (Ocisková, Praško, 2015, s. 12 - 13; Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 25).

Nejvýznamnější pokrok té doby se objevuje v 5. století před naším letopočtem. Měl na něm zásluhu starořecký lékař Hippokrates. Ten zastával názor, že duševní poruchy nejsou následkem nadpřirozených sil, nýbrž příčina onemocnění je somatického původu. Duševní choroba dle jeho názoru vzniká při dysbalanci tělesných tekutin v mozku. Rozlišoval čtyři druhy šťáv - sanquis, chole, melanchole a flegma. Podle množství těchto tekutin určil první osobnostní typologii: sanquis - sangvinik, chole - choleric, melanchole - melancholik a flegma - flegmatik (Ocisková, Praško, 2015, s. 13).

Hippokrates už v té době popsal některé psychické poruchy a dal jim názvy používané dodnes (mania, frenitis, hysteria, melancholia). Pojem paranoia používal jako synonymum duševní choroby. Vyzoroval, že duševní choroby se objevují u matek po porodu, že při dlouhotrvajících úzkostných stavech může dojít až k melancholii. Popsal delirantní

stavy, závislost deliria na somatickém onemocnění - při tuberkulóze, malárii. Jako základní léčebné procedury považoval odstranění nadbytku některé z tělesných šťáv, a to pomocí projímadel, dávidel nebo venesekcí. Terapii doplňoval ordinací tělesných aktivit, rozptylováním, dietami, aplikací zábalů (Ocisková, Praško, 2015, s. 13; Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 25).

Později v Hippokratově zkoumání duševních chorob pokračovaly i další osoby. Například v 1. století našeho letopočtu léčil duševní choroby Celsus, aplikoval nemocným masáže vyvolávající únavu a vyčerpání. Galén rozeznal horečnaté delirium vniklé následkem sekundárního onemocnění od psychózy (Ocisková, Praško, 2015, s. 13).

1.2.2 Středověk

Ve středověku došlo k úpadku vědeckého myšlení. K moci se dostala církev a snažila se vše vysvětlit na základě díla božího. Duševně nemocní byli obětmi izolace a nezájmu. Společnost brala nemocné jako omyl, hřích, posedlost ďáblem nebo zlým duchem. Přírodní vědy a medicína byly zapomenuty. Jelikož se na nemocné pohlíželo jako na posedlé, zacházelo se s nimi velmi krutě a nelidsky. Šílenci byli mučeni, trápeni, vězněni a neexistovalo pro ně žádné právo na život. Spousta jich bylo popraveno během procesu honu na čarodějnice, díky kterému zahynuly statisíce až miliony duševně nemocných osob. Ten trval až do poloviny 18. století (Ocisková, Praško, 2015, s. 13; Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 26).

I v této době se našli vzdělaní osvícenci, kteří zastávali názor, že se nejedná o posedlost, ale o duševní nemoc, následek užívání drog a že postižení patří do rukou lékařů. Mezi nejznámější patří Paracelsus (1493 - 1541), Felix Platter (1536 - 1614) a Reginald Scott (1538 - 1599) - ten roku 1584 vydal knihu proti pálení čarodějnic. Johannes Weyer (1515 - 1588) - profesor Lékařské fakulty v Kolíně nad Rýnem své žáky učil názoru, že duševní choroby mají medicínskou příčinu. O hlásání těchto mužů se mluví jako o **první revoluci v psychiatrii**, avšak v době, kdy hlásali, vše zapadlo ve všeobecné protireformační atmosféře doby (Ocisková, Praško, 2015, s. 14; Orel, 2016, s. 20).

Existovaly i instituce, které předcházely prvním formám psychiatrických léčeben a ústavů. Jednalo se vesměs pouze o izolaci nemocných od společnosti. Podle tehdejších názorů si nemocní nezasloužili ani péče ani ochrany. Proto byli vyčleňováni na tzv. "lodě bláznů", neboli "opilé koráby". Když se nemocný na danou loď dostal, většinou už nebylo cesty

zpět. Dále byly stavěny "věže bláznů", na kterých byli taktéž izolováni od společnosti. Zároveň nemocní sloužili jako "galerie". Lidé se na ně mohli chodit dívat (Marková, Venglářová, Babiáková, 2006, s. 26).

V českých zemích také neexistovala žádná systematická péče o duševně choré. O nemocné se starali mniši a jeptišky v kláštorech. Tam se duševně nemocným dostalo aspoň nejnutnější péče. Neklidní a dekompenzovaní pacienti byli vězněni a odsuzováni k tělesným trestům (Marková, Venglářová, Babiáková, 2006, s. 26).

1.2.3 Novověk

Počátky novověku provázely osvícenské reformy a spolu s nimi došlo i k pokroku v rozvoji psychiatrie. Začaly vznikat ústavy pro duševně nemocné. Z prvopočátku však nešlo ani zdaleka o ústavy podobné těm dnešním. Nemocní byli stále vězněni, izolováni, mučeni a praktiky, jako vystavování pacientů nepříjemným zápachům, pálení žhavým železem, centrifugování nebo ponořování do studené vody, byly zcela běžné v případech, kdy byli pacienti neklidní. Běžným trestem při nedodržování řádu bylo i zavírání nemocných do temných prostor (Ocisková, Praško, 2015, s. 14).

Počátkem 18. století se lékaři a vědci začali opět zajímat o otázku psychiatrie a duševních nemocí. William Cullen (1710 - 1790) popsal termín "neuróza" jako stav nevysvětlitelných ovlivnění smyslů a emocí, které nesouvisí s hyperpyrexíí jako primární chorobou. Souvisí s poškozením nervového systému a nedostatkem morálky (Ocisková, Praško, 2016, s. 15).

Dne 11. září 1793 začala **druhá psychiatrická revoluce** v čele s Philippem Pinelem (1755 - 1826). Ten osvobodil skupinu duševně chorých z vězeňských prostor a umístil je do specializovaných institucí - psychiatrických ústavů. Tam se snažil zavést režim bez omezování, zastrahování a tělesných trestů. Ústavy zprva sloužily pouze jako azyly pro choré, později se Pinel snažil zavést léčbu prací. Teoreticky se snažil klasifikovat některé psychické poruchy. Jeho činy byly následovány dalšími lékaři. V některých ústavech však přetrvávaly surové praktiky až do poloviny 19. století (Ocisková, Praško, 2015, s. 15; Marková, Venglářová, Babiáková, 2006, s. 27, Orel 2016, s. 20).

Od počátku 19. století nejsou připouštěny názory, že psychicky nemocní jsou pod vlivem kletby a posednutí. Existovaly ústavy nemocničního charakteru, kde byli nemocní pozorováni a lékaři se snažili najít vhodnou léčbu. Zpočátku se aplikovaly terapie dle

Hippokrata a jako ve středověku: pouštění žilou, přikládání pijavic, ponořování do ledové vody, centrifugace a další nelidské postupy. Místo řetězů a věznění se začaly používat mírnější omezovací prostředky - svěrací kazajky, kurty, omezovací židle a postele. V některých zemích dokonce omezovací prostředky úplně zakázali - v Anglii John Conolly (1794 - 1864). Lékaři se stále snažili vynalézt nové prostředky terapie. Snažili se ovlivnit psychiku pacientů silnými dojmy, odstranit bludy, léčili pomocí šoku tak, že pacienty vystavovali děsivým scénám nebo naopak aplikovali manuální práce a relaxační prostředky ke zmírnění neklidu. V této době nesloužily pouze kláštery a chrámy jako léčebné ústavy, ale začaly se zhotovovat nové prostory, přímo určené k danému účelu (Ocisková, Praško, 2015, s. 15; Marková, Venglářová, Babiáková, 2006, s. 27).

Psychiatrii se zabývaly dvě skupiny lidí. Jednou byli lékaři, vesměs internisté, neurologové a druhou skupinou byli filozofové. Prvním klinickým psychiatrem se stal Esquirol, jenž byl Pinelovým žákem. Od té doby docházelo ke snahám systematizovat psychiatrii. To se kvalitně podařilo až Emilu Kraepelinovi, Eugenu Bleulerovi a Sergeji Korsakovi na přelomu 19. a 20. století (Ocisková, Praško, 2015, s. 17).

1.2.4 Dvacáté století až současnost

Na přelomu 19. a 20. století přispěl Sigmund Freud svou teorií o vzniku duševních chorob k **třetí psychiatrické revoluci**. Zaměřoval se na nevědomé procesy a psychické obranné mechanismy, jako je vytěsnění, racionalizace, popření. Prohlásil, že základní motivace člověka vychází z hlubin nevědomí a jsou tam lokalizovány: pud života (eros) a pud smrti (thanatos). On a jeho následníci se zasloužili o rozvoj psychoanalýzy a dynamické psychiatrie (Ocisková, Praško, 2015, s. 18; Orel, 2016, s. 20).

Na počátku 20. století se začaly uplatňovat nové biologické formy terapie. Z psychiatrie se stal podobor medicíny, což trvá dodnes. Krátce před druhou světovou válkou se v psychiatricky terapeutických postupech začaly používat šoky. V roce 1927 začal Manfred Sakel používat inzulínové šoky, později, v roce 1935 objevil Ladislav J. von Meduna účinky kardiazolových šoků. Antonio Egas Moniz začal v roce 1936 realizovat tzv. prefrontální lobotomii. Elektrokonvulzivní terapii, která se využívá dodnes k léčbě těžkých stavů, vynalezli v roce 1937 Ugo Cerletti a Lucio Bini. Všechny zmíněné metody, kromě elektrokonvulzivních šoků byly časem zavrhnuty. I když byly velmi účinné, některé

nežádoucí účinky a komplikace byly tak závažné, že se přestaly v psychiatrii využívat (Ocisková, Praško, 2015, s. 19)

Těžké časy pro psychiatrii jako celek bylo období fašistického Německa a 2. světové války. V Německu byly vydány zákony o prevenci hereditárních chorob a pod tlakem ideologie bylo sterilizováno na 400 000 osob. Mnoho psychiatrů z důvodu války emigrovalo do zahraničí. V akci T4 bylo popraveno asi 10 000 dětí a 180 000 dospělých lidí s psychiatrickou diagnózou (Ocisková, Praško, 2015, s. 20).

Po druhé světové válce docházelo k rozvoji psychoanalýzy a ke vzniku humanistické a behaviorální terapie. Významným pokrokem pak byl vznik psychofarmak, která se začala používat k léčbě duševních chorob. V polovině 20. století byla zavedena do praxe neuroleptika (antipsychotika). To jsou léky s antipsychotickým účinkem, zmírňující bludy a tlumící neklid. O této době mluvíme jako o **čtvrté psychiatrické revoluci**, éře psychofarmakoterapie. Začaly se objevovat léky k léčbě schizofrenie. Ty obsahovaly léčivou látku chlorpromazin, ten poprvé synteticky vytvořil J. Delay a P. Deniker. Od té doby za čtyři roky se začal používat v klinické praxi. Pacienti, kteří byli dříve odkázáni pouze na život v psychiatrických léčebnách, mohli znovu opustit zdi léčeben. Jejich stav se začínal velmi zlepšovat. V roce 1958 R. Kuhn syntetizoval nový lék s účinnou látkou imipramin, což je první tricyklické antidepresivum sloužící k léčbě depresí a panické poruchy. Roku 1960 bylo objeveno první anxiolitikum - benzodiazepin chlordiazepoxid. Šedesátá léta patřila k letům, kdy se objevovaly nové a nové medikamenty používané v psychiatrii (Ocisková, Praško, 2015, s. 21; Orel, 2016, s. 21).

Také docházelo k rozvoji psychoterapeutických postupů. Začaly se využívat postupy, jako je kognitivní terapie, interpersonální psychoterapie, skupinová psychoterapie a krátká dynamická psychoterapie. Od sedmdesátých let se všechny nové terapeutické metody začaly řádně ověřovat kontrolovanými studiemi. Osmdesátá léta byla významná pro rozvoj biologické psychiatrie. Rozvíjely se neurovědy, začaly se používat zobrazovací metody. Objevily se i nové klasifikační systémy. První ze systémů byl americký DSM - III, později vznikla MKN - 10, která zapříčinila lepší komunikaci mezi psychiatry a jednotnost. Do popředí se dostala kvalita života pacientů a odborná péče o ně. Ve světě se začaly objevovat chráněné dílny a bydlení, zformoval se case management. Začaly se "rozpouštět" psychiatrické ústavy, péče se spíše zaměřila na komunitní péči. Ta poskytuje nemocným možnosti pracovní i sociální rehabilitace (Ocisková, Praško, 2015, s. 21).

1.2.5 Historie psychiatrie v českých zemích

Nejvíce se v historii péče o duševně choré zasloužil řád Milosrdných bratří. Ten počátkem 18. století začal budovat nemocnice v řadě českých měst. V roce 1790 byl v rámci Všeobecné nemocnice v Praze otevřen samostatný "ústav" pro duševně nemocné - Tollhaus. Bylo tam 60 lůžek. V bývalém klášteře sv. Kateřiny v Praze byl v roce 1822 otevřen další ústav pro duševně choré. Od roku 1821 se na pražské lékařské fakultě vyučoval předmět "choromyslnictví". Vyučoval ho tehdejší přednosta kateřinského ústavu Held. Jeho žák, Josef Riedl (1803 - 1870) se zasloužil o mnoho pokroků české psychiatrie. V kateřinském ústavu, který po Heldovi převzal, uplatňoval léčbu prací a mnoho dalších rehabilitačních metod. Ve své době byl známý v celé Evropě a řada psychiatrů se k němu jezdila učit. Roku 1840 se stal prvním docentem psychiatrie. Nechal postavit novou psychiatrickou kliniku v Praze 2 a poté odešel do Vídně.

Koncem 19. století se budují psychiatrické ústavy po celé České republice. Nejprve vznikla pobočka pražského ústavu Na Slupi (1860). V roce 1863 byl otevřen ústav v Brně - Černo-
vicích, 1869 v Kosmonosích, roku 1875 U Apolináře. Stále bylo potřeba více lůžek pro duševně choré, a tak pokračovalo rozšiřování. V roce 1883 vznikl ústav v Dobřanech, roku 1887 v Opařanech u Tábora. V Opavě byl otevřen ústav roku 1889, 1890 v Horních Beřkovicích u Roudnice nad Labem. Roku 1892 otevřeli ústav ve Štemberku, 1902 v Jihlavě. Kroměřížský ústav a ústav v Bohnicích byly otevřeny roku 1909, 1934 pak Havlíčkobrodský ústav pro duševně choré (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 30 - 31).

1.3 Právní problematika v psychiatrii

Obor psychiatrie je ve velmi úzkém vztahu s právními normami. Právní otázky jsou řešeny v různých situacích. U psychiatrické léčby to bývá v situacích, kdy léčba zasahuje do omezování osobní svobody, pacient je nedobrovolně hospitalizován nebo je zbavován způsobilosti k právním úkonům. V České republice neexistuje samostatná legislativa zabývající se psychiatrií, právní principy jsou zahrnuty v řadě legislativních norem (Petr, Marková, 2014, s. 65).

Právní problematika se opírá o právní předpisy na mezinárodní i národní úrovni. Mezi tyto dokumenty patří např. Úmluva o ochraně lidských práv a svobod, Listina základních práv a svobod a další viz příloha č. 1 (Petr, Marková a kol., 2014, s. 65).

1.3.1.1 Hospitalizace bez souhlasu pacienta

Zákon o zdravotních službách udává, že poskytnout pacientovi zdravotní péči je možné pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem, nestanoví - li zákon jinak. Hospitalizací bez souhlasu nemocného se zabývá paragraf 38. Pacienta lze dle paragrafu hospitalizovat bez souhlasu, pokud mu bylo pravomocným rozhodnutím soudu uloženo ochranné léčení, je mu nařízena izolace, karanténa nebo je mu soudem nařízeno vyšetření zdravotního stavu. Nařízená, nedobrovolná hospitalizace se týká i osob, které svým chováním bezprostředně ohrožují sebe nebo okolí. K nedobrovolné hospitalizaci se přistupuje, pokud není možné řešit situaci jinak. Jakmile lékař usoudí dle právních norem, že je pacienta nutné nedobrovolně hospitalizovat, musí do 24 hodin od přijetí oznámit soudu, že se jedná o nedobrovolnou hospitalizaci. Povinnost soudu je řádně prošetřit, zda je hospitalizace nutná, musí zajistit opatrovníka, jenž zastupuje nemocného v právních úkonech (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006, s. 59; Petr, Marková, 2014, 71 - 72; Raboch, Pavlovský a Janotová, 2012, s. 215).

