

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství



Vanišová Štěpánka

**Tendence ke stigmatizaci duševně nemocných
lidí ze strany laické veřejnosti**

*Tendency to stigmatization of psychiatric
patients from general public*

Bakalářská práce

Praha, červen 2017

Autor práce: Štěpánka Vanišová

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **PhDr. Hana Svobodová, Ph.D.**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetrovatelství 3. LF UK**

Konzultant: **Mgr. Dagmar Simonová**

Pracoviště konzultanta: **Zdravotnická záchranná služba Plzeňského kraje**

Termín obhajoby: 19. září 2017

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené a citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému - SIS 3. LFUK - jsou totožné.

V Praze dne 15. června 2017

.....

Štěpánka Vanišová

Poděkování

Na tomto místě bych v první řadě ráda poděkovala paní PhDr. Haně Svobodové, PhD. za vedení mé bakalářské práce, za její cenné rady, trpělivost a shovívavost. Dále pak Mgr. Dagmar Simonové za pomoc a praktické připomínky při psaní této bakalářské práce. A v neposlední řadě MUDr. Michaela Horáčkové za podporu a laskavý přístup.

OBSAH

ÚVOD	3
TEORETICKÁ ČÁST	5
1 STIGMA, STIGMATIZACE	5
1.1 Vymezení pojmu stigma	6
1.2 Vymezení pojmu stigmatizace.....	8
1.3 Historie stigmatu.....	11
1.4 Druhy stigmatizace	12
1.5 Proces stigmatizace u duševně nemocných lidí.....	14
2 SOCIÁLNÍ ZÁZEMÍ PSYCHICKY NEMOCNÝCH.....	18
2.1 Stigmatizace a rodinní příslušníci.....	18
2.2 Stigmatizace a partnerské či mezilidské vztahy	19
2.3 Stigmatizace a zaměstnání	19
2.4 Stigmatizace a společenský život	21
2.5 Stigmatizace a bydlení	21
2.6 Stigmatizace a nemocniční personál.....	22
2.7 Stigmatizace a média	22
3 PSYCHICKÁ ONEMOCNĚNÍ	24
3.1 Rozdělení psychických nemocí	24
3.2 Mínění laické veřejnosti o psychicky nemocných.....	26
3.3 Destigmatizace psychicky nemocných	27
3.4 Sociální rehabilitace a komunitní psychiatrie.....	28
PRAKTICKÁ ČÁST.....	30
4 METODA VÝZKUMU	30
4.1 Dotazník.....	30
4.2 Charakteristika výzkumného vzorku	31
4.3 Řešený problém, cíle a hypotézy výzkumu	31
5 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	33
5.1 Interpretace výsledků.....	33
6 DISKUZE.....	56

ZÁVĚR	63
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJE.....	65
SEZNAM PŘÍLOH.....	69

ÚVOD

Obor psychiatrie a pacienti trpící psychickým onemocněním, jsou obklopeny řadou mýtů, jako je například: „kdyby se člověk trpící depresí více snažil a měl silnou vůli, hned by se mu mohlo dařit lépe“. S tímto názorem a jemu podobnými se psychiatři pacienti velmi často setkávají a to nejen ze strany laické veřejnosti. Na základě toho, mě napadá otázka, proč lidé, kteří mají somatické potíže, jako je zlomená ruka či noha, se taktéž neseťkávají s průpovídkami, jako je: „kdybys opravdu chtěl a snažil by ses, budeš zdravý“. Problém je v tom, že somatické poruchy jsou většinou srozumitelné a dobře ohraničené (vysvětlitelné), na rozdíl od duševních poruch, kde je taková hranice méně zřetelná. Chování duševně nemocného člověka se nám může jevit jako vystupňovaný stav, se kterým se v běžném životě neseťkáváme. Každý z nás prožívá někdy smutek, nechut' k jídlu, nervozitu či špatně spí. Zdravý člověk tyto problémy dokáže překonat, nemocný člověk je však natolik oslabený svou nemocí, že takovýto stav nedokáže bez obtíží zvládnout. Psychicky nemocný člověk se může jevit jako člověk nekontrolovatelný, neschopný, nespolehlivý, nebezpečný, možná i hloupý. Psychotické projevy a chování z nich vyplývající jsou pro nás často nesrozumitelné a vyvrací naše obvyklé představy. Proto setkání s duševně nemocným člověkem nás může přivádět do nejistoty, která obvykle vyvolává stres. S psychicky nemocným člověkem je potřeba komunikovat a přistupovat k němu jinak než ke zdravému člověku. Problém je, že nelze vždy jasně určit příčinu vyvolané duševní poruchy a tento stav vyžaduje dlouhodobou péči s častou návratností. Proto se psychická onemocnění v naší společnosti stále považují za něco, o čem se moc nemluví.

Rozdíly mezi lidmi existují od počátku vzniku života a jsou jeho přirozenou součástí. Kdyby neexistovaly odlišnosti, tak by následně nevznikla rozmanitost a bez rozmanitosti by se v období evoluce nemohl vyvinout člověk. Různorodost každého člověka je definována výjimečností. Na výjimečnost lze pohlížet jak z pozitivního, tak i z negativního úhlu. Jedním z takových atributů je i úroveň duševního zdraví. Kdykoliv v průběhu života může být duševní zdraví každého člověka narušeno, a tím dochází ke vzniku duševního onemocnění -

takzvaného psychického onemocnění. Psychická onemocnění představují různorodou skupinu poruch, které mají v různé míře negativní dopad na mnohé životní oblasti takto nemocného člověka. Často se stává, že za svou odlišnost získá duševně nemocný člověk negativní společenské stigma neboli nálepkou, která je spojena s vyčleňujícími tendencemi ze společnosti, diskriminací, nerovnými možnostmi a nepochopením. Se vznikem změny psychického zdravotního stavu se začne měnit zařazení ve společnosti a podmínky společenského fungování.

Duševně nemocné lidi a jejich negativní stigma nalezneme napříč staletým historickým vývojem a nalézáme tento problém i ve 21. století. Stigmatizace brání znovuoobnovení duševního zdraví, proto psychicky nemocní lidé musí čelit nejen samotné nemoci, ale i předsudkům, které jsou s jejich nemocí spojovány. V této práci se budu snažit zjistit, jaké názory má různorodá laická veřejnost na duševně nemocné a do jaké míry jsou jejich tendence duševně nemocné lidi stigmatizovat. Práce by měla přinést hlubší pohled na problematiku stigmatizace psychicky nemocných lidí a najít způsob, kterým by se dalo zlepšit pochopení tohoto problému ve společnosti.

TEORETICKÁ ČÁST

1 STIGMA, STIGMATIZACE

„Až příště někomu v duchu nebo nahlas řeknete „rapl, „psycho“, „magor“, tak si zkuste představit, jaké to je asi být na jeho místě. Zkuste se vžít do jeho pocitů. Jednou možná budete v jeho situaci. Jak byste pak chtěli, aby se k vám společnost chovala? ... Nevědomujeme si totiž, jak devastující dopad mohou mít slova, která někdy používáme ... Nevědomost není sladká, je to prostě jen nevědomost“. (Thornicroft, 2011)

Pro lepší vysvětlení pojmu stigma, stigmatizace, můžeme použít dopis (příběh) z knihy Nathanaela Westa – Přítelkyně osamělých srdcí, který je ukázkou rozporuplných pocitů, které mohou pociťovat společensky stigmatizovaní lidé a jejich okolí: „Milá přítelkyně, je mi šestnáct let a nevím, co mám dělat, proto ti píši a byla bych moc ráda, kdybys mi mohla poradit. Když jsem byla malá, nebylo to tak špatné, díky tomu, že jsem si zvykla, že se mi ostatní děti posmívají. Teď už bych chtěla mít chlapce, jako mají jiná děvčata a chodit s ním v sobotu večer tančit. Avšak problém je v tom, že mě nikdo nikdy nikam nepozve ani neosloví, protože jsme se narodila bez nosu. To že výborně tancuji, mám pěknou postavu a můj táta mi nakupuje moc pěkné šaty, nepomáhá mému problému. Celý den proto sedím doma, nebo se dívám do zrcadla a brečím. Uprostřed obličeje mám díru, která každého vyděsí, dokonce často děsí i mě, takže nemám nikomu za zlé, že mě nechce nikdo nikam pozvat. Moje maminka mě má velmi ráda, ale každý pohled, který mi věnuje, ji velmi rozruší a začne plakat. Velmi často si kladu otázku, co jsem komu udělala, že mě postihl takový osud? A pokud jsem provedla něco špatného, tak rozhodně ne dřív, než mi byl jeden rok a i přesto jsem se takhle už narodila. Ptala jsem se na to svého táty, ale on prý neví. Myslí si, že jsem se možná něčeho špatného dopustila v jiném životě, než jsem se narodila sem anebo si myslí, že jsem takto trestaná za hříchy, které spáchal on. Tomu já, ale nemohu věřit, protože můj táta je velice hodný člověk. Měla bych se zabít? Tvá Zoufalá“.

Tento příběh naznačuje, že není důležité, zda se jedná o stigma tělesné nebo duševní. Negativní dopady, nepochopení, nezodpovězené otázky, pocity

viny, hanby, trestu, znechucení, studu, sebenenávisti a myšlenky na sebevraždu se mohou vyskytovat u každého člověka, který se odlišuje od společnosti. Jakákoli fyzická či psychická odlišnost, která je pro společnost nepřijatelná, přináší svému nositeli společenskou nálepku, tzv. stigma.

Slovo stigma lze definovat jako pocit negativní odlišnosti od členství a života ve společnosti. Představuje negativní vrozený, nebo získaný znak, který postiženému jedinci brání, nebo mu znesnadňuje či znemožňuje začlenit se do společnosti. Stigma je již po staletí považováno za negativní slovo, které má pro psychicky nemocné negativní důsledky. (Fink, 1992)

1.1 Vymezení pojmu stigma

Stigma má za cíl označit takové jedince, kteří mohou společenské hodnoty, společenské normy a její morální uspořádání či nastavení, ohrožit. Stigma je označení společenské nepřijatelnosti z důvodů vybraných znaků a stává se pro člověka nálepkou hanby na dlouhou dobu, možná, až do konce jeho života. Dalo by se říci, že osoba poznamenaná stigmatem je vnímána jako horší člověk (Goffman, 1963). Stigmatizace je spojována s negativními předsudky, stereotypy, postoji a mnohdy vede k diskriminaci. Nálepka, označení za nevyhovujícího nebo jiného člena společnosti, velmi často vzniká na podkladě rasy, věku, pohlaví, sexuální orientace, fyzického postižení, náboženského či politického vyznání, nebo psychických poruch (Thornicroft, 2011).

Problematikou stigmatu - především sociálního, se zabýval již americký sociolog v roce 1963, Irving Goffman, který chápe a popisuje stigma jako vyloučení člověka, který neodpovídá „normálu“ většiny populace, ze společnosti. Stigma se netýká výhradně lidí s duševním onemocněním, ale je spojováno i s nemocemi tělesnými jako je například epilepsie, obezita, HIV/AIDS či lidí s tělesnými vadami nebo s kožními potížemi. U obou skupin (psychické, fyzické) onemocnění a lidí jimi trpícími, se často setkáváme s pocity beznaděje, zoufalství, narušením sebeúcty i sociální izolací. Tyto negativní pocity zhoršují pacientův stav a spolupráci při léčbě. Průběh nemoci a následné uzdravování ovlivňuje, jak se jedinci vyrovnají se svou duševní nemocí a s ní spojenou stigmatizací ze strany

společnosti (Heatherton, Kleck, Hebl, Hull, 2000). Pokud bychom vnímali lidi bez ruky či nohy jako normální jedince, stanou se součástí společensky přijatelné varianty osob a úplně stejný závěr můžeme tedy aplikovat i na lidi trpící duševním onemocněním (Thornicroft, 2011). Ukázalo se, že v procesu stigmatizace je velmi důležitá atribuční teorie, která připisuje příčiny vzniku nemoci osobě nebo situaci, jenž má vliv na rozsah přiřknutého stigmatu. Rozhodující je také, jak velká míra stigmatizace představuje závažnost onemocnění. I v tomto případě platí pravidlo, čím závažnější nemocí člověk trpí, tím více je stigmatizovaný.

Každý člověk dříve nebo později zažije sám osobně, co znamená být označen stigmatem. Pokud nedojde ke stigmatizaci dříve, dojde k ní velmi pravděpodobně ve stáří. Společnost všeobecně často vnímá staré lidi jako nepoužitelné odpadlíky a tak s nimi i jedná. V této problematice není otázkou, kdo a kdy zažil stigmatizaci, ale kolikrát za život a do jaké míry ji zažil. Lidé, kteří trpí duševním onemocněním, stigmatizaci zažívají každý den bez ohledu na to, jakými lidmi doopravdy jsou. (Goffman, 1963).

Každá země má jiné představy o psychických nemocech, ale některé předsudky jsou si podobné. Příkladem jsou tyto čtyři země – Turecko, Sibiř, Mongolsko a Jihoafrická republika. Tyto státy vnímají duševní onemocnění jako nedostatek vůle a odolnosti vůči stresu, nikoli jako nemoc. Poměrně velké procento populace považuje za duševní onemocnění pouze schizofrenii a podobně závažné psychické poruchy. Ve většině zemí byl již proveden výzkum týkající se problematiky stigmatizace převážně na podkladě schizofrenie. V Číně bylo do výzkumu zařazeno 600 lidí se schizofrenií a 900 rodinných příslušníků. Po ukončení výzkumu, bylo zjištěno, že více jak polovina dotazovaných trpí stigmatizací, která jim výrazně negativně ovlivňuje život. Také v Indii vládne velká obava ze stigmatu spojeným s duševním onemocněním. V této zemi je stigmatizace spojena s nemožností uzavření manželství, pokud člověk trpí touto poruchou. Stigmatizace lidí znamená vybočení z „normálu“ a je výsledkem nedostatku informací o psychických poruchách ve všech kulturách (Thornicroft, 2011).

1.2 Vymezení pojmu stigmatizace

Slovo stigmatizace si lze vysvětlit jako proces, při kterém dochází k nálepkování, oceňování či značkování osob, které vybočují z předepsaných norem dané společnosti. Tento proces představuje přidělování negativní předsudků osobě, která nosí odlišné a společensky netolerované atributy (znaky). Hartl, Hartlová ve své knize z roku 2009, definuje stigmatizaci jako „*společenský předsudek vůči někomu, jemuž jsou pak přisuzovány záporné vlastnosti*“. Stigmatizace představuje stereotypní soubor negativních postojů, mylných přesvědčení a společenských obav z duševních nemocí. Tyto předsudky, představy a postoje, mají vliv na to, jak se společnost staví a přistupuje k duševním nemocem a lidem jimi trpícími. Problematikou stigmatizace je negativní postoj (předsudky), neznalost problematiky a negativní chování jedinců (diskriminace nemocných). Samotné stanovisko vůči duševně nemocným je postaveno na základě kognitivně - vědomého přesvědčení, afektivně - emocionálních názorů, hodnotící a konativní - tendence k určitému jednání. Stigmatizace ovlivňuje přesvědčení, vnímání, prožívání, sebepojetí a sebehodnotu samotného jedince (Zest, 2015). Vlivem nedostatku znalostí a informací o psychických nemocech dochází k ignoraci této problematiky a k negativnímu postoji veřejnosti. Tedy vede k utváření předsudků, které ovlivňují chování společnosti v podobě diskriminace (Thornicroft, Brohn, Kassam, 2008).

Důležité je, aby se problematika psychických nemocí a následná stigmatizace těchto lidí dostala do povědomí společnosti. Problém tkví v ohnisku stigmatu a v dané situaci, ve kterých dochází k negativnímu společenskému střetu. Pro člověka s viditelnými malformacemi na těle či v obličeji, je jasně viditelné ohnisko stigmatu. Naopak u člověka s duševním onemocněním nemusí být na první pohled ohnisko stigmatu viditelné, a proto záleží na dešifraci okolí. Lékaři, kteří se specializují na duševní poruchy, mohou na první pohled poznat, že jedinec trpí nemocí. Laickou veřejnost na znaky psychické choroby upozorňují různé nesrovnalosti a dochází k znehodnocení identity daného jedince, čímž narušují celkový obraz o něm a následně se v jejich očích snižuje jeho hodnota (Goffman, 2003).

Stigmatizaci lze posuzovat z pohledu šesti aspektů: Jak moc je problém daného jedince viditelný/utajený, jak se jeho nemoc vyvíjí, zda nemoc zvyšuje napětí v mezilidských vztazích, jaká je příčina jeho poruchy, jestli je nebezpečný pro společnost, a také nelze opomenout estetické kvality. Při stigmatizaci duševně nemocného člověka dochází k útlaku, nepochopení, porušování práv, vyčlenění ze společnosti, nerovnosti, ke strádání a díky těmto problémům se kterými se jedinec potýká, může dojít až k hmotné nouzi, kterou takto nemocný člověk musí řešit (Fink, Tasman, 1992).

Předsudky, stereotypy, postoje a diskriminace

Problematika postojů, stereotypů, předsudků a diskriminace se stává tématem mnoha oborů a vědních disciplín jako je například: sociologie, politologie, etika, náboženství, psychologie, medicína, umělecký či ekonomický směr, a proto zasahuje téměř do všech oblastí společenského života. Cílem je rozlišení na skupinu MY a ONI, kdy je pozitivní nebo negativní zabarvení závislé na kontextu sociální skupiny a jejího kulturního zázemí.

Vznik a udržování společenských předsudků a stereotypů má kořeny ve společenských a osobních strukturách. Stereotyp sdílí společný atribut připisovaný znevýhodněné sociální skupině, který je zakořeněný v myšlení většiny lidí. Ovlivňuje úsudek o všech členech odlišující se skupiny. Příkladem může být tvrzení, že všichni duševně nemocní lidé jsou nebezpeční. Chování společnosti a jednání s duševně nemocnými lidmi se odvíjí od již vytvořených předsudků (Hinshaw, 2006). Každodenní vystavování předsudků a neustálý boj se stigmatizací, kterou vyvíjí okolí, deformuje sebevnímání a sebevědomí duševně nemocných lidí. Tlak ze strany veřejnosti, který skupina podstupuje, může poškodit jejich ego a jejich integritu. Následně může zcela znemožnit obnovu duševního zdraví (Heatherton, Kleck, Hebl, Hull, 2003).

Postoj lze definovat jako hodnocení situace objektu, který je základem našeho chování. Postoj si člověk utváří na základě zkušeností a představuje ustálený způsob reagování na osoby, situace a sebe samého. Postoj je součástí osobnosti a předurčuje myšlení, chápání, poznání a cítění okolí. Každý vytvořený

názor se po čase může stát postojem, který může představovat hluboce zakořeněné stanovisko, které se stává pro člověka důležitou osobní hodnotou, na jehož základě hodnotí a reaguje na specifické situace (Nakonečný, 2009). Hodnocení a následný zaujatý postoj vůči duševně nemocným lidem je spojován s pozitivním či negativním emocionálním rozpoložením. Žádný postoj nikdy není neutrální a je poměrně stabilní charakteristikou jedince. Malá část postojů, kterou jedinec zaujímá, je vrozená, ale většinu postojů získává jedinec během života na základě osobních zkušeností nebo sociálním učením. Pokud má zdravý jedinec intenzivní kontakt s duševně nemocným člověkem, postupně vede k vytvoření stabilního negativního nebo pozitivního postoje (Výrost, Slaměník, 2008).

Diskriminace má v literatuře mnoho významů a nemusí být nutně v negativním kontextu. Diskriminace v kontextu se společností představuje nerovné jednání či nestejně zacházení. Lze ji definovat jako proces, který vede k vyčlenění jedince ze skupiny či společnosti a následně dochází k nerovnoměrnému poskytování možností a příležitostí. Diskriminace duševně nemocných lidí se projevuje v odpírání společenských práv a benefitů, na základě nemoci. Diskriminace se může projevit v podobě odepření pomoci, nemožnosti se vzdělávat, nemožnosti získat bydlení, společnost či jedinci se jim vyhýbají, mohou být donuceni k neadekvátní léčbě, některé pojišťovny odmítají takto nemocné lidi pojistit atd. Diskriminace má základ v moci, která se projevuje v poškozujícím a znevýhodňujícím chování, jenž je zaměřeno proti duševně nemocným lidem (Fink, Tasman, 1992). Při procesu diskriminace záleží na sociálním uspořádání, chování jednotlivců a skupin. Skupina diskriminovaných lidí, je považována za méněcennou skupinu v sociální struktuře a představuje nerovné zacházení s ničivými dopady nejen na stigmatizovaného jedince, ale i na jeho rodinu (Cooper, 2004). Boj proti diskriminaci, potažmo proti stigmatizaci duševně nemocných lidí, je základní a jedinou možností. Boj spočívá v dodržování lidských práv a docílení legislativních změn. Každý člověk se od druhých liší, ale problém nastává ve chvíli, kdy je poměr skupin nevyvážený z hlediska majority a minority. Majorita (silnější) skupina se dostane do pozice, která je vhodná pro systematickou diskriminaci minority (slabší) skupiny (Corrigan, 2004).

Diskriminaci lze rozdělit na negativní (znevýhodnění skupiny či jednotlivce), pozitivní (zvýhodňuje skupinu či jednotlivce), autodiskriminaci (příslušníci sociální skupiny se navzájem diskriminují), heterodiskriminaci (diskriminace odlišných skupin). Základem diskriminace jsou předsudky, stereotypy a postoje (Hartl, Hartlová, 2010).

