

# Poskytování sociální pomoci osobám s psychickým onemocněním

Bc. Michaela Paurová

---

Diplomová práce  
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2010/2011

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Michaela PAUROVÁ**

Osobní číslo: **H080315**

Studijní program: **N 7507 Specializace v pedagogice**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Poskytování sociální pomoci osobám s psychickým onemocněním**

Zásady pro vypracování:

**Analýza literárních pramenů a zpracování teoretických východisek**

**Příprava výzkumu, výběr a charakteristika výzkumného souboru**

**Provedení výzkumu**

**Zpracování a vyhodnocení výsledků výzkumu**

**Přijetí odpovídajících závěrů**

**Doporučení pro praxi**

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

**DEBBASCH, Ch. Neziskové organizace. Praha: Victoria Publishing, 1995. ISBN 80-8586578- 5.**

**DRYDEN, W. Poradenství. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-371-0.**

**MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ M. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním.**

**Praha: Grada publishing a. s., 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.**

**MATOUŠEK, O. Sociální služby. Praha: Portál, 2007. ISBN: 978-80-7367-310-9.**

**MUSIL, J. Klinická psychologie a psychiatrie: přehled pro studenty teologie**

**a pedagogiky. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. ISBN 80-244-1153-9.**

**VAŠINA, L. Základy psychopatologie a klinické psychologie. Brno: Institut mezioborových studií, 2008. ISBN: 978-80-87182-00-0.**

Vedoucí diplomové práce:

**prof. PhDr. Jiří Musil, CSc.**

Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce:

**20. ledna 2011**

Termín odevzdání diplomové práce:

**29. dubna 2011**

Ve Zlíně dne 20. ledna 2011



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.  
*děkan*



Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.  
*ředitelka ústavu*

## PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 20.4.2011

  
.....

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **ABSTRAKT**

Diplomová práce mapuje situaci v oblasti poskytování sociální pomoci duševně nemocným lidem v České republice. Práce poskytuje základní přehled o problematice poskytování sociální pomoci, především z hlediska sociální politiky a etiky. Pozornost je také věnována jednotlivým úrovním a metodám poskytování sociální pomoci i subjektům, jež tuto činnost zajišťují. Text čtenáře dále seznamuje s fenoménem duševní nemoci. Vedle klasifikace a popisu nejčastěji se vyskytujících onemocnění, práce vyzdvihuje především ty oblasti, které se v kontextu poskytování sociální pomoci stávají nejvíce problematickými. Těmito oblastmi jsou problematika přístupu k duševně nemocným a ochrany jejich lidských práv. Závěr práce je věnován typologii subjektů, které v České republice poskytují psychicky nemocným lidem sociální pomoc. Vedle popisu služeb, které jednotlivé systémy péče poskytují, obsahuje práce i jejich kritické hodnocení.

**Klíčová slova:** Sociální pomoc, psychická/duševní nemoc, subjekt sociální pomoci

## **ABSTRACT**

This graduation theses maps over the situation in the field of providing social help to mentally ill people within the Czech Republic. The paper includes the basic outline about the questions of providing the social help, especially in term of social policy and ethics. In addition, attention is given to individual levels and methods of providing the social help to entities patronizing this activity. Furthermore, the reader is familiarized with the phenomenon of mental disease. Except for classifying and description of the most frequent diseases, the paper points out especially these areas which are the most problematical in the context of providing social help.

These areas include the issue of the attitude to mentally ill people and protection of their human rights. The closing part is dedicated to the typology of organisations which provide social help to mentally ill people. Together with the description of services providing individual systems of the social care, the thesis also includes their critical assessments.

**Keywords:** social help, mental disease, entity of social help

Děkuji panu prof. PhDr. Musilovi, CSc. za jeho vstřícnost a mé rodině za toleranci po dobu mého studia.

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

Michaela Paurová

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>9</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>11</b>
<b>1 SOCIÁLNÍ POMOC V ČESKÉ REPUBLICE</b> .....	<b>12</b>
1.1    DEFINICE SOCIÁLNÍ POMOCI .....	12
1.2    SOCIÁLNÍ POMOC V KONTEXTU SOCIÁLNÍ POLITIKY .....	13
1.3    ÚROVNĚ A METODY SOCIÁLNÍ POMOCI .....	16
1.3.1    Specifika sociální pomoci .....	19
1.4    SUBJEKTY SOCIÁLNÍ POMOCI .....	20
1.4.1    Subjekty sociální pomoci lidem s psychickým onemocněním .....	22
1.4.2    Ambulantní péče .....	23
1.4.3    Intermediární péče.....	25
1.4.4    Lůžková péče .....	25
1.4.5    Komunitní péče .....	27
1.5    ETIKA SOCIÁLNÍ POMOCI .....	28
<b>2 PSYCHICKÁ NEMOC</b> .....	<b>32</b>
2.1    DEFINICE PSYCHICKÉ NEMOCI .....	32
2.2    KLASIFIKACE A POPIS PSYCHICKÝCH NEMOCÍ.....	34
2.3    POTŘEBY PSYCHICKY NEMOCNÝCH LIDÍ .....	43
2.4    PŘÍSTUP K PSYCHICKY NEMOCNÝM LIDEM .....	44
2.5    PRÁVA PSYCHICKY NEMOCNÝCH OSOB.....	46
<b>3 KOMUNITNÍ PÉČE PRO OSOBY S PSYCHICKÝM ONEMOCNĚNÍM</b> .....	<b>50</b>
3.1    ANALÝZA KOMUNITNÍ PÉČE V KRAJI HL. MĚSTA PRAHA .....	50
3.2    ANALÝZA KOMUNITNÍ PÉČE NA PELHŘIMOVSKU .....	53
<b>4 KAZUISTIKY OSOB S PSYCHICKÝM ONEMOCNĚNÍM</b> .....	<b>56</b>
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>60</b>
<b>5 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU</b> .....	<b>61</b>
5.1    HLAVNÍ CÍL VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	61
5.2    VYMEZENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU .....	61
5.3    VÝZKUMNÝ VZOREK .....	62
5.4    VOLBA TYPU VÝZKUMU .....	65
5.5    VÝZKUMNÁ METODA .....	65
<b>6 REALIZACE A ZPRACOVÁNÍ VÝZKUMU</b> .....	<b>67</b>
6.1    REALIZACE VÝZKUMU .....	67
6.2    ZPRACOVÁNÍ VÝZKUMU .....	67
6.3    OVĚŘOVÁNÍ HYPOTÉZ .....	68
<b>7 VÝSLEDKY VÝZKUMU A INTERPRETACE DAT</b> .....	<b>69</b>
7.1    INFORMOVANOST JEDINCE O DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍ.....	69
7.1.1    Doba vzniku psychické poruchy .....	69
7.1.2    Definice mentální anorexie a bulimie .....	71
7.1.3    Rozlišení specifické poruchy učení.....	76
7.1.4    Obavy z psychického onemocnění.....	79



7.1.5	Období vzniku schizofrenie .....	81
7.1.6	Možnost léčby schizofrenie a maniodepresivní psychózy .....	83
7.1.7	Rozpoznatelnost psychického onemocnění pro laickou veřejnost.....	86
7.2	POSTOJ RESPONDENTŮ K PSYCHICKY NEMOCNÝM LIDEM .....	88
7.3	DOBROVOLNICKÁ PRÁCE V KOMUNITNÍM CENTRU .....	98
7.4	SHRnutí VÝSLEDKŮ .....	101
7.4.1	Doporučení vyplývající z výzkumu .....	103
7.4.2	Předpokládané využití výsledků .....	103
<b>ZÁVĚR .....</b>		<b>105</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>		<b>106</b>
<b>SEZNAM CITACÍ .....</b>		<b>109</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>		<b>112</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>		<b>113</b>
<b>SEZNAM TABULEK .....</b>		<b>115</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>		<b>117</b>

## ÚVOD

Nemoci jsou běžnou součástí našeho života. Každý z nás byl někdy nemocný a každý z nás se s někým nemocným setkal. Nemoc jsme si prožili na vlastní kůži a díky této osobní zkušenosti víme, co obnáší. Mnohdy sami víme či alespoň tušíme, jak se máme chovat a co dělat, abychom se uzdravili či aby se uzdravil někdo jiný v našem okolí. Tato informovanost nás činí klidnými a připravenými na případné onemocnění. Velkou specifickou skupinu nemocí tvoří nemoci duševní neboli psychické. Ačkoli racionálně uznáváme, že duševní porucha je také nemocí, subjektivně pocítujeme, že duševní nemoc není jako každé jiné onemocnění. V případě setkání s duševně nemocným člověkem pocítujeme spíše neklid a strach. A to přesto, že duševní nemoc patří k nejrozšířenějším nemocem na celém světě.

Duševní nemoc zasahuje všechny lidi bez ohledu na věk, pohlaví, etnicitu či sociální postavení; objevuje se napříč všemi kontinenty, kulturami i společenskými vrstvami. Podle odhadů Světové zdravotnické organizace trpí duševní poruchou či poruchou chování přes 450 milionů lidí po celém světě. Duševní poruchy patří k nejčastějším příčinám pracovní neschopnosti a z globálního hlediska mají silný negativní psychologický, sociální a ekonomický dopad na celou společnost. Přes výše zmíněné skutečnosti je paradoxní stále převládající snaha společnosti odsunout duševně nemocné na okraj, izolovat je.

Tento postoj společnosti se zrcadlí i v samotných mezinárodních a národních legislativách. Ty na jedné straně uznávají, že duševně nemocní jsou výrazně citlivou a ohroženou skupinou, kterou je třeba chránit; na druhé straně jsou však konkrétní kroky k naplnění této snahy minimální. V celosvětovém měřítku se jen malému zlomku duševně nemocných dostane kvalitní a přiměřené péče, kterou potřebují. Ve většině případů musí negativním důsledkům svého zdravotního stavu čelit sami. Můžeme tak říci, že duševní nemoc se stala nejen pro jednotlivce a společnost, ale i pro stát tabu, o kterém se raději příliš nemluví.

Postoj k duševní nemoci je tedy výrazně ambivalentní. Jsme ochotni přiznat, že jde o onemocnění a že si duševně nemocní stejně jako somaticky nemocní jedinci zaslouží určitá privilegia. Specifické chování a prožívání duševně nemocného však většinu z nás vede ke snaze či tendenci takto odlišného člověka posunout někam dál od nás. K izolaci duševně nemocných ve skutečnosti dochází velmi často. Vyloučení nemocného však znemožňuje společnosti širší osobní kontakt s osobou nemocného, a tím do velké míry posiluje víru společnosti ve stigmatizující stereotypy.

O jakousi stavbu mostu mezi společnostmi a duševně nemocnými jedinci, o osvětu v této oblasti a o zmírnění stigmatizace se pokouší organizace, instituce a zařízení poskytující sociální pomoc. Oblast sociální pomoci je – obdobně jako přístup k duševní nemoci – plná rozporů a ambivalencí. Kromě toho, že je na základě svého objektu poskytování pomoci vystavena také negativní stigmatizaci ze strany společnosti, stojí taktéž na okraji zájmu státu. Poskytování sociální pomoci je navíc oblastí, v níž neexistují pevná pravidla. Naopak, jde v ní o citlivé hledání vztahu mezi klientem a pomáhajícím, mezi zájmy a potřebami klienta a obecným blahem a dobrem společnosti, mezi abstraktními formami pomoci a skutečnou situací. I oblast poskytování sociální pomoci je tedy velmi citlivou a zranitelnou sférou.

Cílem této práce je přiblížit, jakým způsobem se tyto dvě oblasti – duševní nemoc a sociální pomoc – prolínají. Na základě studia příslušné literatury se snažím uchopit sociální pomoc a duševní nemoc v jejich komplexnosti a specifičnosti. Záměrem práce pak je nastínit charakter poskytování sociální pomoci psychicky nemocným v České republice.

## I. TEORETICKÁ ČÁST

# 1 SOCIÁLNÍ POMOC V ČESKÉ REPUBLICE

## 1.1 Definice sociální pomoci

*Sociální pomoc* neboli *sociální péči* můžeme definovat jako službu, jež je poskytována „lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit, nebo společnost chránit před riziky, jejichž jsou tito lidé nositeli“ (Matoušek, 2007, s. 9). Sociální pomoc může být poskytována profesionály nebo dobrovolníky, a to jednotlivcům, rodinám, skupinám nebo komunitám. Jejím cílem je „odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů“ (Matoušek, 2008, s. 11). Obecněji řečeno, sociální pomoc podporuje fungování klienta v *nepříznivé sociální* situaci a umožňuje mu (znovu) získat způsobilost k sociálnímu uplatnění. Do definice *nepříznivé sociální* situace podle Zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. spadá: oslabení nebo ztráta schopnosti z důvodu věku či *nepříznivého zdravotního* stavu, *krizová sociální* situace, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, *sociálně znevýhodňující* prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo jiné závažné důvody vedoucí k sociálnímu vyloučení (3). V takovéto situaci pak má každá osoba nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství o možnostech řešení *nepříznivé sociální* situace nebo jejího předcházení. Teprve pokud tyto informace nestačí, tj. pokud se jedinec ocitl v *nepříznivé sociální* situaci tak, že ji není schopen řešit sám a vlastními silami, nastupují prostředky *sociální pomoci* jako poslední síť sociální ochrany.

Sociální pomoc v sobě nese rysy komplexnosti, a to „v přístupu k řešení *sociální situace z hlediska ekonomického, psychologického, zdravotního, právního, sociologického a pedagogického*“ (Mahrová, 2008, s. 9) a zároveň rysy jedinečnosti v podobě specifického přístupu ke každému klientovi a jeho konkrétní *sociální* situaci. Sociální pomoc se tak opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu (Matoušek, 2008).

Mezi základní zásady poskytování sociální pomoci tedy patří důraz na individualizaci v poskytování sociální pomoci. Sociální pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob. Dále je nutné, aby sociální pomoc byla aktivační, „*musí působit na osoby aktivně, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování.*“ (3) Další a neméně důležitou zásadou poskytování sociální pomoci je zachování lidské důstojnosti

osobám, jímž je sociální služba poskytována. Poskytování sociální pomoci tedy vždy musí být v souladu se zájmy osob, jímž je poskytována. Sociální pomoc musí být náležitě kvalitní, musí být poskytována takovými způsoby, aby vždy bylo zajištěno důsledné dodržování lidských práv a základních svobod osob.

## 1.2 Sociální pomoc v kontextu sociální politiky

V civilizovaných společnostech pomoc znevýhodněným vyplývala a dodnes vyplývá z obecného uznání *základních lidských práv*. Imperativ solidarity byl protkнут celým křesťanstvím: všichni lidé jako stvoření Boží si jsou před Bohem rovni a každý je každému bližním. Novou tvář tato premise získala ve velkých novověkých revolucích, jež hlásaly „Volnost- Rovnost- Bratrství“. Všichni lidé ve společnosti si mají být rovni. Jelikož však této absolutní rovnosti nelze ve skutečnosti dostat, je třeba znevýhodněným jejich šance na společenské uplatnění vyrovnávat. Konkrétnější podobu dostaly tyto snahy až ve století dvacátém, kdy se začala formulovat *sociální politika* a specifická skupina lidských práv: *práva sociální*.

*Sociální politiku* je možné definovat jako „*soustavné a cílevědomé úsilí jednotlivých sociálních subjektů o změnu nebo o udržení a provozování (fungování) svého či jiného státního, samosprávného nebo nestátního sociálního systému*“ (Matoušek, 2001, s. 155). Ti, k nimž sociální politika směřuje a kteří z ní mají prospěch, považujeme za *objekty sociální politiky*. Tito jednotlivci nebo skupiny osob jsou definovány určitou společensky uznanou potřebou, kterou *sociální subjekt* chce svou sociální politikou uspokojit. Tuto sociálně uznanou potřebu považujeme za *předmět sociální politiky*. Předmětem sociální politiky nejčastěji bývá sociální klima a sociální ekologie, tedy podmínky života a práce jedince, či sociální události, tedy „*události v lidském životě, které člověk neumí zvládnout vlastními silami a u nichž je sociální subjekt připraven pomoci klientovi zmírnit nebo odstranit jejich příčiny, následky a průvodní jevy*“ (Matoušek, 2001, s. 157).

Nástrojem sociální politiky jsou *sociální práva*. Sociální práva jsou sociální zárukou důstojné lidské existence a jsou vymezena Všeobecnou deklarací lidských práv z roku 1948. Sociální právo je součástí čtvrté hlavy Listiny základních práv a svobod. Mezi základní sociální práva patří: právo na rodinu, právo na práci, právo na životní úroveň, právo na přiměřené pracovní podmínky, právo na sociální zabezpečení a právo na sdružování. Jednotlivá sociální práva jsou v české odborné terminologii souhrnně označovány termínem *sociální zabezpečení*.

Právo sociálního zabezpečení je v demokratických systémech nástrojem, jenž občanovi zajišťuje ochranu jeho sociálních práv, a to především v situacích, v nichž jsou tato práva ohrožena. Právo na sociální zabezpečení je součástí *veřejného práva*, jež vymezuje tzv. *veřejné služby*. Jak vyplývá z názvu, veřejné služby jsou poskytovány v zájmu veřejnosti a jsou financovány z veřejných rozpočtů. V důsledku toho jsou podrobněji definovány legislativou. Zadavatelem veřejných služeb je stát, kraje či obce. Sociální zabezpečení je však na rozdíl od veřejných služeb tvořeno veřejnoprávními i soukromoprávními prvky.

V rámci sociálního státu (státu veřejných sociálních služeb), tj. státu, jež primárně usiluje o ekonomické a sociální zabezpečení občanů prostřednictvím zajišťování veřejných sociálních služeb, můžeme rozlišit tři způsoby sociální ochrany znevýhodněných:

- První způsob tvoří tzv. **sociální pojištění**. Občan se musí povinně pojistit pro případ sociálních událostí, o nichž se předpokládá, že je – pokud nastanou- vlastními silami nevládne. Jedná se například o nemocenské nebo důchodové pojištění.
- Druhým způsobem poskytování sociální ochrany znevýhodněným je tzv. **státní sociální podpora**. „Stát občanům poskytuje dávky v situacích, na které se nepojišťovali, ale zákonodárce o nich soudí, že je v nich pomoc z veřejných rozpočtů žádoucí a nutná“ (Matoušek, 2007, s. 11). Sociální dávky se buď poskytují každému, koho definovaná událost potká (netestované), nebo v závislosti na příjmu žadatele (testované).
- Třetí formou pomoci znevýhodněným je **sociální pomoc**. Sociální pomoc zahrnuje poskytování sociálních služeb i finančních a věcných dávek za účelem uspokojení hmotných, psychických a sociálních potřeb jedince. Sociální pomoc jednak poskytuje klientovi odbornou péči při adaptaci na jeho sociální situaci, jednak v této oblasti slouží jako prevence. Sociální pomoc také spadá pod širší kategorii veřejných služeb. Na rozdíl od služeb veřejných však může být poskytována i mimo státní sociální pomoc, a to buď jako služba komerční na základě kontraktu mezi poskytovatelem a příjemcem pomoci, nebo jejím poskytovatelem může být nestátní subjekt, který ji poskytuje uživatelům bezplatně. Sociální pomoc tedy poskytují jak instituce veřejnoprávní, tak instituce soukromoprávní, v nichž stát hraje pouze roli garanta dodržování základních lidských práv. V rámci plnění úkolů sociální péče státní orgány úzce spolupracují se společenskými organizacemi (3).

Z výše uvedeného vyplývá, že termín *sociální pomoc* je velmi široký. V České republice je sociální pomoc řízena těmito resorty: Ministerstvem zdravotnictví, Ministerstvem práce a

sociálních věcí, Ministerstvem školství mládeže a tělovýchovy, Ministerstvem vnitra a Ministerstvem spravedlnosti.

Zákon o sociálních službách rozlišuje v rámci *sociální pomoci* tři základní oblasti, jimiž jsou sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Současně obsahuje formy, v nichž se sociální služby mohou poskytovat. Jedná se o služby pobytové, ambulantní a terénní (Matoušek, 2007).

- Cílem *sociálního poradenství* je poskytnutí klíčových informací, které by přispěly k řešení nepříznivé sociální situace klienta (Matoušek, 2007). Sociální poradenství dělíme na základní sociální poradenství, jež jsou povinni poskytnout všichni poskytovatelé sociálních služeb, a odborné sociální poradenství, jež poskytují specializované poradny a jež je zaměřeno na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin. Odborné poradenství se tak dále dělí podle svého zaměření, nejčastěji podle cílové skupiny nebo definovaného jevu.
- *Služby sociální péče* napomáhají lidem zajistit si fyzickou i psychickou soběstačnost. Poskytnutí služby sociální péče jedince podporuje, aby aktivně hledal řešení nepříznivé sociální situace a aby za svoji životní perspektivu převzal odpovědnost. Proto poskytování služeb sociální péče v maximální možné míře podporuje samostatnost a soběstačnost klienta a jeho zapojení do běžného života společnosti. V případě, kdy toto vylučuje klientův stav, zajišťují služby sociální péče klientovi důstojné prostředí a zacházení. Mezi služby sociální péče zákon řadí například osobní asistenci, tísňovou péči, pečovatelskou službu, domovy pro seniory, chráněné bydlení, centra denních služeb, domovy pro osoby se zdravotním postižením aj.
- *Služby sociální prevence* se zaměřují na jevy a situace, jež spadají do oblasti tzv. sociálně negativních jevů, jakými jsou například kriminalita, užívání návykových látek, bezdomovectví a jiné. Cílem služeb sociální prevence je jednak pomoci klientům překonat nepříznivou sociální situaci, jednak „*chránit společnost před vznikem a šířením společensky nežádoucích jevů*“ (Matoušek, 2007, s. 44). Mezi služby sociální prevence například patří azylové domy, domy na půl cesty, krizová pomoc, nízkoprahová zařízení, telefonická krizová pomoc, noclehárny, terapeutické komunity, terapeutické dílny, služby následné péče aj.

Cílem všech organizací, státních, nestátních i samosprávných subjektů poskytujících sociální pomoc je vytvořit fungující dialog a vzájemnou spolupráci mezi společností a jejími normami a klientem a jeho potřebami. V pozadí všech těchto humánních snah zabývat se



potřebami znevýhodněných lidí paradoxně stojí obava, „že ignorování určitých potřeb může vést k závažným konfliktům, případně k destabilizaci celé společnosti“ (Matoušek, 2007, s. 10).

### 1.3 Úrovně a metody sociální pomoci

Cílem sociální pomoci je poskytnout klientům tzv. *sociální oporu*, jíž se v širším slova smyslu rozumí taková pomoc, jež je poskytována druhými jedinci člověku, který je v zátěžové situaci (Křivohlavý, 2003). Jedná se tedy o pomocnou či podpůrnou činnost, která jedinci v tísní jeho zátěžovou situaci určitým způsobem ulehčuje. Rozsah sociální opory lze definovat na třech úrovních. *Makroúroveň sociální opory* zahrnuje celospolečenskou formu pomoci potřebným. *Mezourovň sociální opory* míníme sociální oporu tam, kde se určitá sociální skupina snaží pomoci svým členům, popřípadě lidem ve svém okolí. Jde-li o pomoc či podporu, jež danému člověku poskytuje osoba či osoby jemu nejbližší, mluvíme o *mikroúrovni sociální opory*.

Na *mikroúrovni* se setkáváme se sociální pomocí ve formě tzv. *případové práce*. Případová práce poskytuje individuální pomoc jednotlivcům (popřípadě i jejich rodinám), kteří potřebují podporu formou osobní pomoci. Základem případové práce je nejen pochopení jedince, ale také „porozumění rodině, komunitě, společnosti, kultuře a znalost těch sociálně-zdravotnických služeb, které nabízejí možnost zbavit se nedůstojných životních podmínek“ (Matoušek, 2008, s. 67). Případová práce je zaměřena na eliminaci či úplné odstranění takových jevů, které okolní společnost definuje jako „sociální problém“ (Řezníček, 1994, s. 43). Jde tedy o řešení problémů, které klienta určitým způsobem omezují, tj. znemožňují mu optimálně využívat svých vnitřních i vnějších možností. Problémy klienta nejčastěji vyplývají buď z prostředí, nebo mají charakter mezilidský (nejčastěji rodinný), popřípadě se jedná o problémy vnitřní (intrapsychické). Za hlavní činnost při práci s případem je považováno poradenství.

Dalším typem práce s případem je *krizová intervence*. Krizová intervence je zaměřena na zvládnutí akutního problému. Proto by pomoc touto formou měla být okamžitá a snadno dostupná. Cílem krizové intervence je pomoci maximálně snížit ohrožení klienta, *objevit a posílit jeho schopnost vyrovnat se zátěží tak, aby jeho adaptace posílila jeho růst a integritu a aby se pokud možno předešlo negativním, destruktivním způsobům řešení situace*“ (Matoušek, 2008, s. 130). Příkladem krizové intervence je činnost linek důvěry nebo krizových center.

Formou individuální pomoci je i tzv. *mediace*. Mediáci můžeme definovat jako metodu vyjednávání a hledání konstruktivních řešení konfliktů s pomocí vyškoleného zprostředkovatele. Mediace je specifickým, neformálním, strukturovaným procesem řešení konfliktů. Nejčastěji se jedná o občasná spory, problémy v rodině, komunitě či konflikty uvnitř institucí. „*Mediátor jako nezávislá a nezájatá osoba pomáhá stranám identifikovat jejich zájmy a podporuje je v hledání společných praktických a reálných řešení v bodech, které způsobily konflikt*“ (Matoušek, 2008, s. 138). Výsledkem úspěšné mediace je uskutečnitelná dohoda, která uspokojí všechny strany mediačního procesu.

Na střední úrovni sociální pomoci se setkáváme s *prací se skupinou*. *Skupinovou pomoc* můžeme definovat jako „*psychosociální působení na skupinu lidí s nějakým společným znakem s cílem, aby se stali celistvou osobností nebo ji znovu objevili a mohli se celkově zdravě vyvíjet*“ (Mahrová, 2008, s. 22). Tímto sjednocujícím znakem skupiny může být společný problém (skupiny homogenní; psychoterapeutické; svépomocné; skupiny setkání) nebo cíl (skupiny úkolově zaměřené; skupiny zaměřené na dosažení sociálních cílů). Poskytování pomoci v rámci práce se skupinou je jednou z nejefektivnějších forem pomoci, neboť je v souladu s lidskou přirozeností. Skupina pak působí jako prostředek i kontext systému pomoci. V sociální práci rozlišujeme tři druhy práce se skupinou, a to skupinovou sociální práci, skupinovou terapii a sociální práci se skupinou:

- *Skupinová sociální práce* je procesem směřujícím k posílení sociálního fungování jednotlivých členů skupiny i skupiny samé prostřednictvím tradiční skupinové práce. Se skupinovou sociální prací se nejčastěji setkáváme v nemocnicích, věznicích, v centrech péče o duševně nemocné, v azylových domech atd.
- *Skupinová terapie* je na rozdíl od skupinové sociální práce strategií více zaměřenou na pomoc jednotlivcům, v níž si poskytovatel pomoci po celou dobu uchovává centrální pozici vůči klientům.
- *Sociální práce se skupinou* je primárně zaměřena na skupinu, na její potřeby, snahy a směřování. Cílem sociální práce se skupinou je v maximální možné míře rozvinout vzájemnou pomoc a soudržnost mezi členy skupiny, jež by vedla k rozvoji skupiny a její autonomie. Sociální pracovník zde vede skupinu k soběstačnosti a svépomoci, podporuje a zkvalitňuje komunikaci mezi členy skupiny a posiluje vědomí smysluplnosti práce ve skupině.

Druhem práce se skupinou je dále tzv. *streetwork*. Pojmem *streetwork* se míní specifická vyhledávací, mobilní, terénní sociální práce, jež zahrnuje aktuální nízkoprahovou nabídku

sociální pomoci osobám, zpravidla mladšího věku, „žijícím rizikovým způsobem života, u nichž je předpoklad, že sociální pomoc potřebují a dosud nejsou v kontaktu s příslušnou institucí“ (Matoušek, 2008, s. 169).

Zvláštním typem práce se skupinou je *práce s rodinou*. Typy služeb poskytovaných rodinám se dělí podle délky trvání (krizové; dlouhodobé), podle prostředí, v němž je sociální pomoc rodině poskytována (domácí prostředí; ambulance, skupina, komunita), dále podle užitých metod práce s rodinou (např. poradenství, terapie, svépomocná skupina) a nakonec podle problému, který byl impulsem k práci s rodinou (např. rozvod, ohrožení dítěte, domácí násilí atd.). Služby, které jsou v rámci práce s rodinou nejčastěji poskytovány, jsou pak tyto: krizové služby, poradenské služby, terapeutické služby, preventivní služby a vzdělávací programy.