Nemocný má právo být vyslechnut soudem, zvolit si svého právního zástupce a má právo na odvolání od rozhodnutí soudu (Petr, Marková, 2014, s. 71 - 72; Marková, Venglářová a Babiaková, 2006, s. 59).

1.3.1.2 Používání omezovacích prostředků

"Omezovacími opatřeními a prostředky v psychiatrii rozumíme: 1) terapeutická a preventivní opatření omezující volný pohyb a jednání pacienta, resp. 2) terapeutická a preventivní opatření uplatňovaná bez souhlasu pacienta (podání medikace)" (Petr, 2013).

Omezovací prostředky způsobují zásahy do lidských práv a důstojnosti. V psychiatrii ale mají své nezastupitelné a nezbytné místo. Lze je použít jako krajní řešení po vyčerpání veškerých nerestriktivních možností. Rizika jejich použití nesmí nikdy přesáhnout jejich přínos. Používají se pouze k terapii, nikdy z výchovných a edukačních důvodů,

k usnadnění péče. Omezovací prostředky se využívají pouze u pacientů nebezpečných pro okolí nebo pro sebe samé. Musí být použity šetrně a neměly by narušovat pacientovu důstojnost. Omezení pacienta vždy ordinuje lékař. Pokud dojde k akutní dekompenzaci stavu, může jej zahájit i všeobecná sestra, ale je nutné lékaře informovat, ten v co nejkratším termínu odůvodní nebo vyvrátí nutné omezení. Použití omezovacích prostředků by mělo být pro pacienta co nejméně deprimující a stresující. Měl by být oddělen od ostatních pacientů, umístěn na klidném, příjemném místě, které je pod dohledem ošetřujícího personálu. Při komplikovaném záchytu nemocného, pokud je agresivní a používá násilí, bychom se měli vyvarovat bolestivému zacházení.

Pokud je pacient v restriktivním režimu, měla by mu být zajištěna veškerá ošetrovatelská péče bez ohledu na jeho úroveň soběstačnosti. Za péči je vždy zodpovědná sestra. Při jakémkoliv změně somatického či psychického stavu neprodleně informuje lékaře. O ukončení omezení rozhoduje lékař, pokud tak učiní sestra, v co nejkratším časovém intervalu rozhodnutí konzultuje s lékařem, ten má hlavní slovo, co se týče dalšího postupu léčby. Na oddělení, kde se přistupuje k používání omezovacích prostředků, by měl být minimálně jednou ročně proškolen personál (Pařížková, 2007, s. 13; Marková, Venglářová a Babiaková, 2006, s. 113 - 115).

1.3.1.3 Způsobilost k řízení motorových vozidel

Rozhodnutí o způsobilosti k řízení motorových vozidel je v kompetenci lékaře. Ten je povinen se řídit vyhláškou č. 277/2004 Sb., kde jsou obsaženy nemoci a vady, které vylučují nebo podmiňují zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel. Pokud lékař na základě vyšetření pacienta zbavuje způsobilosti, oznámí neprodleně tuto skutečnost na obec trvalého bydliště, obec, kde byl řidičský průkaz nemocnému vydán. Psychofarmaka nejsou absolutní kontraindikací k držení řidičského oprávnění. Nemocný je vždy o nežádoucích účincích léků informován. Pokud si lékař není jistý rozhodnutím, může doporučit pacientovi podstoupení speciálních testů pozornosti pro řidiče (Petr, Marková, 2014, s. 74; Raboch, Pavlovský a Janotová, 2012, s. 219).

1.3.1.4 Ochranná léčba

O ochranné léčbě bývá rozhodnuto prostřednictvím soudního znalce. Ten ochrannou léčbu indikuje, jakmile trest pachatele neplní svůj účel. Ochranná léčba se zaměřuje na prevenci

opakování trestného činu. Může být uloženo souběžně s trestem odnětí svobody nebo po ukončení trestu na něj navazuje. Soud ukládá ochranné léčení, pokud pachatel v době páchaní trestného činu není příčetný, nebo je ve stavu snížené příčetnosti a jeho pobyt na svobodě je nebezpečný. Také je ukládána, pokud pacient spáchal trestný čin pod vlivem návykové látky. Ochranná léčba probíhá v ambulantní péči nebo za hospitalizace. O propuštění z ochranného léčení rozhoduje soud, ten může léčbu předčasné ukončit a také ji prodloužit (Petr, Marková, 2014, s. 75).

1.4 Organizace psychiatrické péče v České republice

Péče o duševní zdraví je v České republice poskytována v různých formách, cílem je poskytovat kvalitní péči v psychiatrické, ošetrovatelské, psychologické a sociální oblasti. Péče se dá rozdělit na intramurální a extramurální, kdy intramurální péče je poskytována na psychiatrických klinikách a v léčebnách. Extramurální péče je péče poskytována mimo zdi těchto zařízení. Na pomezí extramurální a intramurální péče se řadí péče semimurální, kam můžeme zařadit psychiatrické ambulance a krizová centra.

Cílem organizace psychiatrické péče je zajištění nabídky psychiatrických, psychologických, psychoterapeutických a sociálních služeb v každém regionu České republiky (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006, s. 38; Hřebejková, 2013, s. 19 - 20).

1.4.1 Ambulantní péče

Ambulantní péče je základní článek psychiatrické péče, jejichž úkolem je prevence, diagnostika, léčba, rehabilitace, resocializace a posuzování duševních poruch. Provádí dispenzární péči u vážně nemocných podle platných předpisů, zajišťují péči o pacienty v ochranné léčbě. Vedle psychiatrických ambulancí existují i ambulance specializované (sexuologické, gerontopsychiatrické, dětské ambulance). Psychiatrickou ambulantní pomoc vyhledávají častěji ženy než muži (60 % ošetření) (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006, s. 38 - 39; Nechanská a kol., 2016, s. 13).

1.4.2 Lůžková péče

K lůžkové psychiatrické péči se využívá psychiatrických oddělení, klinik a léčeben. Dle ÚZIS je v České republice k roku 2015 30 psychiatrických oddělení, 18 psychiatrických léčeben. Nejvíce lůžek připadá na oddělení všeobecné psychiatrie

(58 %), 20 % lůžek slouží pro gerontopsychiatrické pacienty, 15 % slouží pro léčbu závislostí a alkoholismu, přibližně 5 % slouží dětské psychiatrii a 2 % slouží k léčbě sexuálních poruch. Nejčastější indikace k hospitalizaci na psychiatrii byly v roce 2015 poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek. Další častá příčina hospitalizace byla léčba schizofrenních poruch a poruch s bludy (Nechanská a kol., 2016, s. 15).

1.4.3 Komunitní péče

Komunitní péče je péče mimo psychiatrická zařízení umožňující individualizovanou péči. Umožňuje respektování individuálních potřeb pacientů, jež tyto služby využívají. Je to kombinace různých služeb a zajišťuje jejich návaznost. Minimalizuje hospitalizace nemocných, určitým způsobem také souvisí s destigmatizací duševně nemocných osob. Cílem je začlenit nemocné do běžných denních činností, zvýšit soběstačnost a sebepéči nemocných. Poskytuje je přibližně 20 organizací, ty jsou rovnoměrně rozptýleny po celé České republice (vyjma západních a jižních Čech). Tento typ psychiatrické péče je poměrně nově zaveden, vznikl v 80. letech 20. století. Jsou zde zahrnuta krizová centra, denní stacionáře, centra denních aktivit, chráněná bydlení, chráněné dílny a programy chráněné práce (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006, s. 44).

2 STIGMA

Stigmatizace duševních chorob je charakterizováno nedostatkem vědomostí o duševních nemocech, strachem, předsudky a diskriminací. Pojem stigma je považován za znehodnocující přívlastek, jenž může být příčinou diskriminace svého nositele. Termín je převzat z antického Řecka a poukazuje na tělesné znaky vypovídající o něčem neobvyklém, morálně špatném nebo nedostatečném. V dávných dobách se slovem "stigma" označoval cejch, ten byl vypalován otrokům v thesalských dolech antického Řecka. Sloužil k označení osob jako znamení, že jsou vylučováni ze společnosti (Ocisková, Praško, 2015, s. 11, Pěč, 2016).

2.1 Postoje společnosti a stigmatizace osob s psychickou poruchou

Historie poukazuje na spoustu příkladů stigmatizace, ať se jednalo o stigmatizaci rasově, sociálně, národnostně, sexuálně odlišných jedinců nebo duševně nemocných osob. Dle sociologa Ervina Goffmana je stigmatizovaný jedinec často považován za někoho, kdo je méně než člověk. Lidé si ospravedlňují a vysvětlují stigmatizaci tím, že konstruují nějakou teorii nebo ideologii a tím si tvoří alibi. Stigma je chápáno jako vyloučení osoby ze společnosti normální většinou. V důsledku toho dochází k diskriminaci odlišného jedince. Stigmatizované osoby mohou být omezovány, mohou jim být odnímána práva a často bývají terčem posměchu. Nese to předpoklad o jejich nebezpečnosti, morální slabosti a vině. To popsal ve své knize týkající se analýzy stigmatu (Ocisková, Praško, 2015, s. 22).

Tyto postoje probíhají v tzv. stereotypech. Stereotyp je v oblasti sociální psychologie chápán jako rigidní pasivně přijímaný způsob posuzování daných skupin osob na základě předsudků a tradic. Stereotypy vznikají na principu propagandy, kdy historie, média, jiní lidé udávají obraz dané skupiny. Zcela běžná propaganda duševně chorých osob jsou vtipy o bláznech. Rozlišujeme dva druhy stereotypů. Autostereotypy, kdy má duševně nemocná osoba představy o duševních chorobě, kterou sama trpí, dochází k sebestigmatizaci a heterostereotypy, jenž jsou naopak myšlenky a předsudky o skupinách (psychicky nemocných) jiných, zdravých osob. Stereotyp duševně nemocných osob může mít pro nemocného negativní, ale i pozitivní důsledky. Pozitiva jsou např. ochrana, soucit

nebo kladení menších nároků na výkon a role v životě. Negativní důsledky ale převažují (Ocisková, Praško, 2015, s. 22; Marková, Venglářová a Babiaková, 2006, s. 20 - 21).

"Stigmatizace je založena na očekávání odlišnosti populace psychiatrických pacientů od běžné populace" (Ocisková, Praško, 2015, s. 28). Často dochází k nerozlišení kategorie poruchy a jedince, na co společnost nahlíží je to, že je osoba léčena na psychiatrii. Tudíž nese nálepkou nevypočitatelného, nebezpečného, nezodpovědného a nekontrolovaného blázna. Je od něj očekáváno nezvyklé chování, nebezpečnost a možná agrese. Často nezáleží na diagnóze, zda je to psychóza či neurotická porucha. Je-li jedinec označen za duševně chorého, laická veřejnost ho řadí do skupiny lidí se závažnou psychickou poruchou, jako je např. schizofrenie (Ocisková, Praško, 2015, s. 28).

Pro středoevropskou laickou veřejnost je typické, že dělí duševní choroby na nervové zhroucení a pravé šílenství. Nervové zhroucení je chápáno jako následek traumatické události nebo stresu. Je považováno za méně závažné, tudíž společností více tolerovanou kategorií. Naopak pravé šílenství je trvalé a souvisí s poškozením mozku. Překračuje limity tolerance a je výrazně stigmatizováno (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 21).

Základní chování společnosti k duševně nemocnému je odstup a snaha postiženého pozorovat. Jakmile laik zpozoruje neobvyklé projevy v oblasti výrazu, pohybu, postoje, řeči, dojde k tzv. značkovacímu procesu, jenž zaručí částečnou izolaci nemocného od společnosti (Ocisková, Praško, 2015, s. 28).

2.2 Sebestigmatizace

Sebestigmatizace (internalizované stigma) je třífázový proces, kdy nemocný člověk přijímá negativní stereotypy, které vůči němu zaujímají druzí lidé, za své. První fáze probíhá, jakmile je jedinec nepřijímán společností, dochází k izolaci nemocného. V druhé fázi si nemocný stereotyp uvědomí, začíná s nimi souhlasit. V konečné fázi se stereotypy souhlasí, aplikuje je na vlastní osobu. Veřejné předsudky a sebestigmatizace znesnadňují i vyhledání odborné pomoci. Rodina i nemocný se nemoci obávají, skrývají se před společností, často vyhledají odbornou pomoc pozdě.

Kritika okolí způsobuje zvýšení sebekritiky a vyhýbání se sociálním kontaktům. To nemocného upevní v psychickém onemocnění. Dochází také ke zhoršení kvality života jedince. Dopady agresivní a dlouhotrvající terapie mohou být v některých případech

pro pacienta horší než samotné onemocnění. Nejhorší dopady na nemocného během terapie má sociální izolace, útlum a přibývání na váze z medikamentů. Často dochází k samovolnému upuštění od léčby, vysazení psychofarmak (Ocisková, Praško, 2014, s. 38 - 41).

2.3 Destigmatizace

Destigmatizací se rozumí proces, kterým se společnost snaží odstranit "nálepku bláznovství". K tomuhle procesu je třeba řádné edukace společnosti, větší informovanost laické veřejnosti o duševních chorobách. Důležitý faktor je také způsob léčby nemocného a vnímání jeho nemoci rodinou a blízkými osobami. Pokud se nemocný léčí ambulantně, v denním stacionáři nebo středisku, žije v přirozeném domácím prostředí a rodina ho přijímá, není natolik stigmatizován jako nemocný, který je hospitalizován na psychiatrickém oddělení (Gajdošová, 2015, s. 19; Kolková, 2011, s. 52).

V posledních letech byla v mnoha zemích vyvinuta řada iniciativ, které se zaměřovaly na destigmatizaci duševních nemocí ve společnosti. Mezi ně patří destigmatizační kampaně, veřejné diskuse, přednášky, programy stimuluující zaměstnanost duševně nemocných, terénní a krizové týmy zvyšující léčenost závažně nemocných, posilování uživatelských hnutí a organizací, zavedení legislativy podporující práva duševně nemocných (Pěč, 2016).

3 DUŠEVNÍ CHOROBY

Pojmem choroba se rozumí zvláštní případ abnormálního. Kvalitativně se liší od zdraví. Zahrnuje v sobě některé psychické procesy, jež se projevují v odlišném chování, prožívání a myšlení člověka. V dnešní moderní době je incidence duševních chorob taková, že minimálně v každé čtvrté rodině je osoba trpící nějakým druhem duševní choroby. Příznaky, jako je deprese, nervozita a nespavost, v České republice trpí až jedna třetina obyvatel. (Dušek a Večeřová - Procházková, 2015, s. 23; Kolková, 2011, s. 9 - 10).

Rizikové faktory vedoucí k duševním poruchám v současnosti velmi narůstají. Patří mezi ně nezaměstnanost, migrace, politická hnutí a převraty, napětí mezi etniky, nárůst lidí bez domova a chudoba, samota, nárůst zneužívání návykových látek a socioekonomický neklid. Podle údajů WHO patří mezi nejčastější duševní poruchy deprese, bipolární poruchy a schizofrenie. Dále společnost velmi ohrožuje Alzheimerova choroba, degenerativní poruchy CNS, užívání alkoholu a jiných návykových látek, úzkostné poruchy, nespavost. S užíváním alkoholu a návykových látek často souvisí i počet sebevražd u dospívající mládeže (až 15 % příčin úmrtí u osob mezi 15 a 24 lety). Dalším problémem je výskyt deprese a její léčba. Lidé s depresemi jsou často pouze v péči praktických lékařů, záchyt a léčba nebývá včasná (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 15 - 17).

3.1 Klasifikace duševních chorob

V minulosti byla diagnostika nejednotná a docházelo mezi psychiatry k neshodám. Docházelo proto ke snahám sjednotit diagnostická kritéria. Důležitým mezníkem se stalo desáté vydání mezinárodní klasifikace nemocí (MKN - 10)

(Dušek, Večeřová - Procházková, 2010, s. 21).

V současnosti se ke klasifikaci duševních chorob používá právě 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN - 10), která se v České republice začala používat v roce 1994. Byla sestavena Světovou zdravotnickou organizací. Obor psychiatrie se řadí pod písmeno F, jednotlivé poruchy jsou členěny dle číselných, někdy až čtyřmístných kódů.

U každé duševní choroby je uvedeno: popis hlavních klinických znaků, charakteristika, důležité přidružené rysy, kritéria vylučující chorobu. Někdy se zde objevuje i nezbytný počet a délka trvání příznaků, aby mohla být daná choroba diagnostikována.

Jednotlivá diagnostická kritéria obsahují subjektivní příznaky pacienta, objektivní projevy chování, tělesné obtíže, pracovní schopnost či neschopnost, reakci sociálního chování, jsou tedy heterogenní.

V dnešní době se ke klasifikaci používá také Diagnostický a statistický manuál, 4. verze (DSM - IV), uplatnění má především v Americe.