1.3 Historie stigmatu

Slovo „stigma“ bylo poprvé zaznamenáno v Řecku, které znamenalo „vypálené znamení“. Ve starověkém Římě označoval filozof Cicero slovem „stigmatias“ rozpoznávací znamení člověka s nežádoucími charakteristikami. Římský válečník, ale i filozof Plinius Maior, rozšířil pojetí stigmatu do podoby „stimosus“, které překládáme jako „označení“. Takovým to vypáleným označením, poté rozpoznávali zločince, např. piráty. Řekové pojem stigma rozšířily na slovo „stigmaein“, což překládáme jako provrtání díry do těla. Takovéto viditelné znamení bylo vypalováno lidem, které považovali za morálně zkažené. Vypálení tohoto cejchu sloužilo jako znak a výstraha pro počestný lid. Upozorňoval na nutnost opatrnosti, odstupu a strachu. Nejčastěji Řekové označovali stigmatem otroky, zrádce, zločince a skupiny lidí, které společnost považovala za méněcenné. Již ve 4. století př. n. l. označil Platón nemoc „pýché“ za nečinnost. Tím podpořil negativní vnímání duševních nemocí a na staletí přidělané stigma.

V době, kdy neslo stigma náboženský prvek (v křesťanství), se věřící lidé sami dobrovolně označovali ornamenty ve jménu Ježíše Krista. Snahou bylo propagovat svou náboženskou příslušnost. Stigmata poté vznikala jako následek sebetrestání za zkušení Ježíšova utrpení. Tyto znaky tělesných znamení mívali duchovní lidé na ruku, nohu i na zádech (Praško, Prašková, 2001). V pozdějších dobách byli stigmatem označováni lidé, kteří se nakazili infekčním onemocněním. Ti byli odsunuti na odlehlá prostranství nebo ostrovy, aby se nákaza dále nerozšiřovala. Nemocní lidé museli nosit na krku zvon, aby upozorňoval zdravé lidi před možností nákazy. Ve středověku stigma představovalo znamení d'ábla, kdy byl rozšířený především cejch ženského čarodějnictví. Ženy, které byly takto označeny, inkvizice neúprosně upalovala, stejně jako odlišné či nehodící se lidi.

Psychicky i tělesně nemocní lidé, byli v zájmu ochrany ostatní společnosti vyčleňováni do věží bláznů, zabíjeli je a zavírali daleko od obývaných částí území či je odváželi na pusté ostrovy (Hinshaw, 2006).

V 17. a 18. století se začala aplikovat vězeňská psychiatrie, ta ale negativní vnímání duševního onemocnění jen podpořila. Tito lidé, začali být společností chápáni jako zločinci a označováni za kacíře. Postupem času byl viditelný prvek stigmatu omezen, ale prvek hanby se ve společnosti rozšířil i na psychickou stránku jedinců. Francis Galton v 19. století založil směr eugenika. Myšlenkou tohoto směru bylo vypěstování nejlepšího genofondu a zbavování se nežádoucích dědičných znaků. Ve 20. století nacistické Německo zneužilo této myšlenky a stigma duševně i tělesně nemocných lidí se stalo terčem ideologických účelů a nežádoucí jedinci (slabí, rasově nevhodní) se v dobách nacionalismu hromadně vyvražďovali (Ocisková, Praško, 2015).

Z komunistického režimu byli postihnuti stigmatem lidé, kteří měli odlišné politické názory a přesvědčení. Tito jedinci a jejich rodiny byli pak následně násilně trestáni. Jak se vyvíjí kulturní zázemí a společenské přesvědčení, tak se vyvíjí i samotné stigma. Za stigma negativní či pozitivní můžeme označit v dnešní době např.: znaky různých gangů (jejich tetování), snubní prstýnek (poukazuje na nedotknutelnost pro ostatní), jizvy na zápěstí (poukazují na sebepoškozovací a sebevražedné tendence) či vpichy od jehel do žil, které jsou charakteristické pro narkomany. Stigmatem taktéž můžeme označit křivé obvinění za nespáchaný zločin. Stigmatem tedy můžeme označit jakýkoli rys či poruchu, která odlišuje jedince od společnosti. Takováto odlišnost se považuje za nepřijatelnou - není „normální“ pro většinovou společnost (Scamber, Higgs, 1998). Stigmatem lze označit to, co společnost označuje za zavržení hodné. Odlišnost, která je nepřijatelná a má souvislost se společenskými hodnotami a kulturním kodexem.

1.4 Druhy stigmatizace

Základní rozdělení pojmu stigma, stigmatizace dle Goffmana (Goffman, 2003):

a) Tělesné stigma

- tělesné malformace, tělesné abnormality, chybění části těla, tělesné deformace...

b) Vady charakteru

- zlozvyky či zhoubné návyky (alkoholismus, nezaměstnanost, sexuální odlišnost, sebevražedné pokusy, slabá vůle, duševní poruchy...)

c) Kmenové stigma

- národnost, rasa, náboženství – tato stigmata se mohou nést po staletí z generace na generaci

d) Vrozené stigma

- člověk, který se narodí se stigmatem je celoživotně posuzován na základě společenských měřítek - nemá prakticky šanci obstát ve společnosti

e) Získané stigma

- stigma, které člověk získá v průběhu života

Člověk, který byl označen stigmatem v průběhu života, je nucen přehodnotit pohled na minulost a vnímat svoji přidělenou méněcennost, která je spojena s kompletní strukturou osobního a hodnotového systému společnosti. Mění se jeho interpersonální vztahy a společenské zařazení. Je nucen přijmout způsob omezeného společenského života a zařadit se ke skupině stigmatizovaných jedinců. Stigma dále můžeme dělit na **skryté, zjevné, nechtěné a chtěné, dlouhodobé nebo přechodné** (Goffman, 2003).

Stigmatizaci lze také rozdělit na **veřejnou** (celospolečenský postoj) nebo **osobní** (postoj jednotlivců). Slovo stigmatizace lze „skloňovat“ i jako **Vnímaná stigmatizace** – kdy člověk s duševním onemocněním vnímá stigmatizaci bez ohledu na objektivitu situace. Dále jako **Sebestigmatizace** – což je proces, kdy si člověk uvědomí, přijme a souhlasí se společenskými předsudky. Přijme tedy nálepku duševně nemocného se všemi negativy (Corrigan, Rafacz, Rüsche, 2011).

Veřejné stigma představuje **stigma sociální a strukturální**. Sociální stigma, chápeme jako společenské předsudky na podkladě vtípů a mediálních obrazů psychických poruch. Strukturální stigma je vyvozené z pravidel, zásad,

institucionálních postupů, které omezují práva nemocných či rezervovaný přístup k duševně nemocným lidem ze strany úřadů, ve zdravotnictví, přijímání a propouštění ze zaměstnání... (Ocisková, Praško, 2015).

1.5 Proces stigmatizace u duševně nemocných lidí

Samotný proces stigmatizace má čtyři fáze dle článku „Veřejné pojetí duševní nemoci“, který autoři Link, Yang, Phelan, Collins, publikovali v roce 2004.

1. fáze: NÁLEPKOVÁNÍ - označení na základě znaků, které přináší nemoc. Ty jsou pro společnost signálem k odlišnosti
2. fáze: STEREOTYPIZACE - lze vysvětlit jako propojení odlišnosti s nežádoucími vlastnostmi
3. fáze: SEPARACE - nekompromisní a kategorické odlišení běžné/normální skupiny od stigmatizované skupiny
4. fáze: DISKRIMINACE A ZTRÁTA SOCIÁLNÍHO STATUTU - dochází ke snížení společenské hodnoty jedince, odmítání a vyloučení ze společnosti stigmatizované skupiny

Psychické nemoci jsou stále spojovány s výrazným sociálním stigmatem, kdy duševně nemocný člověk je vnímán jako nepřizpůsobivý k sociálním normám. Každá kultura má jiné pojetí duševně nemocného člověka a vytváří si odlišné stereotypy. Takovéto stereotypy přispívají ke vnímání duševně nemocných jako obtížné, nebezpečné, nevyzpytatelné, méněcenné, jako lidi, co ztratili zdravý a logický rozum. Takováto narušení vedou dle názoru společnosti k narušení sociálních vztahů a sociálních norem. Duševní onemocnění vyvolávají mezi lidmi negativní emoce či reakce, které vedou k pomluvám, diskriminaci, neochotě pomoci, vyhýbání se a odsunutí do izolace, daleko od ostatní společnosti (Corrigan, Watson, 2002). Postoj vůči duševně nemocným je charakterizován viditelnou mírou porozumění k duševní nemoci a ambivalenci, která je spojována se soucitem a odmítáním. Žádné či malé zkušenosti, nedostatečná informovanost v oblasti duševních poruch a předsudky, směřují k iracionálnímu chování na emocionálním podkladu - strachu. Hospitalizace v psychiatrické léčebně je

nejvíce stigmatizující zkušenost duševně nemocného člověka. Leckdy není důležité, jakou nemocí dotyčná osoba trpí, protože samotná léčba na psychiatrickém oddělení je důvodem k přidělení negativního stigmatu (Vágnerová, 1999). Takto získané stigma, je bez ohledu na povahu obtíží, prakticky neodstranitelná, i když se jeho nemoc stabilizuje nebo se uzdraví. Důvodem této neodstranitelnosti je velmi malá informovanost v oblasti duševního zdraví a strachu z duševního onemocnění (Praško, Prašková, 2001).

Duševní nemoc je celospolečenským problémem, protože společnost neakceptuje chování, které vybočuje ze společenských norem. Pacienti léčící se na psychiatrii se mohou v chování projevat nestandardně a takovéto projevy vyvolávají v okolí strach a pocity ohrožení. Dle statistik pouze 3% duševně nemocných lze označit za nebezpečné, ale společnost na psychiatricky nemocné lidi reaguje jako na nebezpečné osoby (Fink, Tasman, 1992).

Při kontaktu s člověkem trpící somatickým onemocněním má společnost menší strach, než u lidí, kteří trpí duševní poruchou. Důležité je vnímání své vlastní zranitelnosti a možnost onemocnění podchytit. Společnost se domnívá, že duševně nemocný člověk nemá nad svým chováním kontrolu a není schopen se domluvit se společností na přijatelné variantě chování, tedy na sociální normě. Toto má za následek představu, že duševně nemocný člověk není dostatečně kompetentní v rozhodování o čemkoliv jiném (Corrigan, 2004). Společnost zastává ochranné nebo manipulující impulzy, které se projevují přesvědčením v potřebě izolace psychicky nemocných lidí. Takováto tendence tvoří ochranu před společností a tento přístup je podobný jako k asociálním jedincům, kdy u obou skupin je tolerované použití násilí ze strany společnosti. Příkladem jsou síťová lůžka, zklidňující prostředky, omezovací prostředky či nedobrovolná hospitalizace. Hospitalizace psychicky nemocných lidí splňuje společenskou představu o ochraně pacienta a zároveň izolaci těchto lidí od společnosti. Stigmata, která si nesou duševně nemocní lidé, se přenáší i na personál, který pracuje v psychiatrických léčebnách (nemocnicích), protože umí pracovat s nežádoucími a nebezpečnými lidmi (Vágnerová, 1999).

Tyto negativní stereotypy jsou podporovány médii, která mají poznámky na duševně nemocné lidi v běžném hovoru, tisku nebo v rozhlasu. Nepřesné či útržkovité informace se rozšiřují na všechny duševně nemocné lidi bez ohledu na druh jejich onemocnění. Lidé trpící schizofrenií jsou nejvíce stigmatizovanou skupinou. Schizofrenie je v dnešní době přirovnávána k lepře (Fuller, 2006). Psychicky nemocní lidé jsou nositeli stigmatu, předsudků, aniž by se jakkoliv přičinili, či si je sami zavinili. Nemohou se jich zbavit a tak se jejich duševní nemoc stává trvalou značkou a neodvratitelným stigmatem. V dřívějších dobách byli stigmatizováni lidé s tuberkulózou, pohlavními nemocí (AIDS, syfilis), vězni a duševně nemocí jako schizofrenici, obsedanti, hraničáři apod. Vhodnou strategií při redukci negativních společenských předsudků není izolace v psychiatrických léčebnách (nemocnicích), které byly a jsou na okraji měst v klidném prostředí.

Lidé s psychickým onemocněním se setkávají se stigmatizací z různých stran. Stigmatizují je například sousedé, obce, rodiny s dětmi, spolupracovníci, personál na psychiatrii, přátelé, ale i rodinní příslušníci. Velký problém při léčbě či diagnostice duševních onemocnění je utajení. Svou nemoc duševně nemocní lidé utajují, aby byli považováni za normálního člověka, a tím se vyhýbají pocitům studu, bolesti, hněvu, zklamání a sníženému sebevědomí. Při utajení nemoci vzniká dvojitý život. Tito lidé se často stěhují do jiných měst, zemí, kde hledají více pochopení a vřidnosti. V problému stigmatizace duševně nemocných pomáhá realizace osvěty o těchto nemocech a zapojení se do antidiskriminačního advokátního spolku. Antidiskriminační spolky umožňují se vyrovnat se stigmatem, snižovat sebestigmatizaci a umožňují bránit lidská práva.

Kolem duševních nemocí lze najít mnoho mýtů, se kterými se setkáváme. Objevují se ve filmech, divadelních hrách, v knihách, na školách, ve zdravotnictví, v médiích, všude. Základem těchto mýtů jsou představy, že všichni duševně nemocní jsou nebezpeční, nemohoucí a zvláštní lidé a ve svém životě nemohou nic smysluplného dělat. Příčinou duševního onemocnění jsou dle veřejnosti geny a slabý charakter. Depresí a úzkostí je možné se snadno zbavit, jen je potřeba trochu se snažit a nelitovat se. Psychická porucha je známka slabosti a selhání (Thornicroft, 2011).

Přehled mýtů o duševních nemocech uvádí Světová zdravotnická organizace a Světová federace pro Duševní zdraví. Jsou to například: duševní onemocnění, je to stejné jako mentální retardace – psychicky nemocní lidé jsou méně inteligentní než zbytek populace. Jakákoli závislost pouze ukazuje na slabou vůli. Duševní nemoc neznamená, že je člověk doopravdy nemocný, ale jen nemá svůj život pod kontrolou, protože má pouze malou sebekontrolou a disciplínu. Každý člověk si prochází těžkým obdobím, ale zvládne to, tak proč bychom měli dělat rozdíly. Pro duševně nemocné lidi nelze nic udělat. Já a duševní nemoc nepřipadá v úvahu. Psychické nemoci se vyvíjejí dětem. Psychická porucha je důsledkem špatné výchovy. Duševně nemocní jsou agresivní a pro společnost nebezpeční. Lidé, kteří trpí nebo v minulosti trpěli duševním onemocněním, jsou podřadnými a méně schopnými pracovníky. Duševní poruchy se vyskytují pouze v rodinách bohatců (WMHD, 2015).

2 SOCIÁLNÍ ZÁZEMÍ PSYCHICKY NEMOCNÝCH

Problémem stigmatizace je neustálá podpora vytvořených předsudků. Podporuje diskriminaci a tím snižuje kvalitu života, omezuje společenský život, společenské zařazení a cíle, které si dotyčný vytyčil. Takováto nálepka vede ke vzniku sebestigmatizace, která ovlivňuje sebepojetí a sebevědomí člověka. Dále je spojena se zatajováním nemoci a sociální izolací, proto stigmatizace neumožňuje psychicky nemocným lidem být řádným členem společnosti. Včasné připuštění si nemoci a vyhledání pomoci je důležité pro následnou obnovu či stabilizaci duševního zdraví.

2.1 Stigmatizace a rodinní příslušníci

Rodina na duševní onemocnění jejího člena reaguje různými způsoby. Převažuje snaha o změnu životního stylu, ochrana před stresem, hodně odpočinku, spánku a pohybu. Takovéto snahy vychází z nedostatku zkušeností a malé informovanosti o duševních nemocech. Pokud se při takových úlevách nemocný nevyhlídí, začíná ze strany rodinných příslušníků docházet k výčitkám a vzteku. Často může docházet ze strany rodinných příslušníků ke zlehčování situace či vysmívání se. Je mnohem lehčí si představit pocity deprese, protože každý člověk byl v životě smutný, než se vžít do pocitů, které prožívá člověk s opravdovým psychickým onemocněním. I když depresi jako duševní poruchu, v pravém slova smyslu, nedokáže většina neinformované veřejnosti rozeznat a pochopit, posuzuje tento stav podle vlastních zkušeností, kdy nejde o depresi v pravém slova smyslu, tedy diagnostikovanou, ale o tzv. chmuru. Už zde vzniká překážka např. s bagatelizací problémů nemocného jedince. V mnoha rodinách se o psychických potížích nemluví, proto, pak neví, jak mají na takovou záležitost správně reagovat. Následně se rodinní příslušníci mohou stáhnout, izolovat a tento problém tabuizovat, aby se situace nezhoršila. Mohou se objevovat pocity viny, že duševní nemoci jsou dědičné nebo způsobené výchovou (Fink, Tasman, 1992). Většina společnosti, někdy ani rodina duševně nemocného nemá převážně zájem se o těchto konkrétních potížích něco odborného dozvědět.

Stigma, se kterým se potýká sám duševně nemocný, přechází i na jeho rodinu. Toto nazýváme asociačním stigmatem, protože společnost zastává negativní postoje vůči členům rodiny, kde se vyskytla duševní nemoc. Takovéto stigma má za následek nesnáze v oblasti vytvoření/udržení si přátelských vztahů, nebo mohou mít těžkosti v práci. Mnoho lidí se na rodiny, kde se vyskytne člen rodiny s duševním onemocněním, začne dívat z patra (Goffman, 2003). Jak duševně nemocný, tak i rodinní příslušníci si musí osvojit nové strategie přežití ve společnosti. Mnohdy se snaží udržet tuto nemoc v tajnosti nebo v neupřesnění o jaké psychické problémy se jedná. Pro členy rodiny s duševně nemocným je velmi důležitá podpora ze strany psychologů, psychiatrů, podpůrných skupin a pochopení jejich problému (Corrigan, Watson, 2002). Ne všichni však této možnosti využijí.

2.2 Stigmatizace a partnerské či mezilidské vztahy

Potvrzení a vyřčení diagnózy duševní nemoci je často spojená se ztrátou blízkých kontaktů. Přátelé a kolegové si začnou držet odstup a přestávají se s nemocným bavit. Dobří přátelé se snaží nemocného podporovat, ale pokud onemocnění trvá delší dobu, začnou ho odmítat. Velký problém může nastat v partnerských a manželských vztazích, pokud znemožní nemoc rodinné fungování a ohrozí chod rodiny. Mohou se objevit problémy v komunikaci, nepochopení, problémy s početím, sexuálním životem a dalšími neakceptovatelnými projevy chování na veřejnosti. Může dojít na situaci, kdy zdravý partner bude potřebovat psychickou podporu a nemocný mu ji nebude schopen poskytnout. Tím dochází k narušení dlouhodobých vztahů a takto náročné situace, pokud se opakují v častějších intervalech, mohou vyústit až v rozvod, který má následně negativní dopad na oba partnery (Thornicroft, 2011).

2.3 Stigmatizace a zaměstnání

Práce je náplní a součástí života a diagnóza duševní nemoci, může člověka z tohoto prostředí prakticky úplně vyloučit. Duševně nemocní lidé, kteří pobírají invalidní důchod, nejsou schopni chodit do zaměstnání. Léky mnohdy způsobují únavu, ospalost a dezorientaci. Ranní vstávání, dojíždění do zaměstnání a stres

spojený s pracovním nasazením, může vést k dekompenzaci psychického stavu nemocného a hospitalizace naruší pracovní fungování i na několik měsíců. Některé psychické nemoci, jako jsou deprese, mánie, úzkostné poruchy, závislosti či manické stavy, mohou mít za následek neschopnost dodržování pravidelné pracovní docházky, protože tito lidé nejsou schopni vstát z postele a soustředit se na práci. Tyto komplikace mají za následek konflikty na pracovišti a tím okolí ztrácí trpělivost i pochopení. Přesto jsou diagnózy, kdy jsou lidé s duševní poruchou schopni pracovat na plný nebo částečný úvazek bez jakýchkoli problémů. Uchazeč není povinen informovat svého budoucího zaměstnavatele o svém duševním zdraví a zaměstnavatel nemá právo ptát se na toto ptát.

Nepřijetí uchazeče o práci z důvodu duševní nemoci je projevem diskriminace, přitom psychicky nemocní chtějí být ke svému zaměstnavateli upřímní. Obavy z dalšího odmítnutí však vedou k zatajení nemoci a následným problémům (Paralelní životy, 2014). Komplikace nastávají ve chvíli, kdy na oddělení financí musí podepsat zaměstnanec prohlášení, že nepobírá invalidní důchod. Problém s pracovním zařazením je ten, že zaměstnavatelé nerozlišují psychické problémy a jejich podstatu. Stigma duševní nemoci je automaticky důvodem pro nepřijetí do zaměstnání. Zaměstnavatelé mají strach z otevřené diskriminace, proto dochází ke skryté diskriminaci v podobě donucení k odchodu přirozenou cestou. Například nucenými přesčasy, navýšením práce či změnou pracovních podmínek. Nemocný člověk přestane zvládat a dobrovolně odejde, nebo je z práce propuštěn pro neschopnost (Callard a kol., 2012).