Mluvíme-li o makroúrovni sociální pomoci, míníme tím nejčastěji pomoc v rámci *komunity*. *Komunita* je definována svými hranicemi (geografickými, politickými, sociálními či ekonomickými), svými nosnými pilíři (sdílené hodnoty, společné cíle, problémy, zájmy) a svojí strukturou (formální a neformální instituce a organizace). Komunitu tedy můžeme obecně definovat na základě tří kategorií: na základě lokality; na základě skupiny lidí, kteří mají společné stejné podmínky; popřípadě na základě skupiny lidí, jež spojuje společný problém. Typické pro komunitu je, že mezi jejími členy existují vzájemné sociální vazby (citové vazby, ekonomické vazby, spoluúčast na aktivitách atd.).

*Komunitní práci* pak můžeme definovat jako „*pomoc lidem v konkrétních životních situacích v určitém územním celku, bez ohledu na to, zda jde o jednotlivce, skupinu, nebo celou komunitu*“ (Mahrová, 2008, s. 25). Podpora v rámci komunity spočívá v procesu pomáhajícím klientům, „*aby společnou aktivitou vyřešili problém místní komunity, případně zlepšili podmínky svého života v komunitě*“ (Matoušek, 2003, s. 95). Blízký pojmu *komunitní práce* je pojem *komunitní péče*. *Komunitní péče* představuje proces směřování k takovému uspořádání služeb (zejména sociálních, zdravotních, vzdělávacích a dalších) pro skupiny lidí „na okraji“ (např. lidé fyzicky či duševně nemocní, senioři atd.), „*aby mohly zůstat se svým handicapem ve své komunitě a žít v ní plnohodnotný život*“ (Matoušek, 2008, s. 255). Pojmem *komunitní péče* pak označujeme jak péči poskytovanou v rámci komunity (care in the community), tak péči poskytovanou členy komunity (care by the community).

Pro komunitní práci je typické, že se uskutečňuje prostřednictvím a ve prospěch většího množství lidí, „*že je k ní třeba spolupráce s představiteli samosprávné nebo státní politické*

*moci a že se v ní angažují občanskí aktivisté nebo přímo obyvatelstvo“* (Bergerová, 2002, s. 60). Cílem komunitní práce je mobilizace občanské svépomoci. Sociální pracovníci tu pak přejímají roli podněcovatelů a organizátorů činnosti.

V praxi se rozlišují následující typy komunit:

- Občanská komunita (společenství osob, které spojují společně vykonávané aktivity);
- Terapeutická komunita (léčebná instituce, v jejímž rámci se klienti spolupodílejí na léčbě);
- Výcviková komunita (společenství osob, jejichž společným cílem je sebepoznání, nácvik dovedností, postojů, komunikace atd.);
- Spirituální komunita (společenství osob, které sdílí společné ideje, názory, myšlenky a hodnoty).

Rozvoj komunitní péče podporuje proces tzv. deinstitucionalizace v poskytování sociální pomoci. Přesun těžiště sociální pomoci z institucí do přirozených společenství vede ke zkvalitňování a individualizaci poskytované pomoci a slouží jako prevence neopodstatněných hospitalizací v nemocnicích a léčebnách (Matoušek, 2007).

### 1.3.1 Specifika sociální pomoci

Duševní nemoc je závažným onemocněním, které negativně ovlivňuje fyzickou, psychickou, sociální i duchovní rovinu člověka. Duševní porucha snižuje funkční kapacitu jedince a nepříznivě ovlivňuje mnoho základních oblastí a aspektů každodenního života. Duševně nemocný člověk má problémy především v těchto aspektech: osobní hygiena, sebeobsluha a autonomie; mezilidské vztahy a interakce; ekonomická soběstačnost. Klienti nejčastěji potřebují komplexní pomoc ve všech těchto oblastech: oblast zdraví, oblast sociální, oblast práce, oblast bydlení, oblast volného času. Různorodost příčin i následků duševní nemoci tak vyžaduje, aby se duševně nemocnému jedinci dostávalo péče, léčby, pomoci a podpory od multidisciplinárního týmu. Týmová práce, jež se stala základním principem moderní psychiatrické péče, je založena na spolupráci specialistů a koordinaci postupu. Činnost kvalifikovaného sociálního pracovníka je zde nezastupitelná, v některých případech dokonce primární.

*„Sociální pracovník přináší do týmu svou kvalifikaci pro práci s lidskými vztahy a s životními podmínkami, které ovlivňují schopnost nemocných naplňovat své životní cíle a uskutečňovat plány nebo které jim opakovaně způsobují problémy“* (Matoušek, 2010, s.

142). Sociální pracovníci jsou nejčastěji specializováni v těchto oblastech: psychiatrická rehabilitace; případové vedení- poradenství; psychoterapie. Sociální pracovník pracuje jak s jednotlivcem, tak s jeho rodinou, okolím i širším společenstvím a komunitou. Komplexnost potřeb duševně nemocných navíc vyžaduje, aby poskytovatelé sociálních služeb spolupracovali s dalšími složkami péče na různých úrovních (zařízení, obec, stát). Sociální pomoc se může v rámci péče o duševní zdraví různit svým rozsahem, zaměřením i cílovou skupinou. Duševně nemocní lidé od sociálních pracovníků nejčastěji potřebují buď cílenou pomoc, nebo specifickou intervenci, nebo komplexní zdravotně-sociální péči (Matoušek, 2010), a to jak na rovině ústavní, tak na rovině mimoústavní.

Kromě toho mají pracovníci a poskytovatelé pomoci v oblasti péče o duševní zdraví ještě jeden specifický úkol, a tím je prevence stigmatizace a diskriminace. Stigmatizací a diskriminací trpí nejenom duševně nemocní; jejich objekty se stávají i jejich blízcí a profesionálové. Stigmatizace představuje začarovaný kruh: ti, kteří jsou objektem stigmatizace, v mnohých případech stigma zvnitřňují, snaží se o vyrovnání s ním tak, že se stahují do izolace či vstupují do agresivních konfrontací s okolím. Tímto způsobem však posilují stigmatizující stereotypy (Matoušek, 2010, s. 134).

#### 1.4 Subjekty sociální pomoci

Poskytovatelem sociální pomoci a zřizovatelem zařízení poskytujících sociální pomoc je v České republice buď *vládní* sektor, nebo sektor *nevládní, občanský*.

Poskytováním sociální pomoci v kontextu *vládního sektoru* míníme podporu „v rámci státní správy nebo místní samosprávy založené a financované organizace zdravotnické a sociální sféry“ (Řezníček, 1994, s. 59). Zřizovatelem státních zařízení poskytujících sociální pomoc je v České republice *Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR*, které je zřizovatelem specializovaných ústavů s celostátní působností.

Poskytovatelem sociálních služeb je dále *sektor nevládní, občanský*. „V občanském sektoru působí subjekty, jejichž hlavní charakteristika (kromě dobrovolnictví, nezávislosti na státu a obecné prospěšnosti) je, že nejsou zřizovány za účelem podnikání“ (Bergerová, 2002, s. 143). To znamená, že případné zisky takovýchto subjektů se nerozdělují v rámci organizace, nýbrž jsou použity k dalšímu rozvoji organizace (např. ke zkvalitnění poskytovaných služeb, ke zvýšení objemu poskytovaných prostředků třetí osobě atd.).

Tzv. *nestátní neziskové organizace (NGO Non-Governmental Organization)* vznikají v České republice především od roku 1990. Od osmdesátých let je patrná tendence směřovat ke „zpětnému procesu „deinstitucionalizace“ a „deetatizace“ formou částečného návratu k nevládní charitativní činnosti a k přirozenějšímu poskytování podpory a pomoci v podmínkách městských čtvrtí a obcí, při současném snižování administrativy a posilování koordinace vládního a nevládního sektoru a jejich zařízení“ (Řezníček, 1994, s. 59). Přestože organizace občanského sektoru patří svou podstatou k soukromoprávním subjektům, je ve většině případů jejich činnost závislá na výrazné podpoře státu. Pouze malé množství z nich je financováno nevládními nadacemi, popřípadě prostřednictvím sbírek obyvatelstva. Vůči organizacím státního sektoru si však organizace sektoru občanského zachovávají řadu předností, jimiž je například neformální atmosféra, individuální přístup ke klientům, orientace na místní problémy, komunitní práce, využití dobrovolnické pomoci atd. Proto se nevládní organizace, sdružení a nadace prosazují především v těch oblastech sociální pomoci, v nichž se státní sektor neprojevuje jako příliš efektivní.

Na druhé straně se v souvislosti se zřizováním a fungováním nestátních subjektů setkáváme se závažným nedostatkem, a tím je skutečnost, že neexistují žádné zákonné požadavky či specifika na činnost poskytovatelů sociálních služeb a na kvalitu služeb. Tento nedostatek je částečně vyřešen povinností registrace poskytovatelů sociálních služeb zavedenou Zákonem o sociálních službách. Registrace a kontrola kvality služeb pak mají chránit „zájmy uživatelů, kteří se v situaci své bezmoci, ať už fyzické, kdy jsou připoutáni na lůžko a odkázáni na pomoc další osoby, nebo psychické, kdy nejsou schopni reálně posoudit situaci, mohou stávat oběťmi zneužití ze strany organizace, na které jsou plně závislí“ (Richterová, 2002, s. 33). V souvislosti s tímto problémem navrhlo Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR tzv. standardy kvality sociálních služeb. „Standardy kvality sociálních služeb doporučené MPSV od roku 2002 se staly právním předpisem závazným od 1.1.2007“ (11). Tyto standardy slouží poskytovatelům sociálních služeb jako vodítko v poskytování sociálních služeb a Ministerstvu práce a sociálních věcí jako kritérium při výběru nevládních organizací, kterým bude poskytnuta státní dotace.

Subjekty občanského sektoru, jež poskytují sociální pomoc, tedy formami nestátních neziskových organizací jsou:

- *Občanská sdružení:* Občanské sdružení je nejstarší a také nejrozšířenější právní formou nestátní neziskové organizace v České republice. Základem občanských sdruže-

ní je „zapojení občanů do činnosti těchto sdružení na osobním členském principu“ (Bergerová, 2002, s. 151). Svoboda členství je zde vyjádřením svobody osobní. Cílem občanských sdružení je buď sdílení společných zájmů, nebo obecně prospěšná činnost. Typem občanského sdružení jsou spolky, společnosti, svazy, hnutí, kluby a odbory.

- *Obecně prospěšné společnosti*: Obecně prospěšná společnost poskytuje veřejnosti obecně prospěšné služby za předem stanovených a pro všechny uživatele stejných podmínek. Veškerý zisk těchto společností musí být použit ve prospěch služeb, pro které byla obecně prospěšná činnost založena.
- *Církev a náboženské společnosti*. Církvi nebo náboženskou společností se rozumí dobrovolné sdružení osob za účelem vyznávání určité náboženské víry v organizaci s vlastní strukturou, orgány a předpisy, a s tím spojeného shromažďování, bohoslužeb, vzdělávání a duchovní služby.
- *Politické strany a hnutí*.
- *Nadace a nadační fondy*: Nadace jsou zvláštním druhem nestátních neziskových organizací. Nadace totiž mohou činnost poskytovatelů sociálních služeb financovat, nemohou však samy dané služby poskytovat. Nadace disponují určitým majetkem, který podle vlastního rozhodnutí používají k podpoře činností nebo projektů ve veřejném zájmu. Nadace jsou nezávislé na vládních nebo jiných veřejnoprávních orgánech.
- Zřizovatelem nestátních neziskových organizací mohou být některé veřejné subjekty zřizované územními samosprávnými celky (kraj, obec, samosprávná část obce). *Kraje a obce v rámci své samostatné působnosti zřizují sociální služby „bud' jako vlastní organizační složky bez právní subjektivity, nebo jako příspěvkové organizace, které mají samostatnou právní subjektivitu“* (Matoušek, 2007, s. 12).
- *Fyzické osoby*: Poskytovatelem sociálních služeb mohou být v České republice vedle organizací také fyzické osoby.

#### 1.4.1 Subjekty sociální pomoci lidem s psychickým onemocněním

Duševní poruchy provázejí lidstvo po celou jeho existenci. Popis některých duševních onemocnění lze nalézt již ve starověku. V té době byla duševní nemoc chápána jako projev božího hněvu či jako důsledek posedlosti ďáblem. Proto byly duševní poruchy „lčeny“ na posvátných místech, především pomocí modliteb a zařikávání. S těmito mystickými názory

skoncovali významní antičtí lékaři, zejména pak Hippokrates a Galén, kteří duševní nemoci považovali za projev tělesného onemocnění. Středověk v Evropě probíhal ve znamení opětovného navrácení se k přesvědčení o nadpřirozeném původu duševních nemocí a s ním spjatého nevídaného rozšíření čarodějnických procesů. Postavení duševně nemocných bylo v těchto dobách velmi nízké. Od 15. století sílí názory lékařů o tělesné podstatě duševních poruch a objevují se taková zařízení, jako jsou klášterní špitály či špitály městské, které duševně nemocným alespoň zčásti poskytují ochranu a azyl. Jedním z prvních zařízení na našem území byl azyl pro duševně nemocné ve Znojmě z roku 1458 (Malá, 2002, s. 12).

K pokroku v léčbě o duševně choré dochází v našich zemích především za vlády Marie Terezie, která v souladu s osvícensko-humanistickým myšlením ruší zákon o čarodějnictví (1755). Za vlády jejího syna Josefa II. dochází k rozvoji specializované péče o duševně nemocné. V roce 1784 vzniká v Brně Ústav pro pomatené, v roce 1790 je v Praze založena Všeobecná nemocnice a v roce 1846 vzniká taktéž v Praze tzv. Nový dům, jež slouží jako psychiatrická klinika. V druhé polovině 19. století vznikají specializované psychiatrické léčebny (Kosmonosy, Černovice, Dobřany a další) a psychiatrické kliniky a psychiatrická oddělení v rámci nemocnic. Po roce 1989 je patrná snaha o redukci počtu nemocničních a léčebných lůžek ve prospěch tzv. ambulantní péče. Rozvíjí se především taková zařízení, jako jsou denní sanatoria, krizová centra a zařízení komunitního charakteru.

#### 1.4.2 Ambulantní péče

*Ambulantní péče* zahrnuje ošetření pacientů v lékařské ordinaci, která je součástí buď nemocnice, nebo polikliniky, nebo jiného zdravotnického zařízení. *Ambulantní péče* je z hlediska počtu ošetřených klientů s duševním onemocněním nejčastěji využívanou formou péče (podle *Ústavu zdravotních informací a statistiky ČR* ambulantní lékaři ošetří téměř půl miliónu pacientů s duševním onemocněním ročně (24)). Ambulantní zařízení se zaměřují především na diagnostickou, léčebnou a preventivní péči a na krizovou intervenci. Ambulantní péče hraje v péči o duševně nemocné významnější roli, než je tomu u somaticky nemocných jedinců. Za prvé proto, že ambulantní lékaři jsou mnohdy prvním poskytovatelem pomoci duševně nemocným; za druhé proto, že duševní nemoc mívá často delší, obvykle periodický průběh, který vyžaduje dlouhodobý a kontinuální vztah klienta a ambulantního lékaře.

Ambulantní péče je silně provázána s péčí lůžkovou: až u 50% klientů je po ukončení hospitalizace nutná trvalá, či dočasná ambulantní péče. V českém lékařství převažuje silná



tendence přesunout akutní lůžkovou psychiatrickou péči do psychiatrických oddělení nemocnic, s důrazem na vybudování rozsáhlé sítě ambulantních a intermediárních služeb a péče. Od ambulantní péče se tak očekává, že bude schopna poskytovat péči většímu počtu a širšímu spektru pacientů, než je schopna poskytnout péče lůžková. Přestože podle údajů Ústavu zdravotních informací a statistiky České republiky počet zařízení poskytujících ambulantní pomoc psychicky nemocným stále narůstá, je tato síť nadále enormně vytižená. Dalším nedostatkem poskytování ambulantní péče je, že zcela chybí závazné standardy poskytovaných služeb. Kvalita péče se tak do velké míry odvíjí od systému financování lékařského výkonu. Kvalita a rozsah poskytované péče je tak limitována (např. v České republice prakticky neexistuje práce mimo ambulanci, tj. domácí návštěvy psychiatra nebo psychologa).

Ambulantní péče je poskytována nejčastěji v těchto zařízeních:

*Ordinace všeobecných lékařů:* Přestože jsou všeobecní lékaři mnohdy prvními, kteří přijdou do kontaktu s psychicky nemocným jedincem jako s pacientem, tj. jako první diagnostikují psychické onemocnění, je podle Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví zapojení všeobecných lékařů do péče o psychické zdraví stále nedostatečné. Poskytování pomoci psychicky nemocným všeobecnými lékaři se stává problematickou oblastí z několika důvodů: všeobecní lékaři jsou značně omezeni v předepisování některých skupin léků; ambulance všeobecných lékařů jsou značně přetížené; pomoc poskytovaná praktickými lékaři je velmi časově omezená.

*Ambulantní psychiatrická a psychologická zařízení:* Ačkoli ambulantní psychiatrická zařízení ošetří drtivou většinu klientů s psychickým onemocněním a ačkoli jsou v lepších stavu než zařízení lůžková, potýkají se i ony s množstvím problémů. Prvním z nich je nedostatek psychiatrických ambulancí, především pak těch, které poskytují psychoterapeutickou péči. Dalším problémem je jejich regionálně nerovnoměrné rozložení, a tudíž jejich nedostupnost. Tyto nedostatky se snaží zmírnit Psychiatrická společnost České republiky navrhovanou reformou v psychiatrii. Jedním z jejích cílů je přesunutí psychiatrické péče z psychiatrických léčeben do nemocnic, poliklinik a jiných zdravotnických zařízení, tedy zpřístupnění psychiatrické péče většímu počtu lidí. Dalším nedostatkem je nízký počet sociálních pracovníků v ambulantních zařízeních. Tato situace je ještě více alarmující v oblasti poskytování krizové pomoci v terénu. Tyto problémy zesilují již tak velký tlak na ošetření velkého množství pacientů ambulantním lékařem, psychologem či psychiatrem.

Příkladem těchto zařízení jsou *psychologické a psychiatrické poradny a centra duševního zdraví*.

### 1.4.3 Intermediární péče

*Intermediární péče* je způsob lékařské a zdravotní péče, jež se nachází mezi péčí intenzivní a standardní. Tento druh péče poskytuje klientům dlouhodobější a systematictější služby, než jim mohou být poskytnuty v rámci ambulantní péče, a to bez nutnosti hospitalizace. Můžeme tedy říci, že intermediární péče vyplňuje oblast mezi péčí ambulantní a lůžkovou.

*Denní stacionář*: Denní stacionář je forma ambulantní sociální služby, jež je poskytována lidem, kteří se v důsledku svého stavu (fyzického, psychického) neobejdou bez neustálé pomoci a kontroly jiné fyzické osoby. Duševně nemocní, kteří využívají služeb denního stacionáře, obvykle bydlí s rodinou či v chráněném bydlení a do služby docházejí na určitou část dne. Denní stacionáře tak vycházejí vstříc nejen nemocnému, ale také jeho ošetřujícímu okolí. Cílem denních stacionářů je především omezení nutnosti hospitalizace a poskytování individuálních i skupinových terapeutických programů.

*Komunitní sociorehabilitační služby*: Sociorehabilitační služby představují významný prostředek zkvalitnění péče o duševně nemocné. Komunitní sociorehabilitační služby poskytují pomoc a podporu klientům především v oblasti práce, bydlení a volnočasových aktivit. Řadí se sem také terénní pomoc a práce s klientem. Tyto služby jsou zřizovány a zajišťovány výhradně neziskovými organizacemi. Rozšíření těchto služeb v České republice je však vzhledem k poptávce a vzhledem k jejich účinnosti neodpovídající.

*Krizová intervence*: Krizovou intervencí zajišťují především krizová centra, z nichž některá poskytují případnou krátkodobou lůžkovou péči či krizovou intervencí v domácnosti klienta, a krizové telefonní linky.

### 1.4.4 Lůžková péče

*Lůžková péče* v rámci péče o duševně nemocné je v České republice poskytována především *psychiatrickými léčebnami, psychiatrickými odděleními* nebo *psychiatrickými klinikami* nemocnic. Lůžková péče v psychiatrických léčebnách či na psychiatrických odděleních se specializuje na léčbu závažných duševních onemocnění, jež vyžadují hospitalizaci pacienta. Lůžková péče je zaměřena především na ty jedince, kteří v důsledku svého psychického stavu vyžadují neustálý dohled či ošetřování a specializované prostředí.

*Psychiatrické léčebny:* Léčebny zajišťují především léčby psychiatrické, sexuologické, protialkoholické a protitoxikomanické. V lůžkové péči se ročně léčí zhruba desetina pacientů v porovnání s počtem pacientů léčených ambulantně.

V České republice se jako hlavní problém psychiatrických léčeben jeví jejich materiální, stavební a hygienická zanedbanost (prakticky všechny léčebny jsou umístěny v objektech starších 100 let) a dále nedostatek psychiatrických odborníků, sociálních pracovníků a zdravotních sester. Podle Koncepce oboru psychiatrie Psychiatrické společnosti ČR je hospitalizací v psychiatrických léčebnách příliš a trvají neodůvodněně dlouho. V současné době je počet lůžek v psychiatrických léčebnách okolo 10.500 lůžek, čímž na 10 000 obyvatel připadá 11 lůžek. V zemích s nejrozvinutějším systémem péče o duševní zdraví je počet lůžek méně než poloviční. Průměrná délka hospitalizace je pak 79 dní. Podle Psychiatrické společnosti České republiky by bylo možné zkrátit dobu hospitalizace a nahradit ji denními stacionáři (25). Ani geografické rozložení psychiatrických léčeben neodpovídá trendům navržených Světovou zdravotnickou zprávou (2001), která zdůrazňuje potřebu malých zařízení s dobrou vazbou na komunitu. V České republice má 10 psychiatrických léčeben přes 600 lůžek a jejich spádová oblast je přibližně jeden milion obyvatel.

Klíčovou otázkou podle Psychiatrické společnosti je, kdo by byl zodpovědný za realizaci těchto navrhovaných změn. Problémy psychiatrických léčeben a duševně nemocných pacientů stojí na okraji vládních zájmů. Stejně tak se tato aktivita nedá očekávat od vedoucích pracovníků psychiatrických léčeben, kteří jsou naopak motivováni k zaplnění lůžek svých léčeben. Tlak a vliv tzv. pacientských organizací, tedy organizací uživatelů této péče, je zatím velmi slabý. Jednou z možností, jak tento skrytý problém řešit, je podle Psychiatrické společnosti zaměření se na zlepšení měření kvality péče (25).

Ústavní forma péče o duševně nemocné je jednou z nejrizikovějších oblastí také z hlediska zajištění dodržování lidských práv a základních svobod. Klient může být k léčbě v těchto zařízeních přijat buď na základě informovaného souhlasu, nebo na základě zástupného souhlasu, nebo v případě, kdy představuje pro sebe nebo pro své okolí značné nebezpečí, na základě soudního rozhodnutí.

*Psychiatrická oddělení:* Psychiatrická oddělení jsou zřizována v rámci všeobecných nemocnic. Podle údajů Politiky péče o duševní zdraví ČR je v současnosti v České republice 27 psychiatrických oddělení. Průměrná kapacita psychiatrického oddělení je 50 lůžek. Psy-

chiatrická oddělení poskytují především krátkodobou akutní hospitalizaci. Průměrná délka hospitalizace v nich činí 24 dní.

*Ústavy sociální péče:* Ústavy sociální péče poskytují především azylovou péči. V současnosti existují tři ústavy sociální péče zaměřené na problematiku psychicky nemocných osob. Jejich provozovatelem je Magistrát hl.m. Prahy.

#### 1.4.5 Komunitní péče

Pojem komunitní péče neoznačuje pouze péči v místním společenství, ale též služby, které poskytuje obec, tzn. péči, jež směřuje na potřeby lidí, nikoli na budování institucí (Matoušek, 2010). Rozmach komunitní péče přináší zkvalitnění poskytované pomoci. Komunitní péče představuje dostupnost služeb, jejich flexibilitu a pružnost, orientaci na potřeby a způsob života uživatele a uplatnění klientů i jejich rodin při utváření i kontrole kvality služeb. V České republice je komunitní péče o psychicky nemocné zajišťována nestátními neziskovými organizacemi a je poskytována nejčastěji ve formě sdružení psychicky nemocných.

*Sdružení duševně nemocných:* Sdružení duševně nemocných pomáhají lidem s psychickou nemocí žít plnohodnotný život ve společnosti. Za tímto účelem rozvíjí široký soubor sociálních a pracovních rehabilitací, které směřují k nabytí praktických životních dovedností. Sdružení duševně nemocných podporuje aktivní zapojení klienta a jeho rodiny do procesu řešení a odstraňování problémů. Sdružení spolupracují i s jinými složkami sociální a zdravotní péče na všech úrovních (obec; region, stát) za účelem zkvalitnění služeb a jejich dalšího rozšíření. Mezi nejvýznamnější sdružení duševně nemocných v České republice například patří (28):

*Fokus Praha:* Sdružení pro péči o duševně nemocné. Fokus Praha je zastřešující organizací osm Fokusů působících v České republice. Lokalita: Praha, Písek, Vysočina, Ústí nad Labem, Turnov, Tábor, Mladá Boleslav, Liberec, Opava, České Budějovice.

*Vida:* Občanské sdružení VIDA je celonárodní organizace lidí s duševním onemocněním, kteří pomáhají stejně nemocným lidem, jejich rodičům a příbuzným. Lokalita: Praha, Brno, Plzeň, Jeseník, Rakovník, Kolín, Pardubice, Ústí nad Labem.

*Autistik:* Občanské sdružení zaměřené na pomoc občanům postiženým autismem a jejich rodinám. Lokalita: Praha.

*Práh*: Občanské sdružení Práh nabízí lidem s psychotickým onemocněním pomoc a podporu při jejich začleňování do běžného života. Lokalita: Brno.

*Green Doors*: Green Doors je nestátní nezisková organizace, která se zabývá sociální a pracovní rehabilitací lidí, kteří onemocněli schizofrenií. Lokalita: Praha.

*Krystal*: Centrum denních aktivit a služeb Krystal poskytuje služby následné péče pro občany s dlouhodobým a chronickým duševním onemocněním. Cílem tohoto centra je poskytování služeb, podpora svépomocných aktivit a podpora destigmatizace. Lokalita: Plzeň.

*APLA Praha, Střední Čechy*: Asociace APLA pomáhá lidem s autismem. Asociace poskytuje psychologické, psychiatrické, sociální a vzdělávací služby lidem s poruchou autistického spektra, jejich blízkým i odborné veřejnosti. Asociace APLA dále poskytuje ranou péči, osobní asistenci, pobytové služby, rehabilitaci a terapeutické služby. Lokalita: Praha.

*Bona*: Společnost podporuje integraci občanů s duševním handicapem a vytváří podmínky v oblasti práce a bydlení pro handicapované občany. Lokalita: Praha.

*Eset-help*: Sdružení *Eset-help* nabízí programy navazující na existující zdravotnickou péči v oblasti a rozšiřují ji o nabídku služeb z oblasti rehabilitace, resocializace a psychosociálního a právního poradenství. Lokalita: Praha.

*Duhová hvězda*: Sdružení Duhová hvězda poskytuje poradenské a terapeutické služby a podporuje psychické, fyzické a sociálního zdraví jednotlivců i rodiny jako celku. Lokalita: Praha

*Mana, o.s.*: Sdružení se podílí na komunitním plánování sociálních služeb ve skupině pro osoby dlouhodobě duševně nemocné. Lokalita: Olomouc.

## 1.5 Etika sociální pomoci

Podat jednoznačnou definici etiky není jednoduché. Etika je vědní disciplínou, zabývající se studiem mravního jednání, tedy určením, jak mohou být lidské aktivity a činy hodnoceny jako správné nebo špatné. Etika je tedy naukou o lidském jednání z hlediska společenské nebo individuální přijatelnosti nebo z hlediska správnosti, které vychází z jakéhosi dostupného, nereflektovaného mravního vědění, všeobecného etického před-porozumění (Fischer, 2008). Etika uvažuje o mravním chování, rozhodování, jednání i cítění člověka se zřetelem na jeho osobu i na podmínky, ve kterých se nachází.