Dle MKN - 10 duševní poruchy dělíme do jedenácti podkategorií, jež jsou zmíněny v příloze č. 2 (Hosáková a kol., 2006, s. 7).

3.2 Diagnostika

Psychiatrická diagnostika patří mezi nejobtížnější medicínské obory. Je to způsobeno mnohotvárností a proměnlivostí obrazů psychických poruch. U spousty poruch je dosud neznámá etiologie a patogeneze. Zvláště obtížná je iniciální diagnostika - diagnostika počínající psychické poruchy. Její projevy jsou často obecného charakteru a není nutno předpokládat přítomnost počínající duševní poruchy. I když je hlavním cílem diagnostikovat psychickou poruchu, obvykle se v iniciálním období využívá diagnostiky syndromologické.

Spočívá především v umění naslouchat, ptát se a pozorovat. Opírá se o tzv. psychiatrické vyšetření, to se skládá z psychiatrické anamnézy a vyšetření psychického stavu. V dnešní době zatím neexistují objektivní ukazatelé daného onemocnění. Je důležité zjistit jak subjektivní anamnézu pacienta, tak objektivní - od rodinných příslušníků, přátel (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006, s. 40; Dušek, Večeřová - Procházková, 2010, s. 21).

3.2.1 Anamnéza

"Anamnéza (anamnesis – vzpomínání) je souhrn údajů týkajících se zdraví vyšetřované osoby. Cílem je získat co možná nejucelenější pohled na zdravotní obtíže, se kterými se vyšetřovaný léčil anebo léčí" (Hloch, 2014). Anamnézu získáváme rozhovorem s pacientem (přímá anamnéza) nebo příbuznou, blízkou osobou (nepřímá anamnéza). Správně odebraná anamnéza je důležitým faktorem ke zhodnocení diferenciální diagnostiky.

Pacient je často přivezen v akutním stádiu onemocnění, bývá obtížné s ním komunikovat. Pokud je přivezen rodinou, doprovodem, nejprve získáváme informace od pacienta, následně od doprovodných osob. Důležité je navázání kontaktu s pacientem. Personál,

který nemocného vyšetřuje, by měl dodržovat všechna společenská pravidla - pozdravit, představit se, informovat pacienta o průběhu vyšetření. Měl by si na pacienta udělat dostatek času, být klidný a vyrovnaný. Je důležité, aby personál přistupoval k nemocnému individuálně (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006, s. 39 - 40; Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 42 - 43).

Důraz by měl být kladen i na komunikaci s pacientem vysokého věku. Zdravotnický personál by měl být trpělivý, je pravděpodobné, že nemocný bude následkem věku psychomotoricky pomalý. Může mít i smyslovou poruchu, jež tvoří bariéru mezi nemocným a zdravotníkem. Pacienti vyššího věku mají obvykle tendence odpovídat na otázky neúplně, tajit informace o zdravotním stavu (Thakur, Blazer et Steffens, 2014, s. 12).

Psychiatrická anamnéza je strukturovaný rozhovor, kdy lékař pokládá otázky nemocnému. Obsahuje stejné otázky jako klasická somatická anamnéza, avšak je obohacena o další, specifické otázky. Na základě anamnézy může lékař stanovit problémy, diagnostikovat chorobu nebo poruchu.

Měla by obsahovat identifikační údaje nemocného, měly by být zjištěny informace o rodině, o pacientovi samém, somatické problémy, problém, kvůli kterému se zde pacient octl. Anamnéza by měla obsahovat i informace o sociálním zázemí a zaměstnání, pracovní minulosti. Dotyčného se ptáme na problémy se zákonem v minulosti nebo nyní. Zajímá nás anamnéza sexuální, farmakologická a alergická. Důležité je zjistit předchozí psychiatrickou anamnézu (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006, s. 39 - 40; Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 42 - 43).

3.2.1.1 *Abusus*

Všech pacientů se ptáme, zda kouří. Pokud ano, kolik cigaret denně, jak dlouho kouří, zda se množství vykouřených cigaret za poslední dobu nějak změnilo. To může vypovídat o dekompenzaci stavu.

Ptáme se také na užívání alkoholu. Jak často pije, při jaké příležitosti. Jaký druh alkoholu požívá, v jakém věku s pitím začal. Také záleží na tom, jaký druh alkoholu preferuje a jaké množství obvykle vypije. Obecné údaje nejsou dostatečné, vždy se doptáváme tak, abychom se vše dozvěděli. Dotazujeme se na problémy s alkoholem v zaměstnání,

každodenním životě. Závislost na alkoholu bývá prokázána odvykacím stavem, kdy má pacient somatické problémy spojené s abstinencí.

Tážeme se na jednotlivé drogy, zda je pacient užívá či nikoliv. Pokud drogy užívá, tážeme se, kdy s abusem začal, jakou drogu preferuje, jaký je způsob užití drogy (při intravenózní aplikaci může být pacient nakažen infekční chorobou). Ptáme se na subjektivní pocity pacienta po užití drogy.

Dále se ptáme na hazard, jaké k němu má pacient sklony. Zajímá nás frekvence, jak často "hraje" automaty, kolik peněz přibližně prohraje / vyhraje. Pokud nedokáže včas rozpoznat, kdy má s hazardem přestat, může se jednat o patologické hráčství.

Další kapitola, co se abusu týče, je užívání léků, jak předepsaných lékařem, tak volně prodejných. Může se jednat o analgetika, hypnotika nebo benzodiazepiny. Pokud pacient přizná užívání návykových léků, pátráme po množství, poslední dávce a známkách intoxikace (Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015, s. 46 - 47; Dušek a Večeřová - Procházková, 2010, 36 -37).

3.2.1.2 Psychiatrická anamnéza

Dotazujeme se pacienta na všechny předchozí návštěvy psychiatra. Pokud byl někdy hospitalizován, zjišťujeme, kolikrát k tomu došlo a jaký byl důvod hospitalizace. Ptáme se na přidělenou diagnózu, farmakologickou i nefarmakologickou léčbu. Pokud je pacient chronicky nemocný, informace většinou nebývají zcela validní, mohou posloužit pouze k orientačnímu zhodnocení (Raboch, Pavlovský, 2012, s. 73).

3.2.1.3 Nynější onemocnění

Tato kapitola je zaměřena na sběr informací týkajících se nynějšího stavu pacienta. Nejprve nám pacient krátce popíše, jaké má potíže. Následně se doptáváme na podrobnější informace. Dotazujeme se na všechny psychopatologické symptomy, abychom mohli vypracovat psychopatologický rozbor. Zajímá nás, proč pacient vyhledal odbornou pomoc, byl přivezen rodinou, RZS. Zjišťujeme, zda se potíže snažil řešit jinak, jaký to mělo účinek. Velice důležité je objektivní posouzení. To nám může poskytnout blízká osoba nebo příbuzný nemocného. Důvod objektivního posouzení není to, že pacientovi nevěříme. Duševně nemocná osoba však situaci vidí jinak než okolí, většinou se zaměřuje

pouze na jeden příznak nemoci, jenž je dominantní a nejvíce mu přitěžuje. Vždy pacienta upozorníme na odlišný pohled příbuzného, odchylky si může, ale nemusí uvědomit.

Jakmile zkompletujeme anamnestické údaje, na jejich podkladě se zhotoví psychopatologický rozbor. Pozorujeme pacientův zjev, osobní úpravu, oděv, vyjadřování a gesta nemocného. Všímáme si psychomotorického tempa, latence odpovědi a řeči. Hodnotíme pacientovu orientaci jak osobou, tak časem a místem, luciditu vědomí. Hodnotíme kvalitu odpovědi na otázky a kontakt. Všímáme si přítomnosti úzkosti, strachu a nadměrných obav. Zaměříme se na aktivitu pacienta, schopnost spolupracovat, udržet pozornost. Kontrolujeme emoční odpověď na okolní dění, adekvátní či neadekvátní reakce. Zjišťujeme i kvalitu spánku, nadměrnou únavu. Hodnotíme koherenci myšlení, kvalitu vnímání, přítomnost či nepřítomnost nereálných smyslových vjemů. Pomocí testů a škál hodnotíme kognitivní funkce nemocného, schopnost uvažovat a reagovat na jednoduché instrukce. Vždy hodnotíme i sklony k suiciditě. Na závěr se zaměřujeme na to, zda si je pacient vědom svého patologického stavu (Raboch, Pavlovský, 2012, s. 73 - 35; Dušek a Večeřová - Procházková, 2010, s. 37).

3.2.2 Pomocné vyšetřovací metody

V psychiatrii patří mezi nejdůležitější vyšetřovací "nástroje" rozhovor a pozorování. Diagnostika se ale neobejde bez dalších vyšetřovacích metod. Mezi základní pomocné vyšetřovací metody řadíme psychologické vyšetření, zobrazovací metody a laboratorní diagnostiku.

Psychologické vyšetření je prováděno klinickým psychologem. Jeho cílem je rozpoznat psychiku pacienta, vývojové poruchy, mentální schopnosti, poruchy učení. Vyšetření provádí tak, že taktéž pacienta pozoruje a provádí s ním rozhovor. K diagnostice využívá také psychologické testy, díky kterým je schopen vyhodnotit psychologickou vadu, problém.

Zobrazovací metody dělíme dle získaných vlastností na strukturální a funkční. Nejčastěji používané zobrazovací metody, které mají své uplatnění v psychiatrii, jsou: elektrokardiografie (EKG), elektroencefalografie (EEG), počítačová tomografie (CT) a magnetická rezonance. Dále se využívá jednofotonová emisní tomografie (SPECT), pozitronová emisní tomografie (PET) (Petr, Marková a kol, 2014, s. 81; Marková,

Venglářová a Babiaková, 2006, s. 96; Svoboda, Češková a Kučerová, 2006, s. 44 - 46; Orel, 2016, s. 65).

3.3 Terapie

Po zhodnocení diagnostického procesu je vytvořen tzv. terapeutický plán. Léčba by měla být komplexní. Komplexní léčba se skládá z terapie biologické (užívání psychofarmak), psychoterapie a psychiatrické rehabilitace. Tyto složky léčby by se měly navzájem prolínat a doplňovat (Petr, Marková, 2014, s. 80).

3.3.1.1 Biologická léčba

Medikamentózní léčba má v psychiatrii neodmyslitelné zastoupení. Nejčastěji se užívají psychofarmaka, jež jsou léky zasahující do centrálního nervového systému, ovlivňují chorobou narušené funkce. Psychofarmaka se dělí na tři skupiny, ty se soustředí především na ovlivnění základních psychických funkcí. Psychostimulancia, neuroprotektiva a hypnotika spadají do první skupiny léčiv, ty ovlivňují vigilitu vědomí a kognitivní funkce. Další, velmi rozšířenou skupinou jsou léky ovlivňující afektivitu a emotivitu. Tam spadají anxiolytika, antidepresiva, dystrofika a antimanika. Léky ovlivňující myšlení a vnímání jsou součástí třetí skupiny. Do ní spadají antipsychotika a halucinogeny (Petr, Marková, 2014, s. 94; Petr, Marková, 2014, s. 94 dle Urbánek, Langerová, 2012).

Další možnosti biologické terapie jsou: elektrokonvulzivní terapie, transkraniální magnetická stimulace, spánková deprivace, fototerapie, stimulace nervu vagu, psychochirurgie či fytotherapie. Většinou je léčba těmito metodami doplněna o farmakologickou léčbu (Petr, Marková, 2014, s. 109 - 110).

3.3.1.2 Psychoterapie

Psychoterapie je profylaktická, rehabilitační, ale i léčebná metoda, poskytovaná výhradně pomocí psychologických prostředků. V psychiatrii má své nezastupitelné postavení, pomáhá pacientovi zvládat svou diagnózu, začlenit se zpět do společnosti, získat motivaci k léčbě nemoci. Velmi důležitý aspekt v psychoterapii je spolupráce a motivace pacienta. Psychoterapie je postavena na komunikaci a vztahu terapeuta s nemocným, komunitou nemocných. (Petr, Marková, 2014, s. 116).

4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Ošetřovatelství je samostatná vědní disciplína, která se zaměřuje na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného i zdravého člověka v péči o jeho zdraví. Ošetřovatelský personál pomáhá pacientům i jejich rodinám podporovat soběstačnost a sebepečí v oblasti uspokojování potřeb. Pokud pacient není schopen, nechce nebo neumí o sebe pečovat, ošetřovatelský personál zajistí saturaci jeho potřeb a odbornou ošetřovatelskou péči (Bužgová a Plevová, 2011, s. 60).

4.1 Ošetřovatelský proces

Od roku 2004 je zákonně dáno (vyhláška MZ ČR č. 55/2011 Sb.), že všeobecná sestra postupuje při ošetřovatelské péči dle ošetřovatelského procesu. „*Ošetřovatelský proces je hlavní pracovní metoda ošetřovatelského personálu. Jeho cílem je prevence, odstranění nebo zmírnění problémů v oblasti individuálních potřeb pacientů/klientů. Je to racionální metoda poskytování a řízení ošetřovatelské péče. Představuje sérii plánovaných činností a myšlenkových algoritmů, které profesionálové v ošetřovatelství používají...*“ (Kudlová, 2016, s. 17). Dle legislativy má proces pět fází. Jeho cílem je prevence, odstranění či zmírnění problémů v oblasti potřeb pacienta nebo klienta. Ošetřovatelský proces má pět fází, a to:

1. Fáze: zhodnocení zdravotního stavu pacienta
2. Fáze: diagnostika
3. Fáze: plánování
4. Fáze: realizace
5. Fáze: vyhodnocení

(Kudlová, 2016, s. 15 - 17).

4.1.1 Ošetřovatelské vyšetření

Ošetřovatelské vyšetření je obdobné jako vyšetření lékařské. Spočívá v pozorování pacienta, komunikaci sestry a nemocného. "*Výjimečnost mu však dává jedinečné postavení sestry*" (Petr, Marková, 2014, s. 84). Ta je v případě hospitalizace v neustálém kontaktu s nemocným. Pozoruje ho při běžných denních činnostech, měla by být schopna rozpoznat

změny týkající se jak somatického zdraví, tak psychické kondice (Petr, Marková, 2014, s. 84).

Sestra poskytující ošetrovatelskou péči, pracuje systematicky, formou ošetrovatelského procesu. Nejprve posuzuje celkový stav pacienta, poté se zaměřuje na jednotlivé oblasti potřeb nemocného a jejich saturaci, desaturaci. Zhodnocuje, zda má pacient nějaký ošetrovatelský problém. Zajímá se o změny zdravotního stavu nemocného, zvláštnosti důležité pro sestavení plánu ošetrovatelské péče.

Zjišťuje možné potíže v daných oblastech. Zajímá se o vnímání zdraví, problémy v oblasti výživy, vylučování, o aktivitu a pohyb pacienta, o problémy související se spánkem, kognitivními funkcemi. Metody pro získávání informací jsou: rozhovor, pozorování, fyzikální vyšetření a hodnocení pomocí testů a škál. Zjišťuje sebepečení pacienta, životní role a vztahy, sexualitu, táže se, jak pacient zvládá stresové situace a zátěž. Dotazuje se i na spirituální potřeby pacienta. Pokud některou oblast vyhodnotí jako problematickou, dále se jí věnuje.

Sestra měří fyziologické funkce, provádí antropometrická měření, objektivně hodnotí chování jedince. Využívá škály a testy určené k přesnější diagnostice ošetrovatelského problému, sledování efektivity naplánované a poskytované péče (Kudlová, 2016, s. 28 - 40).

4.2 Specifika práce sestry na psychiatrii

Práce sestry na psychiatrickém oddělení je zcela odlišná od práce na jiných odděleních. Na denním pořádku je navázání vztahu s pacientem, provázení ho v těžkém období. Osobnost sestry je nejdůležitější faktor ovlivňující kvalitu ošetrovatelské péče.

Sestra by měla mít určité osobnostní předpoklady, díky kterým dokáže zvládat náročné situace. Je nutné, aby zachovávala neutrální postoj k pacientovi, vyhýbala se přehnané sympatii i antipatii. Práce vyžaduje empatický a citlivý přístup k nemocnému. V psychiatrii jsou velmi vysoké nároky na individualizovaný přístup k nemocnému.

Nevyhnutelným předpokladem je, že by měla znát symptomy duševních chorob. Neznalost může vést ke snížení kvality péče, k vážnému chybování v přístupu. Měla by být jak teoretický, tak praktický dobře připravená k získávání informací formou rozhovoru a pozorováním nemocného. Je nutné mít dobré komunikační schopnosti a umět naslouchat.