Další problém, se kterým se duševně nemocní mohou setkat, je návrat do zaměstnání po prodělané hospitalizaci. Po návratu si kolegové od nemocného drží odstup a nastává problém se začleněním. Kolegové sledují chování takového pracovníka, nejednají s ním na rovinu, jsou odtažití. Takovéto chování je projevem nepřímé diskriminace. Pacient po transplantaci ledviny by se pravděpodobně dočkal aktivního zájmu, výhod, starostí, pochopení a pomoci od svých kolegů (Hinshaw, 2006). Ve velkých zahraničních firmách, existují Oddělení ochrany zdraví, které nabízí svým zaměstnancům psychologická sezení zdarma (Thornicroft, Brohan, Kassam, 2008).

2.4 Stigmatizace a společenský život

Stigma duševní nemoci zasahuje i do občanskoprávního života. V současnosti jsou duševně nemocní považováni za rizikové osoby bez rozlišení duševních poruch. Lidé s psychickou poruchou jsou zpochybňováni nejen v otázkách věrohodnosti výpovědí. Někteří nemohou vlastnit řidičské průkazy na základě léčby v psychiatrickém zařízení, i když k tomu jsou důvody jen v 7 % případů, jak prokázala Švýcarská studie (Thornicroft, 2011).

Japonská letecká společnost odmítala přepravovat duševně nemocné lidi. V zahraničí existují fitness kluby, kde platí zákaz vstupu pro duševně nemocné, pro lidi s tetováním či s infekčními nemocemi. Společenský teror, který je skrytý, je v podobě stigmatizace a diskriminace v konečném důsledku horší, než jedno spáchání trestného činu duševně nemocným člověkem (Hinshaw, 2006).

2.5 Stigmatizace a bydlení

Stav lidí s duševními poruchami mnohdy vyžaduje bydlení s rodinnými příslušníky. Lidé s invalidním důchodem nemají, z důvodu psychického onemocnění, peníze na ekonomickou samostatnost. Někteří žijí v ústavech či komunitách, jiní jsou dlouhodobě hospitalizováni nebo zapojeni do programu Chráněné bydlení. Důvodem je, že pronajímatelé bytů, pokud získají informaci o duševním onemocnění podnájemníka, dají přednost nájemníkovi, který žádné podobné problémy nemá. Tento problém je celosvětový. V Anglii probíhaly demonstrace s názvem NIMBY. Tyto demonstrace byly zacíleny proti výstavbě domů s pečovatelskou službou, která by se měla věnovat duševně nemocným. Pokud má společnost pocit ohrožení vlastních zájmů, jsou duševně nemocní lidé vhodným prostředkem k diskriminaci (Zippay, 2006).

2.6 Stigmatizace a nemocniční personál

Lidé pracující ve zdravotnictví někdy s duševně nemocnými mluví jako s malými dětmi. Mají tendenci za pacienty rozhodovat a přebírat za ně zodpovědnost. Označují duševně nemocné lidi za „hysterky“, „magory“, „psychopaty“ a podobně. Zdravotnický personál je častěji v kontaktu s lidmi, kteří mají chronické, rezistentní, závažné a mnohdy nevléčitelné onemocnění. Častý kontakt s takto vážně nemocnými pacienty jen posiluje představu o všech duševně nemocných. Léčba poruch, jako jsou poruchy osobnosti, vedou ke ztrátě tolerance, trpělivosti a pochopení s následným vyhořením zaměstnance. Práci personálu někdy narušuje nespolupráce samotného pacienta, rozvracení terapeutických skupin, pouze patrné zlepšení stavu nemocného a jiné. Toto vše může být vnímáno personálem jako schválnost. Mají pocity marnosti, nedocení vlastní práce a díky těmto skutečnostem ztrácí elán a chuť snažit se víc (Fink, Tasman, 1992).

2.7 Stigmatizace a média

Lidé trpící duševním onemocněním vyobrazují média většinou přehnaně negativně, kdy jejich vyobrazení neodpovídá realitě. V novinových titulcích nalezneme hesla, jako jsou: Maniak s nožem propuštěn, aby mohl opět zabíjet. Psychiatrický pacient v parku pobíhal jako smyslů zbavený. Přitom výpověď duševně nemocného člověka se vyskytla pouze v 5 % článkách (Thornicroft, 2011).

Ve Velké Británii byl realizován průzkum mediálního obrazu duševně nemocných lidí. 64 % článků s psychiatrickou tematikou, bylo psáno negativně o duševních nemocech, oproti článkům o zdraví. (Thornicroft, 2011). Při psaní článků o zdravotnictví se převážně hovořilo negativně o zdravotnických pracovnících, ale ve článkách pojednávajících o duševním onemocnění se píše negativně o pacientech.

V USA byl také proveden výzkum, kam bylo zařazeno 300 novinových článků s tematikou o duševně nemocných lidech. Výzkum prokázal, že většina článků vyobrazovala duševně nemocné lidi jako násilné a nebezpečné. V 39 %

byly tyto články na předních stranách novin. Jen 14 % článků se zabývalo léčbou psychických potíží a uzdravením pouze 4 %. Toto můžeme nazvat tendencí strukturální diskriminace (Thornicroft, 2011).

3 PSYCHICKÁ ONEMOCNĚNÍ

Obor psychiatrie považujeme za lékařskou vědní disciplínu o rozpoznávání, prevenci a léčbě duševních chorob. Zkoumá jejich příčiny a průběh. Psychickou nemoc lze definovat jako proces, který má svou příčinu, začátek, průběh a konec, který je v podobě vyléčení nebo smrti (Hartl, Hartlová, 2010).

3.1 Rozdělení psychických nemocí

Od roku 1992 se pojmenování a dělení psychiatrických onemocnění věnuje Mezinárodní klasifikace nemoci, která zahrnuje popisy jednotlivých nemocí a diagnostická vodítka. I diagnostický a statistický manuál duševních poruch Americké psychiatrické společnosti je nástrojem pro rozdělení psychiatrických nemocí (Höschl, Libiger, Švestka, 2004).

Pro účely této práce bylo použito rozlišení psychiatrických nemocí podle Mezinárodní klasifikace nemocí, která odvětví psychiatrie věnuje samostatnou kapitolu a rozděluje je následovně:

Organické duševní poruchy včetně symptomatických poruch, kde společným znakem těchto poruch je mozková dysfunkce. Vzniká primárně na základě například úrazu, kdy byl zasažen pouze mozek, nebo sekundárně kdy byl zasažen mozek a další orgány.

Zde můžeme zařadit různé druhy demence, amnestický syndrom či delirium bez příčiny alkoholu nebo jiných psychoaktivních látek. Dále sem patří poruchy osobnosti, které byly způsobeny onemocněním, poškozením a dysfunkcí mozku.

Duševní poruchy chování způsobené psychofarmaky. Mezi takovéto látky můžeme zařadit například alkohol, kofein, nikotin, prchavá rozpouštědla, opioidy, sedativa, analgetika či hypnotika.

Schizofrenie a schizotypální poruchy s bludy. Akutní a přechodné psychotické poruchy. Do této skupiny nemocí patří schizofrenie, schizotypální

poruchy s přetrvávajícími bludy, indukovaná porucha s bludy, přechodné psychotické poruchy, schizoafektivní porucha, neorganická psychotická porucha, neurčité psychózy apod.

Poruchy nálady, afektivní poruchy. Tyto poruchy jsou charakteristické změnou nálady či afekty, které směřují do stavu euforie nebo naopak deprese. Jsou převážně vyvolány stresovou událostí a mají sklon k recidivě. Spadají sem psychické nemoci, jako jsou manické stavy, bipolární afektivní poruchy, fáze depresivní s periodickou depresivní poruchou a jiné neurčité afektivní poruchy.

Neurotické, somatoformní a stresové poruchy. Do této skupiny poruch řadíme fobické úzkosti, obsedantně kompulzivní poruchy, poruchy přizpůsobení, disociativní poruchy - ztráta normální inteligence (ztráta vzpomínek, ztráta uvědomění si vlastní identity a pocitů, ztráta ovládnutí pohybů bez somatických poruch a jiné neurotické poruchy).

Poruchy chování, které jsou spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory. Do této skupiny patří poruchy příjmu potravy, sexuální poruchy, poruchy spánku přidružené k ostatním chorobám, laktační psychózy, neurčité poruchy chování v souvislosti s fyziologickými poruchami apod.

Poruchy chování a osobnosti u dospělých. Jsou tím myšleny extrémní nebo výrazné odchylky od chování dané kultury (jak myslí, cítí a jaké mají vztahy k druhým). K této skupině náleží narušení charakteru s poruchou osobnosti, přetrvávající změny osobnosti, které nelze přiřknout k nemoci mozku. Dále pak poruchy pohlavní identity, poruchy související se sexuálním vývojem a orientací apod.

Mentální retardace, čili stav neúplného duševního vývoje. Stav, který je charakterizován poruchou dovedností, které se projevují během vývojového období. Onemocnění postihuje všechny složky integrace – poznávací, řečové, sociální a motorické schopnosti. Mentální retardaci dělíme na lehkou, střední, hlubokou a jinou retardaci.

Psychické poruchy související s vývojem. Tyto poruchy začínají v kojeneckém období nebo v dětství. Dochází k porušení nebo opoždění ve vývojových funkcích, které souvisí s biologickým zráním centrální nervové soustavy. Do této skupiny duševních nemocí patří specifické i jiné vývojové poruchy, pervazivní vývojové poruchy a neurčená porucha psychického vývoje.

Poruchy související s chováním a emocemi, které začínají v dětství a dospívání. Do této skupiny lze zařadit hyperkinetické poruchy, poruchy chování, emoční poruchy a emoční poruchy související se začátkem specifickým pro dětství. Dále poruchy sociálních funkcí se začátkem v dětství a dospívání. Také tiky a jiné poruchy chování a se začátkem obvykle v dětství a dospívání.

Duševní poruchy neurčené. Tato skupina zahrnuje duševních poruchy, které nelze určit.

Při duševním onemocnění, je třeba brát v úvahu naprostou jedinečnost každého člověka, ze kterého vyplývá nemoc, její symptomy, příčiny vzniku a prostředí, v němž klient žije. Tyto nemoci mohou mít své biologické příčiny a vznikat také na základě psychogenních i sociálních vlivů. Často se tedy jedná o kombinaci více faktorů, proto lze použít model psychosociální vulnerability. To znamená, že každý člověk disponuje nějakou silnou osobností, mírou zranitelnosti i mírou stability. Toto má souvislost se schopností, jak zvládat určitou míru stresu. Člověk, který je stabilní, snese vysokou míru zátěže. Zranitelný člověk naopak snadněji selhává ve stresových (krizových) situacích a proto psychopatologické projevy mnohdy vznikají daleko dříve, než u zdravého člověka. (Venglářová, 2008)

3.2 Mínění laické veřejnosti o psychicky nemocných

Slovník cizích slov definuje pojem laik, jako člověka, který není školený v určitém oboru, tedy neodborník. Z těchto důvodů si lze vykládat pojem laická veřejnost jako soubor jedinců, kteří nejsou odborníci a v tomto případě tedy, neodborníci v oblasti psychiatrických onemocnění.

Pohled na duševní zdraví lze definovat jako způsob pohledu na lidské bytí, ale taktéž i způsob pohledu na současné problémy naší společnosti a jejich reakci. Je obecně známé, že naše společnost zaujímá odmítavý postoj k lidem, kteří byli hospitalizováni na psychiatrickém oddělení nebo k psychiatrovi dochází ambulantně. Ač duševní nemoc nebývá na první pohled zjevná, přesto diagnóza psychického onemocnění vrhá na jedince nepříznivé světlo. Velkým problémem uplatnění se duševně nemocných na trhu práce. Příčinou je omezení psychicky nemocného člověka, které vyplývá z jeho zdravotního stavu a negativní vnímání jedince širokou veřejností. Nabízí se otázka, zda většina potíží nevyplývá právě ze zjištění a označení psychiatrická diagnóza (Baštecký, Šavlík, 1993).

Dle Bašteckého je nemoc odchylkou, která se odráží v plnění obvyklých společenských úloh a rolí. Z hlediska zákonných norem je trestným činem sexuální deviace. Z hlediska náboženství bývá hřích porušením náboženských pravidel. V těchto uvedených případech, se nemocný dopouští vědomě jednání, za které by měl být odsouzen. Nemocný člověk má zvláštní postavení ve společnosti a tím zaujímá několik rolí, na základě kterých mu jsou přisuzována jistá práva, ale i povinnosti. Společnost nepovažuje nemocného člověka odpovědného za svůj stav. Velmi často bývá osvobozen od dosavadních povinností a společnost očekává, že vyhledá odbornou pomoc a bude se snažit svou nemoc řešit. Lidé bez zdravotnického vzdělání si netroufají identifikovat tělesnou nemoc, ale to neplatí pro nemoc duševní. Laická veřejnost si myslí, že ví, jak psychicky nemocný člověk vypadá a že ho jsou schopni sami rozpoznat. Společnost má globální představu o psychicky nemocném člověku takovou, kterou můžeme přirovnat k paranoidní schizofrenii či k extrémnímu typu chování. Na základě tohoto přesvědčení dochází ke stereotypnímu chování vůči duševně nemocným, což vede k ustálenému mínění o skupině osob, které vyplývají z potřeb lidí, různé procesy kategorizovat. (Baštecký, 1997).

3.3 Destigmatizace psychicky nemocných

Slovem destigmatizace rozumíme snížení, nejlépe odstranění společenské izolace. V případě duševních nemocí se jedná o velmi náročnou aktivitu, protože právě psychiatrické diagnózy jsou vnímány společností, jako odlišnost, kterou je

potřeba sledovat pouze z dálky a vnímá ji, jako něco nového a senzačního. I když se lidé takto nemocných převážně bojí, zvědavost je mnohdy přemůže. Nejdůležitějším krokem pro snížení izolace nemocných od společnosti je ve výchově. Vhodné prostředí pro tuto intervenci je škola, kde děti mohou získat informace o psychických nemocech a jejich projevech. Zde mají dostatek prostoru a času, aby tyto souvislosti pochopily, přijaly a mohly duševně nemocným lidem pomoci ve stavech, kdy to budou potřebovat. (Holý, Šibor, 2008).

Světová federace v roce 1992 vyhlásila „Den duševního zdraví“, který se od té doby slaví 10. října. Tento krok můžeme považovat za destigmatizační aktivitu, protože je věnován výchově společnosti prostřednictvím akcí a programů na celonárodní i regionální úrovni (Hartl, Hartlová, 2010).

Od roku 1990 probíhají v České republice kampaně, mezi které patří: „Týdny pro zdraví“, při kterých probíhají různé koncepty a workshopy. Dále sem můžeme zařadit projekt s názvem „Změna“, kdy jsou v dopravních prostředcích vyvěšeny plakáty s různými příběhy duševně nemocných lidí. V roce 1991 přijalo Generální shromáždění OSN rezoluci „O zásadách duševně nemocných“. V roce 1996 na tuto rezoluci Světová psychiatrická asociace reagovala světovou kampaní s názvem „Open doors“, která byla zaměřena na snížení diskriminace pacienta se schizofrenií. Další projekt, který v České republice probíhal, pořádala Světová psychiatrická asociace v roce 2004 - 2007. Řešil otázku stigmatizace psychicky nemocných a nesl název „Změna zaštitěného“ (Ocisková, Praško, 2015). Od roku 1991 se každoročně v měsíci květnu pořádá v areálech psychiatrických léčeben festival „Mezi ploty“. Ve školách také probíhají programy s názvem „Blázníš? No!“, při kterých jsou organizovány otevřené diskuze se studenty středních škol s tematikou duševních poruch (Pěč, Proboštova, 2009).

3.4 Sociální rehabilitace a komunitní psychiatrie

V České republice se sociální rehabilitací zabývá komunitní psychiatrie, která spolupracuje s lůžkovými zařízeními, denními stacionáři, ambulancemi, rezidenčními zařízeními, chráněnými pracovišti a terénními službami. Každé z těchto zařízení nabízí jiný způsob služeb ohledně sociální rehabilitace.

Příkladem je individuální a skupinová terapie, nácvik sociálních dovedností, relaxační cvičení, pomoc při řešení sociálních problémů a podobné aktivity (Hejzlar, 2010).

Aktivity denního stacionáře představují skvělou formu sociální rehabilitace. Princip této služby spočívá v tom, že pacient do stacionáře pouze dochází a tudíž většinu svého času tráví ve svém přirozeném prostředí. Tyto stacionáře nabízejí ergoterapii či nácvik dovedností. Dobré výsledky zaznamenává např. Denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov, které mimo již řečených služeb nabízí i program pro rodiče a děti nebo službu formou tréninkového bytu.

Nelze pominout fakt, že v posledních letech nové stacionáře téměř nevznikají. Komunitní služby jsou zastřešovány převážně neziskovými organizacemi. V roce 2010 existovalo v České republice 32 organizací. Přitom v jihomoravském kraji funguje pouze jedna organizace, která nese název „Sdružení práh“ (Hejzlar, 2010).

PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODA VÝZKUMU

Hlavní podstatou výzkumného plánu bylo získat informace k výzkumnému šetření, které se vztahovaly k tématu stigmatizace psychicky nemocných lidí laickou veřejností. Metodu pro získání informací jsem zvolila kvantitativní, pomocí dotazníkového šetření. Touto metodou lze získat informace od respondentů písemnou formou. Dotazník a jeho formulované otázky jsem vypracovala na základě studia literatury, která se problematikou zabývá. Pro získání, co nejvíce objektivních informací, jsem sestavila dotazník, který respondenti vyplňovali anonymně. Část dotazníků vyplňovali pomocí internetového odkazu, kde nelze zjistit, kdo a kdy dotazník vyplnil. Zbytek dotazníků jsem rozdala mezi přátele a jejich známé v tištěné formě, kdy ke každému dotazníku byla přidána obálka, aby byla zachována anonymita respondenta.

4.1 Dotazník

Dotazník obsahoval standardizované otázky. V úvodní části bylo uvedeno, pro koho je dotazník určen. Dotazník zahrnoval také upozornění, že je dotazník zcela dobrovolný, anonymní a jaká je jeho časová náročnost. Dotazník byl rozdělen na dvě části. První část obsahovala 7 otázek, kde respondenti vybírali z uvedených odpovědí. První 3 otázky, byly zaměřeny na zjištění demografických údajů respondentů. Reakce na otázku č. 4 pomohly získat odpověď na stanovený třetí cíl této práce. Otázky 5, 6, 7, vedly ke zjištění, jak si laická veřejnost představuje duševně nemocného člověka. Tím jsem získala odpověď na první stanovený cíl mého výzkumného šetření. Odpovědi na jednotlivé otázky první části dotazníku jsem znázornila převážně pomocí výsečových grafů.

Druhá část dotazníku byla složena z 25 otázek zaměřených na samotnou tendenci ke stigmatizaci psychicky nemocných lidí ze strany laické veřejnosti. Ta mi pomohla dovést ke stanovenému druhému a třetímu cíli této bakalářské práce. Tyto otázky jsem sestavila na základě známých společensky vytvořených mýtů.

Zde respondenti vyjadřovali míru svého souhlasu, či nesouhlasu s uvedenými výroky. Výsledky této části jsem zaznamenala pomocí sloupcových grafů. Zelené sloupce znázorňují zprůměrované názory všech respondentů. Sloupce růžové znázorňují názory respondentů, kteří nemají osobní zkušenost s psychicky nemocnými lidmi a sloupce žluté ukazují názory respondentů, kteří mají zkušenost s psychicky nemocnými lidmi.

4.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Dotazník byl určen pro lidi, kteří nemají žádné zdravotnické vzdělání. Před vlastním šetřením jsem provedla tzv. pilotní výzkum, který mi pomohl ověřit, zda jsou otázky uvedené v dotazníku srozumitelné a zda mi získané informace pomohou získat odpovědi na stanovené cíle. Na základě pilotního výzkumu jsem dotazník upravila, a proto tyto dotazníky nemohly být použity pro vlastní výzkumné šetření. Po ukončení a zhodnocení pilotního výzkumu jsem dotazník přepracovala a vyhledala internetové stránky, které umožňují vložení dotazníku a jeho rozeslání. Dotazník byl uložen na internetovém odkazu: <http://www.surveymonkey.com/r/A8B9U3U0Z1N0X8F7> Odkaz na dotazník jsem rozeslala po sociální síti se žádostí o rozeslání mezi další respondenty. Sběr dat mi trval 4 týdny a byl zahájen začátkem února 2017. Pomocí internetového odkazu bylo vyplněno 284 dotazníků. 68 dotazníků jsem rozdala osobně svým známým, kteří přislíbili rozšířit dotazníky dále po svých rodinných příslušnících a kamarádech. Ke každému takovému dotazníku jsem přidala obálku, do které se dotazník po vyplnění vložil, aby byla zajištěna anonymita respondentů. Těchto dotazníků se vrátilo zpět 57, z toho 9 dotazníků nebylo řádně vyplněno, a proto jsem je do vlastního výzkumného šetření nemohla zahrnout. Z těchto důvodů jsem považovala 332 dotazníků jako 100% statistický soubor.

4.3 Řešený problém, cíle a hypotézy výzkumu

V této části práce jsem definovala řešený problém výzkumu. Dále pak stanovila cíle a hypotézy práce, které jsem určila na základě řešeného problému.