Základní předpoklad celé etiky „konat dobro a vyhýbat se zlu“ platí o to více v pomáhajících profesích, jež se dotýkají nejpodstatnějších hodnot lidského života, jako je zdraví, svoboda či osobnost. Navíc člověk odkázaný na pomoc je do velké míry závislý na chování, rozhodování a jednání sociálního pracovníka. Sociální pracovníci tak mají velkou moc a privilegia, jak ovlivnit život klienta. Důraz na dodržování etických standardů nejen vůči klientům, ale také vůči kolegům, profesi i celé společnosti se v pomáhajících profesích mnohdy stává jediným vodítkem řešení situací, které jsou v těchto oblastech velmi často nejednoznačné, konfliktní a nepředvídatelné. Etika pak má být v takových situacích prostředkem, jak spojit „jasné vědomí principů a hodnot, na nichž je sociální práce vystavěna, s konkrétní situací konkrétního případu v praxi“ (Fischer, 2008, s. 18).

Soubor mravních zásad, které by měl pracovník v sociálních službách dodržovat, je součástí tzv. profesní etiky. *Profesní etika* je druhem „morálky společnosti obsažené v normách, předpisech a v pravidlech chování, v hodnocení morálních kvalit pracovníků, kteří pracují s lidmi“ (Mahrová, 2008, s. 49). Základními etickými principy profesní etiky jsou: princip *neškození* (nonmaleficence), princip *dobřečinění* (beneficence), princip *spravedlnosti* a princip *autonomie*.

Profesní etika je zvláštním druhem etiky, v jejímž jádru stojí vzájemné vztahy a interakce mezi těmito oblastmi:

1) *Klient, uživatel sociální služby*: Optimální a efektivní zaměření se na klienta zahrnuje znalost klienta a jeho situace, odpovídající vymezení a dodržení rozsahu poskytované pomoci podle požadavků klienta a konkrétní situace a tzv. „pastorační“ práci, kterou v širším slova smyslu rozumíme „*takové zaměření na člověka-klienta, které akcentuje připravenost pomáhajícího pracovníka k prostředkování celostně zaměřené podpory klienta, a to nejenom v oblasti materiální, společenské, sociálně-zdravotní, duševní, ale i duchovní*“ (Fischer, 2008, s. 15).

2) *Podmínky, okolnosti a společenské prostředí zadání služby*: Někteří autoři zastávají názor, že individuální sociální pomoc je v přísném slova smyslu nemožná (Fischer, 2008; Mahrová, 2008). Poskytovatel sociální pomoci a klient vždy vstupují do vzájemného mezilidského vztahu, který je mnohdy problematické povahy. Klient navíc nikdy není izolovaným jedincem, proto musí sociální pomoc zahrnovat i pomoc rodině a okolí klienta, a v důsledku toho celé společnosti. Ona problematičnost a ambivalence ve vymezení vztahu mezi klientem a sociálním pracovníkem je samou podstatou sociální pomoci. Sociální po-

moc na jedné straně prosazuje individuální práva jedinců a zároveň na straně druhé musí chránit společenské dobro.

3) *Osobnost sociálního pracovníka*: Sociální pracovník je svobodným činitelem, který nese za své jednání osobní i profesní odpovědnost. Znalost profesní etiky ho činí schopným „*samostatné etické orientace v chování, při volbě prostředků, metod k dosažení cílů*“ (Mahrová, 2007, s. 50) a dále schopným kritické analýzy profesních situací s ohledem na všechny zúčastněné, především klienty, respektující jejich svobodu a autonomii. Aplikace etiky v rámci pomáhajících profesí také napomáhá „*zdravému sebevědomí sociálního pracovníka, k jeho vědomí zodpovědnosti vůči klientům, vůči zadavateli zakázky i vůči sobě samému, a to vše při zachování pracovní pohody a osobní integrity*“ (Fischer, 2008, s. 18).

Konkrétněji jsou tyto etické profesní standardy, normy a požadavky definovány *Mezinárodním etickým kodexem sociálních pracovníků*, jež byl přijat *Mezinárodní federací sociálních pracovníků* v roce 2004 v Adelaidu, v Austrálii. Etické principy Mezinárodního etického kodexu lze shrnout do dvou velkých skupin:

1) *Lidská práva a lidská důstojnost*: Sociální pracovníci jsou povinni chránit a podporovat fyzickou, duševní, emocionální a duchovní integritu každého člověka a respektovat jeho hodnotu, důstojnost a práva.

- Respekt práva na sebeurčení (respektování práva jedince na provádění vlastních rozhodnutí);
- Podpora práva na participaci (podpora plného a aktivního zapojení a účasti jedince na procesu znovunabytí sociální způsobilosti);
- Přístup k člověku jako k celostní bytosti (zájem o člověka v rámci rodiny, komunity a společnosti; zájem o všechny aspekty jeho života);
- Identifikace a rozvíjení silných stránek osobnosti.

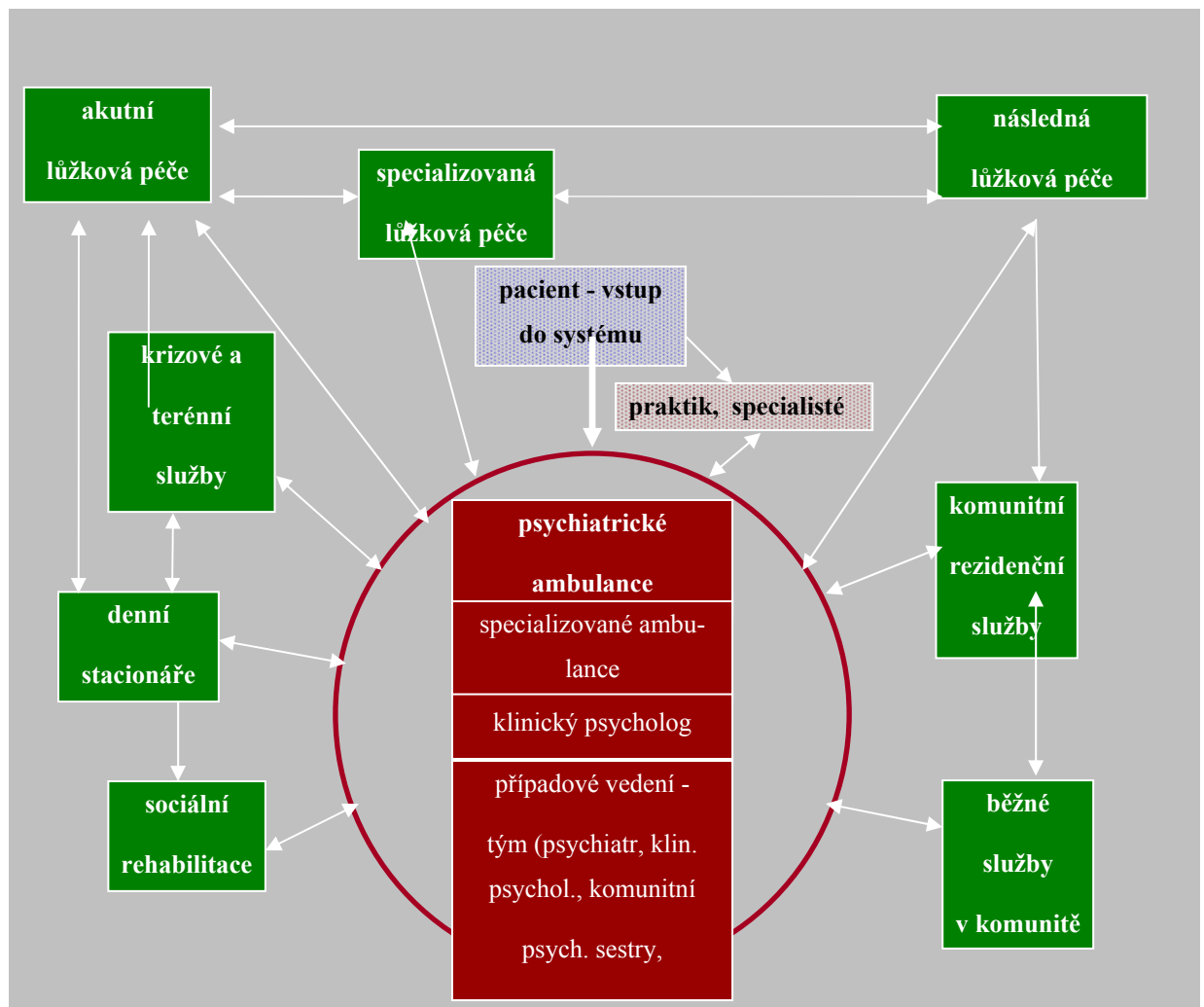
2) *Sociální spravedlnost*: Sociální pracovníci jsou povinni podporovat sociální spravedlnost jak ve vztahu ke klientovi, tak ve vztahu ke společnosti obecně.

- Obrana proti negativní diskriminaci;
- Uznání diverzity (respektování etnické a kulturní odlišnosti, stejně jako odlišnosti individuální, rodinné, skupinové a komunitní);
- Spravedlivé distribuování zdrojů (spravedlivé rozdělování zdrojů ve shodě s potřebami);

- Boj proti nespravedlivé politice a praktikám;
- Práce na základě solidarity (povinnost čelit takovým podmínkám, které přispívají k útisku, stigmatizaci a sociálnímu vyloučení) (19).

Obdobou Mezinárodního etického kodexu sociálních pracovníků je v České republice *Etický kodex Společnosti sociálních pracovníků ČR*, který podrobněji vymezuje obecné etické zásady, pravidla etického chování sociálního pracovníka (ve vztahu ke klientovi, ke svému zaměstnavateli, kolegům, povolání a ke společnosti) a základní etické problémy. Etický kodex Společnosti sociálních pracovníků byl schválen a nabyl účinnosti v roce 2006 (19).

**Obr. 1: Model péče o lidi s duševní poruchou**



Zdroj: [www.ceskapsychiatrie.cz](http://www.ceskapsychiatrie.cz)



## 2 PSYCHICKÁ NEMOC

### 2.1 Definice psychické nemoci

Nemoc a zdraví obvykle pojímáme jako dva kvalitativně odlišné stavy. Definice zdraví podle Světové zdravotnické organizace (WHO) zní: „Zdraví je stav dokonalé tělesné, duševní a sociální pohody, která je výsledkem souladu vzájemné interakce organismu a prostředí.“ (Malá, 2002, s. 10). Nemoc pak chápeme jako negativní změnu zdravotního stavu, jako poruchu zdraví. „Nemoc je souhrn reakcí organismu na poruchu rovnováhy mezi ním a prostředím“ (Malá, 2002, s. 10).

Nemoc se projevuje na třech rovinách stavu člověka:

- Organický stav: Nemoc je „poškození, oslabení, snížení aktivity určité fyziologické činnosti“ (Křivohlavý, 2002, s. 16).
- Funkční stav: Nemoc zapříčiňuje pracovní neschopnost a omezuje celkovou aktivitu člověka, přičemž nemocný subjektivně pociťuje, že s jeho zdravotním stavem není něco v pořádku.
- Sociální stav: Nemoc přináší změnu fungování nemocného jedince v sociálním prostředí i změnu pohledu druhých lidí na daného jedince.

Výše zmíněné pojetí zdraví a nemoci vychází z tzv. *holismu* (termín odvozený od anglického slova „*whole*“ - „celek“). V pozadí tohoto pojetí integrovaného organického celku je jednak respekt k celistvosti „nedílné jednoty“ daného útvaru jako celku (člověk), jednak ohled na začlenění tohoto organického celku do širšího kontextu (rodina, společnost, stát, životní prostředí, svět). Je zde obsažena rovněž idea dobře fungujících dílčích částí celku (fyzická, psychická a sociální rovina člověka) (Křivohlavý, 2003).

Nemoc se projevuje na třech rovinách stavu člověka:

- Organický stav: Nemoc je „poškození, oslabení, snížení aktivity určité fyziologické činnosti“ (Křivohlavý, 2002, s. 16). Funkční stav: Nemoc zapříčiňuje pracovní neschopnost a omezuje celkovou aktivitu člověka, přičemž nemocný subjektivně pociťuje, že s jeho zdravotním stavem není něco v pořádku.
- Sociální stav: Nemoc přináší změnu fungování nemocného jedince v sociálním prostředí i změnu pohledu druhých lidí na daného jedince.

*Psychickou nemoc* nebo také *psychickou poruchu* můžeme obecně definovat jako „stav, v němž jsou myšlenky, pocity a chování jedince považovány za dysfunkční“ (Kassin, 2007, s. 579). Přesné vymezení této dysfunkčnosti, tedy toho, co je ještě psychicky normální a co je již psychicky abnormální, je velmi obtížné. Hranice mezi normalitou a odchylkou jakékoli psychické vlastnosti je velmi pohyblivá, posouvá se a mění jak historicky, tak transkulturně a závisí na mnoha různých kritériích. Světová zdravotnická organizace psychickou poruchu definuje jako „zjevnou poruchu duševní činnosti, natolik specifickou ve svých klinických projevech, že je spolehlivě rozpoznatelná jakožto jasně definovaný soubor znaků a natolik závažná, aby způsobila ztrátu pracovní schopnosti, nebo sociálního postavení, nebo obou, a to v takovém stupni, který může být hodnocen jako 'selhání'“ (Mahrová, 2008, s. 69). K této definici Světové zdravotnické organizace můžeme pro komplexnější pochopení problematiky psychické poruchy připojit definici Americké psychiatrické asociace, podle níž lze vzorec chování považovat za psychickou poruchu, splňuje-li všechny tyto tři podmínky:

- Jedinec prožívá silnou bolest, úzkost či tíseň, jež omezuje jeho pracovní činnost i volní aktivity. Pro jedince platí zvýšené riziko úmrtí nebo ztráta svobody v důležitých oblastech života.
- Zdroj potíží se nachází v jedinci: je zapříčiněn biologickými faktory, duševními procesy nebo naučenými zvyky jedince, přičemž se nejedná o reakci na specifickou životní událost.
- Vznik problému není záměrnou reakcí na situaci (Kassin, 2007).

Jak tedy vyplývá z těchto definic, psychická porucha je jakési „odlišení od normy“, abnormalita. V praxi se setkáváme se třemi modely pojetí abnormality:

- Lékařský model: Lékařský model představuje názor, že psychické poruchy jsou zapříčiněny biologickými proměnnými, a jako takové mohou být léčeny lékařským zásahem. Podle radikálně lékařského modelu psychické poruchy sice nabývají psychologických podob, jejich původní příčiny však existují pouze na rovině tělesné.
- Psychický model: Psychický model zastává stanovisko, že psychické nemoci jsou způsobeny a následně i udržovány minulými i současnými zážitky a zkušenostmi jedince.
- Sociokulturní model, podle něhož jsou psychické nemoci ovlivněny především sociálním a kulturním prostředím jedince.

Ukazuje se, že psychickou nemoc i její příčiny a následky musíme pojímat na všech třech výše zmíněných rovinách chápání abnormality, tj. z pohledu výše zmíněného holismu. Jde o biopsychosociální přístup, jenž k člověku přistupuje v jeho celistvosti a jenž je v současnosti v lékařství i psychiatrii nejvíce uplatňován. Tento komplexní přístup se užívá i při diagnostice a léčbě psychických poruch, u nichž je vztah mezi fyzickým stavem, psychickými procesy a sociálním životem jedince obzvláště zřejmý.

Příkladem provázanosti psychické nemoci a fyzického stavu jedince jsou například takzvané *symptomatické poruchy a onemocnění psychosomatická*. U symptomatické poruchy se psychická porucha objevuje jako jeden ze symptomů tělesné nemoci. Naopak u tzv. *psychosomatických onemocnění* vedou psychické procesy ke vzniku tělesného onemocnění. Obdobně prokázáný je i vztah psychické poruchy a sociálního života jedince. Důkazem platnosti sociokulturního modelu je skutečnost, že v různých kulturách, společnostech či skupinách lidí se objevují různé poruchy a příznaky. Na druhé straně psychická porucha do značné míry omezuje, komplikuje a ochuzuje sociální život jedince. Podle údajů WHO jsou duševní poruchy nejčastější příčinou pracovní neschopnosti. V souvislosti s tím vedou k sociálnímu selhání jedince a mají celkový „*negativní psychologický i ekonomický dopad na pacienta, jeho rodinu, děti, příbuzné i celou společnost*“ (Malá, 2002, s. 10). Jelikož příčiny i následky psychické poruchy jsou multifaktoriální, je nutné, aby na tento fakt reagovala lékařská, psychiatrická, psychologická a sociální pomoc poskytováním komplexní, multidisciplinární péče.

## 2.2 Klasifikace a popis psychických nemocí

Ucelenou klasifikaci nemocí podává *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů* (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), MKN-10, jejíž přípravu koordinovala Světová zdravotnická organizace WHO. MKN-10 je v České republice v platnosti od roku 1994. V roce 2004 vydala WHO druhé aktualizované vydání MKN-10, na jehož základě vzniklo české vydání druhé aktualizované verze MKN-10, jež je platné od 1.1.2009. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů třídí do určitého počtu kategorií a skupin všechny nemoci, zdravotní problémy a příčiny smrti. MKN-10 se uplatňuje „*jak při analýze epidemiologické situace, monitorování incidence a prevalence nemocí a jiných zdravotních problémů, tak při financování, rozdělování zdrojů a sledování kvality zdravotní péče*“ (12).

Klasifikace obsahuje celkem 22 skupin nemocí. Psychické nemoci jsou řazeny pod kapitolu pátou, jež nese název *Poruchy duševní a poruchy chování*. Tato skupina klasifikace je označena třímístným kódem F00-F99.

Další část textu se zabývá charakteristikou jednotlivých podskupin této skupiny klasifikace a popisem psychických poruch a poruch chování z jednotlivých podskupin, přičemž se zaměřují pouze na ty nejčastěji se vyskytující.

### **F00-F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických**

Do skupiny organických duševních poruch patří zejména demence, deliriózní stavy, duševní poruchy a poruchy osobnosti a chování vyvolané organickou poruchou centrální nervové soustavy (poruchy způsobené zánětem, nádorem, infekcí, atrofií, toxickým poškozením, úrazem, nedostatečným prokrvením mozku). Označení „symptomatické“ znamená, že „jde primárně o jiná systémová onemocnění a mozkové poškození je až sekundární“ (Malá, 2002, s. 46).

*Demence:* „Demence je označením pro syndrom, jehož nejvýznamnějším projevem je úbytek komplexu kognitivních funkcí, především inteligence a paměti“ (Vágnerová, 1999, s. 137), čímž postupně dochází k degradaci celé osobnosti. Demenci často doprovází poruchy chování a osobnosti. Demence je získané postižení.

- Atroficko- degenerativní demence (demence u Alzheimerovy choroby);
- Ischemicko- vaskulární demence (demence způsobené nedostatečným prokrvením mozku);
- Symptomatické, sekundární demence (demence vyvolané jinými příčinami, např. úrazem, otravou, infekcí).

*Delirium:* Organické delirium může vzniknout při nádorových, infekčních, hořečnatých onemocnění a při dehydrataci organismu. Pro organické delirium je charakteristický stav zmatenosti, dezorientace, kvalitativní poruchy vědomí, pozornosti, myšlení, paměti, emocí a chování. Často se objevují bludy a halucinace. Delirantní stav je přechodný; většina případů se uzdraví do jednoho měsíce. V těžkých případech může delirium přejít do demence.

### **F10-F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek**

Za psychoaktivní látku považujeme každou látku, jež mění psychickou činnost či psychický stav člověka, „obvykle subjektivně žádoucím způsobem“ (Vágnerová, 1999, s. 288).

Důsledkem užívání psychoaktivních látek může být: akutní intoxikace; psychické nebo somatické poškození; závislost.

*Syndrom závislosti* můžeme definovat jako soubor „*psychických (emočních, kognitivních a behaviorálních) a somatických změn, které se vytvoří jako důsledek opakovaného užívání psychoaktivní látky*“ (Vágnerová, 1999, s. 289). Závislost může být biologická (somatická) (stav adaptace organismu na drogu, projevující se například zvyšující se tolerancí či abstinenčním syndromem) a psychická (potřeba užívat látku k vyvolání příjemných prožitků; neschopnost kontroly a sebeovládání ve vztahu k užívání látky; atd.). Stupeň závažnosti závislosti závisí na typu látky a na osobnosti jedince. Silná závislost na psychoaktivní látce může vyvolat tyto psychotické komplikace:

*Abstinenční syndrom*: Abstinenční syndrom je skupinou různě závažných příznaků, které se objevují při absolutním nebo relativním odvykání psychoaktivní látky po jejím dlouhodobém užívání. Pro odvykací stav je charakteristické zhoršení fyzického i psychického stavu jedince, což je důkazem existující metabolické závislosti na psychoaktivní látce. Těžší formy odvykacích stavů mohou být život ohrožující a vyžadují hospitalizaci či lékařský dohled. V nejtěžších případech je odvykací stav doprovázen *deliriem*.

*Psychózy a halucinózy*: Psychózy a halucinózy se objevují jako reakce na snížení dávky psychoaktivní látky. Pro psychózy a halucinózy je charakteristický neklid, bludné představy, sluchové halucinace a poruchy paměti.

*Amnestické poruchy a demence*: Dlouhodobé užívání psychoaktivních látek vede k poškození centrální nervové soustavy, což se nejčastěji projevuje poruchou paměti, úpadkem inteligence, tupostí, demencí a celkovou psychickou a sociální degradací jedince.

## **F20-F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy**

*Schizofrenie*: Schizofrenie patří mezi nejzávažnější psychické poruchy. „Slovo *schizofrenie* pochází z řeckého výrazu *schizophrenia*- „*rozdělený mozek*“ (Kassin, 2007, s. 606). K tomuto rozštěpení dochází mezi myšlením, emocemi, chováním, vnímáním a dalšími funkcemi mozku jedince. Pro schizofrenii je tedy charakteristická porucha osobnostní integrity. V důsledku toho je psychoticky nemocný člověk neschopen fungovat v přirozeném prostředí: přerušuje vazby na reálný svět, na jehož „*místo se dostává svět přeludů a fantazií, ve kterých je člověk uzavřen*“ (Styx, 2003, s. 94). Schizofrenie vzniká nejčastěji v mladém věku 16-25 let, podle Musila 2006 se objevuje ve věkovém rozpětí 16 – 35 let).

Schizofrenie se projevuje pěti hlavními příznaky:

- Porucha myšlení: Člověk trpící schizofrenií se špatně orientuje v reálném světě, „není schopen adekvátně zpracovat běžné informace, zhodnotit a zapamatovat si je“ (Vágnerová, 1999, s. 179).
- Bludy: „Blud je mylné přesvědčení, vzniklé z chorobných duševních předpokladů na chorobném psychotickém podkladu, kterému nemocný věří a které má patický vliv na jeho jednání“ (Vágnerová, 1999, s. 179). „Blud se u těchto nemocných rozvíjí vždy na určité (zejména sociální) potřebě“ (Styx, 2003, s. 100). Nejčastější jsou bludy ovládnutí, pronásledování a vztažnosti.
- Halucinace: Halucinace můžeme definovat jako smyslové vjemy, jež nejsou zapříčiněny adekvátními vnějšími podněty. Nejběžnější jsou sluchové halucinace, které se objevují především v období tzv. „autistické krize“ a jsou náhradou vztahů, které měl nemocný s druhými lidmi.
- Narušení emočního prožívání: Lidé trpící schizofrenií prožívají emoce neadekvátně vzhledem k situaci.
- Bizarní chování: Bizarní chování je výsledkem pacientova pohlcení světem vlastních podnětů.

Nejčastější formou schizofrenie je schizofrenie paranoidní, charakterizovaná bludy a halucinacemi.

### **F30-F39 Afektivní poruchy (poruchy nálad)**

Poruchu nálady můžeme charakterizovat jako stav, pro nějž je příznačné dlouhodobé a vyhraněné ladění v rozmezí od deprese po mánie.

*Depresivní porucha:* Deprese je „porucha nálady, pro niž je typický smutek, zoufalství, pocity bezcennosti a nízké sebehodnocení“ (Kassin, 2007, s. 599). Za klinickou depresi považujeme depresi, která se rozvine bez zjevných příčin a trvá přinejmenším dva týdny. Depresi kromě chorobně smutné nálady dále charakterizuje: 1) ztráta schopnosti prožívat radost, útlum potřeb, volní aktivity a sociálních vztahů 2) silné pocity bezcennosti, studu a viny 3) neklid a nervozita 4) únava 5) myšlenky na sebevraždu a smrt; suicidální tendence.

Deprese velmi silně ovlivňuje veškeré chování, prožívání, uvažování a cítění nemocného. Vedle deformace a útlumu psychických projevů se odráží i ve fyziologických procesech jedince. Depresi často provází „poruchy spánku, sexuální aktivity a příjmu potravy a různé

*bolestivé syndromy provázené únavou*“ (Malá, 2002, s. 65). U těžkých forem deprese se mohou objevit bludy.

*Manická porucha:* Manická porucha, jež je kvalitativním protipólem poruchy depresivní, je charakteristická patologicky povznesenou náladou, spojenou s hyperaktivitou, nerealisticky pozitivním hodnocením okolního světa, nepřiměřeně vysokým sebehodnocením a nápadně vysokou sociabilitou. Manická nálada způsobuje zrychlení psychické aktivity (myšlenkový trysk) i fyziologických procesů (motorický neklid, zvýšená chuť k jídlu, zvýšený sexuální apetit). Manický syndrom vede často u nemocných ke ztrátě jakýchkoli zábran, a tím k rizikovému, nepřiměřenému chování.

*Bipolární afektivní porucha:* Bipolární afektivní porucha, původně označovaná jako mani-depresivní psychóza, je spojena s mocnými, nekontrolovatelnými a nepředvídatelnými výkyvy v rozmezí mánie a deprese. Cykly změn se pohybují v rozmezí několika dnů až měsíců. Bipolární afektivní porucha je závažným celoživotním onemocněním se silnou genetickou základnou.

#### **F40- F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy**

*„Neurotické poruchy jsou funkčními poruchami adaptace jednak vůči prostředí, jednak vůči sobě samému“* (Malá, 2002, s. 68). Ve vývoji neurotických poruch hrají zásadní roli opakované stresy, charakterové vlastnosti a genetický základ osobnosti.

*Úzkostná porucha:* Úzkostná porucha je definována jako nepříjemný citový stav, v němž převažují pocity obav a napětí, a to bez spojitosti s konkrétním objektem či situací.

*Panická porucha:* Panická porucha je charakterizovaná náhlým, intenzivním a nepředvídatelným návalem úzkosti bez zjevného důvodu. Záchvaty úzkosti trvají zpravidla několik minut a jsou doprovázeny nepříjemnými psychickými a fyzickými prožitky.

*Fobická porucha:* Záchvaty úzkosti jsou u fobické poruchy více specifické a předvídatelné. *„Jedinec reaguje na určitý objekt nebo událost intenzivní úzkostí, přičemž si uvědomuje, že jeho strach je iracionální“* (Kassin, 2007, s. 588). Vzniku fobické reakce lze zabránit tím, že se jedinec danému objektu či situaci vyhýbá. Druhy fobií jsou *fobie izolovaná* (silný, iracionální strach z konkrétního objektu či situace) a *fobie sociální* (neúměrný strach ze situací, v níž má jedinec pocit, že ho druzí sledují).

*Obsedantně - kompulsivní porucha:* Obsedantně - kompulsivní porucha je charakterizována pocitem sužující úzkosti, pro niž je příznačný dlouhodobý výskyt vtíravých, neovlada-

telných myšlenek a představ (obsesí) a na nich založených nepotlačitelných impulsů ke stereotypnímu jednání (kompulzí). Nemocný pociťuje své jednání jako chorobné, ale nedokáže ho zastavit nebo změnit.

*Stresové poruchy:* Psychická reakce na stres může být krátkodobá nebo dlouhodobá. Krátkodobá, *akutní reakce na stres* je závažnou duševní poruchou, která - jde-li o jednorázové trauma - odeznívá v rozsahu několika hodin až dnů. Psychické příznaky jsou velmi variabilní; záleží na osobnosti jedince. V některých případech akutní reakci na stres doprovází částečná nebo úplná amnézie jako forma obranného mechanismu. První fází akutní reakce na stres je šok, ustrnutí; druhou fází je fáze diferenciacie obranného stylu. Dlouhodobou reakcí na stres neboli *posttraumatickou stresovou poruchou* míníme prodlouženou nebo zpožděnou odezvu na traumatizující událost, která přesahuje obvyklou lidskou zkušenost a bývá traumatickou pro většinu lidí. Pro tuto poruchu je charakteristické vtíravé, opakované prožívání traumatu, vyvolávající úzkost, zvýšenou přecitlivělost a změnu efektivity (Vágnerová, 1999).

*Poruchy přizpůsobení:* Porucha přizpůsobení je poruchou sociální adaptace, která vzniká v období zvládnání významné životní změny. Poruchy přizpůsobení často vyvolávají poruchy identity.