Sestra by se měla orientovat v nových metodách ošetřování nemocných. Je důležité zachovat co nejmenší zásah do sebepečce nemocného. Snaží se předejít vzniku závislosti nemocného na zařízení (je neschopen žít vně zařízení). Kromě těchto dovedností a předpokladů by se sestra měla umět podílet psychoterapii.

Sestra plní ordinace lékaře, plní běžné činnosti a činnosti typické pro psychiatrii. Efektivně sleduje nemocného ohrožujícího sebe a jeho okolí. Dále podává psychofarmaka dle ordinace lékaře. Dohlíží na jejich užití u pacientů, kteří jsou problematictí a odmítají léčbu. Sleduje nástup účinků a symptomy, které mohou být spojené s předávkováním.

Sestra asistuje při typických léčebných metodách - elektrokonvulzivní terapie, spánková deprivace. Připravuje pacienta na zákroky a výkony, pečuje o ně během nich a po provedení výkonů.

Sestra se podílí na psychoterapii, orientuje se v právní problematice, zapojuje se do resocializace nemocných. Edukuje pacienty v oblasti duševního zdraví (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006, s. 57 - 58; Holubíková, 2009, s. 21 - 22).

Dříve byl v psychiatrii více využíván model medicínský, dnes je více preferován model holistický. Znamená to, že dříve byla péče zaměřena na nejdůležitější ošetrovatelský problém. Dnes je k osobě přistupováno jako k bio - psycho - sociálnímu celku a péče o nemocné se více zabývá uspokojováním potřeb nemocného (Holubíková, 2009, s. 12).

4.2.1 Specifika péče u nespolupracujícího, neklidného, agresivního pacienta

Psychiatrické ošetrovatelství je specifické. Často se všeobecná sestra setká s lidmi, kteří nemají náhled na svoji nemoc a nespolupracují. Všeobecná sestra se na psychiatrii může setkat s mnoha formami neklidu a agrese. V její kompetenci je agresi a neklid včas rozpoznat, udělat opatření zabezpečí pacienta i jeho okolí.

Příčiny nespolupráce pacienta můžou být různorodé. Může se jednat o zmatenost, akutní psychotickou epizodu nebo psychotickou ataku. Příčinou může být také akutní stav u afektivních poruch, prudká porucha u mentálně retardovaného klienta. Účinek psychoaktivních látek a alkoholu může taktéž zapříčinit nespolupráci, neklid nebo agresivitu. Příčiny tedy mohou být různé. Společný znak je to, že se nemůžeme spoléhat na spolupráci s pacientem a to z kteréhokoliv výše uvedeného důvodu.

Pokud se zdravotník setká s nespolupracujícím pacientem, je třeba se včas a řádně zorientovat. Vždy je nutné, aby sestra k nemocnému promlouvala klidným a profesionálním způsobem. Nikdy by neměla být k pacientu otočená zády, vždy by měla být čelem k nemocnému. Neměla by nikdy být s nemocným sama v místnosti, vždy by měl být u pacienta dostatečný počet personálu.

Je nutné posoudit pacientovo chování (neklid, útekové tendence, agresivita, stupor). Snažíme se pokládat otázky, díky kterým zjišťujeme orientaci nemocného. Vždy se snažíme objasnit příčinu akutního stavu nemocného (bludy a halucinace, rozrušení osobou, situací). Posuzujeme, zda má pacient sebevražedné sklony, pokud ano, je třeba vyhodnotit, zda se suicidita může opakovat. Stručně se snažíme získat anamnestické údaje o nemocném.

Při nespolupráci, agresivitě a neklidu se neprodleně podávají léčiva. Vždy nemocného informujeme o medikaci, kterou by měl užít a o účinku léku. Pokud se schopen spolupracovat, upřednostňujeme perorální podání léku před parentální formou.

Z antipsychotik je nejčastěji podáván haloperidol, tiapridal a olanzapin, to vše v injekční formě. Z anxiolytik je nejčastěji používán diazepam, taktéž v injekční formě (intramuskulárně, pomalé intravenózní podání).

V případě agresivity vůči okolí nebo sobě samému je často nutné využití omezovacích prostředků. To je indikováno lékařem, řádně zaznamenáno do dokumentace nemocného (Papežová, 2014, s. 18 - 19, Petr, 2013).

4.3 Kompetence sestry v psychiatrické péči

Slovo kompetence pochází z latiny (competens), což v původním významu znamená "náležitý, příslušný, vhodný". Kompetence sestry mohou být pojaty jako odborné znalosti a dovednosti, ale zároveň je význam slova i oprávnění k výkonu určitých činností. Kompetence sester je vymezena právní normou. Právní norma, jež udává činnosti všeobecné sestry je uvedena ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků. Psychiatrická ošetrovatelská péče naplňuje kritéria specializované a vysoce specializované ošetrovatelské péče. Specializovanou péčí je myšlena taková, kterou vykonává všeobecná sestra s uznanou způsobilostí dle zákona č. 96/2004 Sb. Vysoce specializovaná péče je taková, kterou vykonává všeobecná sestra s uznanou odbornou

způsobilostí taktéž dle zákona č. 96/2004 Sb., s doplněným specializačním vzděláváním v oboru psychiatrie.

Pacient s patologickou změnou psychického stavu, který vyžaduje poskytování základní ošetrovatelské péče, nevyžaduje stálý dozor a není nutné použití omezovacích prostředků - neohrožuje na životě sebe ani okolí, je odkázán na ošetrovatelskou péči specializovanou. Tu může poskytovat všeobecná sestra. Ošetrovatelskou péči o pacienta s patologickou změnou psychického stavu, vyžadujícího stálý dozor, použití omezovacích prostředků z důvodu ohrožení sebe samého nebo okolí, vykonává vysoce specializovaný zdravotní personál. U všeobecné sestry poskytující tuto vysoce specializovanou péči, je nutné specializační vzdělání. Všeobecná sestra může poskytovat péči o výše uvedeného pacienta, avšak pod odborným dohledem specializované sestry.

Sestra specializovaná pro péči v psychiatrii je oprávněna vykonávat odborné činnosti, je k nim odborně připravena jak po teoretické, tak praktické stránce (Petr, Marková a kol., 2014, s. 38 - 39; Petr, Marková a kol., 2014, s. 40 - 41).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 CÍLE A METODIKA VÝZKUMU

Tato kapitola se zabývá metodikou praktické části bakalářské práce. V této kapitole je popsán způsob průzkumu, výběr respondentů, způsob organizace šetření, metoda zpracování získaných informací, výsledky průzkumu a jejich vyhodnocení.

5.1 Cíle výzkumu

Hlavní cíl

Zjistit, zda jsou z pohledu respondentů psychiatrickí pacienti stigmatizováni.

Dílčí cíl 1

Zjistit, zda si respondenti myslí, že je veřejnost dostatečně informována o duševních poruchách.

Dílčí cíl 2

Zjistit, zda si respondenti myslí, že jsou oni sami o duševních chorobách dostatečně informováni.

5.2 Hypotézy

Hypotéza 0:

Předpokládáme, že z pohledu respondentů jsou duševně nemocní veřejností stigmatizováni.

Hypotéza 1:

Předpokládáme, že veřejnost není dostatečně informovaná o duševních chorobách.

Hypotéza 2:

Předpokládáme, že respondenti nejsou dostatečně informováni o duševních chorobách.

5.3 Metodika výzkumu

Ke zpracování výzkumné části práce jsme zvolili kvantitativní metodu šetření formou strukturovaného dotazníku. Použili jsme dotazník vlastní konstrukce, který obsahuje 17 položek.

5.4 Popis výzkumu

Úvod dotazníku obsahuje oslovení respondentů, představení výzkumníka, důvod šetření, univerzitu a obor, který výzkumník studuje. Je zde zdůrazněno, že je výzkum zcela anonymní a účastnění na něm je zcela dobrovolné. Je zde i poděkování respondentům za čas strávený vyplňováním.

Položky 1 - 3 jsou zaměřeny na demografické údaje. Tážeme se na pohlaví, věk a vzdělání respondentů. Položkami 4 - 7 zjišťujeme informovanost společnosti a samotných respondentů o duševních chorobách. 8. položkou zjišťujeme, v jakém vztahu je respondent k duševně nemocnému. Položky 9 - 15 jsou zaměřeny na stigmatizaci duševně nemocných. Pomocí 16. položky se dozvídáme názory respondentů na toleranci duševních chorob v České republice.

5.5 Charakteristika respondentů

Výzkumnou skupinu tvořily osoby starší 18 let. Byli osloveni jak muži, tak ženy různého vzdělání a věku. Všichni oslovení respondenti mají ve svém okolí alespoň jednu duševně nemocnou osobu.

5.6 Organizace výzkumu

Celkem bylo vytvořeno 150 dotazníků. Z celkového množství jsme se 120 dotazníků rozhodli rozdat metodou tzv. sněhové koule, kdy jsme oslovili známé a přátele, o kterých víme, že ve svém okolí mají duševně nemocné osoby. Těchto osob bylo 6, každé z nich náleželo 20 dotazníků, zbylých 10 jsme rozdali ve svém okolí. Výzkum probíhal od začátku března do půlky dubna 2017. Návratnost byla 110 vyplněných dotazníků, 5 jich muselo být vyřazeno, a to z toho důvodu, že nebyly zcela vyplněné.

6 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT

Výsledná data jednotlivých položek byla převedena do tabulek četností a výsečových grafů, jež jsme slovně popsali. Pro tvorbu tabulek a grafů jsme využili software Microsoft Excel.

Tabulky v nabídce obsahují absolutní a relativní četnost. Absolutní četnost udává počet respondentů, kteří na položky odpovídali, relativní četnost udává informace o tom, jak velká část z celkového počtu připadá na danou hodnotu. Je uvedena v procentech. V tabulkách udáváme také celkové množství účastněných respondentů. Položky v grafech jsou uváděny v absolutní četnosti.

Položky, u kterých respondenti volí více než jednu odpověď byly zpracovány pomocí tabulky a sloupcového grafu.

6.1 Analýza získaných dat

Z celkového množství rozdaných dotazníků (150) byla návratnost 110 kusů, během třídění jsme museli vyřadit 5 dotazníků, které nebyly vyplněné správně, do výzkumu jsme je tedy zařadit nemohli.

Položky 1 - 3 jsou zaměřeny na **demografické údaje**.

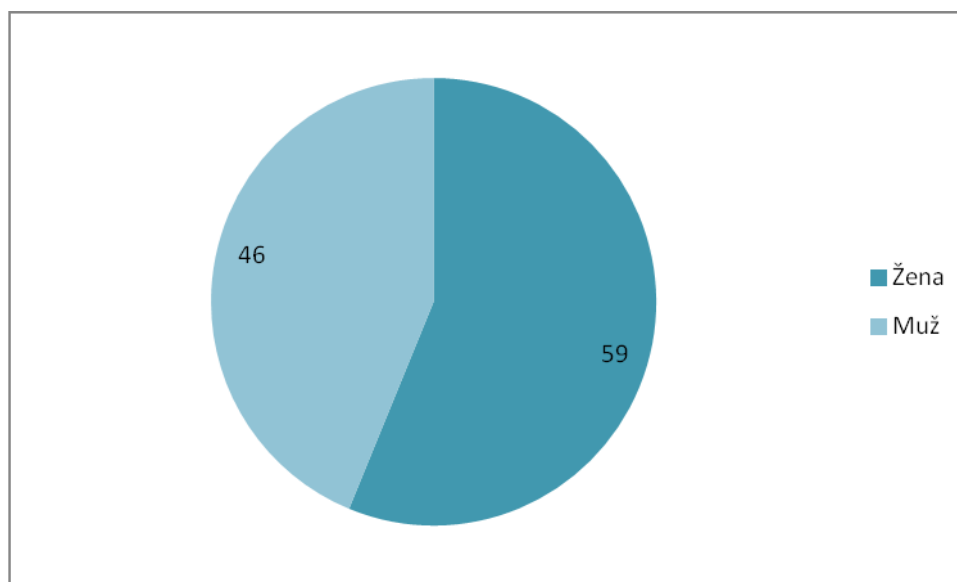
Položka č. 1: Jakého jste pohlaví?

Položka č. 1 byla uzavřená otázka s možností jedné správné odpovědi.

Tabulka 1 - Pohlaví respondentů.

Odpověď	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
Žena	59	56 %
Muž	46	44 %
Celkem	105	100 %

Graf 1 Pohlaví respondentů.



Komentář

Z tabulky a grafu vyplývá, že z celkového množství 105 respondentů (100 %) byly více zastoupeny ženy - 59 (56 %), o něco méně - 46 respondentů byli muži (44 %).

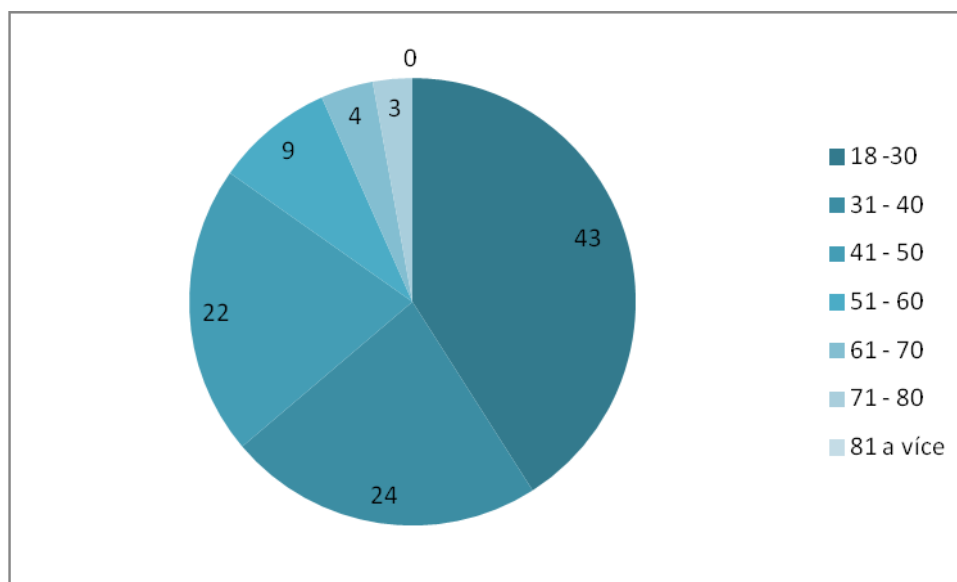
Položka č. 2: Kolik Vám je let?

K položce č. 2 respondenti vyplňovali číselný údaj o svém věku. Všichni respondenti byli starší 18-ti let. Pro přehlednější zpracování dat jsme respondenty zařadili šesti do věkových skupin.

Tabulka 2 - Věk respondentů.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
18 -30	43	41%
31 - 40	24	23%
41 - 50	22	21%
51 - 60	9	8%
61 - 70	4	4%
71 - 80	3	3%
81 a více	0	0%
Celkový součet	105	100%

Graf 2 - Věk respondentů.

**Komentář**

Podle tabulky a grafu č. 2 posuzujeme, že z celkového množství respondentů (105, 100 %) byly ve výzkumu zařazeny nejvíce osoby mezi 18 - 30 lety (43, 41 %). Jako druhá, nejvíce

zastoupená skupina byli respondenti ve věku mezi 31 - 40 lety (24, 23 %). Další, početná skupina respondentů se pohybovala mezi 41 - 50 lety (22, 21 %). Skupinu osob mezi 51 - 60 lety tvořilo 9 osob (8 %), 4 respondenti byli ve věku 61 - 70 let (4 %). Nejméně dotazovaných bylo ve věku 71 - 80 let (3, 3%). Nad 81 let se výzkumu neúčastnil ani jeden respondent.

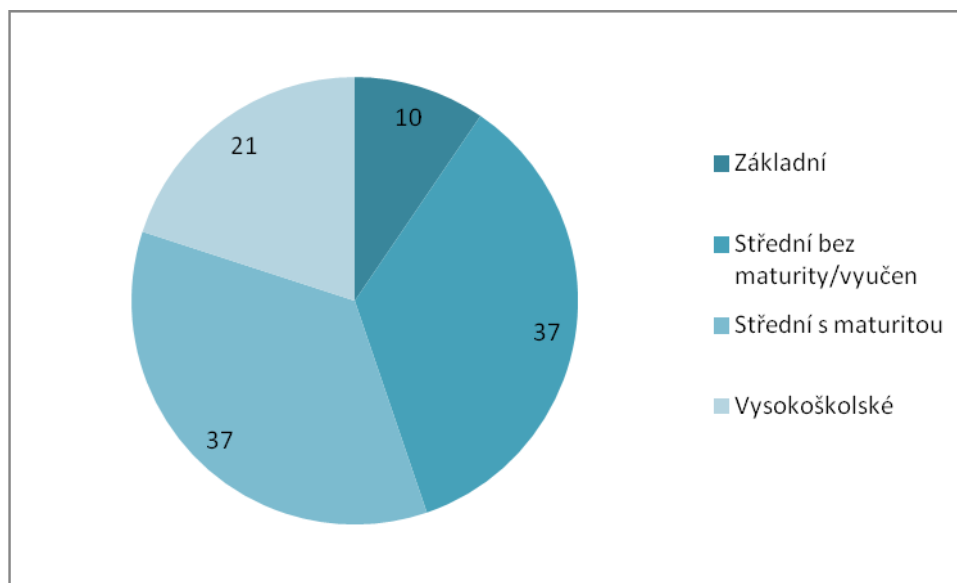
Položka č. 3: Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání.