Problém výzkumu

„Do jaké míry má laická veřejnost tendenci ke stigmatizaci psychicky nemocných lidí?“

Cíle výzkumu

Cíl č. 1 - Zjistit, jak si laická veřejnost představuje duševně nemocného člověka.

Cíl č. 2 - Zjistit, míru stigmatizace psychicky nemocných lidí ze strany laické veřejnosti.

Cíl č. 3 - Zjistit, jaký je rozdíl ve vnímání duševně nemocných lidí laickou veřejností, která má osobní zkušenost s psychicky nemocnými a lidmi, kteří žádnou zkušenost nemají.

Hypotézy výzkumu

Hypotéza č. 1 - Předpokládám, že lidé si duševně nemocného člověka budou představovat jako agresivního/nebezpečného či člověka se slabou vůlí.

Hypotéza č. 2 - Předpokládám, že touha po sociální vzdálenosti od psychicky nemocných se prokáže u více jak 75% respondentů.

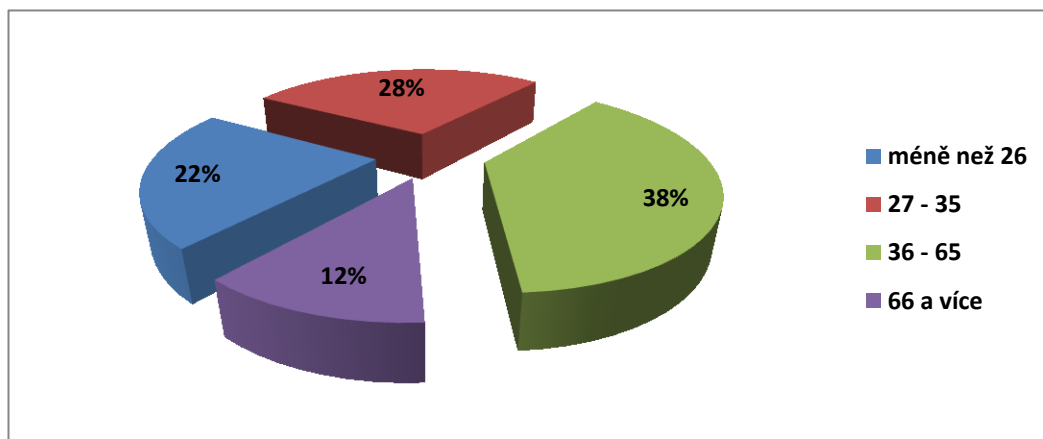
Hypotéza č. 3 - Předpokládám, že lidé, kteří mají osobní zkušenost s psychicky nemocným, budou mít mírné sklony ke stigmatizaci.

5 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

5.1 Interpretace výsledků

1) PRVNÍ ČÁST DOTAZNÍKU

Otázka dotazníku č. 1 – Váš věk?

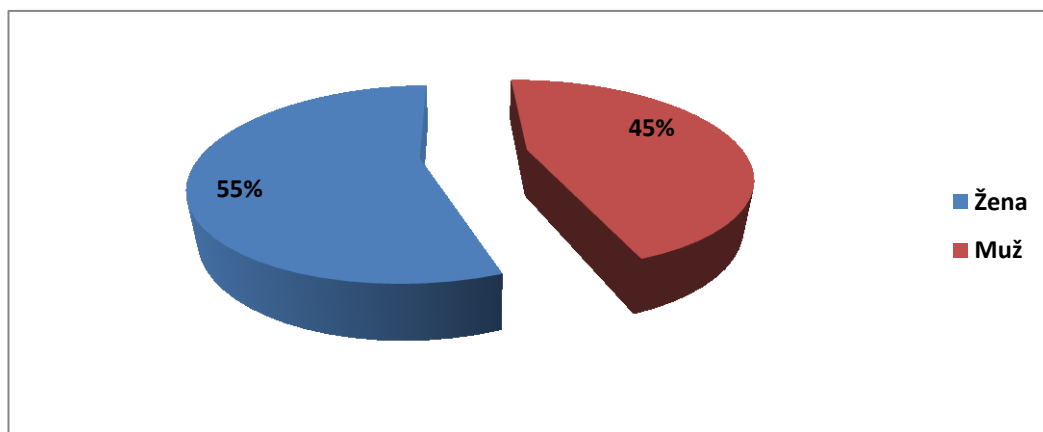


Graf č. 1: Průměrný věk respondentů

Z celkového počtu respondentů tj. 332, tvořilo nejvíce procent (38 %) respondentů ve věku

36 – 65 let, 28% bylo ve věku 27 – 35 let, 22 % odpovídali respondenti ve věkové kategorii do 26 let a skupina respondentů nad 66 let tvořila 12 %.

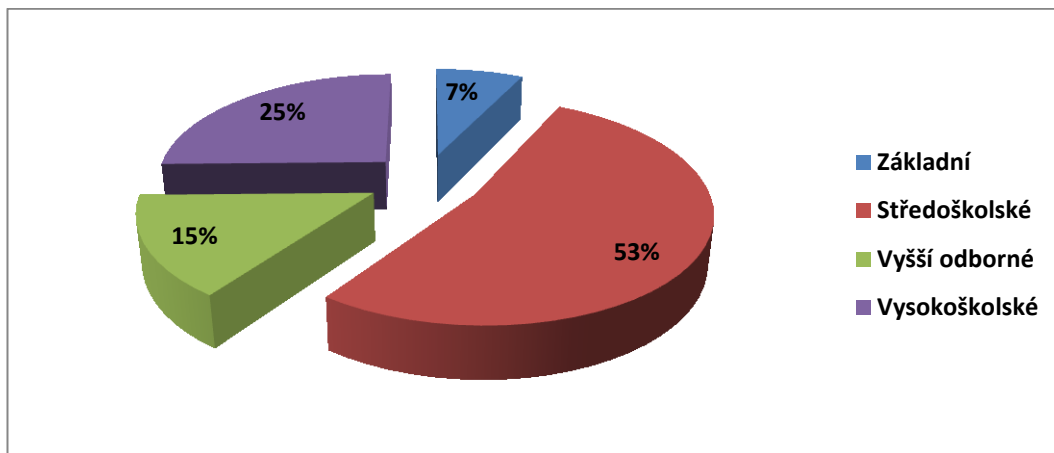
Otázka dotazníku č. 2 – Vaše pohlaví?



Graf č. 2: Pohlaví respondentů

Ženy z celkového množství tvořily 55 %, muži 45 %.

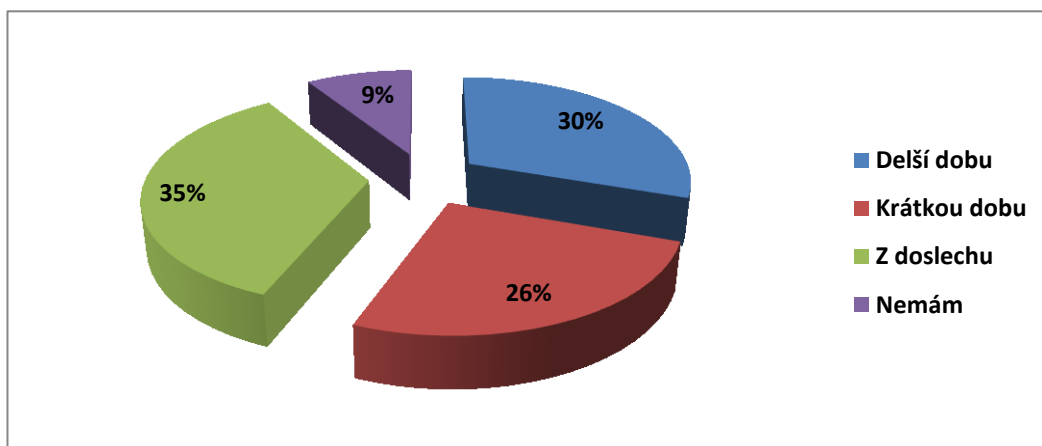
Otázka dotazníku č. 3 – Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



Graf č. 3: Dosažené vzdělání dotazovaných

Z výsledků vyplývá, že respondenti se středoškolským vzděláním tvořili největší skupinu, tj. 53%. 25% tvořili dotazovaní s vysokoškolským vzděláním, 7% respondentů se základním vzděláním a 15% z celkového počtu (332) dosáhlo vyššího odborného vzdělání.

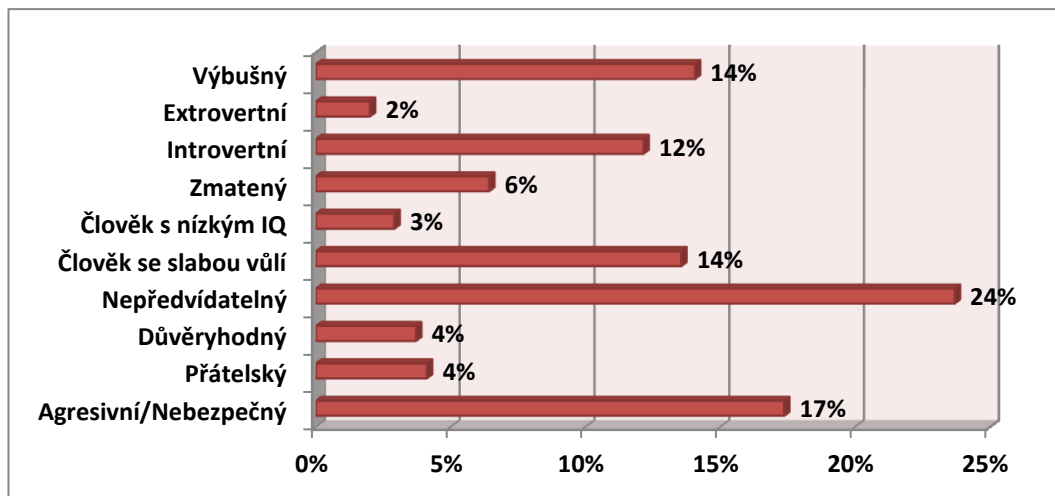
Otázka dotazníku č. 4 – Osobní zkušenost s duševně nemocným mám:



Graf č. 4: Zkušenost s duševně nemocným člověkem

Dlouhodobou zkušenost s duševně nemocným člověkem mělo 30% respondentů. Nejvíce dotazovaných má zkušenost z doslechu a to 36%. 25% dotazovaných odpovědělo, že zkušenost mají pouze krátkodobou (soused, známí...) a 9% nemělo žádnou zkušenost.

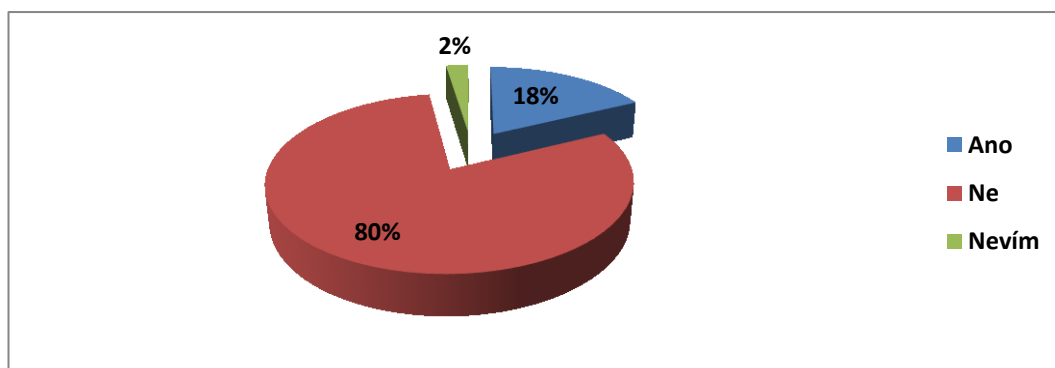
Otázka dotazníku č. 5 – Psychicky nemocného člověka si představují jako:



Graf č. 5: Představa o psychicky nemocném člověku

Z celkového množství odpovědí, tj. 996 (100 %), nejčastěji respondenti uváděli, že si psychicky nemocného člověka představují jako nepředvídatelného. Takto odpovědělo 24 % respondentů a za člověka agresivního/nebezpečného ho označilo 17 %. Třetí nejčastější představa byla „člověk se slabou vůlí“ a to u 14 % respondentů. Jako člověka introvertního, 12 % dotazovaných.

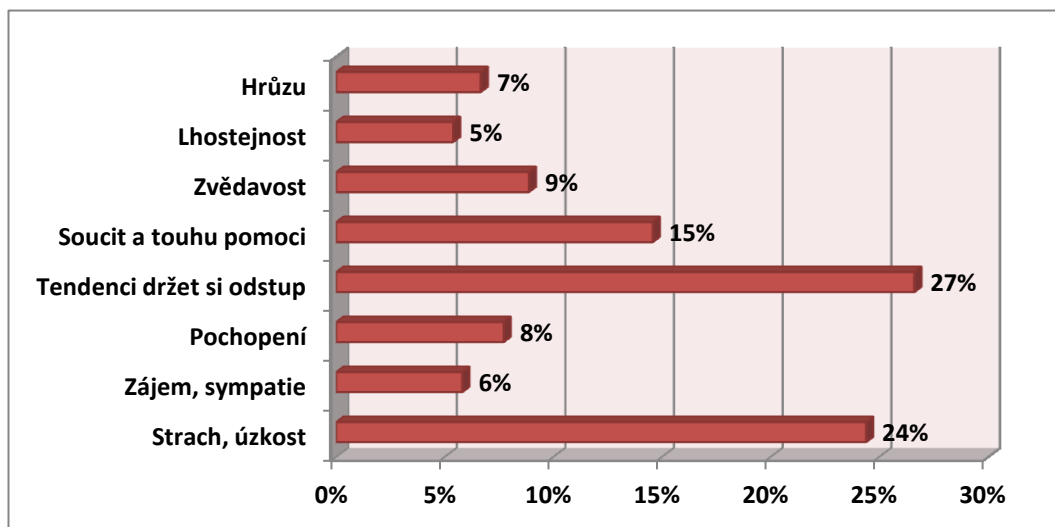
Otázka dotazníku č. 6 - Lze duševně nemocného člověka poznat na první pohled?



Graf č. 6: Poznává se duševně nemocný na první pohled?

Z velké části, tj. 80 % dotazovaných tvrdí, že duševně nemocného člověka nelze na první pohled (při prvním kontaktu) poznat. 18 % respondentů si naopak myslí, že ho na první pohled poznají. 2 % respondentů odpověděla - nevím.

Otázka dotazníku č. 7 – Setkání s psychicky nemocným člověkem ve mně vyvolává:



Graf č. 7: Pocity při setkání s psychicky nemocným člověkem

Z celkového množství odpovědí, tj. 947, nejvíce a to 27 % respondentů uvedlo, že při setkání s psychicky nemocným, mají tendence držet si odstup. Druhý nejčastější pocit uvedlo 24 %, strach a úzkost. 15 % respondentů odpovědělo soucit a touhu pomoci. Možnosti jako - hrůza, lhostejnost, zvědavost, pochopení, zájem a sympatie zvolilo pod 10 % dotazovaných.

2) DRUHÁ ČÁST DOTAZNÍKU

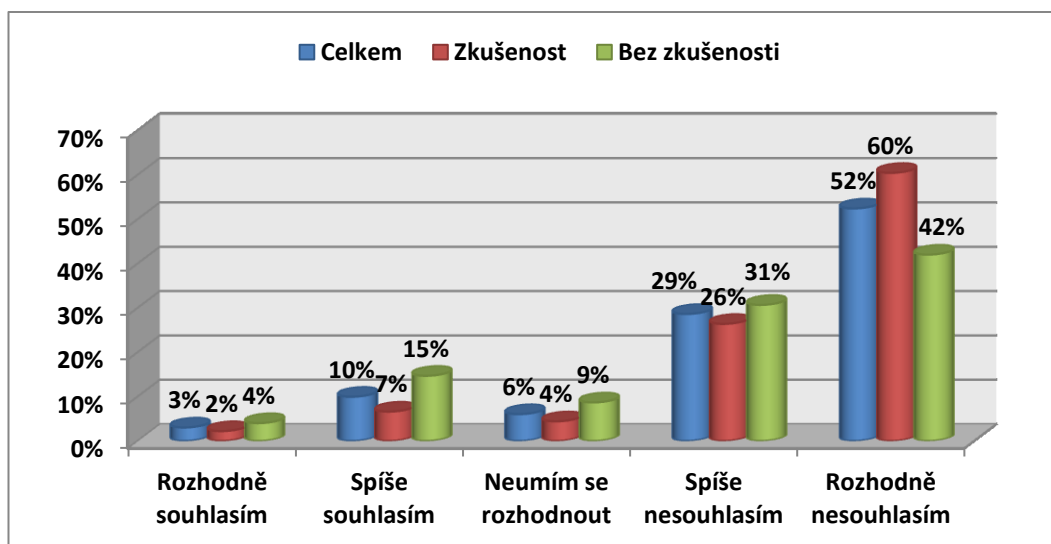
Legenda grafů:

Zelené sloupce – znázorňují procentuální vyhodnocení názoru všech respondentů, tj. 332

Růžové sloupce – znázorňují procentuální vyhodnocení názorů respondentů, kteří mají zkušenost s psychicky nemocným člověkem, tj. 182

Žluté sloupce – znázorňují procentuální vyhodnocení názorů respondentů, kteří nemají žádnou zkušenost s psychicky nemocným člověkem, tj. 150

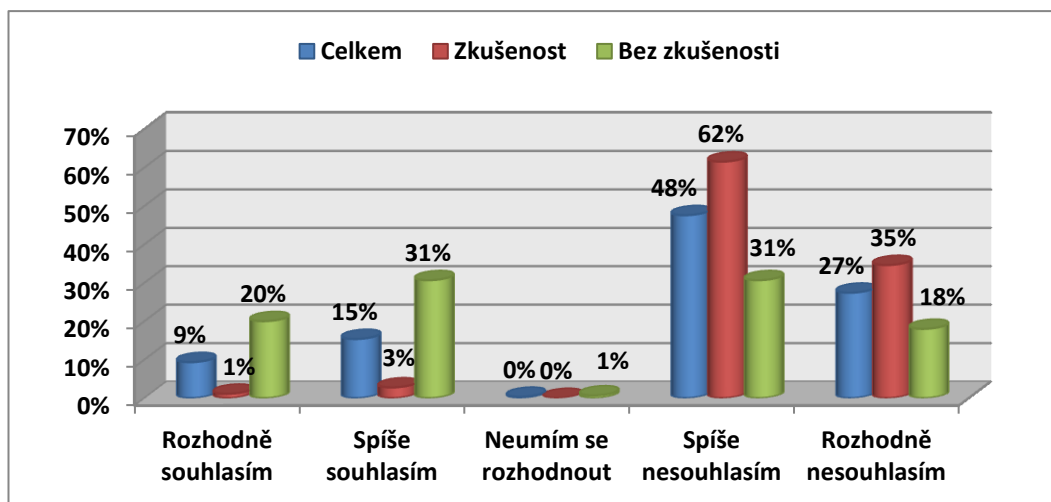
Výrok č. 1 – Duševní nemoci jsou projevem slabé vůle (kdyby člověk chtěl, tak by se z toho mohl dostat sám).



Graf č. 8: Psychická nemoc a vůle nemocných

Průměrně respondenti nesouhlasí s výrokem, kdy by duševní nemoc byla projevem slabé vůle. Takto se vyjádřilo 86 % respondentů. Názor na tento výrok se liší o 13 % ve prospěch skupiny dotazovaných, kteří mají zkušenost s psychicky nemocnými lidmi.

Výrok č. 2 – Duševně nemocní lidé nejsou pro společnost užiteční.

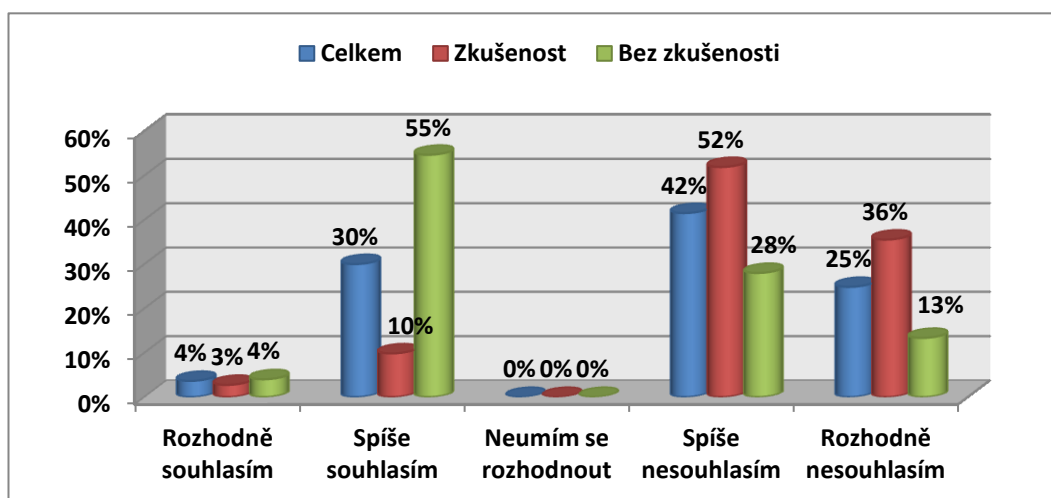


Graf č. 9: Duševně nemocní versus užitek pro společnost

Z celkových odpovědí respondentů vyplývá, že s výrokem převážně nesouhlasí (48 % a 27 %). Stejný názor zastávají respondenti, kteří mají zkušenost s psychicky nemocnými, tento názor vyjádřilo 62 % a 35 %. Ti, co zkušenost nemají, se s tímto výrokem ztotožňují celkem v 51 %.