*Disociační (konverzní) poruchy:* Disociační projevy a konverze jsou obrannými mechanismy, které pomáhají jedinci vyrovnat se se zátěží, kterou nezvládl zpracovat přijatelnějším způsobem. Disociace zde znamená vytěsnění určitých obsahů vědomí, jež však i nadále na jedince působí, nyní však bez kontroly vědomí. Konverze pak představuje „*proměnu zatěžujícího a nepřijatelného afektu, přání nebo myšlenky v tělesný projev, často vyhlížející jako projev somatické poruchy či onemocnění*“ (Vágnerová, 1999, s. 212).

*Somatoformní poruchy:* Slovo „somatoformní“ znamená „připomínající tělesné“. Somatoformní poruchy jsou poruchy, v jejichž rámci jedinec prožívá tělesné symptomy, které však mají psychickou, nikoli tělesnou příčinu.

### **F50-F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory**

*Poruchy příjmu potravy:* Poruchy příjmu potravy jsou spojeny s poruchami postoje (racionálního a emočního vztahu) k jídlu a s poruchami percepčními (odlišné vnímání vlastního těla a tělesných proporcí).



*Mentální anorexie:* „Základním projevem mentální anorexie je patologický strach ze ztloustnutí spojený s odmítáním potravy“ (Vágnerová, 1999, s. 231). Základní diagnostická kritéria mentální anorexie jsou: 1) úbytek váhy o 15% proti normální hmotnosti 2) nutkavé zaměření na redukci vlastní hmotnosti 3) narušené vnímání vlastního těla (vztah k vlastnímu tělu je negativní; mnohdy tělo není chápáno jako součást osobnosti). Mentální anorexie postihuje zejména dospívající dívky a je způsobena především psychosociálními faktory.

*Mentální bulimie:* Pro poruchu mentální bulimie je typická nezvladatelná touha po jídle, která nutí jedince k opakovanému přejídání (Vágnerová, 1999, s. 234). Základní diagnostická kritéria mentální bulimie jsou: 1) chorobný strach z tloušťky a narušené vnímání a hodnocení vlastního těla 2) opakované a neovladatelné záchvaty přejídání 3) nutková potřeba se potravy co nejrychleji zbavit, následující po záchvatech „žravosti“. Mentální bulimie se vyskytuje především u starších adolescentních dívek a mladých žen.

### **F60-F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých**

„*Porucha osobnosti je trvalý stav, projevující se nepříznivými nebo nadměrně zvýrazněnými vlastnostmi osobnosti, odchylkami v oblasti citového prožívání, uvažování i chování, zejména ve vztahu k druhým lidem a společnosti*“ (Vágnerová, s. 254). Nemocné s poruchou osobnosti můžeme dělit do tří skupin:

#### 1) Podivíni a excentrici

- *paranoidní porucha:* nadměrná podezíravost, vztahovačnost a nedůvěra k druhým lidem;
- *schizoidní porucha:* extrémní introverze a nezájem o vnější svět;
- *schyzotypální porucha:* víra ve vlastní nadpřirozené schopnosti, dominance magického myšlení.

#### 2) Afektovaní, emotivní, dramatizující

- *disociální porucha:* porucha sociální adaptace, neschopnost empatie;
- *emočně nestabilní porucha:* neschopnost ovládat city a chování;
- *histrionská porucha:* nadměrné projevování emocí, které jsou nestálé, labilní a impulzivní.

#### 3) Úzkostní, ustrašení, vyhýbaví

- *anankastická porucha:* nadměrná sebekontrola, perfekcionismus a rigidita;

- *anxiózní (vyhýbavá) porucha*: stálý pocit obav, nejistoty a méněcennosti především v oblasti interpersonálních vztahů;
- *závislá porucha*: vysoká potřeba závislosti, strach z opuštění, vysoká míra submisivity, nízké sebehodnocení.

Jiné poruchy osobnosti:

*Poruchy pohlavní identity*: transsexualismus

*Poruchy sexuální preference*

*Návykové a impulzivní poruchy*: Návykové a impulzivní poruchy jsou charakterizovány činy, které poškozují jak nemocného, tak lidi v jeho okolí. Chování a jednání je vyvoláno impulzy, které nemocný nemůže kontrolovat. K nejčastějším poruchám tohoto typu patří patologické hráčství, kleptomanie a pyromanie.

*Narcistická osobnost*: Pro tuto poruchu je typické vysoké sebehodnocení, snížená schopnost empatie, vysoká potřeba obdivu.

*Pasivně- agresivní osobnost*: Pro tuto poruchu je typický vzdor prostřednictvím rezistence, pasivity a negativistického chování.

### **F70-F79 Mentální retardace**

*Mentální retardace*: Mentální retardace je souhrnné označení pro vrozený defekt rozumových schopností, způsobující narušení vývoje celé osobnosti. Pro toto postižení je typická neschopnost- navzdory přijatelné výchovné stimulaci- dosáhnout odpovídajícího stupně intelektuálního vývoje (méně než 70% normy). Mentální retardace je poruchou centrální nervové soustavy, jež je vrozená a trvalá. Její příčiny jsou různé; lze je shrnout do těchto skupin: 1) geneticky podmíněné postižení 2) poškození mozku v prenatálním věku (vlivy fyzikální, biologické a chemické) 3) postnatální poškození mozku. Stupně závažnosti mentální retardace jsou: 1) Lehká mentální retardace (uvažování na úrovni dětí školního věku) 2) Středně těžká mentální retardace (uvažování na úrovni dětí předškolního věku) 3) Těžká mentální retardace (uvažování na úrovni batolete) 4) Hluboká mentální retardace. Těžší formy mentální retardace jsou doprovázeny degenerativními znaky, poškozením motoriky a neschopností artikulované řeči a vyžadují trvalou, mnohdy ústavní péči.

*Pseudooligofrenie*: Pseudooligofrenie je specifickou kategorií mentální retardace, jejíž příčinou jsou faktory sociální. Jde o postižení získané, které vzniká poškozením vývoje

rozumových schopností v důsledku nedostatečného či nepřiměřeného výchovného působení.

### **F80-F89 Poruchy psychického vývoje**

*Dětský autismus:* Dětský autismus je vrozenou poruchou poznávacích procesů a socializace. „*Je diagnostikován, jde-li o poruchu sociální komunikace, nedostatek odpovědi v sociálních situacích, o stereotypní chování s rituály, o poruchu užívání jazyka jako prostředku komunikace*“ (Malá, 2002, s. 82). Příčinou onemocnění je organické poškození mozku, především genetického původu. Vývoj autistických dětí je odlišný již od začátku jejich života. Stupně závažnosti postižení jsou různé, od minimálního k těžké mentální retardaci.

*Specifické vývojové poruchy školních dovedností:* U vývojových poruch školních dovedností se jedná o dysfunkce procesů kognice. Nejčastěji se vyskytuje dyslexie (specifická porucha čtení), dysgrafie (specifická porucha psaní) a dyskalkulie (specifická porucha počítání).

*Specifická vývojová porucha motorické funkce:* Porucha motorické funkce se vyznačuje motorickou neohrabaností, dezorientací, poruchou v prostorově a zrakově pohybovém vnímání (Malá, 2002).

### **F90-F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání**

*Hyperkinetické poruchy:* Hyperkinetické poruchy jsou nejčastěji diagnostikovány u dětí mladšího školního věku a projevují se tělesnou neobratností, špatně organizovanou činností, nepozornost, roztržitostí, kolísáním nálady, emoční labilitou a sociálním selháním.

- Porucha aktivity a pozornosti: syndrom nedostatku pozornosti s hyperaktivitou.
- Hyperkinetická porucha chování: porucha chování spojená s agresivitou.

*Poruchy chování:* „*Poruchy chování se vyznačují opakujícím se a trvalým obrazem asociálního, agresivního a vzdorovitého chování*“ (Mahrová, 2008, s. 91). Nejčastěji se jedná o poruchy chování ve vztahu k rodině, poruchy chování nesocializované a poruchy chování socializované.

*Tikové poruchy:* Tikové poruchy jsou syndromy, které se projevují ve formě tiků. Tiky mohou být motorické (mimovolný, opakující se nerytmický pohyb, nejčastěji postihující určitou skupinu svalů) nebo vokální (hlasová produkce bez zřejmého účelu). Tiky dělíme na přechodné tikové poruchy, chronickou motorickou nebo vokální poruchu a kombinova-

nou vokální motorickou poruchu, která je těžkým celoživotním onemocněním (Malá, 2002).

### **F99 Neurčitá duševní porucha**

Do této skupiny patří poruchy nervové soustavy, jinak neurčené.

## **2.3 Potřeby psychicky nemocných lidí**

Kvalitní sociální pomoc musí pružně reagovat na specifické potřeby duševně nemocných, které se v mnohém liší od potřeb „normálních“ lidí.

*Bydlení:* V českém prostředí patří mezi zařízení, jež poskytují nemocnému bydlení, pomoc a ochranu, nejčastěji *léčebny, zařízení sociálních služeb* či tzv. *chráněná bydlení*, jakými jsou například domy na půl cesty, venkovská bydlení či pečovatelské domovy. Jednotlivé druhy podpory v bydlení nejsou definovány tolik diagnózou klienta, jako spíše etapou klientova života a jeho funkční kapacitou. Ideálem péče ve všech druzích těchto zařízení je normalizace, tedy přiblížení podmínek života duševně nemocného co nejvíce přirozeným podmínkám. Podpora v bydlení, kterou duševně nemocní potřebují, „...*má být zaměřena na nácvik a obnovení sociálních dovedností, na jejich osamocení či podporu rozšiřování sociální sítě, na dovednosti a podporu z okolí potřebné k zvládnutí zátěžových a krizových situací*“ (Matoušek, 2010, s. 147). Velmi důležitá je zde i úzká vazba chráněného či podporovaného bydlení na jiné sociální a zdravotní služby.

Silným argumentem proti chráněným bydlením je však skutečnost, že i tato zařízení jsou institucemi, na jejichž pomoci a podpoře se mohou jedinci stát závislými. Lidé zde navíc žijí ve skupině, čímž se učí mnoho sociálních dovedností, nikoli však schopnosti žít nezávisle a samostatně. Některá zařízení navíc uplatňují časové limity pobytu, jež jsou pro klienty velmi nevyhovující.

Z hlediska kvality péče o duševní zdraví je nejvíce vyhovujícím prostředím *prostředí domáci*. Zde může klient rozvíjet plně své dovednosti a zároveň zakoušet pocit bezpečného zázemí. Klienty žijícími doma mohou být lidé, kteří zvládají běžné situace a potřebují jen občasnou pomoc specialisty, především pak v zátěžových situacích. Doma mohou žít i lidé, jejichž funkční kapacita je již nemocí výrazně omezena. Těmto klientům a jejich rodinám pak vychází vstříc především denní stacionáře.

*Pracovní uplatnění:* Duševní nemoc nejčastěji provází poruchy kognitivních funkcí, pozornosti, emocí, sebepoživání a poruchy vztahování se k druhým lidem. „*Tyto potíže mo-*

hou vyústit v částečnou či úplnou ztrátu schopnosti pracovat“ (Matoušek, 2010, s. 147). Průběh duševní nemoci je totiž mnohdy cyklický (po obdobích zhoršení mohou nastat období zlepšení a tak dále) a na tyto výkyvy nedokáže systém práce flexibilně reagovat. Překážky pracovní integrace jsou jak vnější (firemní pravidla; pracovní prostředí; nedostatečná integrační politika pro hendikepované), tak vnitřní (psychická nemoc; změněné sociální fungování). Přiznání invalidity, jež je mnohdy jediným „řešením“, je pro mnohé nemocné stigmatem. Ztráta schopnosti pracovat činí jedince závislým na systému podpor a prohlubuje jeho sociální neadaptovatelnost.

„Pracovní rehabilitace má být zaměřena na návrat, udržení a rozšíření pracovních schopností“ (Matoušek, 2010, s. 149) a na sociální integraci jedince. Pracovní rehabilitace může probíhat např. v denních centrech nebo klubech, které nabízejí příležitost k dobrovolné práci. Velmi časté jsou také tzv. chráněné dílny. O sociální integraci klienta do přirozeného prostředí se pokouší tzv. přechodná zaměstnání, jež jsou formou krátkodobé pracovní rehabilitace. Dlouhodobou pracovní rehabilitaci pak nabízí nový typ pomoci-podporované zaměstnání. Klient je zařazen na běžné pracovní místo, kde mu podporu poskytuje pracovní asistent. Všechny typy podpory práce by také měly předcházet riziku negativní reakce společnosti, jež je v této oblasti velmi vysoké a jež pro klienta představuje silnou zátěž.

*Volnočasové aktivity:* I duševně nemocní lidé mají nejrůznější zájmy. K jejich naplnění jim však brání mnohé překážky. I v oblasti trávení volného času můžeme překážky rozdělit na vnější (problémy s organizací a plánováním; strach z druhých lidí; diskriminace) a vnitřní (psychologické bariéry). Sociální pomoc má za úkol budovat spojení mezi klientem a vnějším světem. Sociální pracovník klienta vede od závislosti k převzetí aktivity. Tato činnost je podporována řadou akcí v komunitních zařízeních a v centrech denních aktivit: rozvoj sociálních dovedností klienta je zde podporován nejrůznějšími kurzy a dobrovolnickými službami.

## 2.4 Přístup k psychicky nemocným lidem

Závažné onemocnění představuje pro člověka jednu z největších životních zátěží, která negativně ovlivňuje nejen jeho fyzický a psychický stav, ale také jeho sociální život. Nemoc tak můžeme považovat nejen za odchylku biologickou či psychickou, „ale i za určitý druh sociální deviace“ (Vágnerová, 1999, s. 57). Označení nějakého projevu jako chorobného či abnormálního tento projev zároveň sociálně vymezuje a do velké míry předurčuje

postoj k jeho nositeli. Způsob, jakým daná společnost přistupuje k nemoci a nemocným lidem, určuje i subjektivní hodnocení vlastní choroby nemocným. Postoje společnosti tak do velké míry ovlivňují, zda se daný člověk se získanou *sociální rolí* „být nemocný“ identifikuje, či nikoli, a následkem toho i jeho další chování. Tuto sociální roli nemocného lze charakterizovat několika základními rysy:

- Nemocný nebývá považován za viníka svého nežádoucího stavu: Nemoc je do určité míry sociálně tolerována. Tento postoj vyplývá z vědomí vlastní zranitelnosti každého člověka. Nemoc proto bývá chápána jako součást života.
- Nemocný má určitá privilegia: Nemocný je na rozdíl od zdravých lidí zproštěn určitých povinností, v některých případech však i některých práv.
- Od nemocného se očekává, že se chce uzdravit, tj. že se bude aktivně podílet na procesu svého uzdravení a bude spolupracovat. Opačný případ je chápán jako porušení společností ustanovených pravidel; nemoc se přestává tolerovat a nemocný ztrácí svá privilegia (Vágnerová, 1999).

Takovýto postoj společnosti zahrnující pomoc a ohled se uplatňuje především na lidi somaticky nemocné. S nejrůznějšími somatickými nemocemi se každý člověk v průběhu života opakovaně setkává a o většině z nich má dostačující množství informací. Něco zcela jiného však představuje setkání s nemocí psychickou.

*Duševně nemocný člověk* je v jiném postavení než člověk s nemocí tělesnou; dokonce můžeme říci, že jeho sociální status je mnohem nižší. Duševní poruchu můžeme obecně chápat jako neschopnost orientovat se v sobě samém i v okolním prostředí. V důsledku toho se duševně nemocný člověk nedokáže přizpůsobit běžným požadavkům společnosti. Nepřizpůsobivost a odlišnost psychicky nemocného člověka však není sociálně tolerována do takové míry, jako je tomu u somatické nemoci. Naopak, odchýlení od normy v případě psychické poruchy vyvolává negativní reakci okolí. Při setkání s duševně nemocnými totiž fungují naše obranné mechanismy docela jinak. Kontakt s duševně nemocným člověkem nevede k uvědomění si vlastní zranitelnosti. Laik si není schopen připustit, že by i on mohl onemocnět duševní poruchou, zatímco si dokáže téměř vždy představit možnost onemocnění somatického. Laik navíc není ve většině případů při setkání s duševní nemocí dostatečně informovaný, a proto se orientuje pouze na základě svých emocí a mnohdy iracionálních předpokladů. Běžným obranným mechanismem při setkání s odlišností je pak odmítání „nenormálního“ jedince či snaha o jeho vyloučení ze společnosti.

Tento odmítavý postoj vůči psychicky nemocným je upevňován *stereotypním pojetím duševně nemocného*, které se vytváří „v každé společnosti pod vlivem tradice i aktuálního sociokulturního standardu“ (Vágnerová, 1999, s. 168). Stereotypy, tedy soubory vlastností, jež jsou určitému člověku či skupině lidí automaticky přiřítány, jsou zde reakcí na odchýlení se jedince od normy, od výše zmíněného standardu. Mezi nejčastější stereotypy patří názor, že duševně nemocní lidé jsou hloupi, slabí a neschopní, že je třeba se jich bát a stranit, neboť jejich chování je nepředvídatelné, nekontrolovatelné a nebezpečné. Duševně nemocní podle tohoto stereotypu nerespektují žádné sociální normy, a tak jejich chování nelze žádnými běžnými prostředky regulovat. Proto se veřejnost ve vztahu k duševně nemocnému cítí nejistě, bezmocně a ohroženě. Strach z duševní nemoci je vyjádřením strachu z nekontrolovatelného a neovlivnitelného. Mezi laiky pak převládá názor, že duševně nemocné jedince je třeba izolovat, aby byli před sebou chráněni a aby před nimi byla chráněna i společnost, přičemž je při těchto snahách do velké míry tolerováno použití násilí. „*Umístění duševně nemocného v psychiatrické léčebně splňuje představu o ochraně pacienta a zároveň o jeho izolaci*“ (Vágnerová, 1999, s. 70).

Z výše uvedeného vyplývá, že duševní nemoc můžeme chápat jako velmi silné *sociální stigma*. Duševně nemocný je tzv. ocejchován či označován; je nucen nést „*břímě hodnocení své choroby ostatními lidmi*“ (Malá, 2002, s. 9). Stigmatizace se vztahuje nejen na daného člověka, ale na celou jeho rodinu a sociální okolí, dokonce dochází ke stigmatizaci terapií, procesu léčení, institucí i celého oboru psychiatrie. O osvětu této oblasti se pokouší Světová zdravotnická organizace, která si „*dala za úkol, že pomůže rozšířit vědomosti, zpochybnit stigma, zmírnit diskriminaci, humanizovat psychiatrické služby a zplnohodnotit pacienty ve společnosti na celém světě*“ (Malá, 2002, s. 10).

## 2.5 Práva psychicky nemocných osob

*Lidská práva* můžeme definovat jako „*přirozenoprávní a posléze morálně právní principy, které si lidé v průběhu dějin utvářeli a formulovali během nabytí různých zkušeností a poznatků ze vzájemného soužití, zejména pak v konfliktech a bojích s usurpující mocí, na cestě za humánní a demokratickou společností*“ (20). Lidská práva jsou svou povahou přirozenoprávní: to znamená, že každý člen lidského společenství má na ně přirozený nárok. Stát ani společnost mu je nepřidělují, ani sám jedinec se jich nemůže zbavit. Lidská práva jsou tedy nezczizitelná a nepodmíněná. Jsou ustanovena *Všeobecnou deklarací lidských práv* (1948, Charta OSN), jejímž heslem je, že „*všichni lidé se rodí svobodní a rovni*

v *důstojnosti a právech*“ (23). Cílem Všeobecné deklarace lidských práv je přimět každého jednotlivce i příslušné orgány k prosazování úcty k právům a svobodám občanů prostřednictvím výchovy a vzdělávání.

Dalšími významnými dokumenty, jež chrání lidská práva a svobody, jsou: *Konvence o ochraně lidských práv a základních svobod* (1950), *Evropská sociální charta* (1961), *Mezinárodní dohoda o občanských a politických právech* (1966), *Konvence o ochraně osobnosti při zpracování osobních dat* (1981) a *Konvence o právech dítěte* (1989) (Mahrová, 2008).

Tyto nástroje na ochranu lidských práv věnují velkou pozornost také ochraně tzv. nezpůsobilých osob či tzv. „zranitelných“ skupin osob. Do této kategorie patří osoby nezletilé, osoby s duševní poruchou a osoby s nemocí, která jim aktuálně znemožňuje provádět rozhodnutí (např. sdělit souhlas). Řadí se sem i tzv. naléhavé situace.

Zvýšená pozornost by měla být ochraně lidských práv duševně nemocných osob věnována především ze dvou důvodů: prvním důvodem je, že duševně nemocní lidé jsou často vystaveni diskriminaci, stigmatizaci a vyloučení ze společnosti; druhým důvodem je skutečnost, že duševní nemoc ovlivňuje chování a myšlení jedince natolik, že není schopen účinně hájit svá práva a zájmy. Přesto můžeme říci, že rozvoj a uplatňování mezinárodního práva, jež by se specializovalo na ochranu práv lidí s duševním onemocněním, je ve srovnání s vývojem mezinárodních norem na ochranu lidských práv poměrně omezený. Nedostatečně propracovaná mezinárodní i národní legislativa v oblasti ochrany práv duševně nemocných osob je také jednou z příčin nízké úrovně osvěty a nižší úrovně kvantity i kvality poskytované pomoci v této oblasti.

Výrazné kroky k efektivnějšímu vymezení práv duševně nemocných a jejich ochraně učinila OSN (Organizace spojených národů; United Nations Organization UNO). Valné shromáždění OSN přijalo:

- *Zásady pro ochranu psychicky nemocných osob a pro zlepšení péče o psychické zdraví* (Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care - MI Principles, 1991): Tyto zásady stanovují standardy lidských práv v rámci duševního zdraví a slouží jako návod pro vládní i nevládní organizace poskytující pomoc psychicky nemocným. Dokument sestává z 25 okruhů zásad, jež jsou právní úpravou těchto oblastí: 1. Základní svobody a základní práva 2. Ochrana nezletilých 3. Život ve společnosti 4. Rozhodnutí o psychic-



kém onemocnění 5. Lékařská prohlídka 6. Důvěrnost 7. Úloha společnosti a kultury 8. Normy péče 9. Léčba 10. Podávání léků 11. Souhlas s léčbou 12. Upozornění na práva 13. Práva a podmínky v psychiatrickém zařízení 14. Prostředky pro psychiatrické zařízení 15. Zásady přijetí 16. Nedobrovolné přijetí 17. Revizní orgán 18. Procedurální záruky 19. Přístup k informacím 20. Pachatelé trestných činů 21. Stížnost 22. Kontrola a opatření vedoucí k nápravě 23. Realizace 24. Rámec zásad vztahujících se k psychiatrickým zařízením 25. Zachování existujících práv (21).

- *Deklarace práv mentálně postižených osob* (Declaration on the Rights of Mentally Retarded Persons, 1971): Deklarace ustanovuje, že osoba s mentálním postižením má stejná práva jako ostatní lidské bytosti; jejich případné omezení se připouští pouze z důvodu zamezení zneužití. Deklarace stanovuje právo na ochranu těchto osob před ponižováním, zneužitím či špatným zacházením. Deklarace také vymezuje právo lidí s mentálním postižením na rodinu. Je-li nutný pobyt v zařízení, musí se podmínky života v něm v maximální možné míře přibližovat normálnímu životu (22).
- *Deklarace práv zdravotně postižených osob* (Declaration on the Rights of Disabled Persons, 1975): Osobu s postižením můžeme definovat jako osobu, která si v důsledku svého tělesného či duševního postižení není schopna zajistit uspokojování svých potřeb (fyzických, psychických, sociálních). Podle deklarace mají postižení lidé právo na přijetí takových služeb a opatření, která jim umožní dosáhnout co největší autonomie a sociální integrace. „Zdravotně postižení, bez ohledu na původ, povahu a závažnost svého postižení, mají stejná základní práva jako jejich vrstevníci, mezi něž patří v první řadě právo žít důstojný, pokud možno plnohodnotný život“ (23). I tato deklarace slouží k ochraně jedinců před diskriminací a špatným zacházením.
- *Standardní pravidla pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením* (Standard Rules on Equalization of Opportunities for People with Disabilities, 1993): Cílem dokumentu je zajistit zdravotně postiženým stejná práva, jaká mají ostatní lidé, a v důsledku toho přijímat a uplatňovat opatření odstraňující překážky, které brání zdravotně postiženým v uplatňování těchto práv.

V České republice je zárukou nedotknutelnosti lidských práv *Listina základních práv a svobod*, která však ustanovení o právech zdravotně postižených neobsahuje.

V roce 1991 byl v České republice ustanoven *Vládní výbor pro zdravotně postižené občany*. Vládní výbor vypracoval:

- Národní plán pomoci zdravotně postiženým občanům (1993);

- Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení (1993);
- Národní plán vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením.

V České republice však stále chybí speciální zákon, jenž by vymezoval práva osob s duševním onemocněním. Propracovanější legislativa a vymezení práv duševně nemocných osob by pak sloužila především jako prevence stigmatu a diskriminace, nehumánního a ponižujícího zacházení a nekvalitní, nepřiměřené a nedostačující péče. Na druhé straně by vedla ke spravedlivému a přiměřenému financování oblasti péče o duševní zdraví a ke zvýšení míry sociální integrace jedinců s duševním onemocněním.

### 3 KOMUNITNÍ PÉČE PRO OSOBY S PSYCHICKÝM ONEMOCNĚNÍM

Komunitní práce je podpora a pomoc členům komunity směřující ke zlepšení jejich dovedností, které jim umožní řešit problémy komunity vlastními silami. Komunitní přístup produkuje četné příležitosti pro vzájemné diskuse a umožňuje spolupráci jednotlivců i menších skupin při řešení problémů a rozvoji komunity. Komunitní péče představuje souhrn služeb pro občany, jsou zaměřeny na ohrožené jedince nebo celé skupiny v dané komunitě.

Metoda komunitní práce směřuje k vyvolání nebo podporování změny v rámci místního komunitního společenství. Smyslem komunitní práce je aktivizace členů komunity tak, aby sami byli schopni řešit společné problémy. Hlavním cílem této činnosti je stav, kdy klienti komunity zvládnou řešení svých problémů vlastními silami nebo s podporou dalších členů komunity.

Základní znaky komunitní práce:

- Používá se pro řešení problémů a navození změny v místním společenství;
- Vztahuje problém jednotlivců či skupin ke zdrojům a možnostem komunity;
- Do rozhodování a řešení problémů zapojuje všechny zainteresované občany, organizace a instituce dané komunity;
- Vede k přerozdělení a sdílení zdrojů, odpovědnosti a kompetencí;
- rozšiřuje možnosti lidí ovlivnit to, co se s nimi děje (29).

#### 3.1 Analýza komunitní péče v kraji Hl. města Praha

Na území Hlavního města Prahy pracují následující neziskové organizace, jež zastřešují činnost komunitních týmů. Patří mezi ně například tyto:

##### **Fokus Praha**

Prvním kontaktním místem pro vstup do služeb Fokusu Praha je komunitní tým, kde sociální pracovník navrhne klientovi adekvátní služby. Multidisciplinární team organizace tvoří psychiatři, psychologové, psychoterapeuté, zdravotní sestry, sociální a rehabilitační pracovníci. V rámci poskytovaných služeb jsou používány následující metody: individuální, skupinová, rodinná a párová psychoterapie, psychofarmakologická léčba, nácvik relaxačních technik, poradenství v osobní, sociální a jiné oblasti, nácvik tzv. kognitivních funkcí, cílená sociálně – pracovní intervence v indikovaných případech, a terapeuticky velmi přínosné pobyty s pacienty v přírodě.

Fokus Praha má čtyři oddělení, tzn. oddělení pro léčbu psychóz, krizové oddělení, oddělení pro léčbu závislostí a oddělení pro léčbu neuróz.

Těžištěm práce Fokusu Praha je sociální rehabilitace, dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách: identifikátor 8785871. Služba je poskytována bezplatně (30).

### **Green Doors**

Občanské sdružení Green Doors je nestátní, nezisková organizace, jejíž pozornost je soustředěna na pracovní a sociální rehabilitaci jedinců, kteří onemocněli schizofrenií. Je zaměřena především na klienty Psychiatrické léčebny Bohnice a jejich blízké a přátele.

Prostřednictvím tréninkových kaváren a restaurace poskytují klientům sociální rehabilitaci (31).

### **Galerie Duhovka**

Centrum denních služeb Galerie Duhovka zaměřuje svou činnost na volnočasové aktivity klientů s psychickým onemocněním. Celková kapacita Centra je 15 uživatelů. Každý probíhá tvořivý program a minimálně jedna z následujících zájmových aktivit: plavání, hipoterapie, canisterapie, arteterapie, masáže, cvičení, kurz zacházení s penězi, kulturní akce, vycházky, hry v terénu a zájmové aktivity dle individuálních plánů, např. kurz obsluhy počítače (32).