U položky č. 3 respondenti volili jednu odpověď. Měli možnost využít jiné odpovědi, do které by bylo doplněno jiné vzdělání, než je v nabídce. Žádný z respondentů téhle odpovědi nevyužil.

Tabulka 3 - Nejvyšší dosažené vzdělání.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Základní	10	10 %
Střední bez maturity/vyučen	37	35 %
Střední s maturitou	37	35 %
Vysokoškolské	21	20 %
Celkový součet	105	100 %

Graf 3 - Nejvyšší dosažené vzdělání.



Komentář

Z celkového množství respondentů (105, 100 %) bylo nejvíce respondentů středoškolského vzdělání bez maturity (37, 35 %) a s maturitou (37, 35 %). Jako třetí obsáhlá skupina byly osoby vysokoškolského vzdělání (21, 20 %) a nejméně respondentů bylo vzdělání základního (10, 10 %).

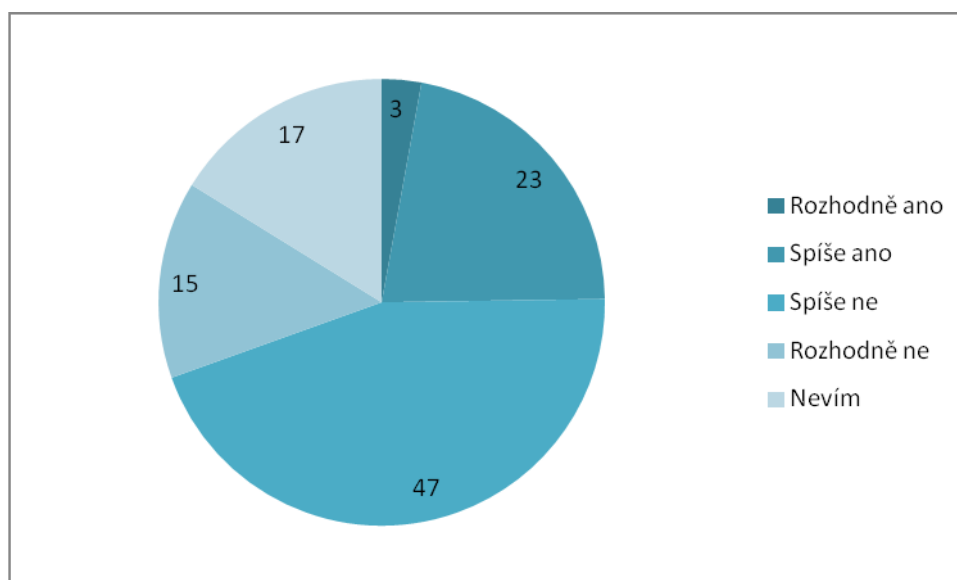
Položka č. 4 se vztahovala **Dílčímu cíli 1** *Zjistit, zda si respondenti myslí, že je veřejnost informována o duševních poruchách.* a hypotéze 1 *Předpokládáme, že jsou duševně nemocní veřejností stigmatizováni.*

Položka č. 4: Myslíte si, že je společnost dostatečně informována o duševních chorobách? U této položky respondenti volili jednu, pro ně nejvíce výstižnou odpověď. Vybírali z pěti uzavřených odpovědí.

Tabulka 4 - Informovanost společnosti o duševních chorobách.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rozhodně ano	3	3 %
Spíše ano	23	22 %
Spíše ne	47	45 %
Rozhodně ne	15	14 %
Nevím	17	16 %
Celkový součet	105	100 %

Graf 4 - Informovanost společnosti o duševních chorobách.



Komentář

Na položku "*Myslíte si, že je společnost dostatečně informována o duševních chorobách?*" z celkového množství (105, 100 %) odpovědělo 47 respondentů (45 %), že *spíše ne*. Jako druhou nejčastější odpověď zvolili *spíše ano*, a to v počtu 23 respondentů (22 %). 15 respondentů (14 %) odpovědělo, že společnost rozhodně o duševních chorobách informována není. 3 z dotázaných respondentů (3 %) zvolili odpověď *rozhodně ano*. Z celkového množství (105, 100 %) respondentů jich 17 (16 %) odpovědělo, že neví, zda je společnost dostatečně informována o duševních chorobách.

Položky 5 - 7 udávaly odpověď na **Dílčí cíl 2** *Zjistit, zda si respondenti myslí, že jsou oni sami o duševních chorobách informováni*, hypotézu 2 - *Předpokládáme, že respondenti nejsou dostatečně informováni o duševních chorobách*.

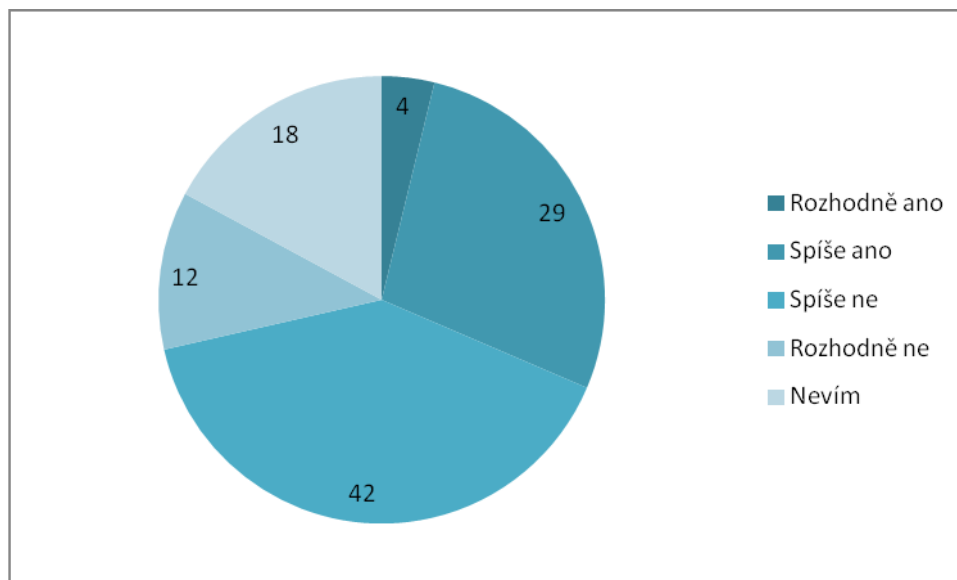
Položka č. 5: Myslíte si, že máte dostatek informací o duševních chorobách?

U položky č. 5 pacienti opět volili z pěti uzavřených odpovědí, z nichž volili jednu, pro ně nejvýstižnější odpověď.

Tabulka 5 - Informovanost respondentů o duševních chorobách.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rozhodně ano	4	4 %
Spíše ano	29	28 %
Spíše ne	42	40 %
Rozhodně ne	12	11 %
Nevím	18	17 %
Celkový součet	105	100 %

Graf 5 - Informovanost respondentů o duševních chorobách.



Komentář

Z celkového množství 105 respondentů (100 %) si 42 (40 %) myslí, že o duševních chorobách spíše informováni nejsou. Druhá nejčastější odpověď byla taková, že spíše informováni jsou (29, 28 %). 12 respondentů (11 %) odpovědělo, že rozhodně informováni

nejsou, pouze 4 (4 %) odpověděli *rozhodně ano*. 17 % z oslovených respondentů (18) neví zda jsou o duševních chorobách dostatečně informováni.

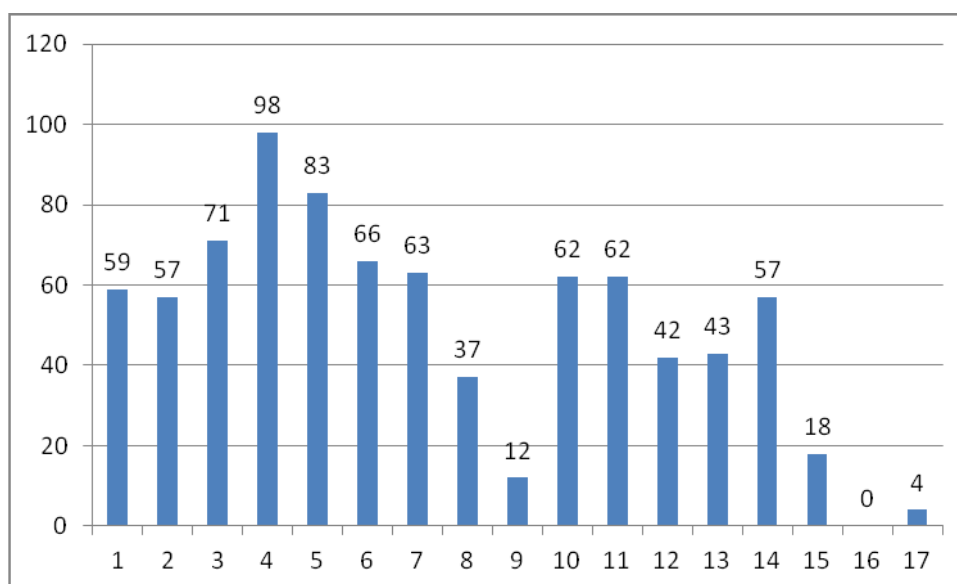
Položka č. 6: Máte nějaké informace o některých z těchto chorob?

U 6. položky měli respondenti možnost volit více odpovědí. Měli možnost doplnit i jinou odpověď, jež není v nabídce. Těhle možnosti nevyužil žádný z dotázaných respondentů.

Tabulka 6 - Informovanost respondentů o konkrétních duševních chorobách.

Odpověď	Počet odpovědí		Celkový počet respond.	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 Autismus, hyperaktivita	59	56 %	105	100 %
2 Schizofrenie	57	54 %	105	100 %
3 Alzheimerova choroba, demence	71	68 %	105	100 %
4 Alkoholismus	98	93 %	105	100 %
5 Drogová závislost	83	79 %	105	100 %
6 Deprese	66	63 %	105	100 %
7 Mentální anorexie, bulimie	63	60 %	105	100 %
8 Fobické, úzkostné poruchy	37	35 %	105	100 %
9 Disociační (konverzní) porucha	12	11 %	105	100 %
10 Sexuální poruchy	62	59 %	105	100 %
11 Gambling	62	59 %	105	100 %
12 Pyromanie	42	40 %	105	100 %
13 Kleptomanie	43	41 %	105	100 %
14 Mentální retardace	57	54 %	105	100 %
15 Posttraumatický syndrom	18	17 %	105	100 %
16 Jiná odpověď	0	0 %	105	100 %
17 Nemám žádné informace o některé z těchto chorob	4	4 %	105	100 %

Graf 6 - Informovanost respondentů o konkrétních duševních chorobách.



Komentář

U položky č. 6 měli respondenti možnost volit více než jednu odpověď. Celkový počet odpovědí byl 834. Položku jsme hodnotili tak, že jsme u každé odpovědi určili absolutní a relativní hodnotu zastoupení z celkového množství respondentů (105, 100 %). Dle tabulky se orientujeme tak, že nejvíce respondentů má informace o alkoholismu (98, 93 %). O drogové závislosti je informováno 83 (79 %) respondentů. Jako třetí odpověď byla Alzheimerova choroba, demence se zastoupením 71 respondentů (68 %). Naopak o disociační (konverzní) poruše je informováno pouze 12 (11 %) respondentů, o posttraumatickém syndromu je informováno pouze 18 respondentů (17 %). Pouze 4 respondenti (4 %) uvedli, že nemají žádné informace o některé z těchto chorob.

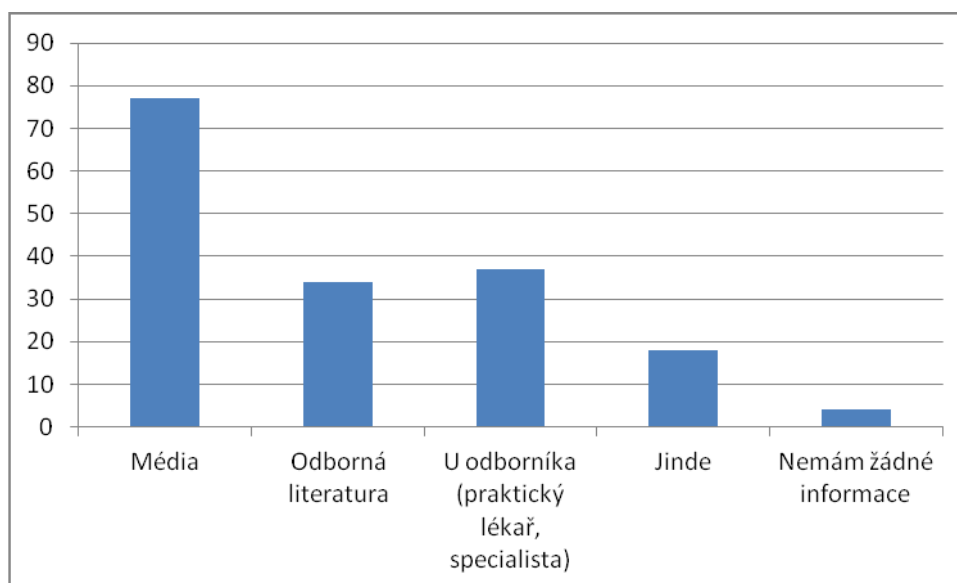
Položka č. 7: Kde jste získal/a informace o duševních chorobách?

U 7. položky měli taktéž respondenti možnost volit více odpovědí. Měli možnost i doplnit odpověď, která v položce není uvedena.

Tabulka 7 - Zdroje informací o duševních chorobách.

Odpověď	Počet odpovědí		Celkový počet respond	
	Absolutní čet- nost	Relativní čet- nost	Absolutní čet- nost	Relativní čet- nost
Média	77	73%	105	100 %
Odborná literatura	34	32%	105	100 %
U odborníka (praktický lékař, specia- lista)	37	35%	105	100 %
Jinde	18	17%	105	100 %
Nemám žádné informace	4	4%	105	100 %

Graf 7 - Zdroje informací o duševních chorobách.

**Komentář**

Stejně, jako u položky č. 6 jsme u položky č. 7 měli možnost zvolit více odpovědí. Celkový počet odpovědí byl 167. Položku jsme taktéž hodnotili tak, že jsme u každé odpovědi určili absolutní a relativní hodnotu zastoupení z celkového množství respondentů (105, 100 %). Největší počet z celkového počtu respondentů (105, 100 %) uvedlo, že získává informace

z médií (77, 73%). 37 respondentů (35 %) bylo informováno u odborníka (praktický lékař, specialista). Třetí nejčastější odpověď byla odborná literatura (34, 32 %). Jinou odpověď zvolilo 18 respondentů (17 %).

Jiné odpovědi byly:

"Vlastní iniciativa"

"Ze života" (Odpověděli tak 2 respondenti)

"Škola" (Odpovědělo tak 8 respondentů)

"Od známých"

"Z nemocnice"

"Psychiatr"

"Práce" (Odpovídali 3 respondenti)

"Z doslechu"

Stejně, jako u 6. položky odpověděli 4 respondenti, že nemají žádné informace.