Z celkových odpovědí respondentů vyplývá, že s výrokem převážně nesouhlasí 75 % dotazovaných. Stejný názor zastávají respondenti, kteří mají zkušenost s psychicky nemocnými. Tento názor vyjádřilo 97 %. Ti, co zkušenost nemají, se s tímto výrokem ztotožňují celkem v 51 %.

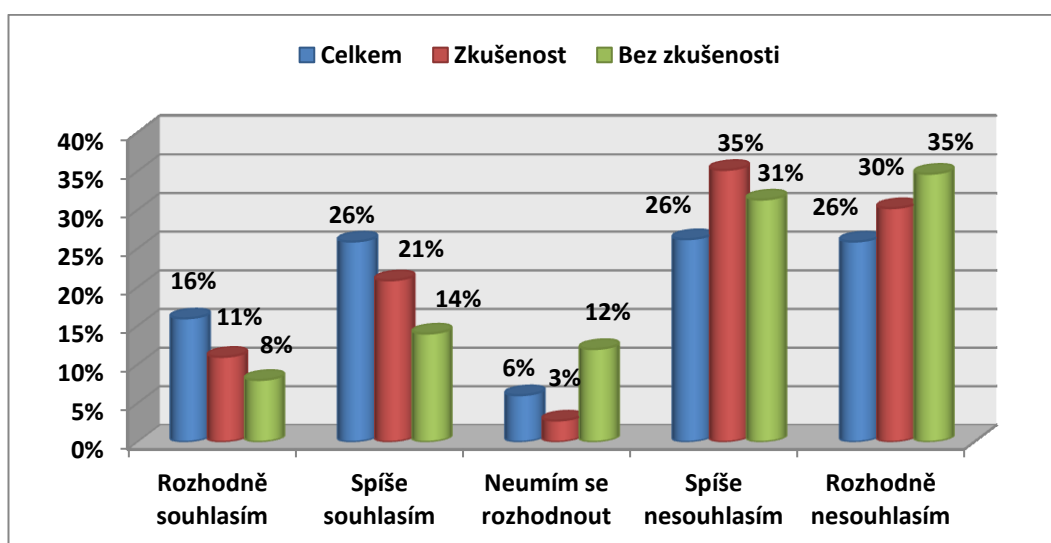
Výrok č. 3 – Psychicky nemocní lidé jsou nebezpeční, agresivní a mají sklony k násilí.



Graf č. 10: Agrese a psychicky nemocní lidé

V průměru, respondenti s tímto výrokem nesouhlasí – 67 %. Ale skupina respondentů bez zkušenosti s psychicky nemocným s názorem souhlasí v 59 %. Ostatní respondenti spíše vyjadřovali svůj nesouhlas. Ti, co mají zkušenost s psychicky nemocnými, svůj nesouhlas vyjádřili v 51 % a 35 %.

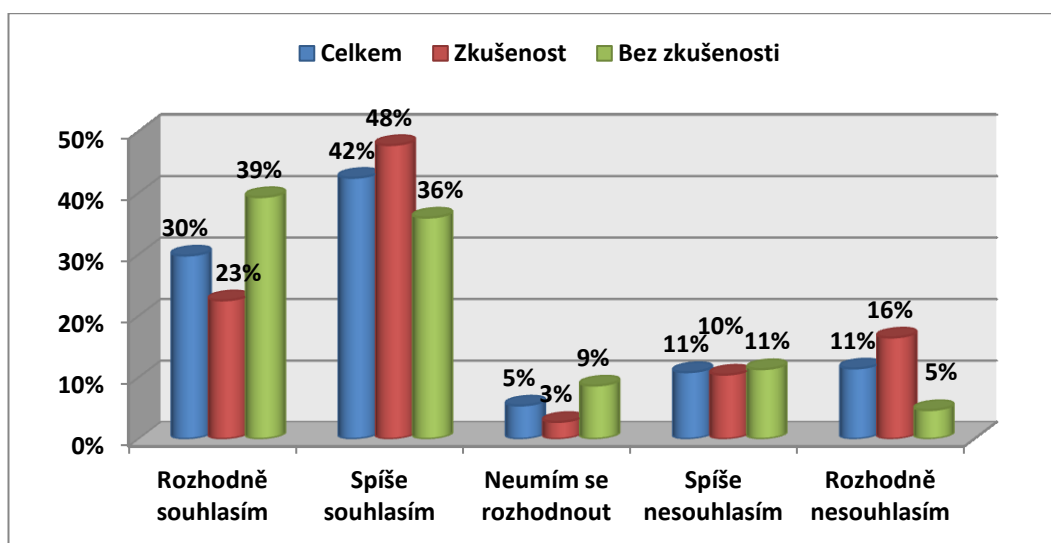
Výrok č. 4 – Psychicky nemocní lidé, by se neměli ženit/vdávat.



Graf č. 11: Sňatek s psychicky nemocnými lidmi

K této otázce se respondenti vyjadřovali rozporuplně. Jak respondenti se zkušeností, tak bez zkušeností s psychicky nemocnými lidmi, se vyjadřovali jen o několik procent více pro nesouhlas vůči výroku než pro souhlas (35 % a 30 %) proti (31% a 35%).

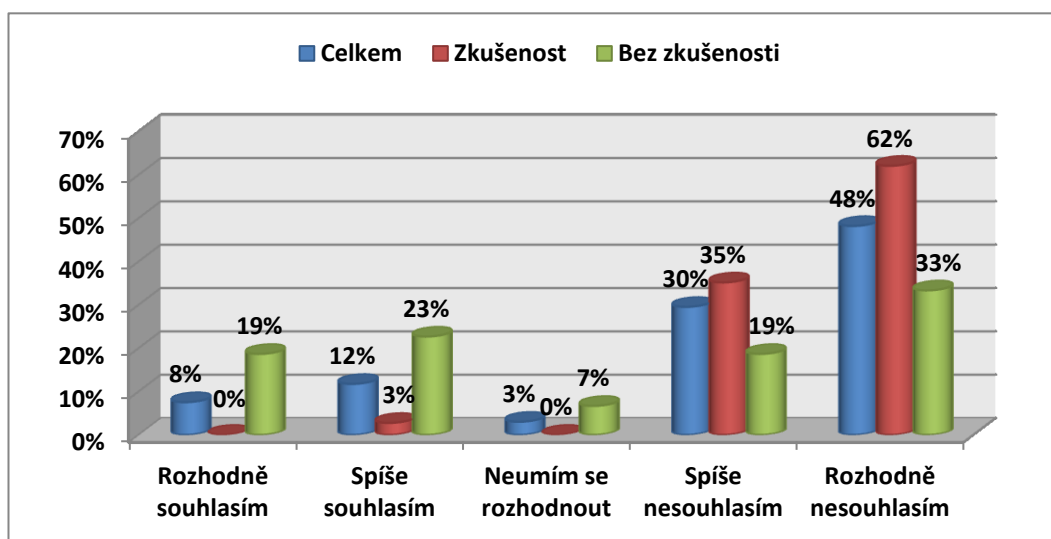
Výrok č. 5 – Psychicky nemocní lidé by neměli mít děti



Graf č. 12: Psychicky nemocní lidé a vlastní děti

Zde respondenti poměrně zastávají stejný názor. 30 % respondentů rozhodně souhlasí a 42 % spíše souhlasí. Opačný názor sdílelo nejvíce 16 % respondentů a to těch, kteří mají zkušenost s člověkem s psychickou poruchou.

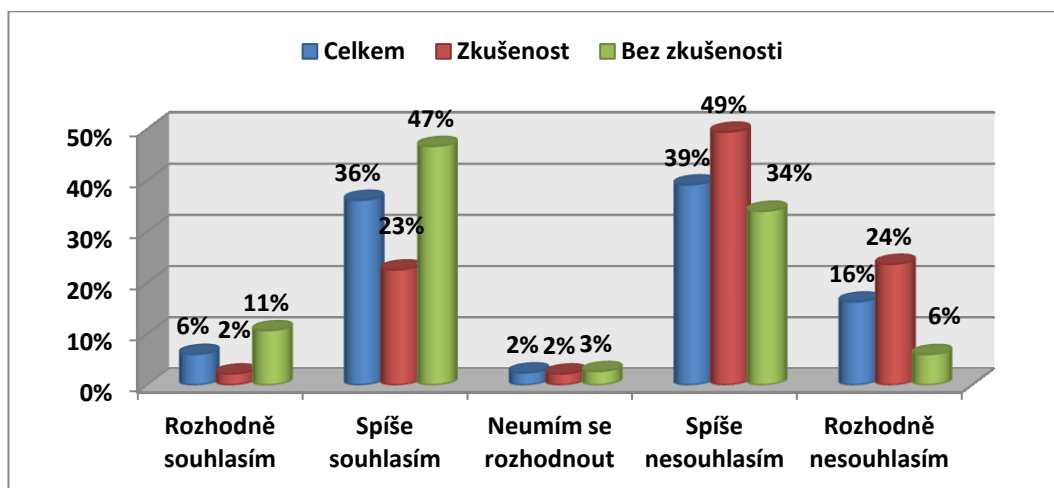
Výrok č. 6 – Kdyby mě někdo viděl, jak se bavím s psychicky nemocným člověkem, necítil/a bych se dobře.



Graf č. 13: Kontakt na veřejnosti s psychicky nemocným člověkem

Průměrně s tímto výrokiem respondenti nesouhlasí (30 % a 48 %). Rozdíl je mezi lidmi, kteří mají zkušenost s psychicky nemocným a těmi, co zkušenost nemají. Ti, co mají zkušenost, převážně vyjadřovali svůj nesouhlas, dohromady 97 %. Ale mezi těmi, co nemají zkušenost, se našlo celkem 42 %, kterým by vadilo, kdyby je někdo viděl v přítomnosti psychicky nemocného člověka.

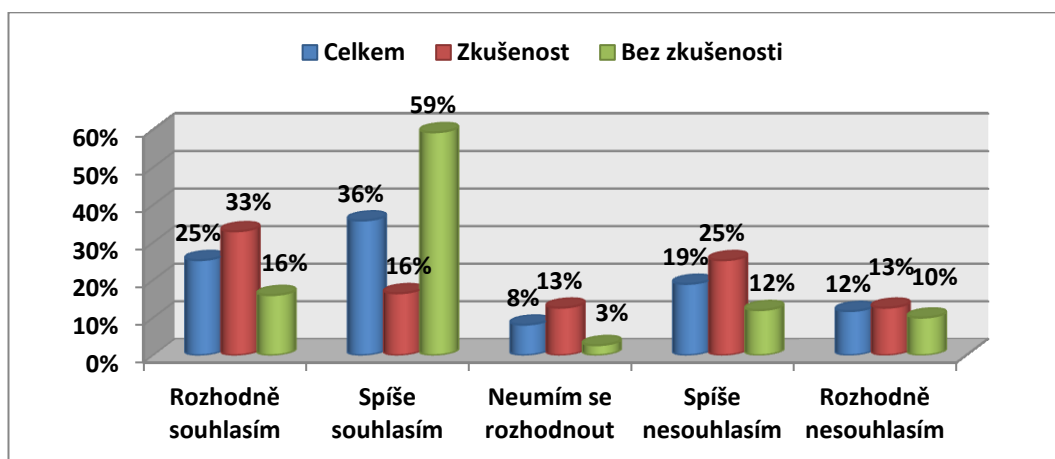
Výrok č. 7 - Duševní stav, psychicky nemocných lidí se nikdy nezlepší, proto jim nemá cenu pomáhat (raději pomohu tělesně postiženému člověku).



Graf č. 14: Pomoc psychicky nemocným lidem

Názor celkem mírně převažuje na straně nesouhlasu (souhlas 6 % a 36 %, nesouhlas 39 % a 16 %). Liší se názor lidí se zkušeností - nesouhlas vyjadřuje 49 % a 24 % respondentů. Naproti respondentům bez zkušenosti s psychicky nemocným – nesouhlas vyjadřuje 46 % a 11 %.

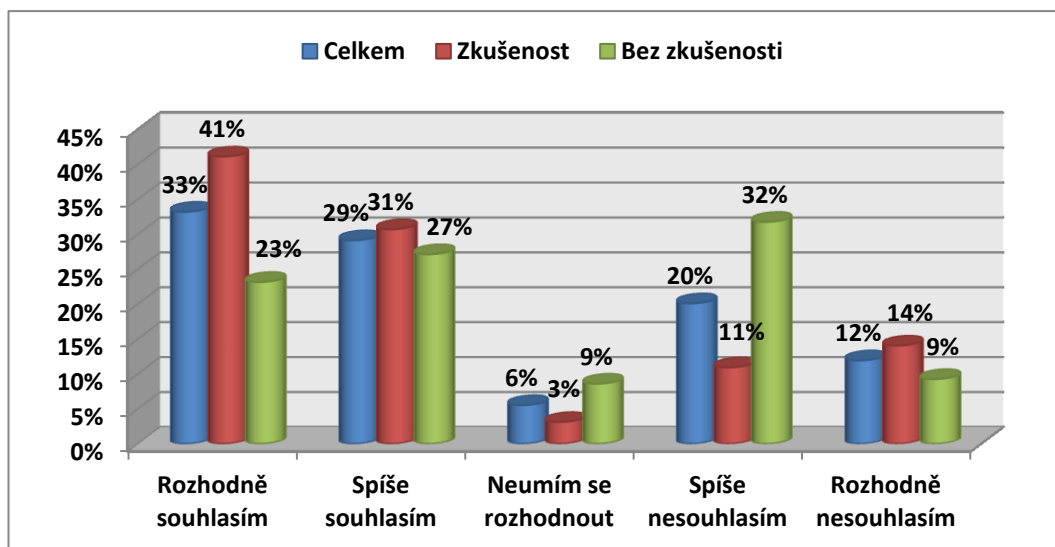
Výrok č. 8 – Psychická nemoc by byla pro mne překážkou pro navázání přátelství či blízký vztah.



Graf č. 15: Psychická nemoc a navázání přátelství

Respondenti by spíše měli problém navázat vztah s psychicky nemocným. Výsledek ovlivnila skupina respondentů, která nemá vůbec zkušenost s psychicky nemocným. 59 % z nich odpovědělo negativně.

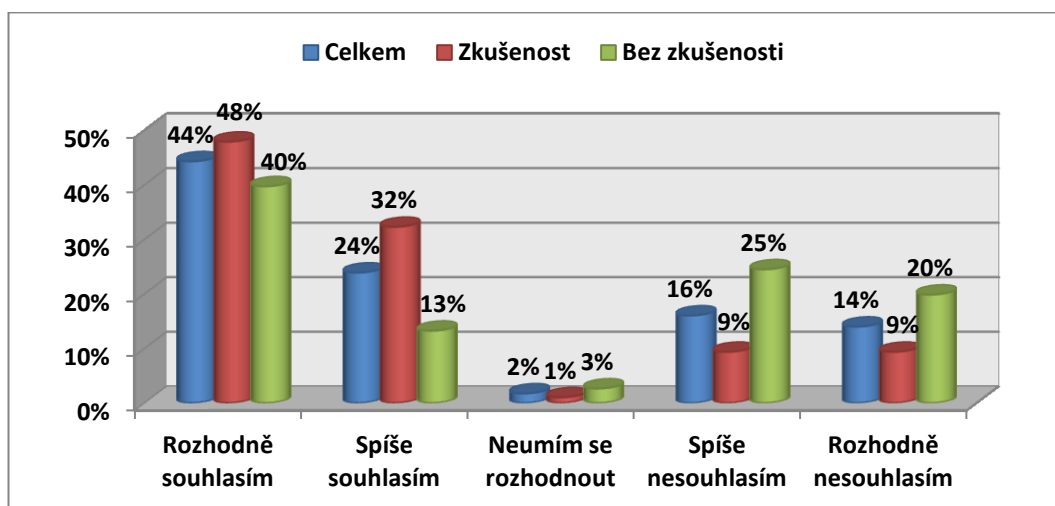
Výrok č. 9 – Psychicky nemocného člověka bych nezaměstnal/a.



Graf č. 16: Zaměstnavatel a psychická nemoc zaměstnance

Většina respondentů se vyjádřila, že by psychicky nemocného člověka nezaměstnala. Negativně se vyjadřovala skupina respondentů, která zkušenost má a to celkem v 72 %.

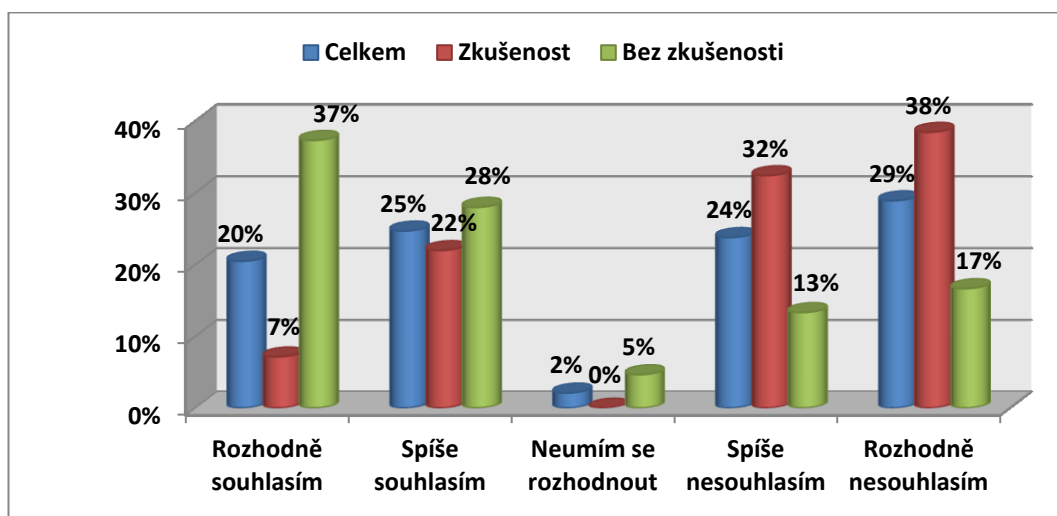
Výrok č. 10 – Sexuálně narušení lidé by se měli kastrovat



Graf č. 17: Kastrace sexuálně narušených lidí

U této otázky jednoznačně převažuje názor, že by se sexuálně narušení lidé měli kastrovat. Pozitivněji na tuto otázku odpovídali respondenti bez zkušenosti s psychicky nemocnými lidmi, kdy se takto vyjádřilo celkem 53 %. Respondenti se zkušeností odpověděli souhlasně celkem v 80 %.

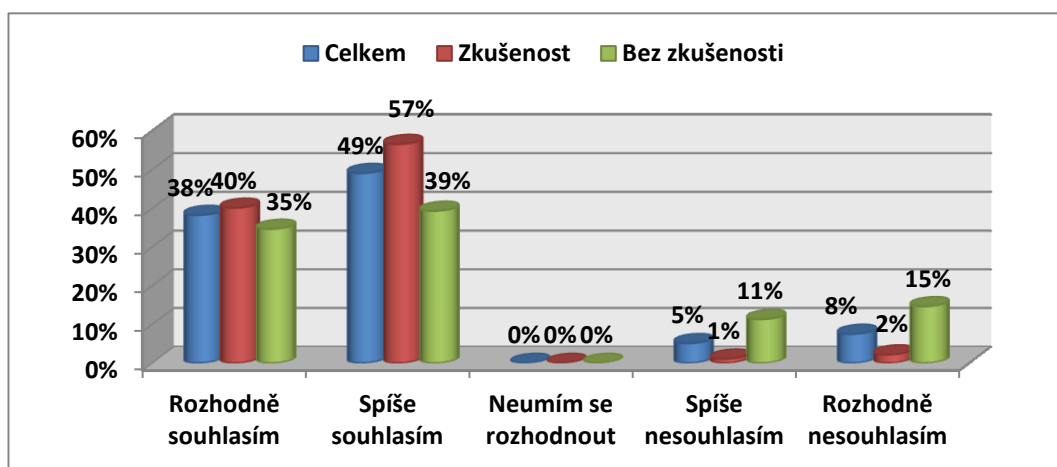
Výrok č. 11 – Velká část psychicky nemocných lidí pouze simuluje, aby získali výhody (příspěvky, invalidní důchod...).



Graf č. 18: Psychicky nemocní pouze simulují

Graf ukazuje, že odpovědi, byly vyrovnané (negativní i pozitivní). Respondenti bez zkušenosti se ztotožňují více s tímto výrokem, vyjadřuje se tak 65 % respondentů, na rozdíl od respondentů se zkušenostmi s psychicky nemocnými. Nesouhlasilo celkem 70 % respondentů.