### **Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v ČR, o.s.**

Ve Sdružení pro pomoc lidem s mentálním postižením pracují převážně dobrovolníci. Jedná se o celorepublikovou organizace, které uskutečňuje akce, které zviditelní osoby s mentálním postižením, organizuje přímou práci s těmito klienty, tuzemské i zahraniční pobyty aj. Společnosti pro podporu lidí s mentálním postižením se zaměřuje především na tyto oblasti:

- Vzdělávací - večerní škola pro mentálně retardované členy, kroužky výtvarné výchovy, keramiky, výuky vaření a práce s počítačem;
- Společenské - organizování tanečních kurzů, diskohrátky se soutěžemi;
- Rehabilitační a sportovní - kurzy plavání, kroužky stolního tenisu, cvičení, vycházky a výcvik na raftech;
- Rehabilitační pobyty: jednotlivců s odborným doprovodem, rodičů s dětmi v tuzemsku i v zahraničí s komplexním zabezpečením po profesní stránce;
- Vzdělávací akce pro rodiče a výchovný personál;
- Okamžitá pomoc v tísni;
- Pobyty se skupinovou asistencí;

- Pobyty s doprovodem (s individuální asistencí);
- Rehabilitační pobyt se skupinovou asistencí;
- Plavecké závody (33).

### **Studio Oáza**

Studio Oáza je nezisková organizace, která nabízí kulturní, vzdělávací a umělecké aktivity pro lidi s mentálním postižením. Poskytuje kvalitní náplň volného času a umožňuje těmto lidem rozvinout své schopnosti, najít smysl své práce a integrovat se do společnosti.

Od svého vzniku v roce 1992 (zakladatelkou a první ředitelkou byla Olga Kurzová) Studio Oáza otevřelo 17 zájmových kroužků, do nichž se pravidelně zapojuje 70 osob s mentálním postižením a přibližně 20 dobrovolníků, převážně studentů středních a vysokých škol, kteří pracují jako asistenti. Výuka je vedena profesionály daného oboru nebo speciálními pedagogy. Jednotlivé sekce Studia Oáza prezentují výsledky své práce na veřejných vystoupeních, výstavách a festivalech (Divadlo ABC, Divadlo Na Prádle, Laterna Magika, aj. Svým zaměřením a profesionální vedení výuky je Studio Oáza jedinečným projektem v České republice (34).

### **Občanské sdružení Baobab**

Občanské sdružení Baobab vzniklo v roce 1997 s cílem poskytování ucelené sociální rehabilitace pro osoby s duševním onemocněním, především psychotického okruhu. Baobab je nestátní neziskovou organizací, která podporuje jedince s duševním onemocněním) v trávení volného času prostřednictvím umění a výtvarného projevu. Základním cílem je poskytnout těmto lidem nejen prostor pro jejich kreativní vyjádření, ale také bezpečné prostředí pro navázání kontaktů s druhými lidmi. Velký důraz je kladen na uvolnění klientů a podpoření jejich zájmu o umění či aktivně trávený volný čas. Služba je poskytována zdarma (35).

### **Občanské sdružení ESET-HELP**

Občanské sdružení ESET-HELP se orientuje na rozvoj a péči o duševní zdraví. Jednotlivé programy navazují na existující zdravotnickou péči a rozšiřují ji v oblastech rehabilitace, resocializace a psychosociálního a právního poradenství. Péče o klienty se směřována na znovuzískání zdravotní, psychické a sociální stability a obnovení hodnotného a spokojeného života.

Služby jsou orientovány přímo na jedince a jeho přirozené prostředí. Jejich poskytování je bezplatné (36).

**Duhová hvězda**

Neziskové sdružení Duhová hvězda se zaměřuje na hlubší sebeuvědomování, na lidskou důstojnost, na nalezení vlastní síly a posilování vnitřní rovnováhy, a na hledání nového uzdravujícího postoje v období životní krize (37).

**Občanské sdružení Kaleidoskop**

Terapeutická komunita Kaleidoskop poskytuje služby klientům s poruchou osobnosti. Nabízí intenzivní terapeutický program v délce 1 roku. Kapacita služby je 15 lůžek (38).

**Asociace pomáhající lidem s autismem - APLA Praha, Střední Čechy, o.s.**

APLA Praha poskytuje sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi. Cílovou skupinou klientů jsou osoby se zdravotním postižením a rodiny s dítětem/děťmi. Sociální služby jsou poskytovány klientům těchto věkových kategorií: děti předškolního věku (1 - 6 let), mladší děti (7 - 10 let), starší děti (11 - 15 let), dorost (16 - 18 let), mladí dospělí (19 - 26 let) a dospělí (27 - 64 let) (39).

### 3.2 Analýza komunitní péče na Pelhřimovsku

**FOKUS Vysočina**

FOKUS Vysočina je organizace sociální pomoci v kraji Vysočina, v němž má čtyři centra sociální pomoci: Pelhřimov, Havlíčkův Brod, Chotěboř a v omezené míře i Hlinsko. V těchto městech je dostupná komunitní péče pro klienty v následujících věkových kategoriích: dorost (18 let), mladí dospělí (19 - 26 let), dospělí (27 - 64 let) a senioři (65 - 80 let).

**Komunitní tým Pelhřimov.** Cílovou skupinu představují osoby s chronickým duševním onemocněním. Jejich dlouhodobější podpora probíhá v rámci uzavření smlouvy o poskytování sociální služby, kde je zformulován osobní cíl uživatele, který je konkretizován rehabilitačním plánem.

**Komunitní tým Havlíčkův Brod,** organizovaný FOKUSEM Vysočina, si klade za cíl obnovení a získání schopností a dovedností, které jsou důležité pro zapojení uživatelů do běžného života. Tým čtyř sociálních pracovníků poskytuje uživatelům podporu v terénu i v prostorách střediska. Cílem práce tohoto týmu je nejen přímá podpora uživatelů, ale i zprostředkování vhodných návazných služeb, jako jsou chráněné bydlení, služby týmu podpory v zaměstnávání, sociálně terapeutické dílny a chráněné dílny.

**Komunitní tým Chotěboř,** organizovaný FOKUSEM Vysočina, se zaměřuje na služby sociální rehabilitace. Zaměstnanci komunitního týmu dle potřeb a přání klienta plánují dal-

ší spolupráci, jež je podložena rehabilitačním plánem. Cílem těchto aktivit je obnovení samostatnosti a sebedůvěry klienta.

**Komunitní tým Hlinsko poskytuje službu Sociální rehabilitace dle §70 zákona č.108/2006 Sb. Kromě poskytování psychosociálních služeb centrum realizuje přednášky o problematice duševního zdraví pro žáky a studenty (40).**

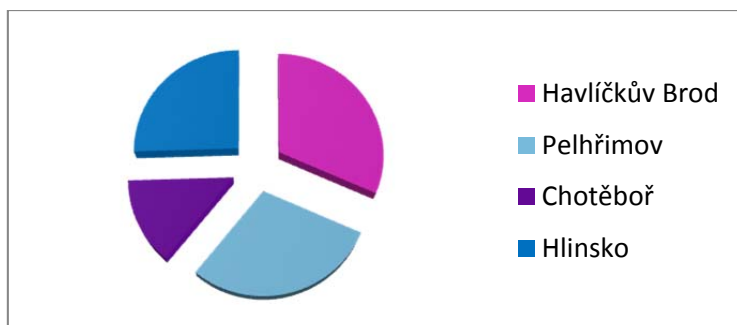
Demografické rozložení komunitních týmů je možné sledovat na obr.1.

**Obr. 2: Demografické rozložení komunitních týmů**



Zdroj: Fokus Vysočina, [www.fokusvysocina.cz](http://www.fokusvysocina.cz)

Výroční zpráva Fokusu Vysočina za rok 2010 uvádí přehled počtu klientů jednotlivých komunitních center, která do jeho působnosti spadají. Graf 1 uvádí relativní četnost klientů – fyzických osob, které uzavřely smlouvu o poskytnutí služby.

**Graf 1: Četnost klientů komunitních center Fokusu Vysočina**

Zdroj: Fokus Vysočina. Výroční zpráva 2010

**Centrum** Lada se sídlem v Pacově je občanské sdružení pro pomoc lidem s mentálním a kombinovaným postižením. Poskytuje ambulantní sociální služby pro tyto věkové kategorie klientů: dorost (16 – 18 let); mladí dospělí (19 – 26 let) a dospělí (27 – 64 let) (41).

**Astra** - denní centrum pro seniory v Humpolci je poskytovatelem ambulantních sociálních služeb pro cílovou skupinu, kterou tvoří osoby s jiným zdravotním postižením, osoby s tělesným postižením a senioři. Centrum se zaměřuje na tyto věkové kategorie: dospělí (55 - 64 let), mladší senioři (65 - 80 let) a starší senioři (nad 80 let) (42).

**Občanské sdružení Benediktus** v Chotěboři poskytuje ambulantní sociální služby pro cílové skupiny klientů s kombinovaným postižením a s mentálním postižením v těchto věkových kategoriích: dorost (16 – 18 let), mladí dospělí (19 – 26 let), dospělí (27 – 64 let) a mladší senioři (65 – 80 let) (43).

**Terapeutickou komunitu Sejřek** poskytuje Kolpingovo dílo České republiky o. s. v Nedvědicích. Pro osoby drogově závislé a pro jedince s duální diagnózou jsou určeny strukturované rezidenční programy v délce 7 – 13 měsíců, které zahrnují skupinovou a individuální terapii, režimovou léčbu, pracovní terapii, rodinnou terapii, sociální práci, prevenci relapsu a zážitkovou terapii (44).



## 4 KAZUISTIKY OSOB S PSYCHICKÝM ONEMOCNĚNÍM

Pro doplnění sledované problematiky uvádím anonymní kazuistiky klientů komunitního centra Fokus v Praze, získané (a neupravené) z poznámek od terapeuta uvedeného zařízení.

### **Kazuistika 1**

Muž, 36 let

Klient přichází do Fokusu jako osoba zbavená způsobilosti k právním úkonům, bez příjmu a bez finančních prostředků. Bydlí na ubytovně, kde má zajištěno základní stravování. K jídlu si kupuje třeba jen 20 suchých rohlíků a kávu. Je silně zadlužen a jeho veškeré finanční prostředky směřují na umořování několikasettisícového dluhu. Klient je stresovaný z nepříjemných lidí, se kterými bydlí na ubytovně, často je zde i 10 lidí na jednom pokoji. Nemá dostatek finančních prostředků na kvalitní stravu, na ošacení ani na jiné osobní potřeby. Udává, že nemůže pracovat, neboť je stále unavený. Z toho důvodu práci nezvládne a má trvalé depresivní stavy. Klient je ze svého pohledu v beznadějně situaci.

Klient dostává šanci pracovat individuálně v podporovaném zaměstnání sdružení Eset, kde se zbavuje stresu z velkého kolektivu lidí. V práci se osvědčuje. Je mu umožněno uzavřít pracovní smlouvu přímo s firmou, v níž se osvědčil. Tím mu odpadnou poplatky za zprostředkování, které by tato firma platila sdružení Eset. Pro klienta z toho pramení vyšší plat a trvalé místo na částečný úvazek. Jeho únava ustoupila, klient je stále více odolnější. V důsledku těchto změn si u známých hledá další možnosti brigádního přivýdělku. Po čase je navíc zaměstnán v chráněné dílně Sdružení, u něhož využívá chráněné bydlení. Po intervenci u veřejné opatrovnice se podařilo zajistit, aby část vydělaných peněz nešla na umořování dluhů, ale aby ji klient měl pro lepší motivaci k další práci pro osobní potřebu.

V současné době je klient spokojený, má pohodlné chráněné bydlení a podal si žádost o sociální byt. Má řadu aktivit, které zvládá. Psychicky je už řadu měsíců vyrovnaný. Pracuje, vydělává peníze a dokáže si i nějaké finance ušetřit.

### **Kazuistika 2**

Žena, 21 let

Klientka se dostavila do Fokusu bez jakékoli zkušenosti se zaměstnáním, pomineme-li zkušenost s měsíční brigádou v cizině. Nedokončila střední školu ani střední odborné učiliště. Má invalidní důchod, nemá žádné aktivity, je převážně doma, nevěří si.

Prostřednictvím spolupráce s organizací Green Doors klientka navázala na práci, s níž se seznámila v rámci zahraniční brigády. Rychle získala sebedůvěru, naučila se lépe pracovat se svou pamětí, nedělá jí problémy jednoduché účetnictví při počítání obrátu a zisku za pracovní směnu, kterého se na počátku obávala. Nyní se připravuje na přestup na vyšší pracovní pozici.

### **Kazuistika 3**

Muž, 30 let

Klient přišel do Fokusu jako muž velmi závislý na matce, s níž bydlel ve společné domácnosti. Měl jen zkušenost s přechodným osamostatněním při několikaměsíční brigádě v zahraničí. Klient požadoval samostatný nájemní byt. Po zmapování se ukázalo, že zcela samostatné bydlení by bylo příliš náročné. Ale bylo mu nabídnuto bydlení v chráněném bytě. Klient tuto nabídku přijal. Ale vzápětí začaly velké obtíže ve vztahu s matkou, která s tímto krokem klienta nesouhlasila. Doma se stupňovalo napětí až nepřátelství. Klient byl po celou dobu v této situaci provázen a podporován. Matka nakonec těsně před stěhováním do chráněného bytu začala být shovívavější a později dokonce spolupracovala a svému synovi i při zařizování chráněného bytu pomáhala. Klient v chráněném bytě musel řešit nové obtíže spojené s pocity osamění, ale učinil důležitý krok k úplnému osamostatnění, s nímž je on sám spokojen.

### **Kazuistika 4**

Muž, 32 let

Klient získal kontakt na službu Fokusu v Psychiatrické léčebně Bohnice. Je zbaven způsobilosti k právním úkonům, má veřejného opatrovníka na městské části. Klient má svůj byt, do něhož by se rád vrátil.

Ve spolupráci se sociálním pracovníkem Fokusu klient plánuje návrat do bytu. V důsledku tohoto rozhodnutí zajišťuje sociální pracovník v součinnosti s veřejným opatrovníkem opravy v bytě. Po několika měsících odchází klient do svého bytu, kde samostatně žije za podpory rodiny, pečovatelské služby, veřejného opatrovníka a pracovníka komunitního týmu.

### **Kazuistika 5**

Žena, 42 let

Klientka přichází do Fokusu na doporučení známé. Již několik let neopouští byt, v němž žije s manželem a synem. Klientce je nejprve doporučeno volnočasové centrum, do něhož pravidelně dochází. Zároveň získává klíčového pracovníka, který s ní mapuje její potřeby. Po přibližně třech měsících spolupráce jsou stanoveny hlavní problémové oblasti, a to zvládání zhoršení zdravotního stavu a navazování sociálních kontaktů mimo rodinu. Pracovník s klientkou vytváří plán zvládání této situace. Následně plán konzultují s psychiatrem, v jehož péči klientka je. Klientka se postupně učí řešit osobní problémy jiným způsobem než sebepoškozováním, jak tomu bylo dosud. Co se týče navazování vztahů a přátelství, klientka navazuje přátelství ve volnočasovém klubu, nachází několik přítelkyň, s nimiž se schází i mimo zařízení Fokusu Praha.

### **Kazuistika 6**

Žena, 47 let

Klientka pobírá invalidní důchod a ráda by si k němu přivydělala finanční prostředky. Není si jista, zda by zvládla pravidelnou docházku do zaměstnání. Ve spolupráci s pracovníkem komunitního týmu postupně procházejí různé možnosti práce, jako jsou chráněné dílny, podporované zaměstnání na otevřeném trhu práce, práce z domova. Klientka si od kamarádky zjistila kontakt na agenturu poskytující domácí práci a ve spolupráci se svým klíčovým pracovníkem tuto agenturu kontaktovala. Po vyřízení všech potřebných náležitostí získala pracovní smlouvu na práci z domova. Tento typ práce klientce vyhovuje, bez problémů svěřené úkoly zvládá a již 6 měsíců má díky tomu výrazný přivýdělek ke svému ID.

### **Kazuistika 7**

Muž, 30 let

Klientovi bylo opakovaně zprostředkováno umístění v chráněné dílně, avšak nikdy pracovní rehabilitaci nedokončil, neboť nezvládl přijít do práce včas nebo nepřišel vůbec. Hodně chtěl hovořit o svých zdravotních problémech, ale odmítal je řešit medikací. Z těchto důvodů velmi špatně vnímal realitu života a také s tím měl problémy, které se odrážely ve vztazích- nerozuměl jim. Měl velké konflikty s matkou, jelikož ona měla o jeho životě jinou představu. Chtěla, aby chodil do práce a aby jí přispíval pravidelně na nájem a výlohy v domácnosti. Klient to nedokázal, neboť neuměl hospodařit s penězi. Měl dluhy u kamarádů i u bankovního ústavu. Často odmítal pracovat na finančním rozpočtu s odůvodněním, že on nemá tyto problémy, pouze má často psychické problémy, které musí

vyřešit. Odmítal spolupracovat se svým psychiatrem. Přes velké životní problémy, měl přátele a uměl využívat volný čas.

Obrat k lepšímu nastal po nedobrovolné hospitalizaci klienta, kdy jeho sestra po vzájemném konfliktu zavolala lékařskou pomoc. Na základě informací psychiatrické léčebny byly učiněny kroky, které by směřovaly k okamžitému propuštění klienta, neboť jeho stav byl v rozporu s nedobrovolnou hospitalizací. S otcem klienta byla uzavřena dohoda, že bude dočasně bydlet se svým synem. Rodiče klienta jsou rozvedeni. Společné soužití klienta s otcem probíhalo dle domluv, které jsme společně udělali. Současně se podařilo navázat spolupráci s jeho matkou a společně s psychiatrem byl navržen plán na vyklizení klientova pokoje, v němž panoval velký nepořádek. Zároveň se podařilo zlepšit vztah mezi klientem a matkou, která začala chápat psychické problémy svého syna. Klient si našel přítelkyni, u níž často přebýval, a také si našel zaměstnání s volnou pracovní dobou. Postupně začal splácet dluhy. Dnes žije relativně bez větších problémů a je spokojený. S rodiči se stýká pravidelně.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 5 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU

V praktické části jsem se zaměřila na postoj společnosti k psychicky nemocným. První část - teoretická - mé diplomové práce se týká sociální pomoci, ale snad ještě důležitější je vztah společnosti jakožto jednotlivců k takto postiženým lidem. Zda se při výzkumu ověří, že psychicky nemocní jsou odsouváni na okraj společnosti či zda moderní doba s sebou nese i nové moderní názory a postoje k duševně nemocným.

### 5.1 Hlavní cíl výzkumného šetření

Hlavním cílem výzkumného projektu bylo zjištění skutečnosti, jak dospělí jedinci majoritní společnosti přijímají osoby s psychickým onemocněním a do jaké míry jsou o tomto onemocnění informováni.

Dílčí cíle výzkumu:

- a) Jaký je názor na izolaci psychicky nemocných od majoritní populace?
- b) Obává se majoritní populace vlastního psychického onemocnění?
- c) Věnují, dle respondentů, média dostatek prostoru této problematice?

### 5.2 Vymezení výzkumného problému

Jaká je informovanost majoritní populace o psychických onemocněních a o jedincích, kteří jsou jejich nositeli?

V rámci výzkumného šetření byly položeny tyto otázky:

- a) Liší se postoje majoritní společnosti k osobám s psychickým onemocněním ve velkoměstě a městě do 11 tisíc obyvatel?
- b) Jaký je názor laické veřejnosti na dobrovolnickou činnost komunitních týmů?
- c) Jaký je názor respondentů na prostor v médiích, který je věnován problematice osob s duševním onemocněním?
- d) Jaký je postoj respondentů k psychickému onemocnění?

#### Stanovení hypotéz

S ohledem na vytyčené cíle jsem v práci ověřovala platnost těchto hypotéz:

**Hypotéza 1:** Úroveň informovanosti občanů o psychickém onemocnění bude větší u žen a u jedinců se středoškolským či vysokoškolským vzděláním.

**Hypotéza 2:** Vstřícný postoj k psychicky nemocným bude ve všech věkových skupinách,

bez ohledu na pohlaví respondentů.

**Hypotéza 3:** Ve městě do 11 000 obyvatel bude zaznamenána větší ochota případné pomoci jedincům s psychickým onemocněním.

### 5.3 Výzkumný vzorek

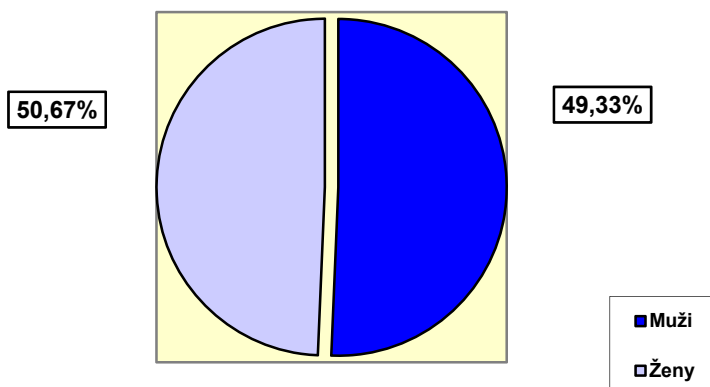
Za účelem výzkumného šetření byli osloveni dospělí jedinci z města Prahy a Humpolce. Za tímto účelem bylo rozdáno 160 dotazníků, jejichž návratnost činila 86,88%, tj. 139 dotazníků. Podkladem pro výzkumné šetření zůstává 139 dotazníků, které představují 100% sledovaného souboru.

Výzkumný vzorek představovalo 139 respondentů, 65 mužů a 74 žen, ve věku od 18 do 73 let. Absolutní a relativní četnost respondentů z Prahy a z Humpolce uvádí tabulka 1. Relativní četnost mužů a žen ve výše uvedených městech pramení z grafu 2 a 3.

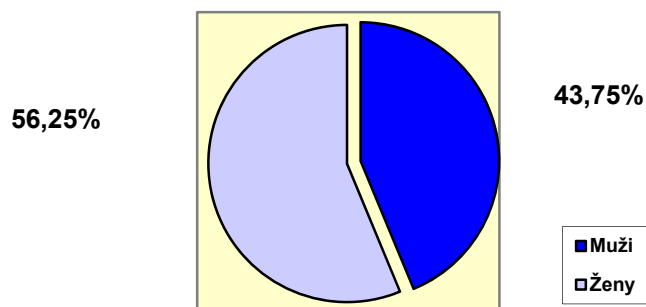
**Tab. 1: Trvalý pobyt respondentů**

Město	Muži		Ženy		Celkem	
Praha	37	26,62	38	27,34	75	53,96
Humpolec	28	20,14	36	25,90	64	46,04
<b>Celkem</b>	<b>65</b>	<b>46,76</b>	<b>74</b>	<b>53,24</b>	<b>139</b>	<b>100,00</b>

**Graf 2: Relativní četnost respondentů žijících v Praze (v %)**



Graf 3: Relativní četnost respondentů žijících v Humpolci



Četnost respondentů v jednotlivých věkových kategoriích udávají tabulky 2 a 3.

Tab. 2: Četnost jedinců v jednotlivých věkových kategoriích v Praze

Věk	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
18 - 25	8	10,66	12	16,00	20	26,66
26 - 34	13	17,33	8	10,55	21	28,00
35 - 50	6	8,00	7	9,33	13	17,33
51 – 65	7	9,33	4	5,33	11	14,66
66 a více	3	4,00	2	2,66	5	6,66
<b>Celkem</b>	<b>37</b>	<b>49,33</b>	<b>38</b>	<b>50,67</b>	<b>75</b>	<b>100,00</b>

Tab. 3: Četnost jedinců v jednotlivých věkových kategoriích v Humpolci

Věk	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
18 - 25	12	18,77	9	14,05	21	32,82
26 - 34	3	4,72	7	10,92	10	15,62
35 - 50	5	7,81	8	12,51	13	20,32
51 – 65	4	6,24	6	9,38	10	15,62
66 a více	5	7,81	5	7,81	10	15,62
<b>Celkem</b>	<b>28</b>	<b>43,75</b>	<b>36</b>	<b>56,25</b>	<b>64</b>	<b>100,00</b>



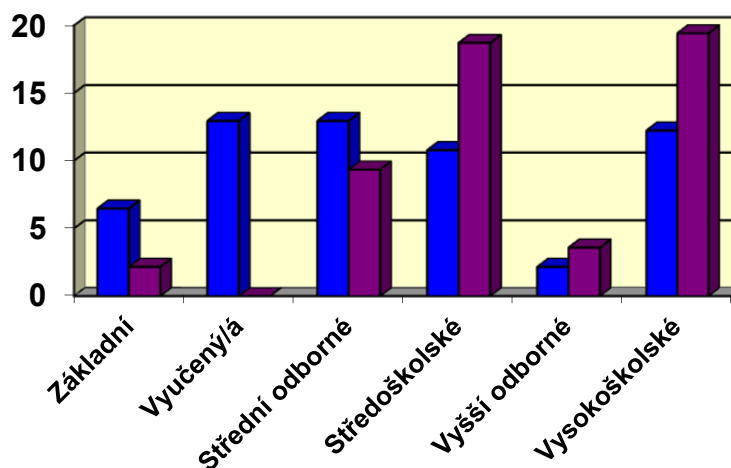
V uvedeném souboru 139 jedinců bylo 12 respondentů, tj. 8,63% se základním vzděláním a 3 respondenti, tj. 2,16% byli vyučeni. Střední školu vystudovalo 72 respondentů, tj. 51,8%. Vyšší odborné a vysokoškolské vzdělání dosáhlo 52 respondentů, tj. 37,4%, jak uvádí tabulka 4.

Vzhledem k tomu, že některé výsledky výzkumu byly hodnoceny s ohledem na nejvyšší dosažené vzdělání respondentů, uvádím v tabulce 3 přehled dosaženého vzdělání u všech 139 jedinců. V níže uvedeném grafu 4 je možné sledovat rozdíly v relativní četnosti mužů a žen v nejvyšším dosaženém vzdělání.

**Tab. 4: Nejvyšší dosažené vzdělání**

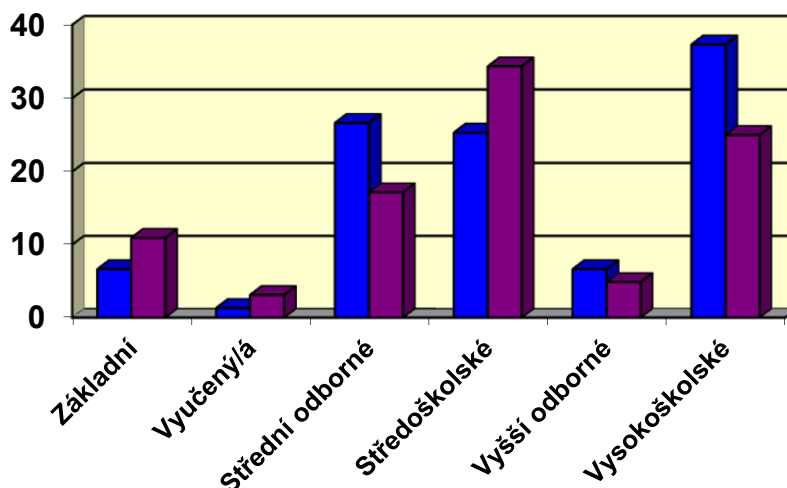
Vzdělání	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Základní	9	6,47	3	2,16	12	8,63
Vyučený/á	3	2,16	-	-	3	2,16
Střední odborné	18	12,95	13	9,35	31	22,30
Středoškolské	15	10,79	26	18,71	41	29,50
Vyšší odborné	3	2,16	5	3,59	8	5,75
Vysokoškolské	17	12,23	27	19,42	44	31,65
<b>Celkem</b>	<b>65</b>	<b>43,75</b>	<b>74</b>	<b>56,25</b>	<b>139</b>	<b>100,00</b>

**Graf 4: Rozdíly v relativní četnosti mužů a žen v nejvyšším, dosaženém vzdělání (v%)**



Rozdíly v relativních četnostech respondentů ve městech Praha a Humpolec vyplývají z grafu 5.

**Graf 5: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů v Praze a v Humpolci (v %)**



#### 5.4 Volba typu výzkumu

S ohledem na druh výzkumného problému byl v předložené diplomové práci zvolen kvantitativní výzkum. Jeho prostřednictvím lze snáze získat relativní i absolutní četnost odpovědí většího okruhu respondentů ve sledovaných městech a tyto četnosti vzájemně porovnat.