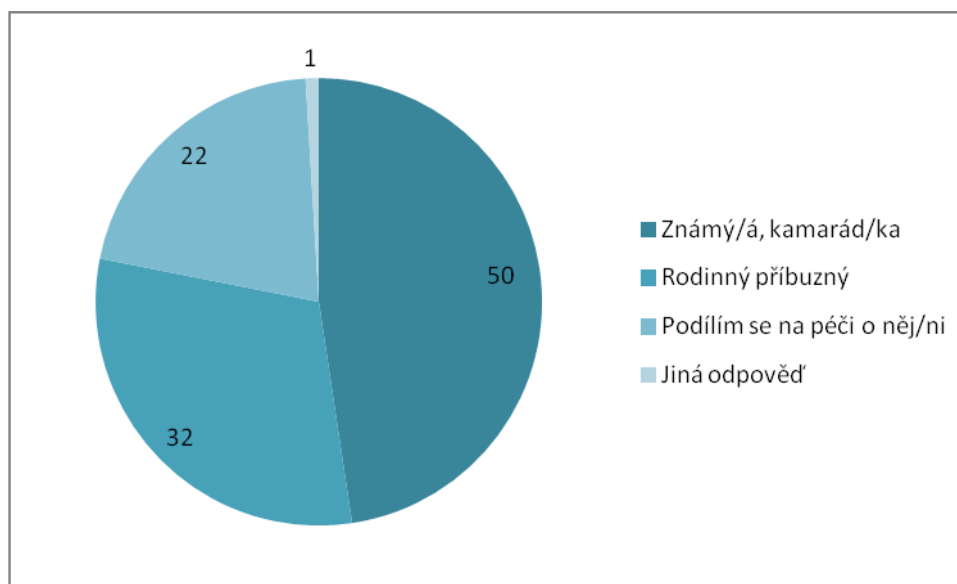
Položka č. 8: Duševně nemocný/á je ve vztahu k Vám:

V téhle položce byla na výběr pouze jedna odpověď, která nejvíce vystihuje respondentův vztah k duševně nemocnému. Byla zde i možnost jiné odpovědi. Pomocí této položky jsme byli nuceni vyřadit 5 dotazníků, kdy respondenti uvedli, že žádný duševně nemocný v jeho okolí není. Tahle otázka měla tedy i vyřazovací hodnotu.

Tabulka 8 - Vztah respondenta k duševně nemocné osobě.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Známý/á, kamarád/ka	50	48 %
Rodinný příbuzný	32	30 %
Podílím se na péči o něj/ni	22	21 %
Jiná odpověď	1	1 %
Celkový součet	105	100 %

Graf 8 - Vztah respondenta k duševně nemocné osobě.



Komentář

Z celkového počtu respondentů (105, 100 %) má 50 respondentů (48 %) duševně nemocného kamaráda / kamarádku nebo známou /známého. Duševně nemocného v rodině má 32 respondentů (30 %). 22 respondentů (21 %) se podílí na péči o duševně nemocnou

osobu / duševně nemocné osoby. Jeden tázaný (1 %) zvolil jinou odpověď, kde uvedl, že je duševně nemocný "*občan vesnice*", ve které bydlí.

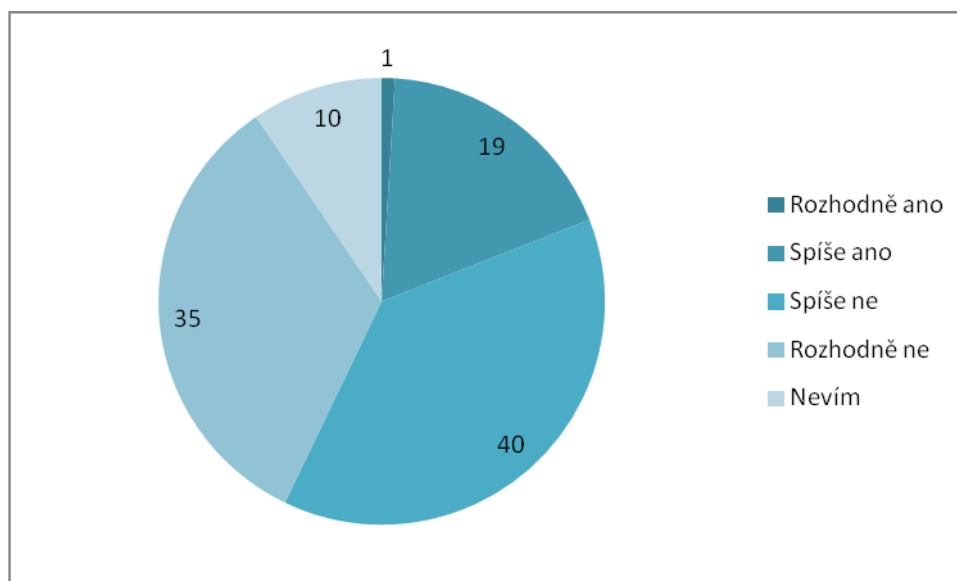
Položka č. 9: Pociťujete z Vaší strany nějaký odstup k duševně nemocnému, kterého znáte?

U položky č. 8 měl respondent možnost zvolit pouze jednu, pro něj nejvíce vystihující odpověď.

Tabulka 9 - Postoj respondentů k duševně nemocné osobě.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rozhodně ano	1	1 %
Spíše ano	19	18 %
Spíše ne	40	38 %
Rozhodně ne	35	33 %
Nevím	10	10 %
Celkový součet	105	100 %

Graf 9 - Postoj respondentů k duševně nemocné osobě.



Komentář

Z celkového počtu respondentů (105, 100 %) 40 (38 %) respondentů odpovědělo, že odstup k duševně nemocnému spíše nemají. 35 respondentů (33 %) rozhodně nepociťuje odstup ze své strany k duševně nemocnému, kterého znají. Další odpověď byla *spíše ano*, na niž odpovědělo 19 respondentů (18 %). Odpověď *rozhodně ano* zvolil jeden respondent,

zbylých 10 respondentů (10 %) uvedlo, že neví, zda pocítují nebo nepocítují odstup k duševně nemocnému známému.

Položky č. 10 - 16 se vztahovaly k **Hlavnímu cíli** *Zjistit, zda jsou z pohledu respondentů duševně nemocné osoby stigmatizovány* a hypotéze 0 - *Předpokládáme, že z pohledu respondentů jsou duševně nemocné osoby stigmatizovány.*

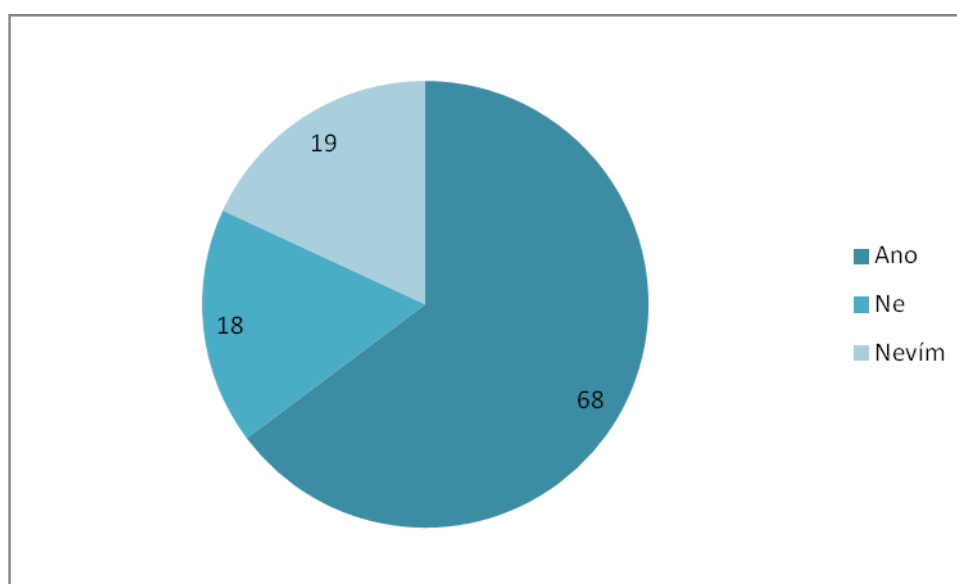
Položka č. 10: Setkal/a jste se v reálném životě s někým, kdo byl pro svou duševní chorobu stigmatizovaný společností?

Respondent si volil jednu ze tří odpovědí.

Tabulka 10 - Stigmatizace duševně nemocných.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	68	65 %
Ne	18	17 %
Nevím	19	18 %
Celkový součet	105	100 %

Graf 10 - Stigmatizace duševně nemocných.



Komentář

Z celkového počtu respondentů (105, 100 %) jich 68 (65 %) odpovědělo, že se v reálném životě setkali se stigmatizací duševně nemocné osoby /nemocných osob. Pouze 18 dotázaných (17 %) se se stigmatizací neseťkalo, 19 respondentů uvedlo, že neví, zda se se stigmatizací setkali.

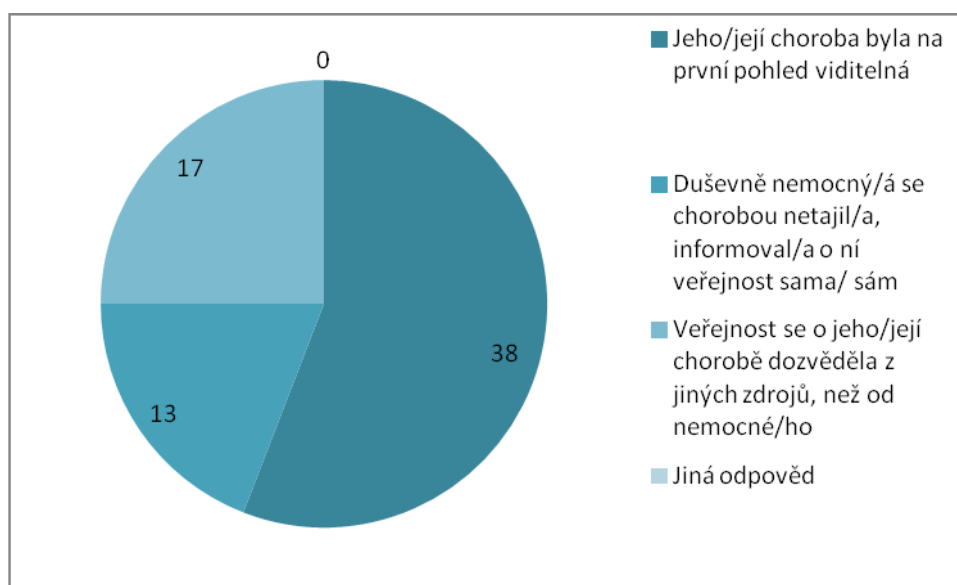
Položka č. 11: Pokud jste se se stigmatizací duševně nemocného setkal/a:

Na položku č. 11 odpovídali pouze respondenti, kteří v položce č.10 odpověděli, že se se stigmatizací duševně nemocných setkali. Měli možnost volit pouze jednu odpověď.

Tabulka 11 - Konkrétní důvod stigmatizace duševně nemocného.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Jeho/její choroba byla na první pohled viditelná	38	56 %
Duševně nemocný/á se chorobou netajil/a, informoval/a o ní veřejnost sama/ sám	13	19 %
Veřejnost se o jeho/její chorobě dozvěděla z jiných zdrojů, než od nemocné/ho	17	25 %
Jiná odpověď	0	0 %
Celkový součet	68	100 %

Graf 11 - Konkrétní důvod stigmatizace duševně nemocného.



Komentář

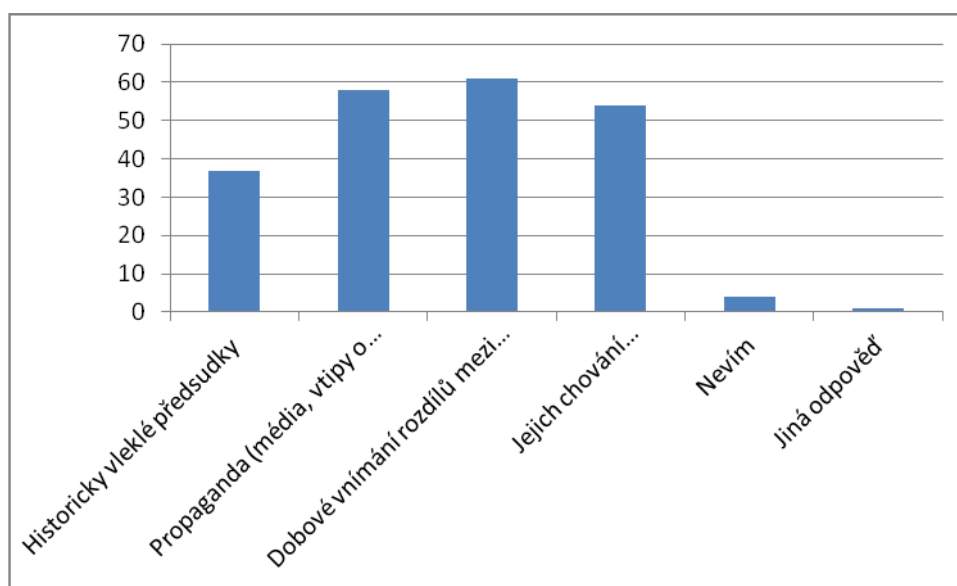
Z 68 (100 %) respondentů, kteří se setkali se stigmatizací duševně nemocných jich 38 (56 %) uvedlo, že nemoc stigmatizovaného jedince byla na první pohled viditelná. 17 (25 %) respondentů udává, že se veřejnost o jeho/ její chorobě dozvěděla z jiných zdrojů, než od nemocné/ho. Duševně nemocná osoba o své chorobě sama informovala 13 respondentů (19 %). Jinou odpověď nevolil žádný z respondentů.

Položka č. 12: Dle vašeho názoru je důvodem stigmatizace duševně nemocných osob U položky č. 12 měli opět respondenti možnost uvést více odpovědí, které vystihovaly jejich názor. Měli také možnost doplnit vlastní odpověď.

Tabulka 12 - Důvody stigmatizace duševně nemocných osob.

Odpověď	Počet odpovědí		Celkový počet resp.	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Historicky vleklé předsudky	37	35 %	105	100 %
Propaganda (médiá, vtipy o bláznech)	58	55 %	105	100 %
Dobové vnímání rozdílů mezi lidmi	61	58 %	105	100 %
Jejich chování (nebezpečnost, nevyzpytatelnost)	54	51 %	105	100 %
Nevím	4	4 %	105	100 %
Jiná odpověď	1	1 %	105	100 %

Graf 12 - Důvody stigmatizace duševně nemocných.



Komentář

U této položky měli respondenti možnost volit z více odpovědí. Celkový počet odpovědí byl 215. Tuhle položku jsme opět vyhodnocovali tak, že jsme z celkového množství respondentů (105, 100 %) určili relativní četnost. Nejvíce respondentů je toho názoru, že důvodem stigmatizace je *dobové vnímání rozdílů mezi lidmi* (61, 58 %). Jako další,

čteně udávaná odpověď je důvodem propaganda (58, 55 %). Třetí nejčastější odpovědí bylo jejich nevyzpytatelné a nebezpečné chování (54, 51 %). Jeden z respondentů uvedl, že důvodem stigmatizace je dle jeho názoru "*neinformovanost*".

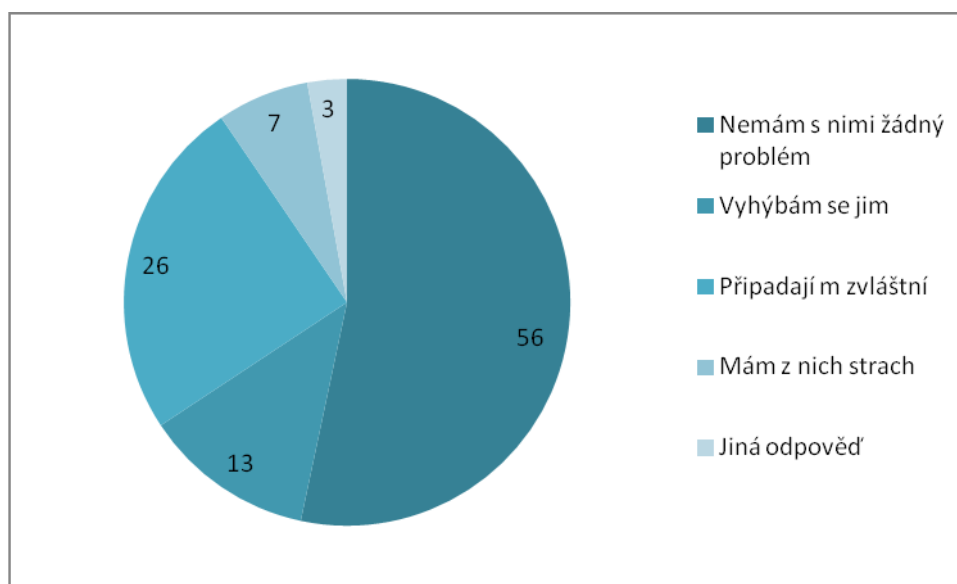
Položka č. 13: Jaký máte rozdíl na duševně nemocné osoby?

K téhle položce respondenti uváděli pouze jednu, nejvíce vystihující odpověď.

Tabulka 13 - Názory respondentů na duševně nemocné osoby.

Odpoověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nemám s nimi žádný problém	56	53 %
Vyhýbám se jim	13	12 %
Připadají m zvláštní	26	25 %
Mám z nich strach	7	7 %
Jiná odpověď	3	3 %
Celkový součet	105	100 %

Graf 13 - Názory respondentů na duševně nemocné osoby.