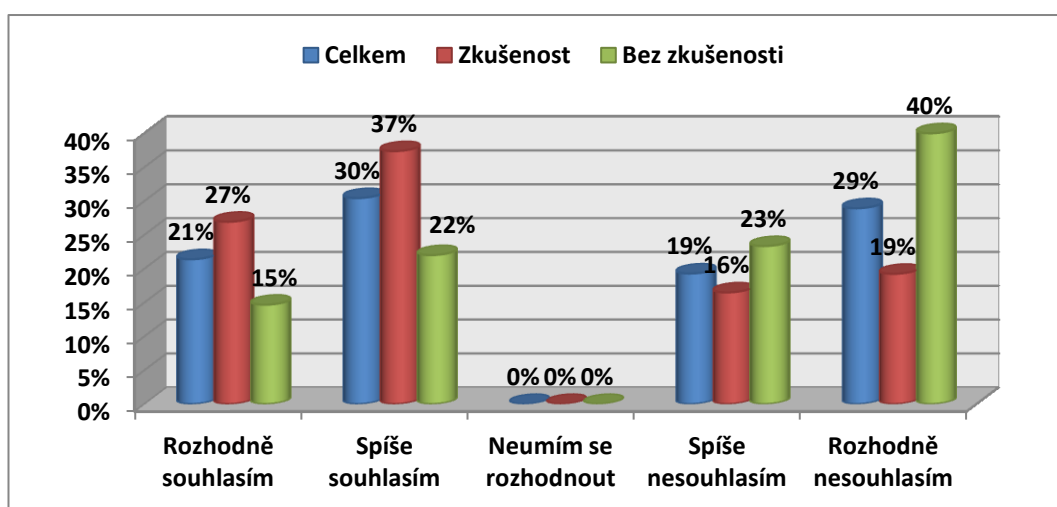
Výrok č. 12 – Vadilo by mi, kdybych měl/a v rodině psychicky nemocného člověka.



Graf č. 19: Psychicky nemocný rodinným příslušníkem

Respondenti by nechtěli mít v rodině psychicky nemocného člověka, vyjádřilo se tak 87 %. Svůj nesouhlas vyjádřili respondenti bez zkušenosti a to 26 %, na rozdíl od lidí se zkušeností, kdy by 97 % respondentů nechtělo mít v rodině psychicky nemocného člověka.

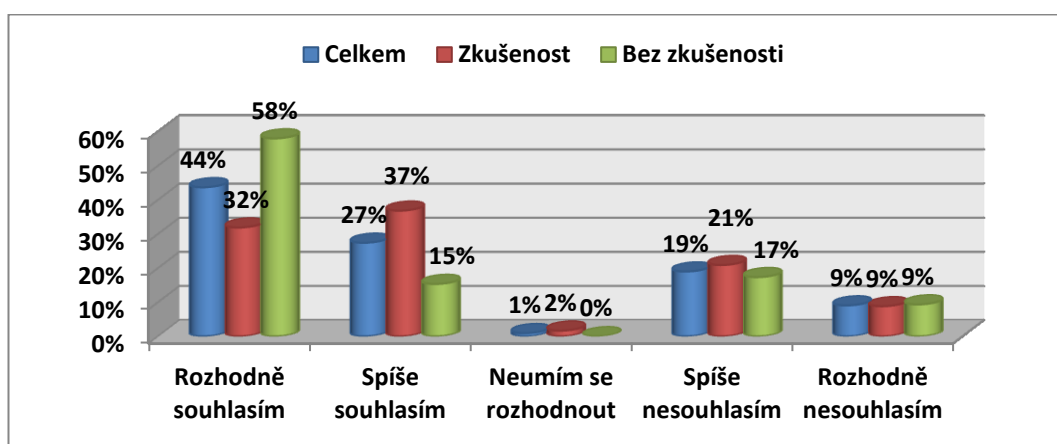
Výrok č. 13 – Lidé, kteří se léčí u psychologa či psychiatra jsou nevyzpytatelní a nemají „všech pět pohromadě“.



Graf č. 20: Názor na psychicky nemocné

Celkový názor respondentů nelze vyjádřit jednoznačně. Rozdíl je mezi lidmi, kteří mají zkušenost s psychicky nemocným a lidmi, kteří nemají tuto zkušenost. 37 % a 27 % respondentů, kteří zkušenost mají, s tímto tvrzením souhlasí. Ti, co zkušenost nemají, svůj nesouhlas vyjádřili ve 24 % a 40 %.

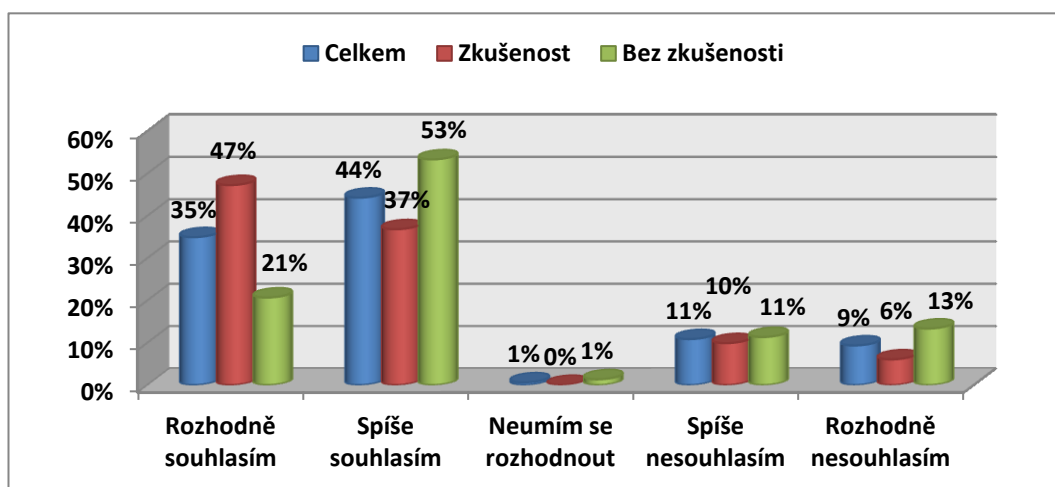
Výrok č. 14 – Psychicky nemocného člověka bych nechtěl/a mít za sousedku/sousedu.



Graf č. 21 – Psychicky nemocný sused/sousedka

Z odpovědí vyplývá, že by za souseda/sousedku psychicky nemocného člověka respondenti nechtěli mít. Pozitivně odpovědělo celkem pouze 28 % dotazovaných. 30 % respondentů ze skupiny se zkušeností a 28% respondentů bez zkušenosti s psychicky nemocným odpověděli pozitivně na položenou otázku. Ostatní se vyjádřili negativně.

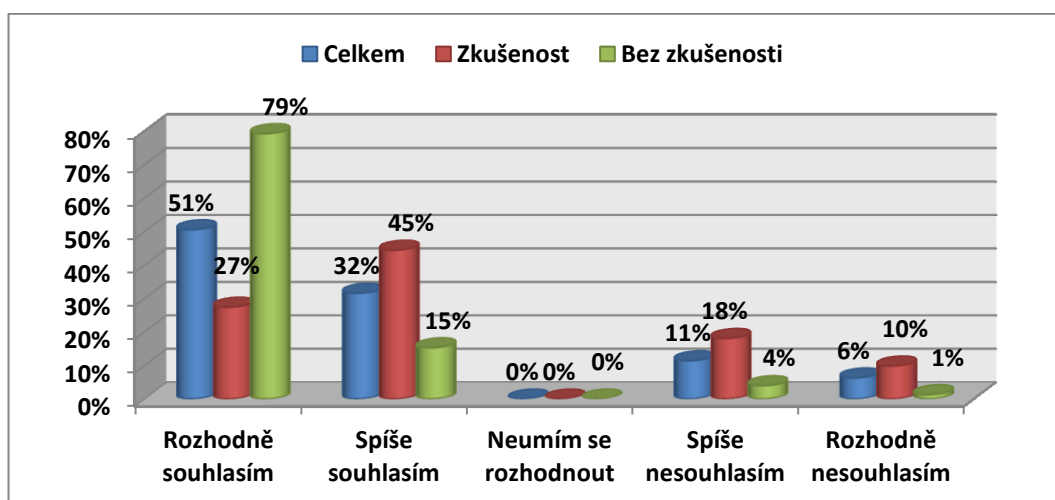
Výrok č. 15 – Vadilo by mi, kdyby si někdo z mých rodinných příslušníků vzal nebo chodil s psychicky nemocným člověkem.



Graf č. 22 – Vztah a přátelství psychicky nemocného s rodinným příslušníkem

Respondentům by vadilo, kdyby někdo z jejich rodinných příslušníků chodil či si vzal psychicky nemocného člověka za manžela/manželku. Skupina respondentů se zkušeností se takto vyjádřila v 84 % a skupina bez zkušenosti v 74 %.

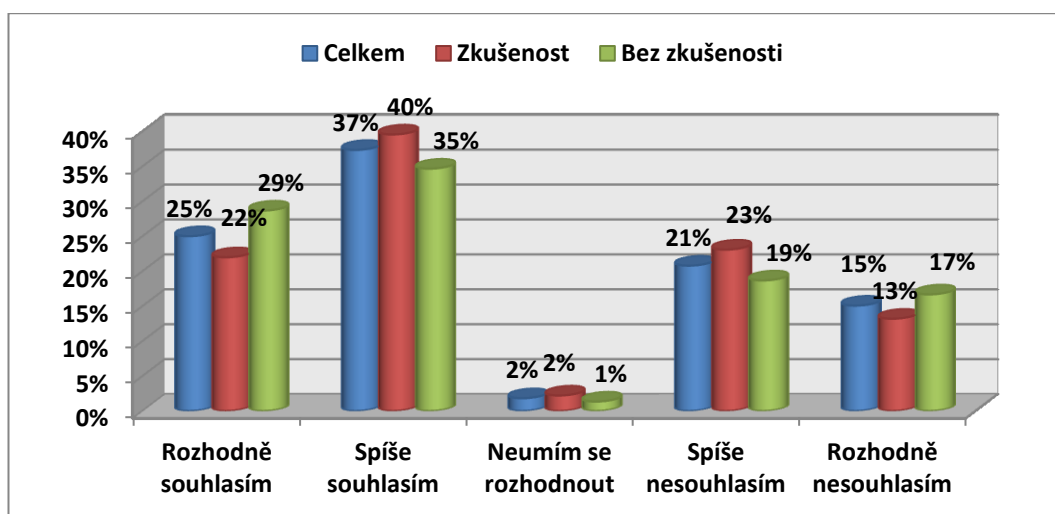
Výrok č. 16 – Nesvěřil/a bych na hlídání své dítě psychicky nemocnému člověku.



Graf č. 23 – Psychicky nemocný a hlídání dítěte

Graf ukazuje, že psychicky nemocnému člověku by převážná většina respondentů nesvěřila na hlídání své dítě. Vyjádřilo se takto 79 % respondentů bez zkušenosti a celkem s tímto názorem souhlasí 82 % dotazovaných.

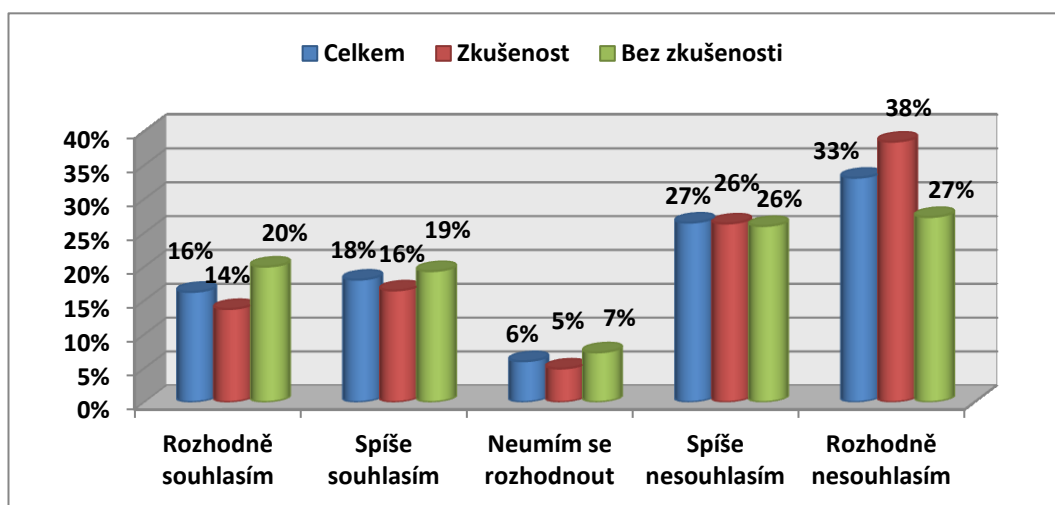
Výrok č. 17 – Lidem, kteří jsou závislí na alkoholu či drogách, nemá smysl pomáhat.



Graf č. 24 - Pomoc alkoholikům a drogově závislým

Dle grafu, se k tomuto názoru přiklání 62 % respondentů. Obě skupiny (se zkušeností i bez zkušenosti) se k tomuto problému vyjádřili procentuálně stejně. Souhlas vyjádřilo cca 62 %, nesouhlas cca 38 %.

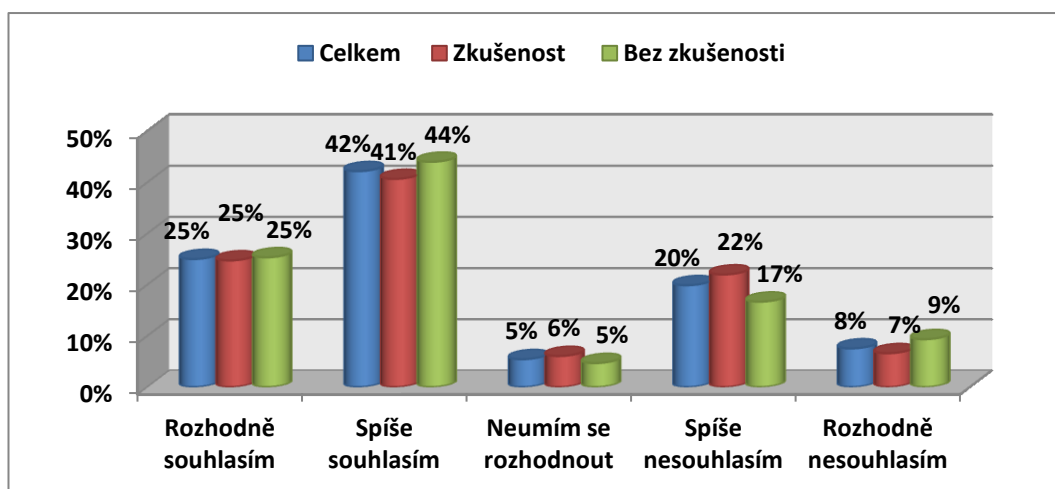
Výrok č. 18 – Depresi nelze označovat za nemoc, kdyby tito lidé chtěli, určitě by ji překonali.



Graf č. 25 – Je deprese nemoc?

Celkem s tímto výrokem nesouhlasilo 60 % respondentů. 64 % dotazovaných, kteří nepovažují depresi za nemoc, mají zkušenost s psychickou nemocí. 53 % dotazovaných, kteří rovněž nepovažují depresi za nemoc, žádnou zkušenost s psychickou nemocí nemají.

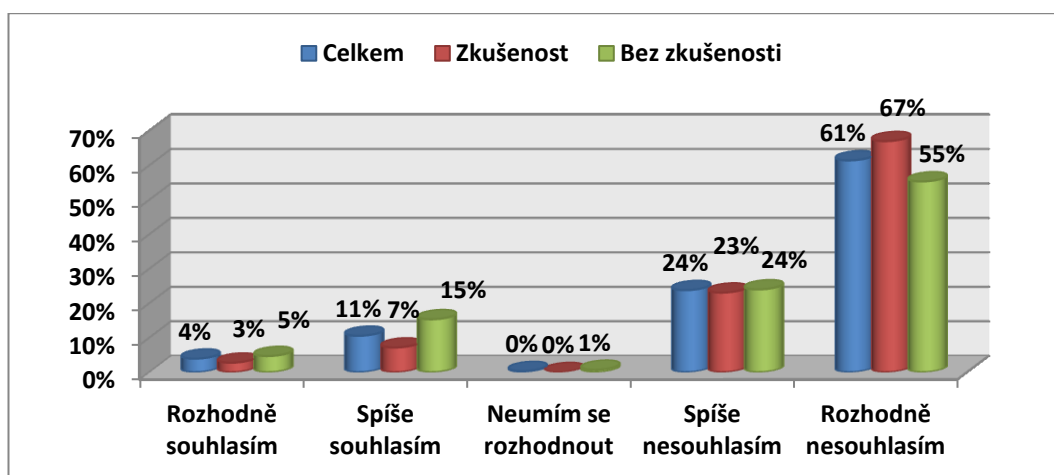
Výrok č. 19 – Lidé, kteří utratí všechny peníze, jsou pouze nezodpovědní a vylouvají se pod záminkou psychické nemoci.



Graf č. 26 – Útrata peněz pod záminkou psychické nemoci

V grafu je znázorněno, že s tímto výrokem respondenti souhlasí. Celkem souhlasí 67 % respondentů. 28 % respondentů z celkového množství s tímto tvrzením nesouhlasí.

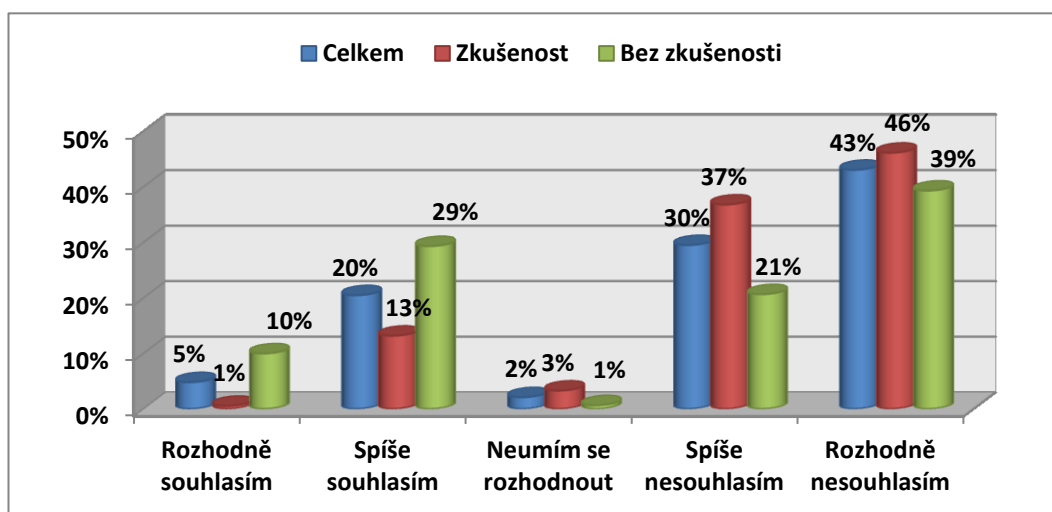
Výrok č. 20 – Úzkost a fobie je pouze nástroj pro upoutání pozornosti na sebe, ale nepatří mezi nemoci.



Graf č. 27: Úzkost a fobie jako nemoc

Při této otázce se průměrně všichni respondenti shodli. 61 % respondentů označilo odpověď - rozhodně nesouhlasím, 24 % spíše nesouhlasím. Spíše souhlasím, odpovědělo 15 % respondentů, kteří nemají zkušenost s psychicky nemocným a 7 % respondentů bez zkušenosti.

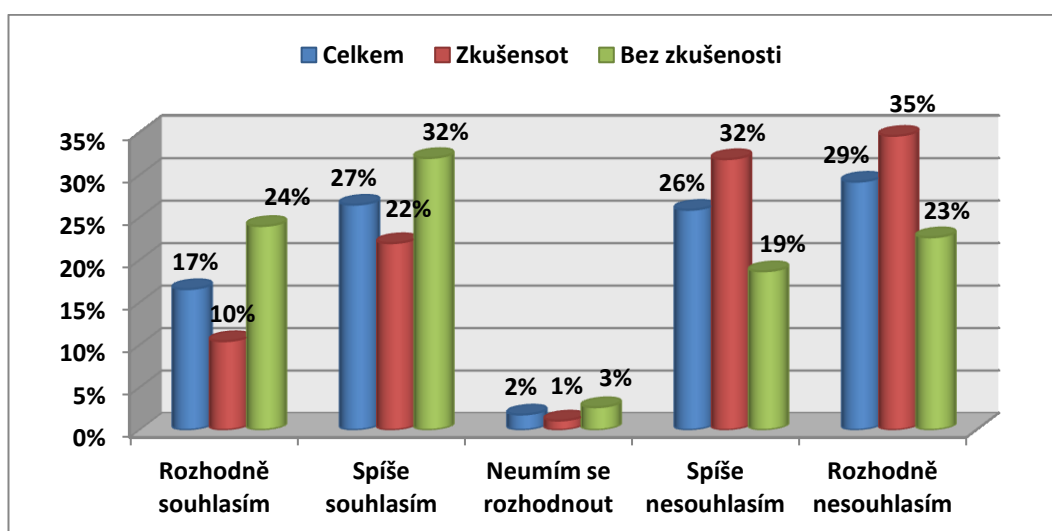
Výrok č. 21 – Nemoc, jako je únavový syndrom, anorexie atd. nepovažují za nemoc.



Graf č. 28: Únavový syndrom, anorexie atd. není nemoc

Respondenti celkem vyjádřili svůj nesouhlas s tímto výrokem (30 % a 43 %). Rozcházejí se odpovědi lidí, kteří mají zkušenost s psychicky nemocným, kdy 14 % respondentů uvedlo, že souhlasí a v 39 % svůj souhlas vyjádřila skupina lidí bez zkušenosti.