#### 5.5 Výzkumná metoda

K výzkumnému šetření byla použita kvantitativní metoda. Dotazník vlastní konstrukce byl vytvořen pro dospělé respondenty žijící na území hlavního města Prahy a ve městě Humpolci.

Dotazníky obsahovaly patnáct otázek, které se týkaly poměru respondentů k psychickým nemocem a k osobám s psychickým onemocněním, informovanosti o psychických onemocněních, ochoty pracovat v komunitním centru. A nakonec dotazník obsahoval tři otázky, jimiž byly zjišťovány anamnestické údaje, tj. pohlaví, věk a nejvyšší dokončené vzdělání.

Na 17 otázek měli respondenti vyjádřit svůj názor zvolením vhodné odpovědi, jedna otázka byla doplňovací. Prostřednictvím této otázky byla zjišťována informovanost jedinců o

mentální anorexii a bulimii. Prostřednictvím dotazníku respondenti odpovídali na tyto otázky: Konkrétní znění otázek v dotazníku uvádí příloha I.

## 6 REALIZACE A ZPRACOVÁNÍ VÝZKUMU

### 6.1 Realizace výzkumu

Výzkumné šetření probíhalo náhodným výběrem respondentů. Za účelem výzkumného šetření byli osloveni dospělí jedinci z hlavního města Prahy a z města Humpolce. Dotazníků bylo rozdáno 160, (80 v Praze a 80 v Humpolci) a jejich návratnost byla 86,88%, tj. 139 dotazníků, které představují 100% sledovaného souboru.

Výzkumné šetření bylo uskutečněno v měsících leden – červen 2011 náhodným výběrem dotazovaných.

K realizaci výzkumu byla záměrně vybrána města Praha a Humpolec. Zatímco v hlavním městě můžeme předpokládat dostupnost sociální péče z hlediska četnosti komunitním týmů za optimální, v Humpolci, tj. městě do 11 tis. obyvatel, nevykazuje činnost žádný komunitní tým. Tuto informaci jsem získala osobními rozhovory s představiteli sociálního odboru Městského úřadu v Humpolci, od nichž jsem zároveň získala kontakty na organizace, v rámci jejichž činnosti komunitní týmy pracují a jsou v dosahu pro obyvatele města Humpolce. Prostřednictvím elektronické pošty jsem kontaktovala i další sociální odbory měst na Pelhřimovsku, od nichž jsem získala spojení především na neziskové organizace, které komunitní týmy pokrývají. S ohledem na skutečnost, že jednou z náplní těchto organizací je i osvětová a vzdělávací činnost zaměřena na majoritní populaci, porovnávám v předložené práci výsledky získané od respondentů v Praze a v Humpolci.

### 6.2 Zpracování výzkumu

Otázky dotazníku byly rozčleněny do 4 okruhů: první okruh obsahoval ty otázky, které směřovaly na informovanost dotazovaných o psychickém onemocnění, tj. č. 3,4,5,6,8,10,14. Do druhého okruhu byly zařazeny otázky, které vypovíдалy o vztahu respondentů k osobám s psychickým onemocněním, tj. č. 1,2,7,9,11,13,15. Třetí část tvořila jedna otázka č. 12, jejímž prostřednictvím byl zjišťován postoj respondentů k dobrovolnické práci v komunitním centru. Čtvrtý okruh zahrnoval otázky, jimiž byly zjišťovány anamnestické údaje o respondentech, tj. č. 16,17,18.

Veškeré údaje, které byly zjištěny dotazníkovým šetřením, byly procentuálně vyhodnoceny a výsledky byly uvedeny do tabulek. Některé výsledky šetření byly zpracovány graficky.

Zvlášť byla hodnocena skupina respondentů z Prahy a z Humpolce. Veškeré odpovědi na otázky byly tříděny podle pohlaví respondentů. V průběhu hodnocení byly některé dílčí výsledky konfrontovány s věkem a nejvyšším dosaženým vzděláním.

### 6.3 Ověřování hypotéz

K ověřování platnosti stanovených hypotéz byly použity jen některé otázky dotazníku.

**Hypotéza 1:** Úroveň informovanosti občanů o psychickém onemocnění bude větší u žen a u jedinců se středoškolským či vysokoškolským vzděláním. Platnost této hypotézy byla ověřována prostřednictvím otázek č. 3,4,5,6,10,14.

**Hypotéza 2:** Vstřícný postoj k psychicky nemocným bude ve všech věkových skupinách, bez ohledu na pohlaví respondentů. K ověření platnosti druhé hypotézy byly použity otázky č. 1,2,7,13.

**Hypotéza 3:** Ve městě do 11 000 obyvatel bude zaznamenána větší ochota případné pomoci jedincům s psychickým onemocněním. Platnost této hypotézy byla ověřována otázkou č. 12.

## 7 VÝSLEDKY VÝZKUMU A INTERPRETACE DAT

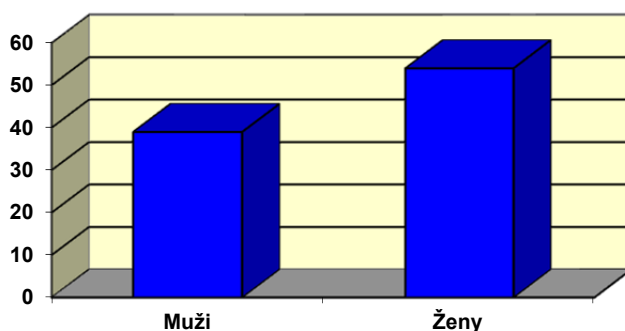
### 7.1 Informovanost jedince o duševním onemocnění

Osoby s duševním onemocněním bývají majoritní společností hůře akceptovány, současně na jedince s duševním onemocněním působí postoje společnosti ovlivněné nedostatečnými znalostmi a nízkou informovaností o duševním onemocnění (Vágnerová, 1999).

#### 7.1.1 Doba vzniku psychické poruchy

Prostřednictvím výběru vhodné odpovědi měli respondenti vyjádřit názor na dobu vzniku psychické poruchy. Z celkového počtu dotazovaných jen 57 osob, tj. 41,01% uvedlo správnou odpověď. Ve skupině mužů bylo zaznamenáno 38,85 % správných odpovědí, ve skupině žen je zjištěna o 15 % větší informovanost o době vzniku psychických poruch. Relativní četnost u mužů a žen uvádí graf 6. V grafu 7 je možné sledovat rozdíly v relativních četnostech správných odpovědí mezi respondenty z Prahy a Humpolce.

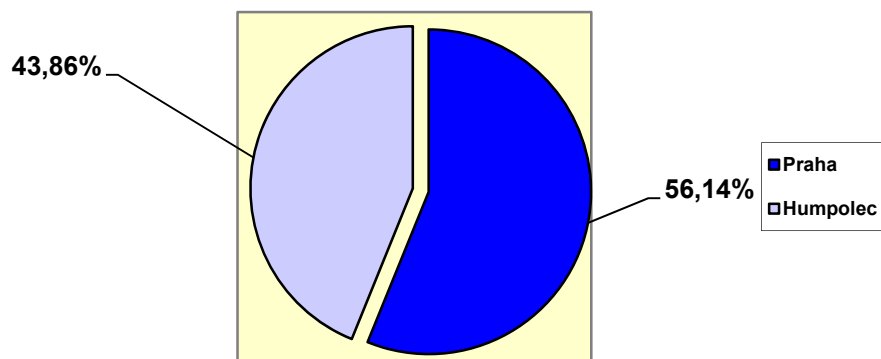
**Graf 6: Relativní četnost správných odpovědí u mužů a žen (v%)**



#### Četnost správných odpovědí podle místa trvalého pobytu

Z níže uvedeného grafu 7 vyplývá větší informovanost o době vzniku psychických poruch u pražských respondentů, u nichž bylo shledáno přibližně o 12% více správných odpovědí než u respondentů v Humpolci. Absolutní a relativní četnosti správných odpovědí dle věku respondentů a dle nejvyššího dosaženého vzdělání vyplývají z tabulek 4 a 5, které postihují i rozdíly mezi muži a ženami v obou městech.

Graf 7: Relativní četnost správných odpovědí u respondentů v Praze a v Humpolci (v %)



Tab. 5: Četnost správných odpovědí podle věku respondentů

Věk	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
18 - 25	5	22,72	9	25,71	14	24,56
26 - 34	7	31,82	8	22,86	15	26,32
35 - 50	4	18,18	5	14,28	9	15,79
51 – 65	1	4,55	7	20,00	8	14,03
66 a více	5	22,72	6	17,14	11	19,29
<b>Celkem</b>	<b>22</b>	<b>100,00</b>	<b>35</b>	<b>100,00</b>	<b>57</b>	<b>100,00</b>

Tab. 6: Četnost správných odpovědí podle nejvyššího dosaženého vzdělání

Vzdělání	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Základní	-	-	-	-	-	-
Vyučený/á	-	-	-	-	-	-
Střední odborné	5	22,72	4	11,43	9	15,79
Středoškolské	7	31,82	11	31,43	18	31,58

Vyšší odborné	4	18.18	5	14.28	9	15.79
Vysokoškolské	6	27.27	15	42.86	21	36.84
<b>Celkem</b>	<b>22</b>	<b>100,00</b>	<b>35</b>	<b>100,00</b>	<b>57</b>	<b>100,00</b>

V informovanosti středoškolských a vysokoškolských respondentů byly zjištěny jen malé rozdíly v relativní četnosti správných odpovědí. Dotazovaní s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním poskytli 52,63% správných odpovědí, u jedinců se středním odborným a středoškolským vzděláním bylo zjištěno 47,37% správných odpovědí. Ve skupině respondentů se základním vzděláním a ve skupině vyučených nebyla zaznamenána žádná správná odpověď.

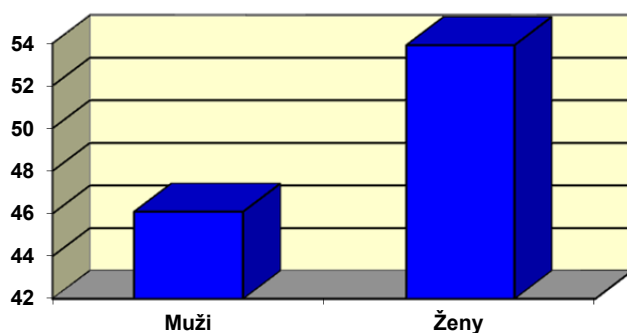
### 7.1.2 Definice mentální anorexie a bulimie

Mentální anorexie a bulimie jsou současnými odborníky (např. Vágnerová, Kocourková, Smolík) řazeny k poruchám příjmu potravy. Mentální anorexie má úzkou souvislost s hormonálními změnami v dospívání a s psychosociálními důsledky ženské role (Vágnerová, 1999).

Mentální anorexie je onemocnění, které se nejčastěji objevuje mezi 14. a 18. rokem 0,1 - 1% populace. Vyskytuje se i u chlapců, kde je však méně častější, většinou je udáván poměr chlapců a dívek 1 : 10 (Vágnerová, 1999).

Ze souboru 139 respondentů správně definovalo mentální anorexii 128 respondentů, tj. 92,08%. Poměr správných odpovědí ve skupině mužů a žen pramení z grafu 8, v němž je možné sledovat o přibližně 7% vyšší informovanost ve skupině žen.

**Graf 8: Správná definice mentální anorexie (v%)**



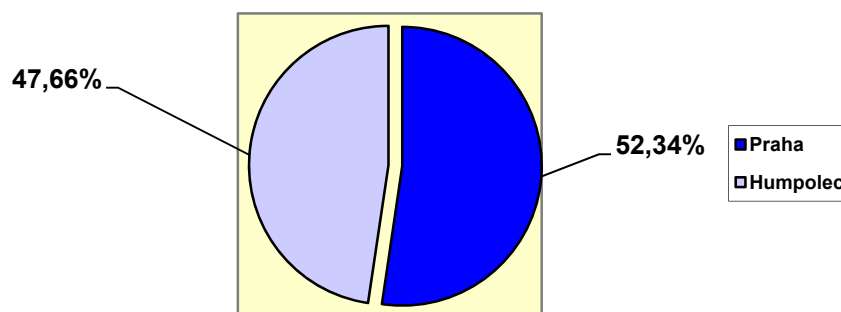


Následující tabulky 7, 8 a 9 porovnávají četnost správných definic mentální anorexie podle místa pobytu respondentů, jejich věku a nejvyššího dokončeného vzdělání. Mezi městy Prahou a Humpolcem byly zjištěny jen malé rozdíly v počtu správných odpovědí (asi 5%), jak ukazuje i relativní četnost v grafu 9. Z tabulky 8 vyplývá, že správné definice mentální anorexie byly zaznamenány v mladším věku respondentů.

**Tab. 7: Správná definice mentální anorexie podle místa trvalého pobytu respondentů**

Trvalý pobyt	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
<b>Hlavní město Praha</b>	31	52,54	36	52,17	67	52,34
<b>Humpolec</b>	28	47,46	33	47,83	61	47,66
<b>Celkem</b>	59	100,00	69	100,00	128	100,00

**Graf 9: Správná definice mentální anorexie podle místa trvalého pobytu respondentů (v %)**



Tab. 8: Správná definice mentální anorexie podle věku respondentů

Věk	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
18 - 25	18	30,51	12	17,39	30	23,44
26 - 34	15	25,42	13	18,84	28	21,87
35 - 50	15	25,42	15	21,74	30	23,44
51 – 65	4	6,78	18	26,08	22	17,19
66 a více	7	11,86	11	15,94	18	14,06
<b>Celkem</b>	<b>59</b>	<b>100,00</b>	<b>69</b>	<b>100,00</b>	<b>128</b>	<b>100,00</b>

Z níže uvedené tabulky 9 vyplývá jen malá četnost správných odpovědí ve skupině respondentů se základním vzděláním či vyučených, a to asi 11%. Nejvyšší četnost byla zaznamenána u respondentů se středním odborným a středoškolským vzděláním, tj. asi 52%, dále pak s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním, kde četnost činila přibližně 38%.

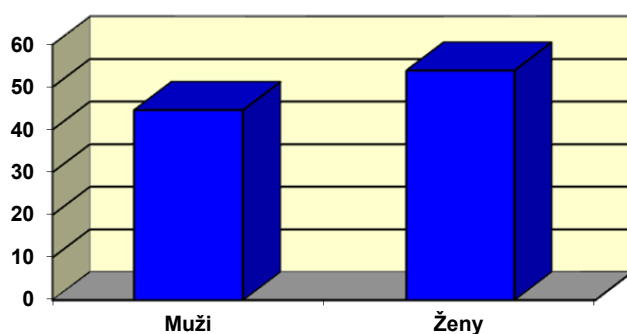
Tab. 9: Četnost správných odpovědí podle nejvyššího dosaženého vzdělání

Vzdělání	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Základní	8	13,56	3	4,35	11	8,59
Vyučený/á	3	5,08	-	-	3	2,34
Střední odborné	16	27,11	11	15,94	27	21,09
Středoškolské	14	23,73	25	36,23	39	30,47
Vyšší odborné	2	3,39	5	7,25	7	5,47
Vysokoškolské	16	27,12	25	36,23	41	32,03
<b>Celkem</b>	<b>59</b>	<b>100,00</b>	<b>69</b>	<b>100,00</b>	<b>128</b>	<b>128,00</b>

**Bulimie**

Podle Vágnerové (1999) se bulimie vyskytuje především u starších adolescentních dívek a mladých žen, u mužů je její výskyt velmi vzácný, přesto však literatura udává poměr výskytu 1 :10.

Definovat bulimii umělo jen 66% respondentů, ve skupině mužů bylo shledáno 44,61% správných odpovědí, ve skupině žen 50,00%. Rozdíly v relativních četnostech uvádí graf 10.

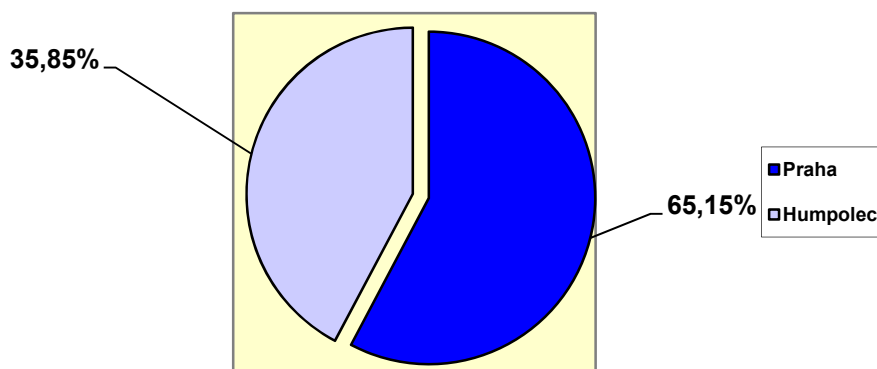
**Graf 10: Správná definice bulimie (v%)**

Velké rozdíly v četnosti správných odpovědí u respondentů z Prahy a Humpolce je možné sledovat v tabulce 10. V Humpolci bylo zaznamenáno o přibližně 30% správných odpovědí méně než v Praze, jak je možné sledovat i v grafu 11.

**Tab. 10: Správná definice bulimie podle místa trvalého pobytu respondentů**

Trvalý pobyt	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
<b>Hlavní město Praha</b>	16	55,17	17	45,95	43	65,15
<b>Humpolec</b>	13	44,83	20	54,05	23	35,85
<b>Celkem</b>	29	100,00	37	100,00	66	100,00

Graf 11: Správná definice bulimie podle místa trvalého pobytu respondentů (v%)



Výsledky dotazníkového šetření potvrzují větší informovanost o poruchách příjmu potravy v nižších věkových skupinách a u respondentů s vyšším dosaženým vzděláním. Obdobně jako u mentální anorexie byla zjištěna vyšší absolutní i relativní četnost právě v těchto skupinách. Rozdíly mezi muži a ženami vyplývají z tabulek 11 a 12.

Tab. 11: Správná definice bulimie podle věku respondentů

Věk	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
18 - 25	8	27,58	10	27,03	18	27,27
26 - 34	10	34,48	13	35,14	23	35,85
35 - 50	6	20,69	10	27,03	16	24,24
51 – 65	1	3,45	3	8,11	4	6,06
66 a více	2	6,89	1	2,70	3	4,54
<b>Celkem</b>	<b>29</b>	<b>100,00</b>	<b>37</b>	<b>100,00</b>	<b>66</b>	<b>100,00</b>

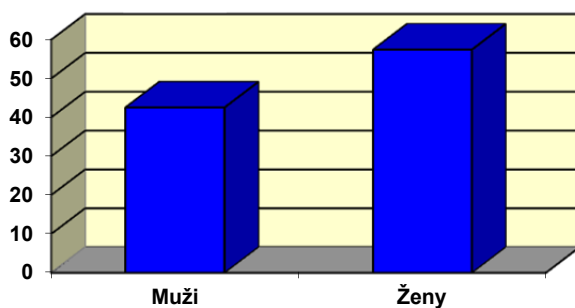
Tab. 12: Správná definice bulimie podle nejvyššího dosaženého vzdělání

Vzdělání	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Základní	1	1,45	-	-	1	1,51
Vyučený/á	-		-	--	-	-
Střední odborné	10	34,48	6	16,22	16	24,24
Středoškolské	8	27,58	12	32,43	20	30,30
Vyšší odborné	1	1,45	5	13,51	6	9,09
Vysokoškolské	9	31,03	14	37,84	23	35,85
<b>Celkem</b>	<b>29</b>	<b>100,00</b>	<b>37</b>	<b>100,00</b>	<b>66</b>	<b>100,00</b>

### 7.1.3 Rozlišení specifické poruchy učení

Výzkumným šetřením byla zjišťována informovanost respondentů o dyslexii, k níž měli přiřadit správnou definici. Je překvapivé, že ze souboru 139 respondentů odpovědělo správně jen 67,63% jedinců, rozdíl mezi ženami a muži činil asi 15%, jak uvádí graf 12.

Graf 12: Rozlišení specifické poruchy učení (v%)

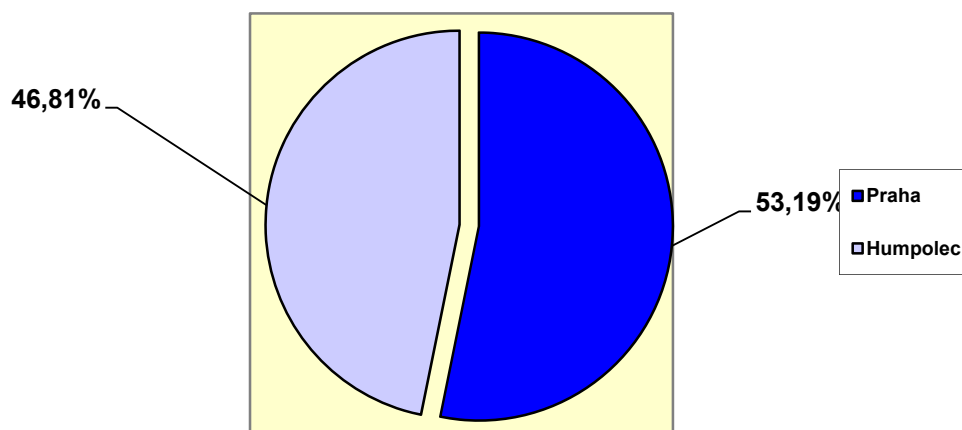


Rozdíly v četnostech správných odpovědí mezi městy Praha a Humpolec jsou uvedeny v tabulce 13, v níž zároveň můžeme sledovat rozdíly mezi skupinou mužů a žen. Z celkového počtu 94 správných odpovědí jich 53,19% připadlo na Prahu a 46,81% na město Humpolec, jak pramení i z grafu 13.

**Tab. 13: Rozlišení specifické poruchy učení podle místa trvalého pobytu respondentů**

Trvalý pobyt	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
<b>Hlavní město Praha</b>	19	47,50	31	57,41	50	53,19
<b>Humpolec</b>	21	52,50	23	42,59	44	46,81
<b>Celkem</b>	40	100	54	100	94	100,00

**Graf 13: Rozlišení specifické poruchy učení podle místa trvalého pobytu respondentů (v%)**



Z následující tabulky 14 vyplývá skutečnost, že mladší respondenti jsou více informováni o specifických poruchách učení než starší generace. Tento fakt zřejmě souvisí se skutečností, že specifické poruchy učení (dyslexie) je pojem, s nímž se v posledních letech setkává či setkávala především mladší generace ve škole. U starší generace tomu takto být nemohlo, neboť s poruchami učení se více setkáváme až v poslední třetině 20. století. Rozdílly v četnosti správných odpovědí ve skupinách mužů a žen pramení z tabulky 15. V následující tabulce 14 jsou uvedeny četnosti správných odpovědí s ohledem na dosažené vzdělání respondentů. Nejvyšší četnost byla shledána ve skupině s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním, tj. asi 54%.

**Tab. 14: Rozlišení specifické poruchy učení podle věku respondentů**

Věk	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
18 - 25	19	47,50	12	22,22	31	32,98
26 - 34	10	25,00	14	25,93	24	25,53
35 - 50	5	12,50	12	22,22	17	18,05
51 – 65	4	10,00	9	16,67	13	13,83
66 a více	2	5,00	7	12,96	9	9,57
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>40,00</b>	<b>54</b>	<b>100,00</b>	<b>94</b>	<b>100,00</b>

**Tab. 15: Rozlišení specifické poruchy učení podle nejvyššího dosaženého vzdělání**

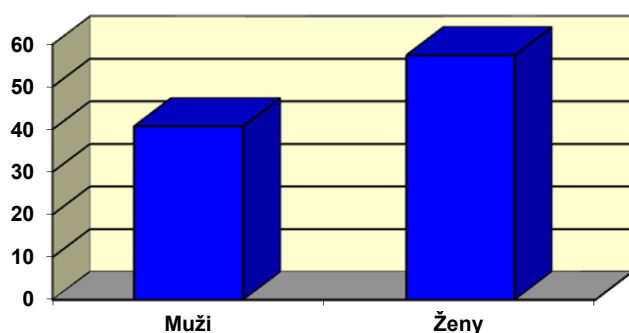
Vzdělání	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Základní	2	5,00	2	3,70	4	4,25
Vyučený/á	-	-	-	-	-	-
Střední odborné	11	27,5	6	11,11	17	18,05
Středoškolské	8	20,00	14	25,93	22	23,40
Vyšší odborné	3	7,50	5	8,26	8	8,51

Vysokoškolské	16	40,00	27	50,00	43	45,74
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>100,00</b>	<b>54</b>	<b>100,00</b>	<b>94</b>	<b>100,00</b>

#### 7.1.4 Obavy z psychického onemocnění

Dotazníkovým šetřením byly zjišťovány vlastní obavy respondentů z vlastního psychického onemocnění. Uvedené obavy vyjádřilo 103 dotazovaných, což představuje 74,10% ze sledovaného souboru. Z grafu 14 vyplývá přibližně o 20% větší četnost obav ve skupině žen.

**Graf 14: Obavy z psychického onemocnění u mužů a žen (v%)**



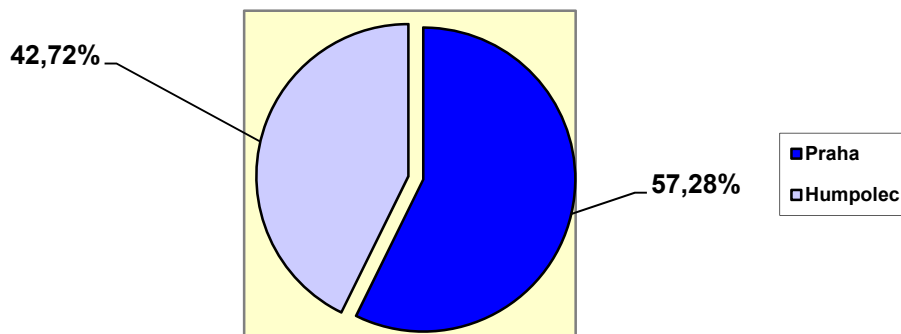
Z tabulky 16 a grafu 15 vyplývá skutečnost, že pražští respondenti mají větší obavy z psychického onemocnění než respondenti v Humpolci. Tento rozdíl činí asi 15%. Rozdíly mezi skupinami mužů a žen sledujeme v tabulce 16.

**Tab. 16: Obavy z psychického onemocnění podle místa trvalého pobytu**

Trvalý pobyt	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
<b>Hlavní město Praha</b>	22	52,38	37	60,66	59	57,28
<b>Humpolec</b>	20	47,62	24	39,34	44	42,72
<b>Celkem</b>	42	100,00	61	100,00	103	100,00



**Graf 15: Obavy z psychického onemocnění podle místa trvalého pobytu respondentů (v%)**



Nejmenší obavy z psychického onemocnění byly zaznamenány u respondentů ve věkových kategoriích 18 – 25 let a 26 – 34 let, kde bylo shledáno 11,65% a 12,62%. Naopak ve vyšších věkových kategoriích byl zjištěn velký nárůst, a to až na 36,89% v kategorii 66 a více let. Obavy z psychického onemocnění starších lidí zřejmě souvisí se skutečností jejich celkového zdravotního stavu a většího zájmu o oblast rozličných nemocí, viz tabulka 17. Další tabulka 18 přináší zjištění, že největší obavy z psychického onemocnění mají respondenti s vysokoškolským vzděláním, kde bylo zjištěno 51,46%.

**Tab. 17: Obavy z psychického onemocnění podle věku respondentů**

Věk	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
18 - 25	5	11,90	7	11,47	12	11,65
26 - 34	7	16,67	6	9,84	13	12,62
35 - 50	8	19,05	9	14,75	17	16,50
51 – 65	7	16,67	16	26,23	23	22,33
66 a více	15	35,71	23	37,70	38	36,89
<b>Celkem</b>	<b>42</b>	<b>100,00</b>	<b>61</b>	<b>100,00</b>	<b>103</b>	<b>100,00</b>

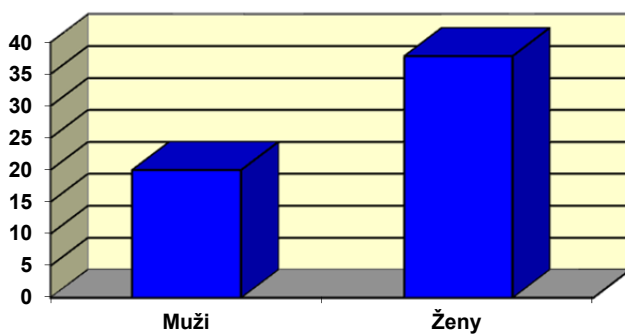
Tab. 18: Obavy z psychického onemocnění dle nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů

Vzdělání	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Základní	2	4,76	2	3,28	4	3,88
Vyučený/á	-	-	-	-	-	-
Střední odborné	8	19,05	11	18,03	19	18,45
Středoškolské	3	7,14	16	26,23	19	18,45
Vyšší odborné	3	7,14	5	8,19	8	7,77
Vysokoškolské	26	61,90	27	44,26	53	51,46
<b>Celkem</b>	<b>42</b>	<b>100,00</b>	<b>61</b>	<b>100,00</b>	<b>103</b>	<b>100,00</b>

### 7.1.5 Období vzniku schizofrenie

Výzkumné šetření potvrdilo malou informovanost respondentů o období vzniku schizofrenie. Ze sledovaného souboru 139 jedinců byly správné odpovědi zaznamenány jen u 40 respondentů, tj. 28,77%. Relativní četnost správných odpovědí ve skupině mužů a žen uvádí graf 16.