**Komentář**

Z celkového počtu 105 respondentů (100 %) jich více než polovina (56, 53 %) uvedlo, že s duševně nemocnými osobami nemají problémy. 26 respondentů (25 %) uvedlo, že jim duševně choří připadají zvláštní. Další odpověď byla, že se duševně nemocným lidem vyhýbají, tu uvedlo 13 respondentů (12 %). Strach z duševně nemocných má 7 tázaných (7 %), další uvedli jinou odpověď.

Jiné odpovědi byly:

"dle druhu onemocnění"

"nemám je ráda"

"v jejich přítomnosti jsem více pozorný"

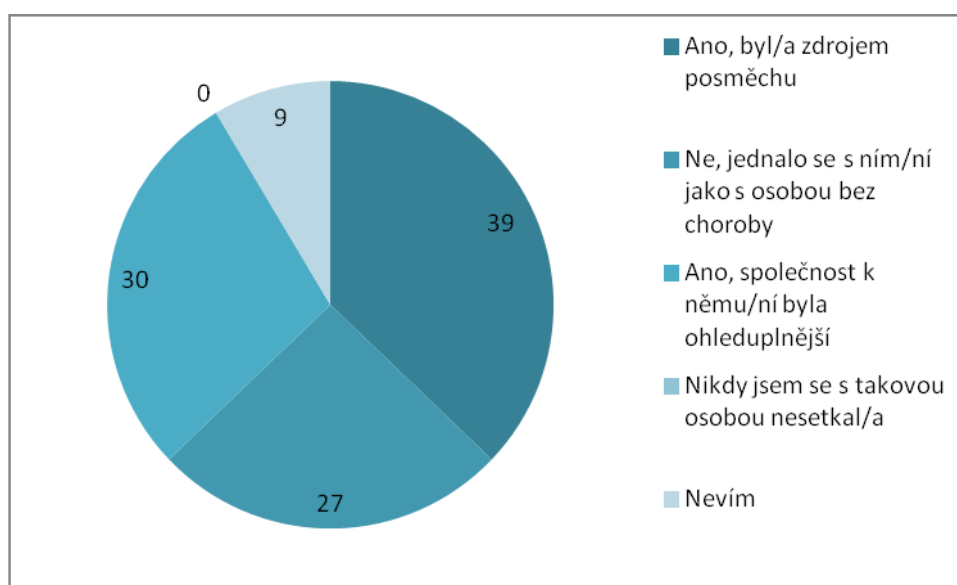
Položka č. 14: Byl/a nemocný/nemocná pro svou chorobu zdrojem zvláštního chování z okolí?

Na položku č. 14 mohli respondenti vybrat pouze jednu, nelépe vystihující odpověď.

Tabulka 14 - Duševně nemocný jako zdroj zvláštního chování z okolí.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, byl/a zdrojem posměchu	39	37 %
Ne, jednalo se s ním/ní jako s osobou bez choroby	27	26 %
Ano, společnost k němu/ní byla ohleduplnější	30	29 %
Nikdy jsem se s takovou osobou nesetkal/a	0	0 %
Nevím	9	8 %
Jiná odpověď	105	100 %

Graf 14 - Duševně nemocný jako zdroj zvláštního chování z okolí.



Komentář

Ze 105 respondentů jich 39 (37 %) uvedlo, že duševně nemocný byl zdrojem posměchu z okolí, 27 respondentů (26 %) udává, že se s duševně nemocným jednalo jako s osobou bez choroby a 30 (29 %) jich uvedlo, že k němu naopak byla společnost ohleduplnější. 9 (9 %) respondentů uvedlo, že neví, zda k duševně nemocnému okolí přistupovalo jinak či ne. Nikdo s tázaných nevyužil možnosti jiné odpovědi.

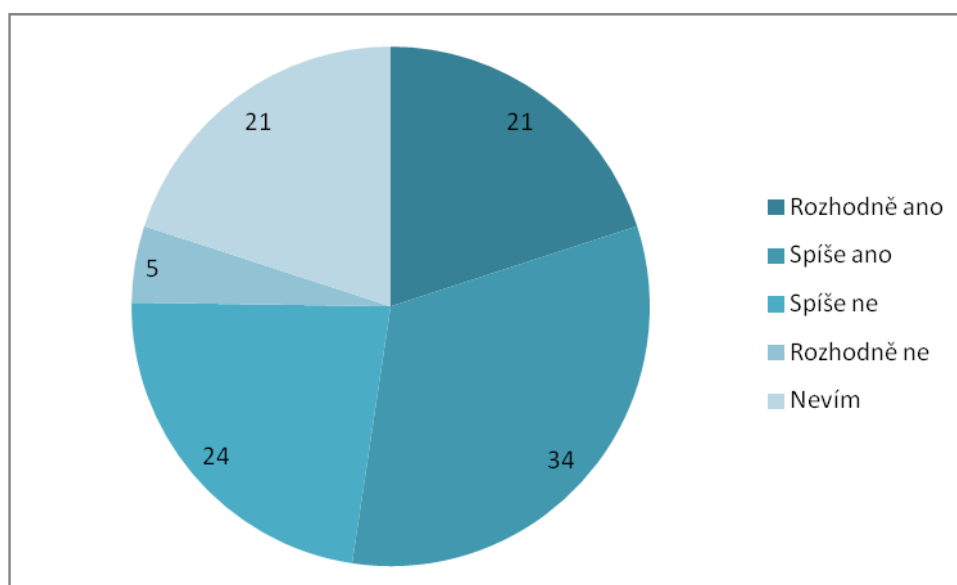
Položka č. 15: Myslíte si, že se obětí stigmatizace může stát i rodina nemocného?

Na položku č. 15 mohli respondenti vybrat pouze jednu, nelépe vystihující odpověď.

Tabulka 15 - Rodina duševně nemocných jako oběť stigmatizace.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rozhodně ano	21	20 %
Spíše ano	34	32 %
Spíše ne	24	23 %
Rozhodně ne	5	5 %
Nevím	21	20 %
Celkový součet	105	100 %

Graf 15 - Rodina duševně nemocných jako oběť stigmatizace.



Komentář

Na otázku, zda si respondenti myslí, že se obětí stigmatizace může stát i rodina nemocného jich z celkového počtu respondentů (105, 100 %) odpovědělo 34 (32 %) *spíše ano*. 24 respondentů (23 %) odpovědělo *spíše ne*. Odpověď *rozhodně ano* vybralo 21 respondentů - 20 %, naopak *rozhodně ne* vybralo pouze 5 (5 %) tázaných. 21 respondentů (20 %) neví, zda se rodina může stát obětí stigmatizace.

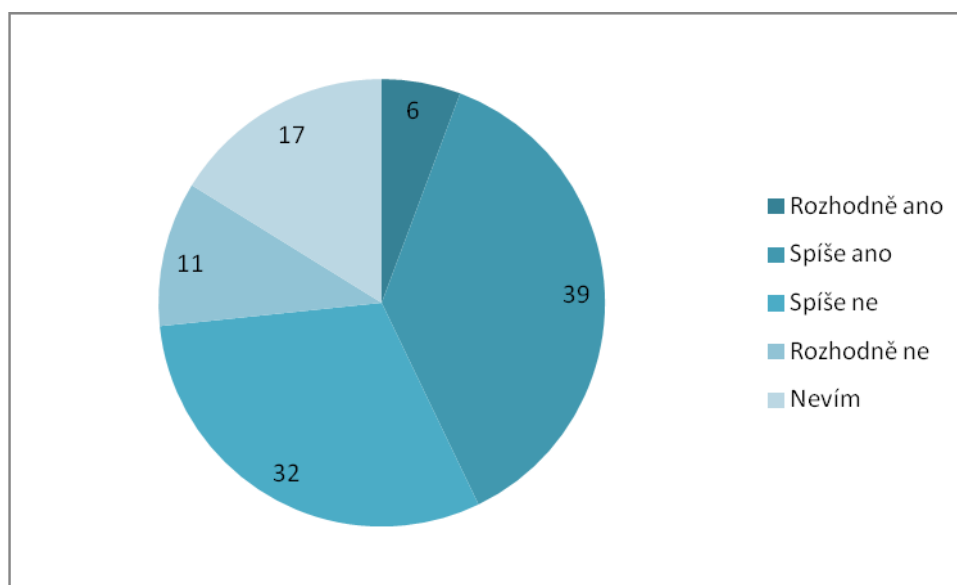
Položka č. 16: Vnímáte Českou republiku jako tolerantní vůči duševně nemocným osobám?

Na položku č. 16 mohli respondenti vybrat pouze jednu, nelépe vystihující odpověď.

Tabulka 16 - Tolerance české republiky k duševně nemocným osobám.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rozhodně ano	6	6 %
Spíše ano	39	37 %
Spíše ne	32	31 %
Rozhodně ne	11	10 %
Nevím	17	16 %
Celkový součet	105	100 %

Graf 16 - Tolerance České republiky k duševně nemocným osobám.



Komentář

Nejvíce ze 105 respondentů (100 %) si myslí, že je Česká republika spíše tolerantní vůči duševně nemocným (39, 37 %). 32 respondentů si naopak myslí, že Česká republika spíše tolerantní není (31 %). Že je rozhodně tolerantní odpovědělo 6 respondentů (6 %), naopak to, že rozhodně tolerantní není uvedlo 10 % respondentů (11). 16 % respondentů uvedlo, že odpověď neví.

Položka č. 17: Je ještě něco, co by jste chtěli uvést k danému tématu a pokládáte to za důležité?

U položky č. 17 měli respondenti možnost se vyjádřit k tématu a napsat, co jim k tématu přijde důležité. Této možnosti využili pouze dva respondenti, jejich odpovědi jsou:

"Já sama moc nemusím duševně nemocné typu alkoholismus, drogově závislí. Myslím si, že toto onemocnění si vytvořili sami, vyhýbám se jim, mám z nich strach. Ale naopak lidé např. s mentální retardací za své onemocnění nemůžou, mám je ráda, jsou většinou milí a jsou rádi za vaši pozornost, dobře se s nimi pracuje."

"Myslím si, že lidé v mém okolí jsou málo informováni o různých druzích mentálního postižení. Kdyby byli lépe informováni, okolí by se méně bálo komunikace s nimi a nevnímali by předsudky."

7 DISKUSE

Jako respondenty jsme zvolili osoby, které znají nebo mají ve svém okolí duševně nemocné osoby z toho důvodu, že by měli mít ponětí o obraze duševní choroby, dokážou si představit pohled veřejnosti na osoby trpící psychiatrickou chorobou. Celkový počet respondentů, z jejichž dotazníků jsme čerpali, bylo 105 (100 %).

K 1. dílčímu cíli - "Zjistit, zda si respondenti myslí, že je veřejnost informována o duševních chorobách", a hypotéze 1 - "Předpokládáme, že veřejnost není dostatečně informována o duševních chorobách.", jsme díky analýze získaných dat usoudili, že respondenti převážně odpovídali taktéž, že veřejnost informována není. 47 respondentů (45 %) odpovědělo *spíše ne*, 15 osob odpovědělo *rozhodně ne*. Dohromady je tedy ze 105 respondentů 62 osob, které byly stejného názoru jako my. 26 respondentů se spíše přiklání k pozitivu - že společnost informována je (25 %).

Předpokládali jsme, že respondenti nejsou dostatečně informováni o duševních chorobách. Prostřednictvím výzkumu jsme se dozvěděli, že 33 osob informováno je (4, 4% - *rozhodně ano*, 29, 28 % - *spíše ano*), 54 osob si myslí, že sami informováni nejsou - 42, 40% *spíše ne*, 12, (11 %) *rozhodně ne*. 17 % tázaných neví, zda je o duševních chorobách informováno. Zaměřili jsme se také na informovanost respondentů o konkrétních chorobách. Dozvěděli jsme se, že jsou nejvíce obeznámeni s alkoholismem (93 %, 98), drogovou závislostí (83, 79 %), Alzheimerovou chorobou a demencí (71, 68 %) a depresí (66, 63 %). Myslíme si, že jejich informovanost spočívá v popularitě těchto nemocí, protože 73 % respondentů uvedlo, že informace o duševních chorobách získalo z médií (77).

Hlavní cíl empirické části bakalářské práce byl: Zjistit, zda jsou duševně nemocní z pohledu respondentů stigmatizováni. Prostřednictvím hypotézy 2 jsme předpokládali, že jsou duševně nemocní veřejností stigmatizováni.

Zjistili jsme, že 65 % respondentů se se stigmatizací duševně nemocných osob setkalo, odpověď ano uvedlo tedy 68 respondentů z celkového počtu 105 respondentů. 56% respondentů, kteří se setkali se stigmatizací, uvedlo, že se jednalo o osoby, jejichž choroba byla viditelná na první pohled. Nadpoloviční většina respondentů uvedla, že s duševně nemocnými lidmi nemají problém, tím pádem sami duševně nemocné nemají potřebu stigmatizovat (56, 52 %). Důvodem je dle našeho názoru fakt, že pro naše

respondenty byly duševně nemocné osoby blízké. 7 respondentů uvedlo, že z nich mají strach, 13 z dotázaných se nemocným vyhýbají (12 %).

Více než polovina respondentů si myslí, že důvodem stigmatizace může být dobové vnímání rozdílů mezi lidmi (61, 68 %), jejich chování (54, 51 %) a propaganda typu vtipy o bláznech, média (58, 55 %).

Více než polovina respondentů je toho názoru, že se obětí stigmatizace může stát i rodina nemocného. 21 (20 %) uvedlo odpověď *rozhodně ano*, 34 (32 %) si myslí, že *spíše ano*.

Na toto téma bylo v minulosti vypracováno více prací a to jak bakalářských, tak diplomových. Bohužel jen jedna korespondovala s podobnými cíly, jako naše. Ostatní byly vypracovány pouze z teoretického hlediska.

Práce, se kterou budeme naši práci srovnávat, je práce Lucie Vitáskové z Karlovy Univerzity v Praze, fakulty sociálních věd. Práce byla úspěšně obhájena v roce 2016. Autorka se v praktické části zabývala stigmatizací duševně nemocných, avšak z pohledu pacientů. Vybrala si 5 respondentů, kteří ji poskytli rozhovor na dané téma. Byli to nemocní vesměs s depresivní poruchou. Na otázku, zda pociťují stigmatizaci z okolí, všichni výše zmínění respondenti odpověděli, že ano. Někteří ji nepocítili přímo na své osobě, avšak se stigmatizací se setkali. V naší práci uvádíme, že se respondenti většinou se stigmatizací taktéž setkali. Dále se autorka zajímá o otázku médií, názor respondentů na média. Respondenti uváděli, že ke stigmatizaci mají lidé sklony vesměs právě díky médiím. Naši respondenti uvedli hojném počtu, že právě z médií se o duševních chorobách dozvěděli informace, ale spousta z nich odstup k duševně nemocným nepociťuje. Dále někteří respondenti uváděli, že se setkali se stigmatizací ze strany vlastní rodiny, z našeho výzkumu vyplynulo, že osoby, jež mají v blízkém okolí duševně nemocnou osobu, k ní odstup nepociťují. Větší část respondentů v našem výzkumu uvedla, že se rodina duševně nemocné osoby může stát obětí stigmatizace. Shodli jsme se tedy na tom, že se duševně nemocné osoby stávají oběťmi stigmatizace.

Doporučení pro praxi: V rámci klinické praxe se každá všeobecná sestra může setkat s duševně nemocnou osobou. Rádi bychom doporučili, aby se informovala o chorobě, kterou daný pacient trpí. Všeobecná sestra je profesionálem ve svém oboru, v komunikaci a práci s lidmi. Každý, i duševně nemocný pacient má právo na to, aby se s ním jednalo dle

etického kodexu. Aby k němu personál byl empatický, choval se profesionálně a v neposlední řadě, aby se vyhnul diskriminačnímu chování a stigmatizaci.

Sestra není pouze osoba, která plní ordinace lékaře. Nezaměřuje se pouze na diagnózu, díky které je pacient hospitalizován. Aplikuje na pacienta holistický přístup ke zdraví - nahlíží na pacienta jako na celek, který je složen z fyzické, psychické a sociální stránky, zajímá se i o jeho stránku spirituální. Z toho vychází, že pokud je duševně nemocná osoba hospitalizována např. na interním oddělení pro hypertenzní stav, je třeba na ni dbát i z pohledu psychologického a sociálního, nezaměřovat se pouze na jeho biologickou stránku.

Dále by si sestra měla uvědomit, že tak, jak ona dokáže z pacienta vypořizovat nedůvěru, aroganci a dominanci, pacient díky verbální a neverbální komunikaci může taktéž vypořizovat projevy sestry.