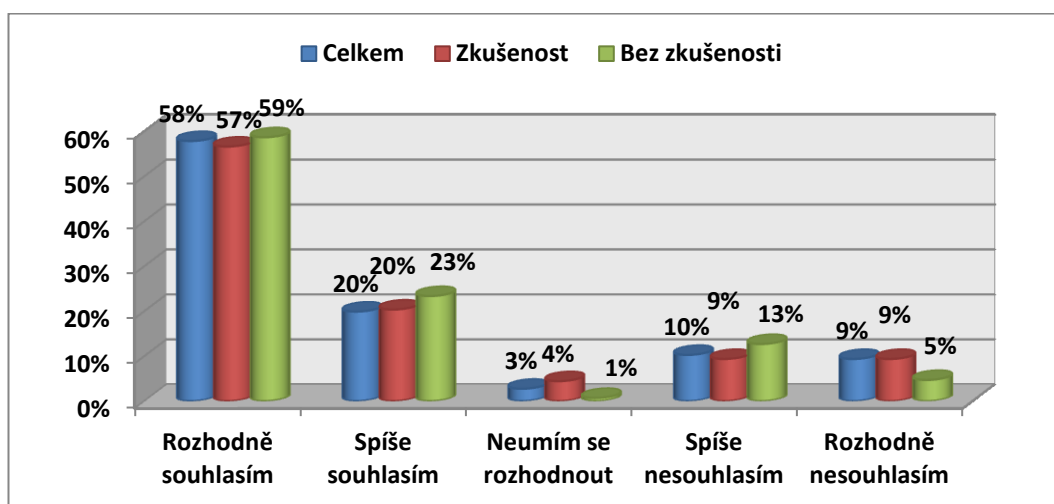
Výrok č. 22 – Psychicky nemocní by měli mít omezená rozhodovací práva.



Graf č. 29: Psychicky nemocní a rozhodovací práva

Graf ukazuje, že se v názoru na tuto otázku rozchází skupina respondentů se zkušeností a skupina respondentů bez zkušenosti s psychicky nemocným. Respondenti bez zkušenosti se přiklání k omezení práv psychicky nemocných. Tak odpovědělo 24 % a 32 % respondentů. A respondenti se zkušeností nesouhlasí v zastoupení 32 % a 35 %.

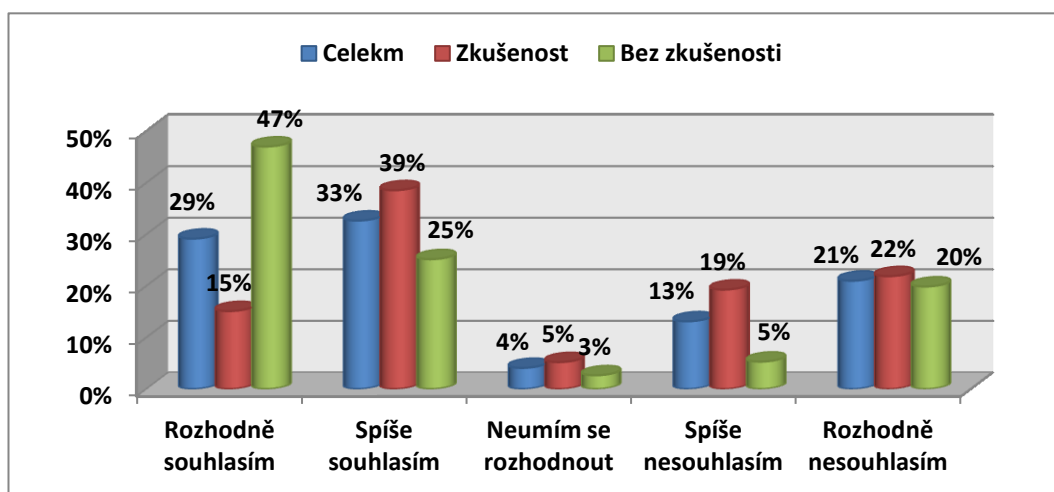
Výrok č. 23 – Psychicky nemocní by neměli pracovat tam, kde jsou v úzkém kontaktu s lidmi (učitel, prodavač, úředník...).



Graf č. 30: Psychicky nemocní a úzký kontakt veřejností při práci

Respondenti se shodli při odpovědi na tuto otázku. 58 % respondentů souhlasí, 20 % spíše souhlasí, 10 % respondentů spíše nesouhlasí a 9 % dotazovaných rozhodně nesouhlasí s tímto výrokem.

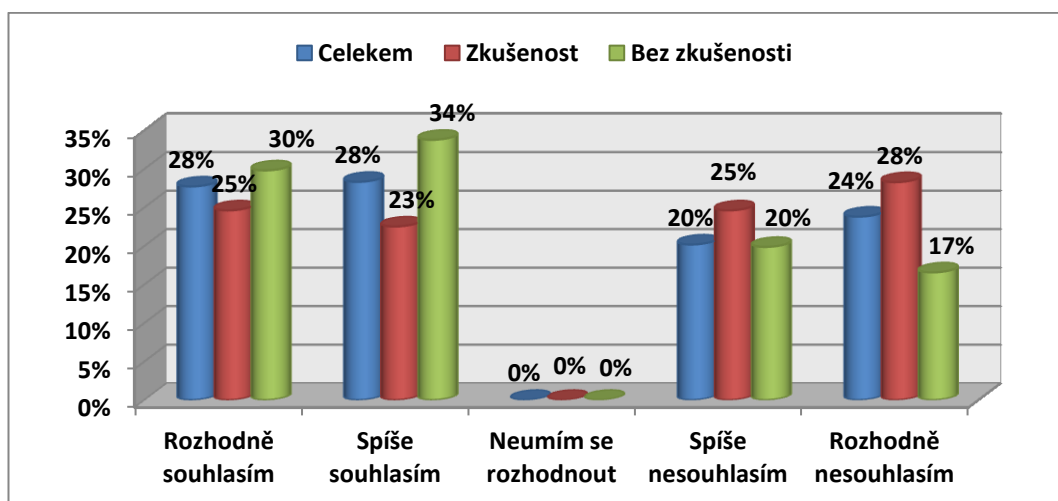
Výrok č. 24 – K lidem s psychickými poruchami se nelze chovat stejně jako k normálním lidem.



Graf č. 31: Chování vůči lidem s psychickými poruchami

Při odpovědi na tuto otázku svůj souhlas vyjádřilo 47 % bez zkušenosti s psychicky nemocným a částečný souhlas 25 %. Spíše ano, odpovědělo 40 % respondentů a rozhodně ano, 15 %, kteří zkušenost mají. Celkem svůj souhlas vyjádřilo 63 % dotazovaných.

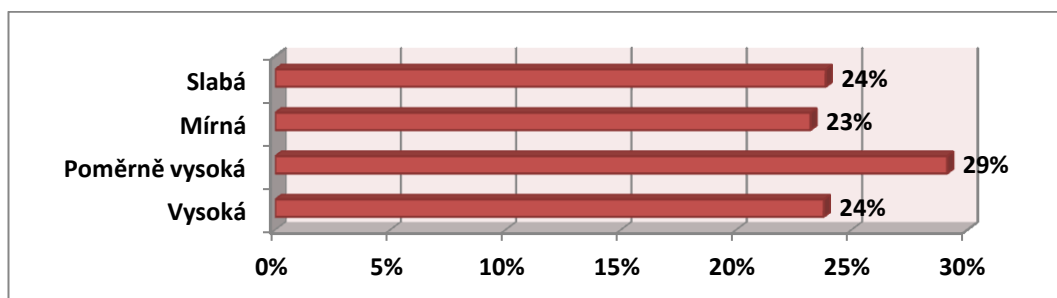
Výrok č. 25 – Nebavím se s psychicky nemocnými, protože mi ubírají energii.



Graf č. 32: Nekomunikovat s psychicky nemocným z důvodu čerpání vlastní energie.

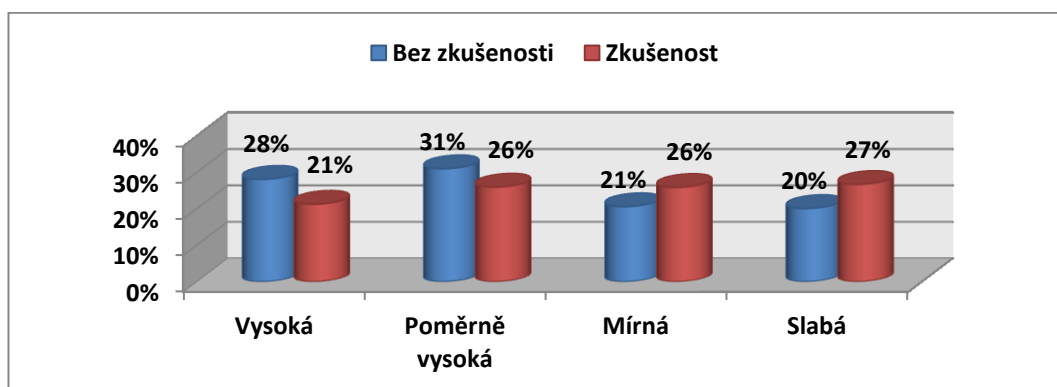
56 % respondentů nechce mluvit s psychicky nemocnými, protože je to vyčerpává. Ostatní respondenti, to je 44 %, takový pocit při komunikaci s nemocnými nemají.

3) SOUHRN DOTAZNÍKU



Graf č. 33 : Tendence ke stigmatizaci (celkem)

Graf shrnuje výsledky 25 výroků, na které odpovídali respondenti, jak se zkušenostmi s psychicky nemocným, tak bez zkušeností. Po zprůměrování výsledků odpovědí na jednotlivé výroky vyplývá, že mezi laiky vládne poměrně vysoká tendence ke stigmatizaci psychicky nemocných. Poměrně vysokou tendenci ke stigmatizaci projevilo 29 % respondentů, vysokou tendenci 24 % dotazovaných. Slabá tendence se prokázala ve 24 % a mírná tendence u 23 % respondentů.



Graf č. 34: Tendence ke stigmatizaci dle zkušeností respondentů

Z grafu je patrné, že lidé se zkušeností s psychicky nemocným mají v průměru mírnou tendenci ke stigmatizaci duševně nemocných a to celkem 53 %. Lidé bez zkušenosti mají naopak tendenci pro stigmatizaci poměrně vysokou, těch je celkem 59 %.

6 DISKUZE

Výzkumnou část bakalářské práce jsem zaměřila na zjištění míry tendence ke stigmatizaci psychicky nemocných lidí ze strany laické veřejnosti. Stanovila jsem tři cíle výzkumného šetření a ke každému cíli vytvořila jednu hypotézu. Zvolila jsem metodu pomocí dotazníkového šetření. Tato metoda mi umožnila získat velké množství odpovědí týkajících se této problematiky.

První tři otázky dotazníkového šetření jsem zaměřila na prozkoumání demografických údajů respondentů a byly pouze informativní. Odpovědi na tyto otázky by mohly pomoci při hlubším zkoumání problému, kterým se bakalářská práce zabývá.

Prvním cílem bylo zjistit, jak si laická veřejnost představuje duševně nemocného člověka.

Kolem psychicky nemocných existuje mnoho stigmat. Částečně proto, že tyto nemoci nejsou zpravidla na první pohled viditelné. A tak lidé často věří, že psychická nemoc vznikla vinou jich samotných a měli by být schopni se s ní sami vypořádat. Do svého dotazníku jsem zařadila otázku, zda si myslí, že psychicky nemocného člověka poznají na první pohled (při prvním kontaktu). V této otázce velká většina respondentů (80 %) odpověděla, že při prvním setkání nepoznají psychicky nemocného člověka. Mnoho lidí si také myslí, že když někdo užívá antipsychotika, tak se z něj stane „zombie“. Tím je myšleno: při používání antipsychotik se lidem poškodí zdraví a změní osobnost. Sama jsem se nedávno setkala při debatě s větší skupinou lidí s názory, že psychicky nemocní lidé mají sklony k násilí a jsou nebezpeční svému okolí. Proto jsem hledala informace o tomto stigmatu, která se nese mezi laickou veřejností. Zjistila jsem, že podle statistiky, která je uveřejněná v anglickém magazínu Time to Change (2016), je většina násilných zločinů spáchána lidmi, kterým nebyla diagnostikována žádná duševní nemoc. Ve skutečnosti se odborníci vyjadřují tak, že lidé s duševní nemocí jsou více nebezpeční sami sobě než svému okolí. Otázku na toto téma jsem zařadila do dotazníku. Respondenti měli možnost na otázku, jak si představují psychicky nemocného člověka, vybrat 3 odpovědi z těchto

možností: agresivní, přátelský, důvěryhodný, člověk se slabou vůlí, člověk s nízkým IQ, zmatený, vystrašený, introvertní, extrovertní, výbušný, nepředvídatelný. Z celkového počtu odpovědí tj. 996, nejčastější respondenti označovali – nepředvídatelný. Takto se vyjádřilo 24 %. 17 % dotazovaných označilo odpověď - agresivní/nepřátelský. 14 % dotazovaných si myslí, že je výbušný a má slabou vůli. Všechny odpovědi jsou znázorněny v grafu č. 5.

Položila jsem otázku, jak si veřejnost představuje psychicky nemocného člověka, jaké pocity mají, když se setkají nebo by se měli setkat s psychicky nemocným člověkem. Respondenti vyjadřovali své pocity výběrem 3 odpovědí uvedených v dotazníku. Podle grafu č. 7, který znázorňuje vyhodnocení odpovědí respondentů k této otázce, nejčastěji odpovídali - mám tendence držet si odstup. Takto se vyjádřilo 27 % respondentů. Jako druhý nejčastější pocit prožívají strach a úzkost a to 24 %. 15 % z nich, při kontaktu s psychicky nemocným cítí soucit a touhu mu pomoci. Odpovědi na tuto otázku, dle mého názoru, byly ovlivněny zkušeností respondentů s psychicky nemocným člověkem. Pokud lidé mají v rodině psychicky nemocného člověka, a tím myslím, když jsou s ním v úzkém kontaktu, označovali odpovědi strach a úzkost, protože se o něj bojí a s tím souvisí touha pomoci. Strach a úzkost, mohou prožívat i lidé, kteří vůbec žádnou zkušenost s takto nemocným nemají, protože nevědí, co od něj mohou čekat. Vliv zde mohou mít stigmata, které okolo duševně nemocných panují. Je možné že, také pociťují hrůzu a chtějí si držet odstup. Ti, kteří mají zkušenost s takto nemocným vzdáleně (vzdálený rodinný příslušník), by mohli pociťovat zvědavost a pochopení, ale také lhostejnost či tendence držet si odstup. Někteří lidé by mohli cítit k takto nemocným lhostejnost. Určitě by bylo zajímavé se touto otázkou podrobněji zabývat.

Pro splnění tohoto cíle, jsem použila odpovědi na otázky dotazníku č. 5, 6 a 7. Z výsledků vyplývá, že lidé si psychicky nemocného člověka představují především jako nepředvídatelného, agresivního a výbušného. Nelze takto nemocného poznat na první pohled a při kontaktu s ním, mají lidé nejčastěji tendenci držet si odstup. Následně pociťují strach a úzkost.

Hypotéza č. 1 - Předpokládám, že lidé si duševně nemocného člověka budou představovat jako agresivního/nebezpečného či člověka se slabou vůlí. Hypotéza se nepotvrdila.

Druhým cílem práce bylo zjistit, míru stigmatizace psychicky nemocných lidí ze strany laické veřejnosti.

Třetím cílem práce bylo zjistit, jaký je rozdíl ve vnímání duševně nemocných lidí laickou veřejností, která má osobní zkušenost s psychicky nemocným a lidmi, kteří žádnou zkušenost nemají.

Pro nalezení odpovědi na druhý a třetí cíl jsem sestavila soubor 25 názorů, které jsem sestavila na základě všeobecně známých mýtů. Respondenti zde vyjadřovali míru svého souhlasu či nesouhlasu s uvedenými výroky. Ne vždy, byly odpovědi zcela jednoznačné, přiklánějící se na stranu úplného souhlasu či nesouhlasu s uvedeným výrokem. Třetí cíl byl splněn na základě odpovědi na otázku č. 4 a posledních 25 otázek uvedených v dotazníku. Otázka č. 4 mi pomohla rozdělit respondenty, kteří mají zkušenost s psychicky nemocným a na ty, kteří žádnou zkušenost s takto nemocným nemají.

Výroky potvrzující stigmatizaci:

Psychicky nemocní lidé by neměli mít děti. Odpovědi na tuto otázku jsou znázorněny v grafu č. 13, kde 30 % respondentů odpovědělo, rozhodně souhlasím a 42 % odpovědí bylo označeno, spíše souhlasím. Rozdíly v názoru jsou zanedbatelné mezi skupinou respondentů, kteří mají zkušenost s psychicky nemocným a skupinou, která takovou zkušenost nemá. Dle mého názoru si respondenti myslí, že starost o dítě je velmi náročná, stresující a vyčerpávající a lidé s psychickou poruchou velmi špatně odolávají těmto problémům. Tím se jejich psychický stav může zhoršit až do takové míry, kdy by mohli nechtěně ublížit sobě či dítěti. Také tento názor může být ovlivněn obavou o dítě, o které by se neměl kdo postarat. To by muselo být umístěno do dětského domova, odkud má převážná část umístěných dětí velké problémy zařadit se později do „dospělého“ života.

Psychická nemoc by byla pro mne překážkou při navázání přátelství či blízký vztah. Výsledky odpovědí na tuto otázku byly ovlivněny především skupinou respondentů, kteří nemají zkušenost s psychicky nemocným. Až 59 % těchto respondentů odpovědělo, spíše souhlasím. 33 % respondentů, kteří mají zkušenost s takto nemocným, odpovědělo, rozhodně souhlasím. Celkem se souhlasně k tomuto výroku, vyjádřilo 59 % respondentů, viz graf č. 16. Odpovědi, které jsou rozporuplné, zaznamenávám u skupiny respondentů, kteří mají zkušenost s duševně nemocným. 33 % a 16 % vůči této otázce se přiklání k souhlasu, 25 % a 13 % nesouhlasí a 13 % respondentů nevědělo, jak odpovědět. Domnívám se, že rozporuplnost této skupiny tkví v rozdílných zkušenostech s diagnózami psychicky nemocných a jejich zvládání nemoci.

Sexuálně narušení lidé by se měli kastrovat. Při odpovědi na tuto otázku, se dotazovaní vyjadřovali poměrně jednoznačně. 44 %, rozhodně souhlasí a 24 % spíše souhlasí – graf č. 18. Mírný rozdíl nalézáme ve skupině respondentů bez zkušenosti s nemocí, kdy celkem 48 % respondentů vyjádřilo svůj nesouhlas, zatím, co druhá skupina svůj nesouhlas vyjádřila ve 20 %. Veřejnost má strach z lidí, kteří jsou sexuálně (psychicky) nemocní. Bojí se znásilnění nejen sebe, ale i svých dětí či rodinných příslušníků, protože znásilněná osoba si nese psychické trauma do konce života.

Vadilo by mi, kdybych měla v rodině psychicky nemocného člověka. I na tuto otázku převážně všichni odpověděli ano, vadilo. Malý rozdíl a tendenci otevřenosti vůči duševní nemoci nalézáme ve skupině respondentů, kteří nemají zkušenost s psychickým onemocněním. Viz graf č. 20. Předpokládám, že lidé, kteří odpověděli, že by jim nevadilo mít v rodině psychicky nemocného, si nedokážou představit, jaká omezení nemoc obnáší nejen pro nemocného, ale i jeho blízké.

Vadilo by mi, kdyby si někdo z mých rodinných příslušníků vzal nebo chodil s psychicky nemocným člověkem. Odpovědi nalezneme v grafu č. 23. Zde se respondenti shodují, že by jim vadilo, kdyby někdo z jejich blízkých měl vztah s psychicky nemocným. Pouze 20 % respondentů vyjádřilo opačný názor. Ani mezi oběma skupinami v názoru na tuto otázku nenalézám velké rozdíly. Myslím

si, že je tento názor pochopitelný. Žádný rodič či kamarád nechce, aby jeho milovaná osoba snášela problémy a překážky, které psychické nemoci přinášejí.

Nesvěřil/a bych na hlídání své dítě psychicky nemocnému člověku. Svůj souhlas s tímto tvrzením vyjádřilo celkem 83 % respondentů, viz graf č. 24. 28 % respondentů se vyjádřilo opačně, což byla skupina respondentů, která má zkušenost s psychicky nemocným člověkem. Já také sdílím opačný názor než většina respondentů. Myslím si, že není důvod, nesvěřit na pár hodin dítě člověku, který má svou nemoc kompenzovanou. Na spoustě lidí nelze poznat, že má psychické problémy, ani při častějším kontaktu (v práci, při sportu apod.). Naopak těmto lidem by velmi ublížilo, kdyby na základě docházení k psychiatrovi nemohli pohlídat dítě.

Lidé, kteří utratí všechny peníze, jsou nezodpovědní a vymlouvají se pod záminkou psychické nemoci. I k této otázce většina respondentů vyjádřila svůj souhlas, celkem 67 % dotazovaných a 28 % s tímto tvrzením nesouhlasí, jak je znázorněno v grafu č. 27. Já bych se též přikláněla k odpovědi, souhlasím. Chápu, když neudrží peníze mentálně postižený člověk, který se, ale nezvládá také úplně postarat sám o sebe. Ti, kteří jsou schopni pravidelně chodit do práce či sami vést svou domácnost, by měli být natolik gramotní, že neutratí všechny peníze hned po výplatě. Pokud utratí, musí nést následky. Každému by se líbilo utratit všechny peníze a následně se nechat litovat a opět peníze dostat.