Graf 16: Správné odpovědi mužů a žen na otázku období vzniku schizofrenie (v %)

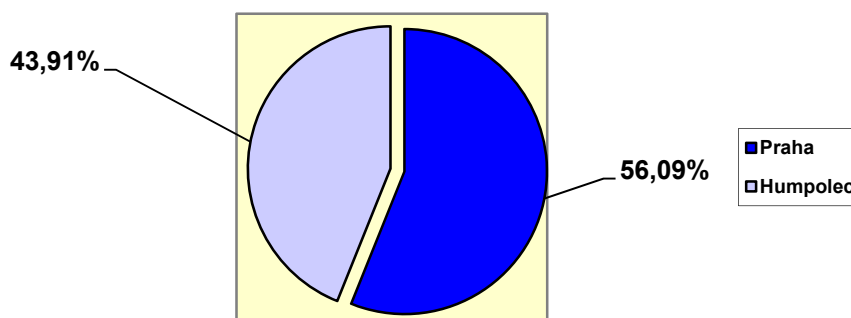


Z výše uvedeného grafu 16 vyplývá přibližně o 17% větší informovanost ve skupině žen. Četnost správných odpovědí na dobu vzniku schizofrenie podle místa trvalého pobytu respondentů je uvedena v tabulce 19, z níž vyplývá o 12% vyšší četnost ve skupině pražských respondentů. Relativní četnost správných odpovědí ve městech Praha a Humpolec je možné sledovat v grafu 17.

**Tab. 19: Četnost správných odpovědí podle místa trvalého pobytu**

Trvalý pobyt	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
<b>Hlavní město Praha</b>	8	61,54	15	53,57	23	56,09
<b>Humpolec</b>	5	38,46	13	46,43	18	43,91
<b>Celkem</b>	13	100,00	28	100,00	41	100,00

**Graf 17: Správné odpovědi na otázku období vzniku schizofrenie v Praze a v Humpolci (v %)**



Nejvyšší informovanost o období vzniku schizofrenie byla zaznamenána ve věkové kategorii 26 – 34 let, kde bylo shledáno 45%. Naopak nejnižší četnost byla u respondentů v kategorii 66 let a více, tj. 7,50%. Četnost správných odpovědí s ohledem na nejvyšší dosažené vzdělání uvádí tabulka 20, která referuje o 37,50% u skupiny středoškoláků a 32,50% u skupiny vysokoškoláků. Zároveň z tabulky vyplývá velmi nízká informovanost ve sledované oblasti u respondentů se základním vzděláním, kde nebyla shledaná žádná

správná odpověď, a ve skupině vyučeným, kde pouze jeden respondent, tj. 2,50% odpověděl správně.

**Tab. 20: Četnost správných odpovědí podle věku respondentů**

Věk	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
18 - 25	3	23,18	6	21,43	9	22,50
26 - 34	6	46,15	12	42,86	18	45,00
35 - 50	2	15,38	5	17,86	7	17,50
51 – 65	2	15,38	2	7,14	4	10,00
66 a více	-	-	3	10,71	3	7,50
<b>Celkem</b>	<b>13</b>	<b>100,00</b>	<b>28</b>	<b>100,00</b>	<b>41</b>	<b>100,00</b>

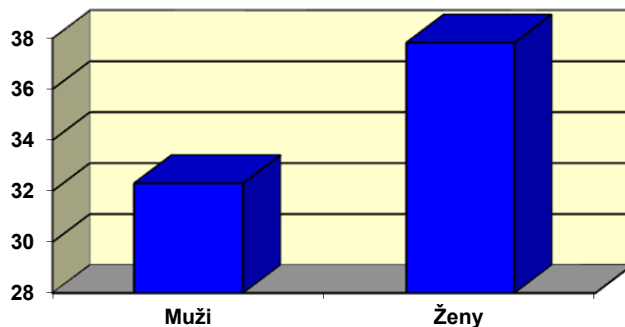
**Tab. 21: Četnost správných odpovědí podle nejvyššího dosaženého vzdělání**

Vzdělání	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Základní	-	-	-	-	-	-
Vyučený/á	-	-	1	3,57	1	2,50
Střední odborné	2	15,38	3	10,71	5	12,50
Středoškolské	3	23,18	12	42,86	15	37,50
Vyšší odborné	3	23,18	4	14,28	7	17,50
Vysokoškolské	5	38,46	8	28,57	13	32,50
<b>Celkem</b>	<b>13</b>	<b>100,00</b>	<b>28</b>	<b>100,00</b>	<b>41</b>	<b>100,00</b>

### 7.1.6 Možnost léčby schizofrenie a maniodepresivní psychózy

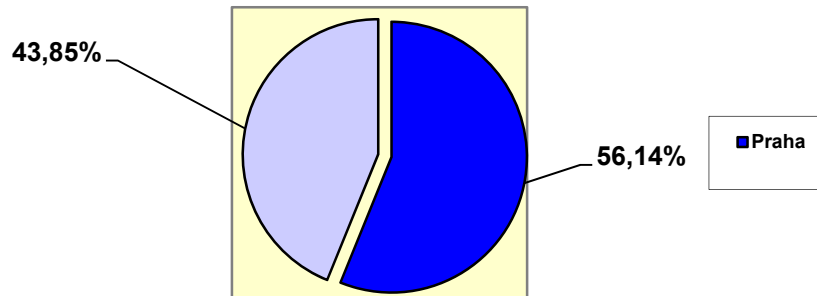
Názor na možnost léčby schizofrenie a maniodepresivní psychózy vyjádřilo všech 139 respondentů. Správná odpověď byla zaznamenána jen u 57 jedinců, tj. 41,01%. Relativní zastoupení správných odpovědí mužů a žen vyplývají z grafu 18.

**Graf 18: Četnost správných odpovědí na možnost léčby schizofrenie a maniodepresivní psychózy (v%)**



Z hlediska trvalého pobytu respondentů byly zaznamenány rozdíly v četnostech správných odpovědí mezi městy Praha a Humpolec, jak vyplývá z tabulky 22, která udává o 12% více správných odpovědí u pražských respondentů.

**Graf 19: Četnost správných odpovědí na možnost léčby schizofrenie a maniodepresivní psychózy podle místa trvalého pobytu (v %)**



Z hlediska věku respondentů bylo zjištěno více správných odpovědí u všech věkových kategorií do 50 let; rozdíly v četnosti mezi muži a ženami byly zanedbatelné, jak je možné sledovat z tabulky 23.

Četnost správných odpovědí na možnost léčby schizofrenie a maniodepresivní psychózy podle nejvyššího dosaženého vzdělání byla vyšší u respondentů s vyšším dosaženým vzděláním. Ve skupinách respondentů se základním vzděláním a s vyučením byly zaznamenány jen jednotlivé případy správných odpovědí. Absolutní a relativní četnost správných odpovědí je patrná z tabulky 24.

**Tab. 22: Četnost správných odpovědí na možnost léčby schizofrenie a maniodepresivní psychózy podle místa trvalého pobytu**

Trvalý pobyt	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Hlavní město Praha	13	61,90	19	52,77	32	56,14
Humpolec	8	38,10	17	47,23	25	43,86
<b>Celkem</b>	<b>21</b>	<b>100,00</b>	<b>36</b>	<b>100,00</b>	<b>57</b>	<b>100,00</b>

**Tab. 23: Četnost správných odpovědí na možnost léčby schizofrenie a maniodepresivní psychózy podle věku respondentů**

Věk	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
18 - 25	6	28,57	10	27,77	16	28,07
26 - 34	7	33,33	11	30,55	18	31,57
35 - 50	5	23,81	9	25,00	14	24,56
51 – 65	3	14,29	5	13,89	8	14,04
66 a více	-	-	1	2,77	1	1,75
<b>Celkem</b>	<b>21</b>	<b>100,00</b>	<b>36</b>	<b>100,00</b>	<b>57</b>	<b>100,00</b>

**Tab. 24: Četnost správných odpovědí na možnost léčby schizofrenie a maniodepresivní psychózy podle nejvyššího dosaženého vzdělání**

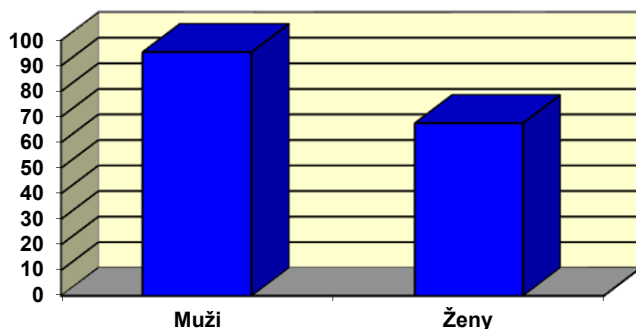
Vzdělání	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Základní	1	4,76	1	2,77	2	3,51
Vyučený/á	-	-	1	2,77	1	1,75

Střední odborné	-	-	8	22,22	8	14,04
Středoškolské	7	33,33	9	25,00	16	28,07
Vyšší odborné	2	9,52	4	11,11	6	10,53
Vysokoškolské	11	52,38	13	36,11	24	42,10
<b>Celkem</b>	<b>21</b>	<b>100,00</b>	<b>36</b>	<b>100,00</b>	<b>57</b>	<b>100,00</b>

### 7.1.7 Rozpoznatelnost psychického onemocnění pro laickou veřejnost

Ze souboru 139 respondentů se 112 jedinců, tj. 80,57% domnívá, že psychická onemocnění jsou rozpoznatelná i pro laickou veřejnost. Zatímco ve skupině mužů bylo shledáno 95,38% jedinců tohoto názoru, ve skupině žen byla relativní četnost téměř o 28% nižší, jak uvádí graf 20.

**Graf 20: Rozpoznatelnost psychického onemocnění pro laickou veřejnost (v%)**



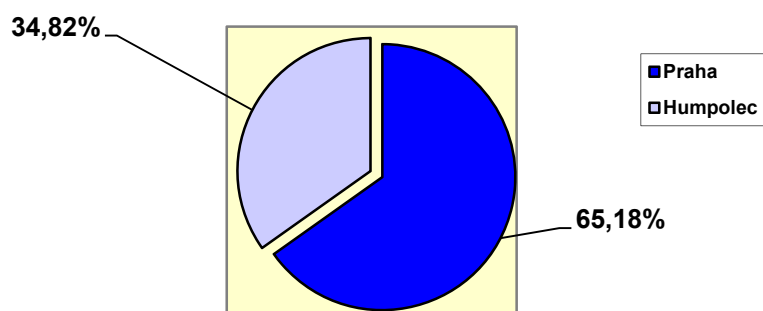
Protichůdné názory na rozpoznání psychického onemocnění u laické veřejnosti byly shledány mezi respondenty z Prahy a Humpolce. Zatímco v Praze se 73 respondentů (65,18%) domnívá, že jsou schopni rozlišit jedince s psychickým onemocněním od jedince „zdravého“, v Humpolci bylo zaznamenáno pouze 39 osob, tj. 34,82%. Absolutní a relativní četnost udává tabulka 25 a graf 21.

Z níže uvedených tabulek 26 a 27 vyplývá, že se přibližně 60% respondentů ve věkovém rozmezí 18 – 34 domnívá, že je psychická porucha rozpoznatelná i pro laika. Stejný názor zastává i 60% respondentů s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním. Z tabulky 27 pramení velký rozdíl (asi 30%) mezi relativní četností mužů a žen s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním.

**Tab. 25: Rozpoznatelnost psychického onemocnění laickou veřejností podle místa trvalého pobytu**

Trvalý pobyt	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
<b>Hlavní město Praha</b>	35	56,45	38	76,00	73	65,18
<b>Humpolec</b>	27	43,55	12	24,00	39	34,82
<b>Celkem</b>	62	100,00	50	100,00	112	100,00

**Graf 21: Rozpoznatelnost psychického onemocnění laickou veřejností podle místa trvalého pobytu (v%)**



**Tab. 26: Rozpoznatelnost psychického onemocnění laickou veřejností podle věku respondentů**

Věk	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
18 - 25	19	30,65	22	44,00	41	34,17
26 - 34	21	33,87	9	18,00	30	26,78
35 - 50	6	9,67	11	22,00	17	15,18
51 – 65	10	16,13	5	10,00	15	13,39
66 a více	6	9,67	3	6,00	9	7,50
<b>Celkem</b>	<b>62</b>	<b>100,00</b>	<b>50</b>	<b>100,00</b>	<b>112</b>	<b>100,00</b>



**Tab. 27: Rozpoznatelnost psychického onemocnění laickou veřejností podle nejvyššího dosaženého vzdělání**

Vzdělání	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Základní	8	12,90	2	4,00	20	17,86
Vyučený/á	2	3,22	-	-	12	10,71
Střední odborné	17	27,42	10	20,00	24	21,43
Středoškolské	15	24,19	12	24,00	17	15,18
Vyšší odborné	3	4,84	3	6,00	9	7,50
Vysokoškolské	17	27,42	25	50,00	30	53,57
<b>Celkem</b>	<b>62</b>	<b>100,00</b>	<b>50</b>	<b>100,00</b>	<b>112</b>	<b>100,00</b>

## 7.2 Postoj respondentů k psychicky nemocným lidem

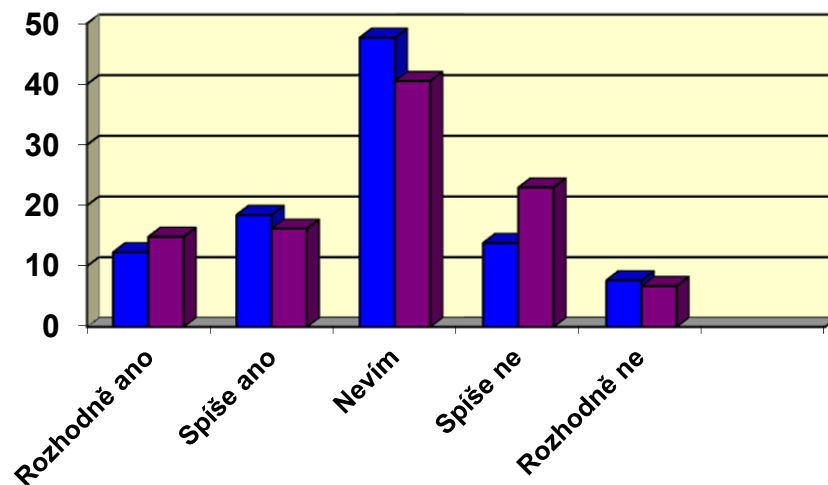
Postoji majoritní populace k psychicky nemocným jedincům se v současné odborné literatuře zabývá např. Vágnerová (1999). Autorka zdůrazňuje skutečnost, že ve vztahu k duševně nemocným bývá kognitivní složka laického postoje zpravidla velmi slabá, protože lidé toho zpravidla o nich moc nevědí. Na druhé straně vede neinformovanost k převaze emocionální složky v postoji, protože nemoc snad vzbuzuje i citové reakce. Uvedené postoje jsou podmíněné sociokulturálním prostředím, ve kterém jedinec žije. Vágnerová v této souvislosti zároveň upozorňuje na vytváření stereotypních postojů k těmto „odlišným“ lidem a na tendenci ke generalizaci, na sklon vidět všechny šablonovitě, bez ohledu na jejich individuální odlišnosti, které existují i v minoritních skupinách (Vágnerová, 2001).

Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že přibližně 31% respondentů by se přikláněla k izolaci duševně nemocných od majoritní společnosti. Toto zjištění zřejmě souvisí s faktem, že společnost stereotypně reaguje na tyto poruchy, které jsou z obecného hlediska považovány jako nežádoucí. „...jedinci jsou pak předmětem soucitu, protože jsou to lidé, kteří měli smůlu, potkalo je neštěstí, vesměs zcela bez vlastního zavinění. Avšak tyto lidé vzbuzují hrůzu a odpor, protože symbolizují něco negativního, čemu je lépe se vyhnout.“ (Vágnerová, 2001, s. 160). Rozdíly v názorech mezi muži a ženami je možné sledovat v tabulce 28 a grafu 22.

Tab. 28: Náзор na izolaci psychicky nemocných jedinců od majoritní společnosti

Názor na izolaci	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Rozhodně ano	8	12,31	11	14,86	19	13,67
Spíše ano	12	18,46	12	16,21	24	17,27
Nevím	31	47,69	30	40,54	61	43,88
Spíše ne	9	13,84	17	22,97	26	18,71
Rozhodně ne	5	7,69	5	6,75	10	7,19
<b>Celkem</b>	<b>65</b>	<b>100,00</b>	<b>74</b>	<b>100,0</b>	<b>139</b>	<b>100,0</b>

Graf 22: Náзор na izolaci psychicky nemocných jedinců od majoritní společnosti (v%)



K izolaci psychicky nemocných jedinců od majoritní populace se přiklonilo přibližně 15% respondentů z Prahy a 16% respondentů z Humpolce. Rozdíly mezi muži a ženami se pohybovaly kolem 6%, je možné je blíže sledovat v tabulkách 29 a 30 a grafu 23.

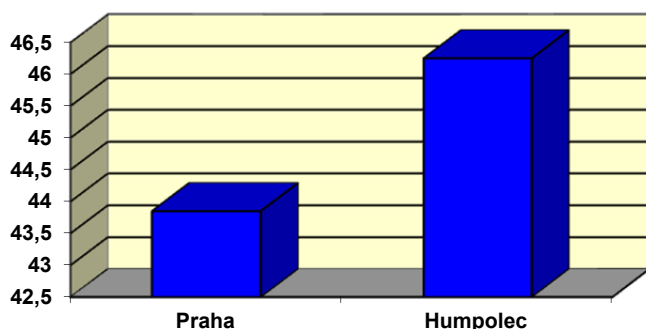
**Tab. 29: Názor na izolaci psychicky nemocných jedinců od majoritní společnosti na území Prahy**

Názor na izolaci	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Rozhodně ano	6	9,23	4	5,40	10	7,19
Spíše ano	6	9,23	5	6,75	11	7,91
Nevím	14	21,54	15	20,27	29	20,86
Spíše ne	7	10,77	10	13,51	17	12,23
Rozhodně ne	3	4,61	2	2,70	5	3,59
<b>Celkem</b>	<b>65</b>	<b>100,00</b>	<b>74</b>	<b>100,0</b>	<b>139</b>	<b>100,0</b>

**Tab. 30: Názor na izolaci psychicky nemocných jedinců od majoritní společnosti na území města Humpolce**

Názor na izolaci	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Rozhodně ano	2	3,07	7	9,46	9	6,47
Spíše ano	6	9,23	7	9,46	13	9,35
Nevím	17	26,15	15	20,27	32	23,02
Spíše ne	2	3,07	7	9,46	9	6,47
Rozhodně ne	2	3,07	3	4,05	5	3,59
<b>Celkem</b>	<b>65</b>	<b>100,00</b>	<b>74</b>	<b>100,0</b>	<b>139</b>	<b>100,0</b>

**Graf 23: Výskyt psychicky nemocných osob v blízkém okolí respondentů v Praze a v Humpolci (v %)**



V rámci předloženého výzkumného šetření bylo zjišťováno, zda by respondenti (v případě, že by byli zaměstnavateli) byli ochotni zaměstnat osobu s duševním onemocněním. Z celkového počtu 139 respondentů vyjádřilo vstřícný postoj 31,94% dotazovaných. K zápornému stanovisku se klonilo 16,55% dotazovaných, jak je možné sledovat v tabulkách 31 a 32. Následující graf 24 uvádí rozdíly mezi názory respondentů v Praze a v Humpolci.

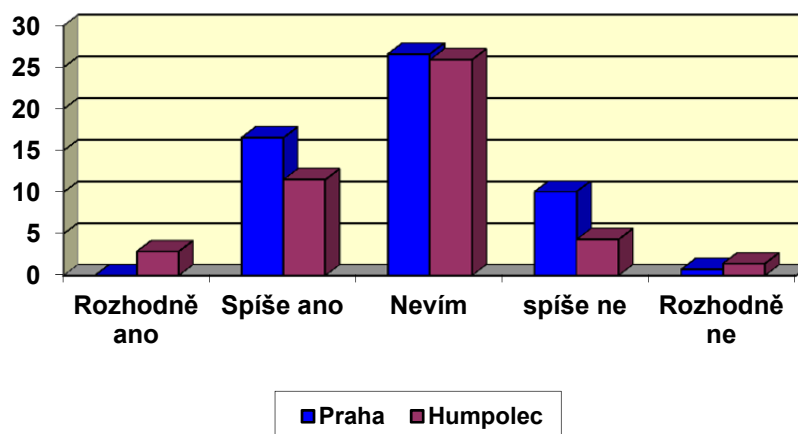
**Tab. 31: Ochota respondentů zaměstnat psychicky postiženého v Praze**

Názor na zaměstnání	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Rozhodně ano	-	-	-	-	-	-
Spíše ano	10	15,38	13	17,57	23	16,55
Nevím	20	30,76	17	22,97	37	26,62
Spíše ne	6	3,90	8	10,81	14	10,07
Rozhodně ne	1	1,54	-	-	1	0,72
<b>Celkem</b>	<b>65</b>	<b>100,00</b>	<b>74</b>	<b>100,0</b>	<b>139</b>	<b>100,0</b>

Tab. 32: Ochota respondentů zaměstnat psychicky postiženého v Humpolci

Názor na zaměstnání	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Rozhodně ano	-	-	4	5,40	4	2,88
Spíše ano	5	7,69	11	14,86	16	11,51
Nevím	21	32,31	15	20,27	36	25,90
Spíše ne	2	3,08	4	5,40	6	4,32
Rozhodně ne	-	-	2	2,70	2	1,44
<b>Celkem</b>	<b>65</b>	<b>100,00</b>	<b>74</b>	<b>100,0</b>	<b>139</b>	<b>100,0</b>

Graf 24: Ochota respondentů zaměstnat psychicky postiženého v Praze a v Humpolci (v%)



Přibližně 17,27% ze všech respondentů uvedlo, že by nemělo zábrany v případě vlastního psychického onemocnění tuto skutečnost sdělit svému zaměstnavateli. Toto zjištění zřejmě souvisí s možnými sociálními důsledky, neboť duševní poruchy většinou snižují i sociální status takto nemocného jedince (Vágnerová, 2001). Větší rozdíly mezi muži a ženami byly zjištěny u pražských respondentů. Neochotu prezentovat v práci své duševní onemocnění vyjádřilo asi 17% mužů a 23% žen, jak je možné sledovat z tabulek 33 a 34.

Tab. 33: Ochota prezentovat v práci své psychické onemocnění v Praze

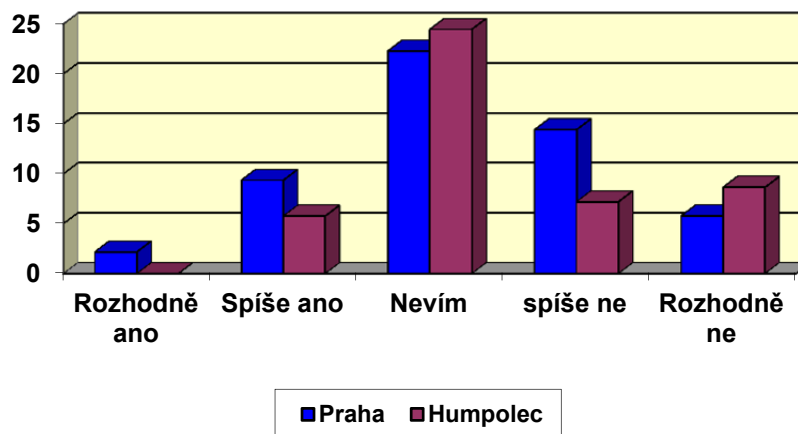
Sdělení in- formace	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Rozhodně ano	2	3,08	1	1,35	3	2,16
Spíše ano	8	12,31	5	6,76	13	9,35
Nevím	16	24,62	15	20,27	31	22,30
Spíše ne	5	7,69	15	20,27	20	14,40
Rozhodně ne	6	9,23	2	2,70	8	5,76
<b>Celkem</b>	<b>65</b>	<b>100,00</b>	<b>74</b>	<b>100,0</b>	<b>139</b>	<b>100,0</b>

Tab. 34: Ochota prezentovat v práci své psychické onemocnění v Humpolci

Sdělení in- formace	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Rozhodně ano	-	-	-	-	-	-
Spíše ano	3	4,62	5	6,76	8	5,76
Nevím	14	21,54	20	27,02	34	24,46
Spíše ne	5	7,69	5	6,76	10	7,19
Rozhodně ne	6	9,23	6	8,11	12	8,63
<b>Celkem</b>	<b>65</b>	<b>100,00</b>	<b>74</b>	<b>100,0</b>	<b>139</b>	<b>100,0</b>

V následujícím grafu 25 jsou patrné rozdíly mezi respondenty v Praze a v Humpolci.

**Graf 25: Ochota prezentovat v práci své duševní onemocnění v Praze a v Humpolci (v %)**



Odborná literatura (např. Vágnerová, 2001) upozorňuje na přetrvávající iracionální, negativně emočně zabarvené a nesnadno ovlivnitelné jakoukoliv korektní zkušeností předsudky ve vztahu k minoritním skupinám nemocných a handicapovaných.

Výzkumným šetřením byla zjištěna vysoká četnost respondentů, která má strach z psychicky nemocných osob. Z celkového počtu 139 respondentů vyjádřilo tuto obavu 58 dotazovaných, tj. 41,72 %. Přibližně o 10% vyšší četnost byla zjištěna u respondentů v Humpolci, kde bylo zaznamenáno 25,9%, jak udávají tabulky 35 a 36 a graf 26.

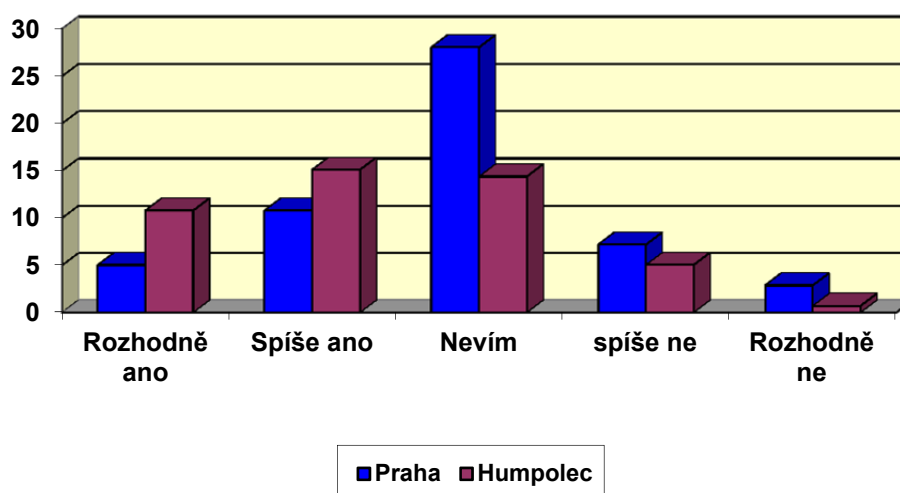
**Tab. 35: Strach z psychicky nemocných v Praze**

Strach z nemocných	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Rozhodně ano	3	4,62	4	5,40	7	5,03
Spíše ano	6	9,23	9	12,16	15	10,79
Nevím	10	15,38	29	39,19	39	28,06
Spíše ne	6	9,23	4	5,40	10	7,19
Rozhodně ne	3	4,62	1	1,35	4	2,88
<b>Celkem</b>	<b>65</b>	<b>100,00</b>	<b>74</b>	<b>100,0</b>	<b>139</b>	<b>100,0</b>

Tab. 36: Strach z psychicky nemocných v Humpolci

Strach z nemocných	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Rozhodně ano	4	6,15	11	14,86	15	10,79
Spíše ano	6	9,23	15	20,27	21	15,11
Nevím	12	18,46	8	10,81	20	14,39
Spíše ne	5	7,69	2	2,70	7	5,04
Rozhodně ne	1	1,54	-	-	1	0,71
<b>Celkem</b>	<b>65</b>	<b>100,00</b>	<b>74</b>	<b>100,0</b>	<b>139</b>	<b>100,0</b>

Graf 26: Strach z psychicky nemocných v Praze a v Humpolci (v %)



V souvislosti se zjišťováním postoje respondentů k psychicky nemocným lidem byla zkoumána ochota respondentů k soužití s jedinci této minoritní skupiny.