Pracovat jako psychiatrická sestra není jednoduchým úkolem. Práce je náročná psychicky i fyzicky. Stává se, že právě i psychiatrický zdravotní personál se může setkat se stigmatizací. Bývaly doby, kdy sestra, která nezvládala práci např. na chirurgii, byla přeložena na psychiatrické oddělení. Také se povídá, že personál na psychiatrii nelze rozeznat od pacientů - pouze podle klíčů, které personál u sebe nosí.

Psychiatrická sestra je jeden z nejdůležitějších článků zdravotního týmu, věnuje nemocnému největší podíl svého času. Denně se podílí na uspokojování jeho psychických, biologických, sociálních a spirituálních potřeb.

Nedovolte tedy společnosti, aby na Vás takhle nahlížela a přistupujte ke své práci a péči o nemocné profesionálně

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se zaměřovali na stigmatizaci duševních chorob. Psychiatrie je medicínský obor, jenž se zabývá duševními chorobami. Duševní choroby jsou nejvíce zatěžujícími nemocemi dnešní doby. Je zřejmé, že vzhledem k socioekonomické zátěži dnešní doby se bude incidence duševních chorob zvyšovat.

Duševně nemocné osoby ve velké míře podléhají stigmatizaci. Často, ač bezdůvodně bývají izolovány od společnosti, straní se lidskému faktoru. Důvody stigmatizace můžou být různé. Velký podíl na stigmatizaci mají média, historické předsudky a dobové vnímání rozdílů mezi lidmi.

Díky tomu, že jsme zpracovávali práci na dané téma, jsme zjistili spoustu nových informací o této problematice. Nové informace jsme se dozvěděli hlavně z oblasti historie, právní problematiky a zásad, jak postupovat při péči o neklidného pacienta.

V praktické části se nám podařilo splnit všechny výše uvedené cíle. Předpokládali jsme, že duševně nemocné osoby stigmatizovány jsou a že respondenti nejsou o duševních chorobách dostatečně informováni. Také se nám potvrdilo, že si respondenti taktéž jako my myslí, že společnost není dostatečně informována o duševních chorobách. Všechny hypotézy tedy byly potvrzeny, výsledky praktické části nás nepřekvapily.

Duševně nemocné osoby jsou tedy ve velké míře společností stigmatizovány. Značný podíl na tom má neinformovanost společnosti a informovanost nedostatečná. Spousta lidí se o duševních chorobách dozvídá pouze z mediálních zdrojů, ty většinou udávají informace mylné a neúplné.

Z výsledků tedy plyne, že pokud by se kladl větší důraz na veřejné poskytování adekvátních informací o duševních chorobách, míra stigmatizace by nemusela být až tak velká. Duševně nemocní by se tolik nebáli mluvit o svých potížích, ve společnosti by se cítili lépe. Z druhé strany by se i veřejnost cítila lépe v okolí duševně nemocného člověka.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BUŽGOVÁ, Radka a Ilona PLEVOVÁ, 2011. *Ošetřovatelství I*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3557-3.
2. DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9.
3. GAJDOŠOVÁ, Darina, 2015. *Vnímání duševně nemocného člověka rodinou a veřejností* [online]. Zlín [cit. 2017-05-10]. Dostupné z: http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/31716/gajdo%C5%A1ov%C3%A1_2015_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Bakalářská. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce Doc. PhDr. Josef Konečný, CSc.
4. HOLUBÍKOVÁ, Anežka, 2009. *Úloha sestry v uspokojování spirituálních potřeb onkologicky nemocných* [online]. Zlín [cit. 2017-05-14]. Dostupné z: http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/8398/holub%C3%ADkov%C3%A1_2009_bp.pdf?sequence=1. Bakalářská. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce Mgr. Zlatica Dorková, Ph. D.
5. HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER, 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2998-8.
6. HŘEBEJKOVÁ, Blanka. *Specifika práce sestry na psychiatrickém oddělení* [online]. České Budějovice, 2013 [cit. 2017-05-13]. Dostupné z: <http://docplayer.cz/6185754-Specifika-prace-sestry-na-psychiatrickem-oddeleni.html>. Bakalářská. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Mgr. Klára Kubartová.
7. KOLKOVÁ, Barbora, 2011. *Stigma duševní nemoci - mýtus nebo realita?* [online]. Brno [cit. 2017-05-10]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/363530/lf_m/stigma_dusevni_nemoci_Kolkova.txt. Diplomová. Masarykova univerzita Brno. Vedoucí práce Mgr. Šárka Bräuerová.
8. KUDLOVÁ, Pavla, 2016. *Ošetřovatelský proces a dokumentace* [online]. Zlín: UTB Zlín [cit. 2017-03-01]. ISBN 978 – 80 – 7454 – 600 – 6. Dostupné z:

- http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/36770/Osetrovatelsky_proces_a_dokumentace.pdf?sequence=1&isAllowed=y
9. KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.
 10. KYJOVSKÁ, Lucie, 2014. *Specifika ošetrovatelské péče o psychicky nemocné* [online]. Zlín [cit. 2017-05-11]. Dostupné z: file:///C:/Users/T/Downloads/Bp_Kyjovska.pdf. Bakalářská. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce PhDr. Anna Krátká, PhD.
 11. MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ, 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1151-6.
 12. NECHANSKÁ, Blanka et al., 2016. *Psychiatrická péče 2015*. Praha: ÚZIS ČR. ISBN 978-80-7472-151-9. ISSN 1210-8588.
 13. OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO, 2015. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5199-3.
 14. OREL, Miroslav, 2016. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše. 2., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5516-
 15. PAPEŽOVÁ, Hana, 2014. *Naléhavé stavy v psychiatrii*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-425-8.
 16. PAŘÍZKOVÁ, Marcela, 2007. *Restriktivní postupy v psychiatrii* [online]. Brno [cit. 2017-03-02]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/142314/lf_b/Bakalarska_prace.pdf. Bakalářská práce. Masarykova univerzita v Brně. Vedoucí práce MUDr. Hana Meluzínová.
 17. PETR, Tomáš, 2013. *Agresivní pacient – ošetrovatelský přístup a používání omezovacích prostředků v psychiatrii*. Dostupné také z: <https://ucebna.net/mod/resource/view.php?id=498>
 18. PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ, 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.
 19. PĚČ, Ondřej, 2016. Destigmatizace. In: *Psychiatrická společnost ČLS JEP* [online]. Praha: Psychiatrická klinika 1. LF UK [cit. 2017-05-14]. Dostupné z:

<http://www.psychiatrie.cz/index.php/deni-zdravotni-a-socialni-politika/deni-destigmatizace>.

20. RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ, 2012. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1985-9.
21. RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTOVÁ, 2012. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 5. vyd. Praha: Triton. ISBN 9788073875824.
22. THAKUR, Mugdha E., Dan G. BLAZER a David C. STEFFENS, 2014. *Clinical manual of geriatric psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Association. ISBN 9781585624416.
23. ZELENKOVÁ, Jitka et al., HLOCH, Ondřej, ed., 2001. *Odběr anamnézy*. Praha: FN Motol. Dostupné také z: <http://new.propedeutika.cz/?p=106>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

CNS - centrální nervový systém

CT - počítačová tomografie

č. - číslo

DSM - Diagnostický a statistický manuál (mentálních poruch)

EEG - elektroencefalogram

EKG - elektrokardiogram

MKN - Mezinárodní klasifikace nemocí

MZ ČR - Ministerstvo zdravotnictví České republiky

např. - například

PET pozitronová emisní tomografie

RZS - rychlá záchranná služba

Sb. - sbírky

SPECT - jednofotonová emisní tomografie

tzv. - takzvaný

ÚZIS - ústav zdravotnických informací a statistiky

WHO - World Health Organization

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka 1 - Pohlaví respondentů.</i>	42
<i>Tabulka 2 - Věk respondentů.</i>	44
<i>Tabulka 3 - Nejvyšší dosažené vzdělání.</i>	46
<i>Tabulka 4 - Informovanost společnosti o duševních chorobách.</i>	47
<i>Tabulka 5 - Informovanost respondentů o duševních chorobách.</i>	49
<i>Tabulka 6 - Informovanost respondentů o konkrétních duševních chorobách.</i>	51
<i>Tabulka 7 - Zdroje informací o duševních chorobách.</i>	53
<i>Tabulka 8 - Vztah respondenta k duševně nemocné osobě.</i>	55
<i>Tabulka 9 - Postoj respondentů k duševně nemocné osobě.</i>	57
<i>Tabulka 10 - Stigmatizace duševně nemocných.</i>	59
<i>Tabulka 11 - Konkrétní důvod stigmatizace duševně nemocného.</i>	60
<i>Tabulka 12 - Důvody stigmatizace duševně nemocných osob.</i>	61
<i>Tabulka 13 - Názory respondentů na duševně nemocné osoby.</i>	63
<i>Tabulka 14 - Duševně nemocný jako zdroj zvláštního chování z okolí.</i>	65
<i>Tabulka 15 - Rodina duševně nemocných jako oběť stigmatizace.</i>	66
<i>Tabulka 16 - Tolerance české republiky k duševně nemocným osobám.</i>	67

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf 1 Pohlaví respondentů.....</i>	42
<i>Graf 2 - Věk respondentů.....</i>	44
<i>Graf 3 - Nejvyšší dosažené vzdělání.....</i>	46
<i>Graf 4 - Informovanost společnosti o duševních chorobách.....</i>	47
<i>Graf 5 - Informovanost respondentů o duševních chorobách.....</i>	49
<i>Graf 6 - Informovanost respondentů o konkrétních duševních chorobách.....</i>	51
<i>Graf 7 - Zdroje informací o duševních chorobách.....</i>	53
<i>Graf 8 - Vztah respondenta k duševně nemocné osobě.....</i>	55
<i>Graf 9 - Postoj respondentů k duševně nemocné osobě.....</i>	57
<i>Graf 10 - Stigmatizace duševně nemocných.....</i>	59
<i>Graf 11 - Konkrétní důvod stigmatizace duševně nemocného.....</i>	60
<i>Graf 12 - Důvody stigmatizace duševně nemocných.....</i>	61
<i>Graf 13 - Názory respondentů na duševně nemocné osoby.....</i>	63
<i>Graf 14 - Duševně nemocný jako zdroj zvláštního chování z okolí.....</i>	65
<i>Graf 15 - Rodina duševně nemocných jako oběť stigmatizace.....</i>	66
<i>Graf 16 - Tolerance České republiky k duševně nemocným osobám.....</i>	67

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I Vybrané právní problémy v psychiatrii

Příloha P II Rozdělení duševních poruch dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MNK - 10)

Příloha P III Dotazník

PŘÍLOHA P I: VYBRANÉ PRÁVNÍ PROBLÉMY V PSYCHIATRII

- Úmluva o ochraně lidských práv a svobod
- Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny
- Úmluva o právech osob se zdravotním postižením
- Opční protokol k úmluvě proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání
- Listina základních práv a svobod
- Zákon o zdravotních službách č. 372/2011 Sb.
- Zákon o specifických zdravotních službách č. 373/2011 Sb.
- Zákon o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami č. 379/2005 Sb.
- Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče č. 96/2004 Sb. (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)

(Petr, Marková, 2014, s. 65 - 69).

PŘÍLOHA P II: ROZDĚLENÍ DUŠEVNÍCH PORUCH DLE MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ (MKN - 10)

- F00 - F09 Organické duševní choroby včetně symptomatických
- F10 - F19 Duševní choroby a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek
- F20 - F29 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy
- F30 - F39 Poruchy nálady (afektivní poruchy)
- F40 - F49 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy
- F50 - F59 Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
- F60 - F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých
- F70 - F79 Mentální retardace
- F80 - F89 Poruchy psychického vývoje
- F90 - F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci
- F99 Nespecifikovaná duševní choroba

(Hosáková a kol., 2007, s. 7)

PŘÍLOHA PIII: DOTAZNÍK

DOTAZNÍK

Vážená paní, vážený pane,

Dovolte mi obrátit se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku. Jmenuji se Tereza Vymětalová a jsem studentkou 3. ročníku oboru všeobecná sestra na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Tento dotazník slouží ke zpracování mé bakalářské práce na téma "Stigmatizace duševně nemocných". V rámci mé práce se snažím zjistit, zda je veřejnost informována o duševních chorobách. Dále se chci dozvědět jaký je Váš pohled na duševně nemocné a zda jsou duševně nemocní dle Vašeho názoru obětí stigmatizace. Dotazník je anonymní, všechny Vámi poskytnuté údaje použiji pouze ke zpracování mé bakalářské práce. V jednotlivých otázkách, prosím, zaškrtněte variantu, která nejvíce vystihuje Vaši odpověď. Předem Vám děkuji za ochotu a čas obětovaný vyplňováním mého dotazníku.

Tereza Vymětalová

1. Jakého jste pohlaví?

- žena
- muž

2. Kolik Vám je let?

Prosím, uveďte

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- základní
- střední bez maturity/vyučen
- střední s maturitou
- vysokoškolské
- jiné..... (doplňte odpověď)

4. Myslíte si, že je společnost dostatečně informována o duševních chorobách?

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne
- nevím

5. Myslíte si, že máte dostatek informací o duševních chorobách?

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne
- nevím

6. Máte nějaké informace o některé z těchto chorob? (možno více odpovědí)

- autismus, hyperaktivita
- schizofrenie
- Alzheimerova choroba, demence
- alkoholismus
- drogová závislost
- deprese, maniodepresivní psychóza
- mentální anorexie, bulimie
- fobické, úzkostné poruchy
- disociační (konverzní) porucha
- sexuální poruchy (pedofilie, sadomasochismus, exhibicionismus)
- gambling
- pyromanie
- kleptomanie
- mentální retardace
- posttraumatický syndrom
- jiné.....(doplňte odpověď)
- nemám žádné informace o některé z těchto chorob

7. Kde jste získal/a informace o duševních chorobách? (možno více odpovědí)

- média
- odborná literatura
- u odborníka (praktický lékař, specialista)
- jinde(doplňte odpověď)
- nemám žádné informace

Pokud jste u otázky č. 6 odpověděl/a "nemám žádné informace o některé z těchto chorob", otázku č. 7 nevyplňujte.

8. Duševně nemocný/á je ve vztahu k Vám:

- známý/á, kamarád/ka
- rodinný příbuzný
- podílím se na péči o něj/ ni
- jiná odpověď (doplňte odpověď)

Na otázku č. 9 odpovídá pouze ten/ta, kdo u otázky č. 8 odpověděl/a ano.

9. Pociťujete z vaší strany nějaký odstup k duševně nemocnému, kterého znáte?

- rozhodně ano
- spíše ano
- rozhodně ne
- spíše ne
- nevím

Na otázku č. 10 odpovídá pouze ten/ ta, kdo u otázky č. 8 odpověděl/a ano.

10. Setkal/a jste se v reálném životě s někým, kdo byl pro svou duševní chorobu stigmatizovaný společností?

- ano
- ne
- nevím

11. Pokud jste se se stigmatizací duševně nemocného setkal/a,

- jeho/její porucha byla na první pohled viditelná
- duševně nemocný/á se chorobou netajil/a, informoval/a o ní veřejnost sám/sama
- veřejnost se o jeho chorobě dozvěděla z jiných zdrojů, než od nemocného
- jiná odpověď (doplňte)

Odpovídají pouze ti, kteří na otázku č. 10 odpověděli ano.

12. Dle Vašeho názoru je důvodem stigmatizace duševně nemocných osob: (možno více odpovědí)

- historicky vleké předsudky
- propaganda (médiá, vtipy o bláznech)
- dobové vnímání rozdílů mezi lidmi
- jejich chování (nebezpečnost, nevyzpytatelnost,...)
- nevím
- jiné.....(doplňte odpověď)

13. Jaký máte názor na duševně nemocné osoby?

- nemám s nimi žádný problém
- vyhýbám se jim
- připadají mi zvláštní
- mám z nich strach
- jiná odpověď.....(doplňte)

14. Byl/a nemocný/nemocná pro svou chorobu zdrojem zvláštního chování z okolí?

- ano, byl/a zdrojem posměchu
- ne, jednalo se s ní/m jako s osobou bez choroby
- ano, společnost k němu /ní byla ohleduplnější
- nikdy jsem se s takovou osobou nesetkal/a
- nevím
- jiná odpověď(doplnit odpověď)

15. Myslíte si, že se obětí stigmatizace může stát i rodina nemocného?

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne
- nevím

16. Vnímáte Českou republiku jako tolerantní vůči duševně nemocným osobám?

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne
- nevím

17. Je ještě něco, co by jste chtěli uvést k danému tématu a pokládáte to za důležité?

Prosím, uveďte

.....

.....

.....

.....

.....