Psychicky nemocní by neměli pracovat tam, kde jsou v úzkém kontaktu s lidmi (učitel, prodavač, úředník...). Odpovědi na toto tvrzení nalezneme, v grafu č. 31. 78 % respondentů vyjádřilo souhlas s tímto výrokem. Rozdíl v odpovědích mezi oběma skupinami respondentů nenalezneme. Obě skupiny nesouhlas vyjádřily v 18 %.

Výroky nepotvrzující stigmatizaci:

Tvrzení, kdy se respondenti převážně všichni shodli na odpovědi, kde souhlasí, je méně než těch opačných. Mezi ně patří:

Duševní nemoci jsou projevem slabé vůle (kdyby člověk chtěl, tak by se z toho mohl dostat). Při odpovědi na tuto otázku vyjádřilo 81 % respondentů svůj nesouhlas. Skupina, která má zkušenost s psychicky nemocným, se takto vyjádřila v 86 %. Druhá skupina s tímto výrokiem také nesouhlasí (72 %). Odpovědi jsou znázorněny v grafu č. 8. Tyto výsledky mě překvapily, protože snad ve všech diskuzích či článcích autoři uvádějí jako největší stigma psychicky nemocných ze strany zdravých, tento výrok. Toto vyjádření nalezneme například hned v úvodu Diplomové práce Aleny Chodorové (2009) nebo v článku Marcely Svobodové, který byl uveden na internetových stránkách Idnes.cz. I já jsem tento výrok několikrát v životě slyšela od lidí, se kterými jsem se setkala. Nesouhlasím s ním, jako většina respondentů, kteří se zúčastnili mého výzkumného šetření.

Kdyby mě někdo viděl, jak se bavím s psychicky nemocným člověkem, necítí/a bych se dobře. Výsledky, které jsem získala na tuto otázku, jsou uvedeny v grafu č. 14. Průměrně dotazovaní vyjadřovali svůj nesouhlas s tímto výrokiem. Velký rozdíl zaznamenáváme u skupiny lidí, kteří mají zkušenost s psychicky nemocným. Nesouhlas vyjádřilo 97 % dotazovaných na rozdíl od druhé skupiny, kde uvádělo svůj nesouhlas pouze 52 % respondentů. Předpokládám, že ti, co zkušenost mají, nevidí nikoho jiného než nemocného člověka.

Úzkost a fobie je pouze nástroj pro upoutání pozornosti na sebe, ale nepatří mezi nemoci. I k této otázce, respondenti zaujali poměrně jednotný názor. 85 % dotazovaných nesouhlasí. Ani mezi oběma skupinami není skoro žádný rozdíl, viz graf č. 28. S další otázkou uvedenou v dotazníku respondenti také nesouhlasí. Otázka byla položena takto: ***Nemoci jako je deprese, únavový syndrom, anorexie atd. nepovažují za nemoc.*** Odpovědi jsou znázorněny v grafu č. 29. Mírný rozdíl nacházíme mezi skupinou, která má zkušenost s psychicky nemocným. Zde svůj nesouhlas vyjádřilo celkem 83 % dotazovaných. V druhé skupině s tímto tvrzením nesouhlasilo 60 % respondentů.

Pro získání odpovědi na druhý stanovený cíl jsem posledních 25 odpovědí respondentů zprůměrovala a zaznamenala do grafu č. 34. Slabou stigmatizaci psychicky nemocných, vykázalo 24% dotazovaných. 23 % respondentů mírně tíhne ke stigmatizaci. Nejvíce respondentů, tj. 29 %, má poměrně vysokou tendenci stigmatizovat duševně nemocné a 24 % dotazovaných vykazuje vysokou míru stigmatizace.

Hypotéza č. 2 - Předpokládám, že touha po sociální vzdálenosti od psychicky nemocných se prokáže u více jak 75% respondentů – hypotéza se nepotvrdila.

Na základě odpovědi na otázku č. 4 v dotazníku, jsem rozdělila respondenty do dvou skupin. První skupinou byli dotazovaní, kteří neměli zkušenost s psychicky nemocným člověkem. Druhá skupina se skládala z respondentů, kteří zkušenost s takto nemocným člověkem mají. Odpovědi na otázku, které dokazují míru stigmatizace jednotlivých skupin, jsem zprůměrovala a výsledky nalezneme v grafu č. 35. Výsledky nebyly zcela jednoznačné, ale přeci jen u skupiny se zkušeností s psychickým onemocněním, 41 % respondentů tíhne ke stigmatizaci a 59 % stigmatizují méně. Skupina, která zkušenost nemá, stigmatizuje psychicky nemocné průměrně v 59 %. 21 % respondentů, ukázalo mírnou stigmatizaci vůči psychicky nemocným a 20 % stigmatizuje psychicky nemocné slabě.

Hypotéza č. 3 - Předpokládám, že lidé, kteří mají osobní zkušenost s psychicky nemocným, budou mít mírné sklony ke stigmatizaci – hypotéza se potvrdila.

Domnívám se, že stále přetrvávající poměrně vysoká míra stigmatizace je způsobena malou informovaností o psychických nemocech tím, že nemocní lidé o své nemoci nemluví, nesvěřují se s problémy, které jim sama nemoc způsobuje, a nezmiňují situace, do kterých se dostávají díky ostatním „zdravým“ lidem, kteří je odsuzují na základě nepodložených faktů.

ZÁVĚR

Stigmatizace psychicky nemocných lidí v naší společnosti má kořeny v kultuře a je upevňována v každodenní podobě příběhů v médiích, poznámkami při běžné komunikaci, ale i neustálými řečnickými obraty. Naše společnost nedělá rozdíl mezi jednotlivými psychickými diagnózami. Více než zkušenost s konkrétním člověkem, odráží informace z médií, literatury a doslechu. Tím jsou psychicky nemocní vystavováni stereotypním předsudkům. Duševně nemocní, nesou důsledky předsudků bez vlastního přičinění a nedokážou se jich zbavit.

Hlavním cílem této práce bylo poukázat na rozměr přetrvávajících předsudků společnosti, vůči psychicky nemocným. V teoretické části práce jsem se snažila poskytnout celistvý pohled na tuto problematiku. Nalezneme zde vysvětlení pojmu stigma/stigmatizace, její druhy a historické kořeny. Vysvětlení a rozdělení psychických onemocnění, jejich léčbu a následnou rehabilitaci. Součástí teoretické části práce je i dopad stigmatizace psychicky nemocných ohledně zaměstnání, společenského života, partnerských vztahů a vůči rodinným příslušníkům. Cílem praktické části bylo zjistit, míru stigmatizace psychicky nemocných lidí ze strany laické veřejnosti. Jak si představují psychicky nemocného člověka a jaké prožívají pocity při setkáními s ním, nebo kdyby se s nimi měli setkat. Posledním mým cílem bylo porovnat míru stigmatizace duševně nemocných, lidmi ze strany laické veřejnosti, která má zkušenost s psychicky nemocným a lidmi, kteří žádnou osobní zkušenost nemají.

Výsledky mého šetření jsou popsány v diskuzi. Pokud se zaměříme na všeobecnou míru stigmatizace psychicky nemocných, zjistila jsem, že je poměrně vysoká, ale rozdíl nalezneme mezi skupinou lidí, kteří mají zkušenost s psychicky nemocným a mezi lidmi bez této zkušenosti. Ti, co zkušenost mají, jsou ohleduplnější vůči takto nemocným lidem a prokazují menší míru stigmatizace, na rozdíl od druhé skupiny. Otázky, které prokázaly jasnou stigmatizaci vůči psychicky nemocným, jsou například: Psychicky nemocní by neměli mít děti. Psychická nemoc by byla pro mne překážkou pro navázání přátelství či blízký vztah. Lidé, kteří utratí všechny peníze, jsou nezodpovědní a vyloučují se pod záminkou psychické nemoci. Psychicky nemocní by neměli pracovat tam, kde

jsou v úzkém kontaktu s lidmi (učitel, prodavač, úředník...). Nesvěřil/a bych na hlídání své dítě psychicky nemocnému člověku. Co se týče představ o psychicky nemocných, výsledky mého výzkumu ukázali toto: Psychicky nemocného člověka nelze poznat na první pohled. Dle respondentů jsou to lidé, u kterých nelze předvídat, co udělají, mají sklon k násilí a jsou často výbušní. Při kontaktu s nimi pocítují nebo by pocítovali strach a úzkost, proto mají tendenci držet si od nich odstup.

Nálepkování a mýty o psychicky nemocných v naší společnosti přetrvávají nadále. Jak prokázala praktická část bakalářské práce. Považuji tedy za nutné ještě více posilovat vnímání duševně nemocných jako jedinců a současně také podporovat setkání s nimi na veřejnosti. To by mohlo pomoci zamezit neustálému vytváření předsudků. Je důležité změnit stereotyp člověka trpícího psychickou poruchou tak, aby přestal být společností izolován tím, že se změní postoj okolí vůči těmto lidem. Znamenalo by to začít efektivně seznamovat veřejnost s projevy psychických poruch, aby je přestala vnímat jako „senzaci“, ale byla schopna jim porozumět a tím takto nemocné lidi pochopit nebo jim dokázat přiměřeně pomoci. Bylo by vhodné s osvětou začít už u dětí, které navštěvují základní školu, aby se postupně ztrácela stigmatizace psychicky nemocných. Důležité je informovat i „dospělou“ společnost. Zde by mohla být nápomocná média. Pro novináře je atraktivnost psychiatrické tematiky sice výhodná, ale může být snadno zneužita. Potom tedy dochází k udržování stereotypního obrazu lidí s psychickou poruchou, kde je média často popisují jako násilníky. Díky tomuto trendu se tak veřejnost jen zřídka dozvídá z médií, že i psychicky nemocní se mohou úspěšně léčit a vést plnohodnotný a produktivní život. Média by měla informovat i o tom, jaká je opravdová prevalence násilí mezi lidmi trpícími duševní nemocí, aby se veřejnost měla možnost dozvědět, že tito lidé ve skutečnosti představují velmi malé riziko násilí vznikající z jejich strany. Kdyby byly uveřejňovány příběhy psychicky nemocných lidí, kteří v životě uspěli, mohly by velkou měrou přispět k odstranění negativních stereotypů o duševně nemocných.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJE

BAŠTECKÝ, J. *Psychiatrie, právo a společnost*. 1. vyd. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-45-0.

BAŠTECKÝ, J., ŠAVLÍK J. *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada Avicenum, 1993. ISBN 80-7169-031-7.

CALLARD, F. et al. *Mental Illness, Discrimination and the Law: Fighting for Social Justice*. UK: Wiley – Blackwell, 2012. ISBN: 978-1-119-95354-8

COOPER, D. *Challenging Diversity-Rethinking Equality and the Value of Difference*. Cambridge: Cambridge university press, 2004. ISBN 978-05-215-3954-8.

CORRIGAN, PW., WATSON, AC. *Understanding the impact of stigma on people with mental illness*. *World Psychiatry 1:1* [online]. 2002, [citované 2017-07-01]. Dostupné na WWW: [http://www.waisman.wisc.edu/EVENTS/ethics/Corrigan Stigma WP 2002.pdf](http://www.waisman.wisc.edu/EVENTS/ethics/Corrigan%20Stigma%20WP%202002.pdf).

CORRIGAN, PW. *How stigma interferes with mental health care*. *American Psychologist*, 2004. ISBN 01-065-82.

CORRIGAN, PW., RAFACZ, J., RÜSCH, N. *Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness*. *Psychology Research* [online]. 2011, [cit. 2017-01-07]. ISSN339-343.

FALK, G. *Stigma: How We Treat Outsiders*. 1. vyd. Praha: Prometheus Books, 2001. ISBN 978-15-739-2880-9.

FINK, PJ., TASMAN, A. *Stigma and Mental Illness*, 1. vyd. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1992. ISBN – 13 978-0880484053.

GOFFMAN, E. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Praha: SLON, 2003. ISBN 80-86429-21-0.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-569-1.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.

HEATHERTON, TF., KLECK, RE., HEBL, MR., HULL, J.G. *The Social Psychology of Stigma*. The Guilford Press, 2003. ISBN 1-57230-942-3.

HEJZLAR, P. *Na cestě ke komunitní psychiatrii... Sborník k 15 letům občanského sdružení Péče o duševní zdraví*. Pardubice: Občanské sdružení Péče o duševní zdraví ve spolupráci s vydavatelstvím Theo, 2010. ISBN 978-80-9040-096-2.

HINSHAW, SP. *Stigma of Mental Illness and an Agenda for Change*. Oxford University Press, 2006. ISBN 9780195308440.

HOLÝ, L., ŠIBOR, J. *Stigma duševního onemocnění a škola*. *School and Health* 21 [online]. 2008, č. 3. [citováno 2012-12-26]. Dostupné na WWW:

http://www.ped.muni.cz/z21/2007/konference_2007/sbornik_2007/sb07_soucasny_diskurs/cze/holy_sibor_cz.pdf.

HÖSCHL, C., Libiger, J., Švestka, J., *Psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Tigis, 2004. ISBN 80-9001-307-4.

JAROLÍMEK, M. *Je bláznivé být odlišný?* *Esprit*. 2002/11. ISSN 1214-2123

LÁTALOVÁ, K. a kol. *Stigmatizace a sebestigmatizace u pacientů se schizofrenií*. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. [citováno 2016-11-12]. Dostupné na WWW: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=980>.

NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie*. 2. vyd. Academia, 2009. ISBN 978-80-200-1679-9.

OCISKOVÁ, M., PRAŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2015. ISBN 978-802-2475-199-3.

Paralelní životy [film]. Režie: Klára Jakubková. Česko, 2014.

PĚČ, O., PROBOSTOVÁ, V. *Psychózy – Psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. 1. vyd. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.

PRAŠKO, J. *Klinická psychiatrie*. 1.vyd. Praha: Tigis, 2011. ISBN 978-80-8732-300-7.

PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H. *Proti stresu krok za krokem aneb jak získat odolnost vůči nepohodě*. 1.vyd. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0068-9.

SCAMBER, G., HIGGS, P. *Modernity, medicine and health*. London, 1998. ISBN 0-412-1439-8.

THORNICROFT, G. *Physical health disparities and mental illness: The scandal of prelate mortality* [online]. 2011, [citované 2016-20-11]. Dostupné na WWW: <https://www.nationalelfservice.net/cms/wp-content/uploads/2011/11/BJPsych-Dec-2011-Graham-Thornicroft-editorial.pdf>.

THORNICROFT, G., BROHAN, E., KASSAM, A. *Reducing stigma and discrimination: Candidate interventions* [online]. 2008, [citované 2016-21-11]. Dostupné na WWW: <https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/1752-4458-2-3>.

TORREY, EF. *Surviving schizophrenia: A manual for families, consumers, and providers*. 6.vyd. New York, NY, US: HarperCollins Publishers, 2006. ISBN 10: 0062268856

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9.

VENGLÁŘOVÁ, M. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.

VÝROST, J., SLAMĚNÍK I. *Sociální psychologie*. 2.vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1428-8.

WEST, N. *Přítelkyně osamělých srdcí*. Praha: Volvox Globator, 1995. ISBN 80-85769-42-5.

WFMH. *World Federation for Mental Health*. [online]. [citované 2017-07-01]. Dostupné z: <http://wfmh.com/>.

ZEST, C. *Stigmatization as an Environmental Risk in Schizophrenia: A User Perspective. Schizophrenia Bulletin* [online]. 2015, [citované 2016-25-11]. Dostupné na WWW: <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/35/2/293/1910372/Stigmatization-as-an-Environmental-Risk-in>.

ZIPPAY, A. *Psychiatric residences: Noticication, NIMBY, and neighborhood relations. Psychiatric Services* [online]. 2007, [citované 2016-25-11]. Dostupné na WWW: <http://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ps.2007.58.1.109>.

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA 1 – Dotazník

Vážený pane, Vážená paní, jmenuji se Štěpánka Vanišová a jsem studentkou třetího ročníku, 3. Lékařské fakulty, oboru Ošetrovatelství. Tímto bych Vás chtěla požádat o spolupráci a vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé závěrečné bakalářské práce. Otázky dotazníku jsou zaměřeny na problematiku psychických onemocnění. Vaše odpovědi jsou pro mou práci velmi cenné. Získané informace poslouží pouze jako podklad pro výzkumnou část mé bakalářské práce. Dotazník je zcela anonymní a jeho vyplnění by Vám nemělo zabrat více než 8 min.

DOTAZNÍK JE URČEN POUZE PRO JEDINCE BEZ ZDRAVOTNICKÉHO VZDĚLÁNÍ

Předem děkuji za Vaši spolupráci a čas.

Štěpánka Vanišová

1. Váš věk?

- méně než 26
- 27 – 35
- 36 – 65
- 66 a více

2. Vaše pohlaví?

- Žena
- Muž

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Základní
- Středoškolské bez maturity
- Středoškolské s maturitou
- Vyšší odborné nebo specializační
- Vysokoškolské

4. Osobní zkušenost s duševně nemocným mám:

- Delší dobu (z rodiny, kamarád/kamarádka, kolega...)
- Krátkou dobu (soused, známý...)
- Z doslechu
- Nemám

5. Psychicky nemocného člověka si představuji jako: (označte 3 možnosti)

- Výbušný
- Extrovertní
- Introvertní
- Zmatený
- Člověk s nízkým IQ
- Člověk se slabou vůlí
- Nepředvídatelný
- Důvěryhodný
- Přátelský
- Agresivní/Nebezpečný

6. Lze duševně nemocného člověka poznat na první pohled (při prvním kontaktu)?

- Ano
- Ne
- Nevím

7. Setkání s psychicky nemocným člověkem ve mě vyvolává: (označte 3 možnosti)

- Strach, úzkost
- Zájem, sympatie
- Pochopení
- Tendenci držet si odstup
- Soucit a touhu pomoci
- Zvědavost
- Hrůzu
- Lhostejnost

8. Prosím vyjádřete svůj postoj k následujícím tvrzením:

	Rozhodně souhlasím	Spíše souhlasím	Neumím se rozhodnout	Spíše nesouhlasím	Rozhodně nesouhlasím
<i>Duševní nemoci jsou projevem slabé vůle (kdyby člověk chtěl, tak by se z toho mohl dostat sám).</i>					
<i>Duševně nemocní lidé nejsou pro společnost užiteční.</i>					
<i>Psychicky nemocní lidé jsou nebezpeční, agresivní a mají sklony k násilí.</i>					
<i>Psychicky nemocní lidé by se neměli ženit/vdávat.</i>					
<i>Psychicky nemocní lidé by neměli mít děti.</i>					
<i>Kdyby mě někdo viděl, jak se bavím s psychicky nemocným člověkem, necítil/a bych se dobře.</i>					
<i>Duševní stav psychicky</i>					

<i>nemocných lidí se nikdy nezlepší, proto jim nemá cenu pomáhat (raději pomohu tělesně postiženému člověku).</i>					
<i>Psychická nemoc by byla pro mne překážkou pro navázání přátelství či blízký vztah.</i>					
<i>Psychicky nemocného člověka bych nezaměstnal/a.</i>					
<i>Sexuálně narušení lidé by se měli kastrovat.</i>					
<i>Velká část psychicky nemocných lidí pouze simulují, aby získali výhody (příspěvky, invalidní důchod...).</i>					
<i>Vadilo by mi, kdybych měl/a v rodině psychicky nemocného člověka.</i>					

	Rozhodně souhlasím	Spíše souhlasím	Neumím se rozhodnout	Spíše nesouhlasím	Rozhodně nesouhlasím
<i>Lidé, kteří se léčí u psychologa či psychiatra, jsou nevyzpytatelní a nemají „všech pět pohromadě“.</i>					
<i>Psychicky nemocného</i>					

<i>člověka bych nechtěl/a mít za sousedku/soused a.</i>					
<i>Vadilo by mi, kdyby si někdo z mých rodinných příslušníků vzal, nebo chodil s psychicky nemocným člověkem.</i>					
<i>Nesvěřil/a bych na hlídání své dítě psychicky nemocnému člověku.</i>					
<i>Lidem, kteří jsou závislí na alkoholu či drogách, nemá smysl pomáhat.</i>					
<i>Deprese nelze označovat za nemoc, kdyby tito lidé chtěli, určitě by je překonali.</i>					
<i>Lidé, kteří utratí všechny peníze, jsou pouze nezodpovědní a vymlouvají se pod záminkou psychické nemoci.</i>					
<i>Úzkost a fobie je pouze nástroj pro upoutání pozornosti na sebe, ale nepatří mezi nemoci.</i>					
<i>Nemoci, jako je deprese, únavový syndrom, anorexie atd. nepovažuji za nemoc.</i>					

<i>Psychicky nemocní by měli mít omezená rozhodovací práva.</i>					
---	--	--	--	--	--

	Rozhodně souhlasím	Spíše souhlasím	Neumím se rozhodnout	Spíše nesouhlasím	Rozhodně nesouhlasím
<i>Psychicky nemocní by neměli pracovat tam, kde jsou v úzkém kontaktu s lidmi (učitel, prodavač, úředník...).</i>					
<i>K lidem s psychickými poruchami se nelze chovat stejně jako k normálním lidem.</i>					
<i>Nebavím se s psychicky nemocnými, protože mi ubírají energii.</i>					