Předloženým výzkumem byly zjištěny rozdíly mezi názory dotazovaných v Praze a v Humpolci. Z níže uvedených tabulek 37 a 38 vyplývá téměř dvojnásobně vyšší četnost pražských respondentů, jimž by nevadilo sousedské soužití s psychicky nemocným jedincem.



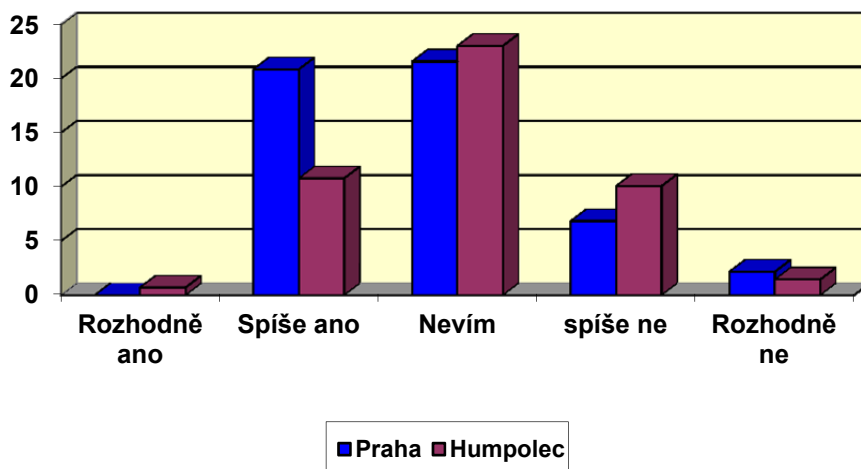
Tab. 37: Názor na soužití s duševně nemocným sousedem v Praze

Sousedské soužití	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Rozhodně ano	-	-	-	-	-	-
Spíše ano	14	21,54	15	20,27	29	20,86
Nevím	8	12,31	22	29,73	30	21,58
Spíše ne	8	12,31	5	6,76	13	6,84
Rozhodně ne	-	-	3	4,05	3	2,16
<b>Celkem</b>	<b>65</b>	<b>100,00</b>	<b>74</b>	<b>100,0</b>	<b>139</b>	<b>100,0</b>

Tab. 38: Názor na soužití s duševně nemocným sousedem v Humpolci

Sousedské soužití	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Rozhodně ano	1	1,54	-	-	1	0,71
Spíše ano	5	7,69	10	13,51	15	10,79
Nevím	11	16,92	21	28,38	32	23,02
Spíše ne	8	12,31	6	8,11	14	10,07
Rozhodně ne	2	3,08	-	-	2	1,44
<b>Celkem</b>	<b>65</b>	<b>100,00</b>	<b>74</b>	<b>100,0</b>	<b>139</b>	<b>100,0</b>

Graf 27: Názor na soužití s psychicky nemocným sousedem v Humpolci (v %)



Postoje respondentů k psychicky nemocným lidem jsou bezpochyby velkou měrou, mimo jiné, ovlivňovány i názory, které jsou sdělovány prostřednictvím médií. Z oblasti filmové tvorby je možné zmínit např. snímky Fanny nebo Vesničko má středisková, jejichž prostřednictvím se diváci seznamují nejen s potřebami duševně nemocných, ale je jim předkládám i postoj majoritní skupiny k těmto jedincům. Rovněž četné tiskové produkty, rozšiřované neziskovými organizace, přinášejí informace o problematice osob s psychickým onemocněním. V neposlední řadě je třeba uvést programovou náplň např. Českého rozhlasu či Radia Clasic FM, které průběžně každý rok vysílají pořady s výše uvedenou obsahovou náplní. Dokladem toho je pravidelné předávání cen Vládního výboru pro zdravotně postižené.

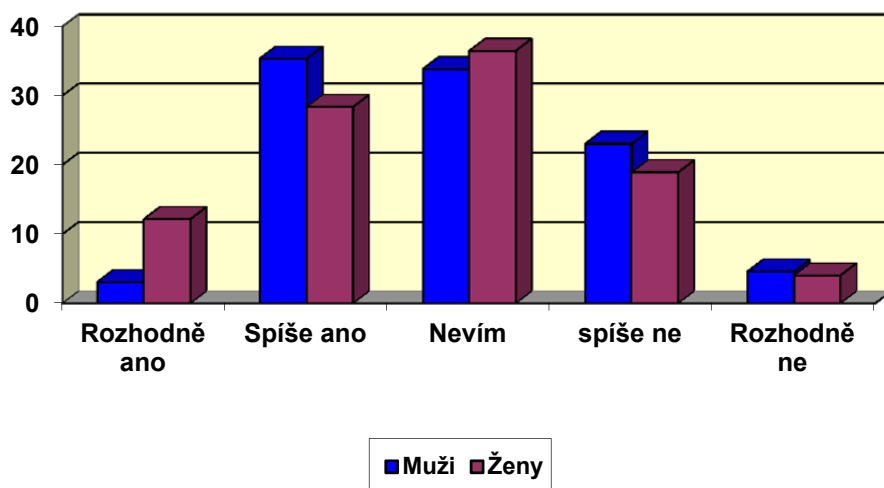
Tabulka 39 vypovídá o názoru respondentů na prostor v médiích, který je věnován problematice osob s duševním onemocněním.

Tab. 39: Prostor v médiích pro osoby s duševním onemocněním

Dostatek prostoru v médiích	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Rozhodně ano	2	3,08	9	12,16	11	7,91
Spíše ano	23	35,38	21	28,38	44	31,65
Nevím	22	33,85	27	36,48	49	35,25
Spíše ne	15	23,07	14	18,92	29	20,86
Rozhodně ne	3	4,62	3	4,05	6	4,32
<b>Celkem</b>	<b>65</b>	<b>100,00</b>	<b>74</b>	<b>100,0</b>	<b>139</b>	<b>100,0</b>

Z výše uvedené tabulky vyplývá, že se přibližně 40% respondentů považuje prostor věnovaný v médiích duševně nemocným za dostačující. Rozdíly v názorech mužů a žen ilustruje graf 28.

**Graf 28: Prostor v médiích pro osoby s duševním onemocněním (v %)**



### 7.3 Dobrovolnická práce v komunitním centru

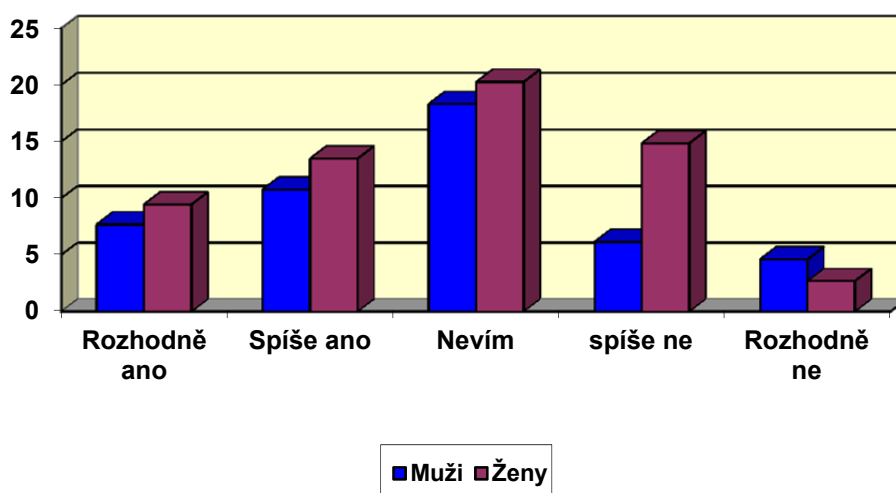
Výzkumné šetření probíhalo v Praze a v Humpolci. V obou těchto místech poskytuje sociální služby mj. i Fokus Praha a Fokus Vysočina. S výše uvedenými centry spolupracují dobrovolnická centra. Předloženým výzkumným šetřením byla zjišťována ochota práce v dobrovolnických komunitních centrech.

Ochota k případné dobrovolnické práci byla shledána u 34 respondentů, tj. 24,46%. Ve skupině pražských respondentů byl zjištěn rozdíl v relativní četnosti mezi muži a ženami. Zatímco u mužů bylo zaznamenáno 18,46%, u žen bylo udáno 22,97%. U dotazovaných v Humpolci byla vyjádřena ochota k dobrovolnické práci u 3,02% mužů, tj. šestinásobně nižší četnost než u dotazovaných v Praze. Ve skupině žen byla četnost nižší jen pětinašobně, jak pramení z níže uvedených tabulek 40, 41 a grafů 29, 30.

Tab. 40: Ochota k dobrovolnické práci u pražských respondentů

Názor na dobrovolnickou práci	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Rozhodně ano	5	7,69	7	9,46	12	8,63
Spíše ano	7	10,77	10	13,51	17	12,23
Nevím	11	18,33	15	20,27	26	12,71
Spíše ne	4	6,15	11	14,86	15	10,79
Rozhodně ne	3	4,62	2	2,70	5	3,59
<b>Celkem</b>	<b>65</b>	<b>100,00</b>	<b>74</b>	<b>100,0</b>	<b>139</b>	<b>100,0</b>

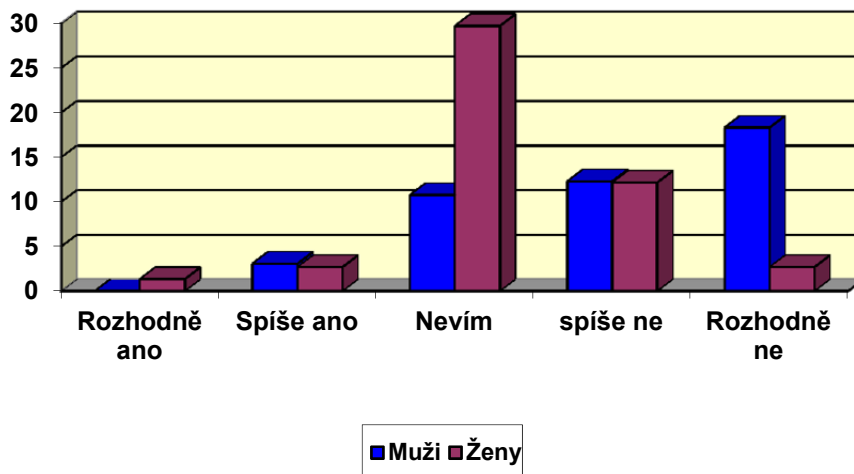
Graf 29: Ochota k dobrovolnické práci u pražských respondentů s ohledem na pohlaví (v%)



Tab. 41: Ochota k dobrovolnické práci u respondentů v Humpolci s ohledem na pohlaví (v%)

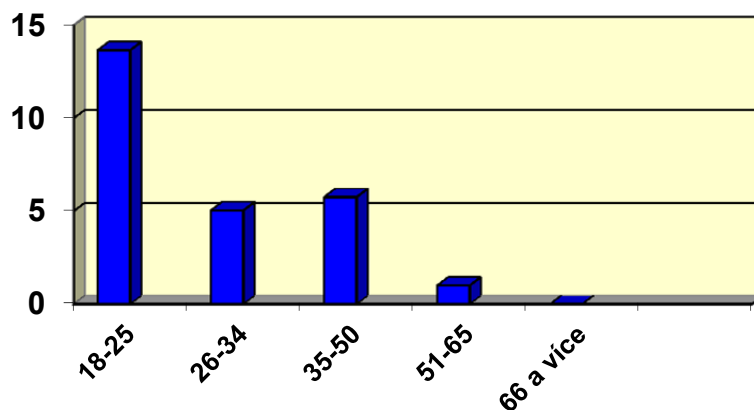
Názor na dobrovolnickou práci	Muži		Ženy		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Rozhodně ano	-	-	1	1,35	1	0,71
Spíše ano	2	3,08	2	2,70	4	2,88
Nevím	7	10,77	22	29,73	29	20,86
Spíše ne	8	12,31	9	12,16	17	12,23
Rozhodně ne	11	18,33	2	2,70	13	6,84
<b>Celkem</b>	<b>65</b>	<b>100,00</b>	<b>74</b>	<b>100,0</b>	<b>139</b>	<b>100,0</b>

**Graf 30: Ochota k dobrovolnické práci u respondentů v Humpolci s ohledem na pohlaví**



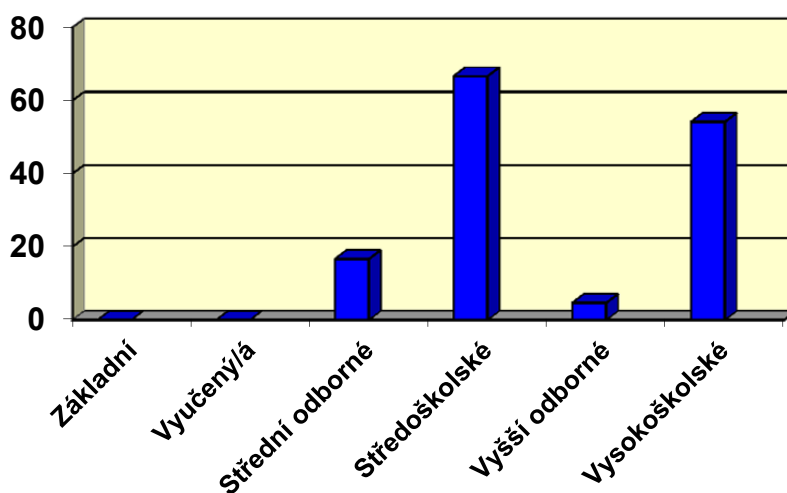
Výzkumným šetřením byla zjištěna větší ochota k dobrovolnické práci v nižších věkových kategoriích. Největší četnost byla udána ve věkové kategorii 18 – 25, tzn. 19 respondentů, tj. 13,66%. Ve věkové kategorii 26 – 34 let bylo shledáno 7 respondentů, tj. 5,04%, ve věkové kategorii 35 – 50 let se jednalo o 8 respondentů, tj. 5,76% a v kategorii 51 – 65 byl zaznamenán jen jeden respondent, tj. 0,72%. V nejvyšší věkové kategorii, tzn. 66 let a více nebyl shledán žádný respondent. Absolutní četnost dotazovaných s ohledem na věk ilustruje graf 31.

**Graf 31: Ochota respondentů k dobrovolnické práci s ohledem na věk (v%)**



Níže uvedený graf 32 uvádí relativní četnost respondentů ohledem na jejich nejvyšší dokončené vzdělání, kteří by byli ochotni pracovat v dobrovolnickém centru. Z grafu vyplývá nejvyšší četnost ve skupině středoškoláků (66,67%) a vysokoškoláků (54,17%), kteří by byli ochotni pracovat v dobrovolnickém centru. Ve skupině respondentů se základním vzděláním a s vyučením nebyla zjištěna ochota k této činnosti u žádného respondenta.

**Graf 32: Ochota respondentů k dobrovolnické práci s ohledem na vzdělání (v%)**



#### 7.4 Shrnutí výsledků

Správné poznatky o době vzniku psychické poruchy byly shledány u 41,01% dotazovaných. Ve skupině žen byl počet správných odpovědí o 15 % vyšší než ve skupině mužů. Přibližně 92% respondentů správně definovalo mentální anorexii, přičemž rozdíl mezi respondenty z Prahy a Humpolce činil pouhých 5%. Korektní definici bulimie uvedlo jen 66% dotazovaných; Humpolci bylo zaznamenáno o přibližně 30% správných odpovědí méně než v Praze.

Specifickou poruchu čtení náležitě označilo jen 67,63% respondentů.

Obavy z psychického onemocnění vyjádřilo 103 dotazovaných, tj. 74,10% . Ve skupině žen byla zaznamenána o 20% vyšší relativní četnost než ve skupině mužů.

Výzkumné šetření potvrdilo malou informovanost respondentů o období vzniku schizofrenie. Ze sledovaného souboru jen 28,77% dotázaných vědělo možné období vzniku tohoto onemocnění. Vyšší relativní četnost byla zjištěna u názoru na možnost léčby schizofrenie a maniodepresivní psychózy, tzn. 41,01%.

Téměř 81% respondentů se domnívá, že je psychické onemocnění rozpoznatelné i pro laickou veřejnost. Zatímco v Praze tento názor zastává 65,18%, v Humpolci bylo zaznamenáno 34,82%.

Asi 31% respondentů by souhlasilo s izolací duševně nemocných od majoritní společnosti. Relativní četnost v Praze a Humpolci se pohybovala mezi 15 – 16%.

Přibližně 32% dotázaných by v případě, že by byli zaměstnavateli, zaměstnali osobu s duševním onemocněním.

V případě vlastního psychického onemocnění by tuto skutečnost sdělilo zaměstnavateli 17,27% respondentů.

Strach z psychicky nemocných osob vyjádřilo 58 dotazovaných, tj. 41,72 %. Přibližně o 10% vyšší četnost byla zaznamenána u respondentů v Humpolci, tj. 25,9%. Sousedské soužití s psychicky nemocným jedincem by nevadilo 32,37% respondentů.

Přibližně 40% respondentů považuje prostor věnovaný v médiích problematice duševně nemocných za dostačující.

Ochota k případné dobrovolnické práci v komunitním centru byla shledána u 34 respondentů, tj. 24,46%.

S ohledem na vytyčené cíle diplomové práce jsem ověřovala platnost následujících hypotéz:

**Hypotéza 1:** Úroveň informovanosti občanů o psychickém onemocnění bude větší u žen a u jedinců se středoškolským či vysokoškolským vzděláním.

Tato hypotéza se plně potvrdila. Ve skupině žen byla zjištěna větší informovanost o psychickém onemocnění než u mužů. Tato skutečnost se potvrdila při rozboru všech otázek v dotazníku, které se týkají informovanosti o duševním onemocnění.

Ve všech případech byla zjištěna nižší informovanost u respondentů se základním vzděláním a s vyučením.

**Hypotéza 2:** Strach z duševně nemocných jedinců bude ve stejné míře u mužů a žen, bez ohledu na místo trvalého pobytu respondentů.

Tato hypotéza se nepotvrdila. Zatímco na území Prahy bylo shledáno 15,82% dotazovaných, kteří vyjádřili strach z osob s duševním onemocněním, na území Humpolce byla zjištěna četnost 25,90%, tj. přibližně o 10% vyšší.

V obou městech byla shledána vyšší četnost ve skupině žen. V Praze činil tento rozdíl jen 5%, avšak v Humpolci byla zjištěna četnost o 20% vyšší než v Praze.

**Hypotéza 3:** Ve městě do 11 000 obyvatel bude zaznamenána větší ochota případné pomoci jedincům s psychickým onemocněním.

Tato hypotéza se nepotvrdila. Výzkum prokázal 20,86% pražských respondentů, kteří by byli ochotni pracovat v dobrovolnickém komunitním týmu. Ve městě Humpolci bylo zjištěno pouze 3,59% dotazovaných, což je pětkrát méně než v Praze. Rozdíly mezi muži a ženami činily v Praze 4,51% ve prospěch žen, v Humpolci pouze 0,97%, taktéž ve prospěch žen.

Provedený výzkum byl přínosem nejen pro mě do diplomové práce, ale určitě i obohacením pro respondenty. Při vracení vyplněných dotazníků se ptali na konkrétní otázky, chtěli znát správné odpovědi a kladli mnoho doplňujících otázek. Takže pokud někdo odpovědi do dotazníku neznal, tak po skončení ankety již ano.

Lidé mají strach z neznámého a psychická onemocnění měla vždy auru něčeho cizího, nebezpečného. V dnešní době se rozšiřuje okruh lidí, kteří musí se svými psychickými problémy vyhledat odbornou pomoc a tím jsou přístupnější k dalším informacím a tolerantnější k tématu psychických nemocí. Je třeba si uvědomit, že toto onemocnění může v nějaké formě potkat kohokoli z nás a budeme potřebovat pomoc státu a hlavně oporu ve svém okolí. Je nutné dostávat možnost seznámit se s touto problematikou a to by měla umožnit média. Jejich zprostředkování informací je v tomto směru nenahraditelné.

#### **7.4.1 Doporučení vyplývající z výzkumu**

Při zpracování dotazníků se ukázalo, že ne všichni respondenti mají pozitivní přístup k osobám s duševním onemocněním. Je možné se domnívat, že je tato skutečnost ovlivněna nižší informovaností laické veřejnosti o uvedené problematice.

Bylo by proto dobré věnovat větší pozornost informovanosti společnosti o nemocných jedincích žijících mezi námi, a tak přispět ke zlepšení postojů majoritní společnosti k jinakosti druhého člověka.

#### **7.4.2 Předpokládané využití výsledků**

Dotazníkové šetření, které bylo zaměřeno na informovanost o duševních nemocech, na postoje společnosti k duševně postiženým a na ochotu dobrovolnické práce s touto minoritní skupinou, ukázalo nedostatky v informovanosti majoritní populace o problematice osob s duševním postižením i negativní postoj některých dotazovaných k osobám s duševním postižením.



Zjištěné výsledky by mohly být podkladem pro vzdělávací činnost např. neziskových organizací a všech těch odborníků, kteří se podílejí na osvětě v této oblasti šetření.

Plně si uvědomuji, že se jedná o problematiku s širokým záběrem a že se její podrobnější zpracování nemůže omezit na jedno dílčí dotazníkové šetření. Naopak: domnívám se, že si vyžaduje rozsáhlejší výzkumy, doplněné detailními případovými studii. V rámci diplomové práce nelze pojmout všechny aspekty tak složité problematiky.

Za tímto účelem navrhuji další výzkumné projekty, které by vycházely z předloženého výzkumného šetření a zahrnovaly by:

- Úroveň péče o psychicky nemocné v jednotlivých regionech
- Vliv sociálního prostředí na psychicky nemocného
- Úroveň osvětové práce
- Přiblížení potřeb duševně nemocných všem věkovým kategoriím

Doufám, že předložené výsledky práce budou odrazovým můstkem pro odborníky, kteří se touto problematikou zabývají. Uvedená diplomová práce se stala přínosem i pro mne samotnou, neboť jsem se jejím prostřednictvím obohatila o poznatky z oboru speciální pedagogiky, neurologie a psychiatrie.

## ZÁVĚR

Transformace psychiatrické péče, jež ponechává více prostoru činnosti sociálních pracovníků, je v souladu s principy moderní psychiatrické léčby. Tato změna přináší nové možnosti nejenom klientům, ale také samotným sociálním pracovníkům. Klienti a jejich rodiny a sociální pracovníci v multidisciplinárním systému psychiatrické péče získávají větší autonomii, samostatnost a nezávislost. S tím se pojí také větší odpovědnost za vlastní rozhodnutí a činy, což na sociální pracovníky klade vyšší nároky ohledně jejich profesionality. Současný vývoj v psychiatrii tak vyvíjí tlak na sociální pracovníky, aby se věnovali práci na sobě jako hlavnímu nástroji změny. Sebevzdělávání a sebereflexe pak sociálnímu pracovníkovi přináší více svobody a jistoty při práci s klientem. Vzdělaný, kvalifikovaný a zkušený sociální pracovník snáze nalezne kompromis mezi požadavky společnosti a specifickými potřebami klienta. Supervize a reflexe práce s klientem pak umožní, aby se klient ve vztahu k sociálnímu pracovníkovi stával více partnerem. Tento vývoj by mohl směřovat k novému definování role nemocného a s ním spojené změny v přístupu k nemocným. Teoreticky i prakticky vzdělaný, zodpovědný pracovník by díky svému přístupu nejen ke klientům, ale také k sobě samému, ke svým kolegům a profesi a především ke společnosti mohl být šířitelem osvěty a bořitelem diskriminujících a stigmatizujících stereotypů. Práce s duševně nemocným je prací dlouhodobou, v níž je dosažení úspěchu nejisté. Jde tedy o práci velmi vyčerpávající. Je třeba, aby sebevědomí, snahy a cíle sociálního pracovníka byly v maximální možné míře podporovány a posilovány. Sociální pracovník tak má nárok na dobré zázemí a podporu v týmu či instituci, v níž pracuje. V ideálním případě by tuto podporu poskytovala celá společnost. Podle mého názoru je ocenění kvalit, předností a činnosti sociálních pracovníků v naší společnosti velmi nízké. Dokud toho nebude společnost schopna, nedokáže ocenit a podpořit ani ty skupiny lidí, na něž je pomoc sociálních pracovníků zaměřena.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

1. *Astra - denní centrum pro seniory | Oblastní charita Havlíčkův Brod.* Dostupné na: <http://www.charitahb.cz/nase-sluzby/56.html>
2. BERGEROVÁ a kol. *Občanský sektor*, 1. vyd. Moravský Beroun: Univerzita Karlova v Moravské expedici, 2002. ISBN 80-86511-07-3.
3. *Centrum LADA os.s.: Poslání, cíl a dílčí cíle služeb, o.s.* Dostupné na: [http://centrumlada.cz/vismo/dokumenty2.asp?id\\_org=600149&id=1009&p1=1007](http://centrumlada.cz/vismo/dokumenty2.asp?id_org=600149&id=1009&p1=1007)
4. *Český helsinský výbor*, dostupné z <http://www.helcom.cz>.
5. DEBBASH, Ch. *Neziskové organizace*. Praha: Victoria Publishing, 1995. ISBN 80-8586578-5
6. *Deklarace práv mentálně postižených osob*, dostupné z <http://www.helpnet.cz/dokumenty/deklarace-prav/291-3>.
7. *Deklarace práv zdravotně postižených osob*, dostupné z <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=481>.
8. DRYDEN, W. *Poradenství*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-807367-371-0.
9. *Duhová hvězda*. Dostupné na: <http://www.firmy.cz/detail/1326376-duhova-hvezda-praha-nusle.html>.
10. *Eset-Help*. Dostupné na: <http://www.esethelp.cz/sluzby/socialni-rehabilitace-assertivni-tym.html>.
11. FISCHER, O., MILFAIT, R. a kol. *Etika pro sociální péči*. 1. vyd. Praha: Jabok, 2008. ISBN. 978-80-904137-3-3.
12. *FOKUS Praha*. Dostupné na <http://www.Fokus-praha.cz>.
13. *FOKUS\_Vyrocní\_zprava\_2010*. Dostupné na: <http://www.fokusvysocina.cz/document.aspx?p=44>
14. *Green Doors o.s.* Dostupné na: <http://www.greendoors.cz/kdo-jsme>
15. KASSIN, S. *Psychologie*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2007. ISBN 978-80-251-1716-3.
16. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-774-4.
17. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
18. MAHROVÁ, G. VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, ISBN 978-80-247-2138-5.

19. Malá, E, Pavlovský, P. *Psychiatrie*. Praha, Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0.
20. MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.
21. MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008, ISBN 978 - 80-7367-502-8.
22. MATOUŠEK, O. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, ISBN 978-80-7367-310-9.
23. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.
24. MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178- 473-7.
25. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí, a přidružených zdravotních problémů, 10. revize* dostupné z . <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>.
26. Musil, J. *Klinická psychologie a psychiatrie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. ISBN 80-244-1153-9.
27. *Občanské sdružení Baobab*. Dostupné na:<http://www.osbaobab.cz/home>.
28. *Občanské sdružení BENEDIKTUS - KDO JSME*. Dostupné z <http://www.benediktus.org/kdo-jsme.html>
29. *Občanské sdružení Kaleidoskop*. Dostupné na: <http://www.kaleidoskop-s.cz>.
30. PAVLOVSKÝ, P., MALÁ E. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0.
31. *Politika péče o duševní zdraví ČR*, dostupné z [http://www.cmhd.cz/images/cast\\_1\\_1\\_3\\_05.pdf](http://www.cmhd.cz/images/cast_1_1_3_05.pdf).
32. *Prev-Centrum | Nízkoprahové služby | Komunitní prac*. Dostupné z <http://www.prevcentrum.cz/CKA/Komunitni-prace-home.aspx>
33. *Psychiatrická společnosti ČR*. Dostupné z <http://www.ceskapsychiatrie.cz/>
34. *Registr poskytovatelů sociálních služeb - hledání poskytovatele sociální služby*. Dostupné na: <http://www.praha.apla.cz>.
35. RICHTROVÁ, *Občanské poradenství*. 1. vyd. Praha: Sociopress, 2002. ISBN 80-86484-02-5.
36. ŘEZNÍČEK, I. *Metody sociální práce*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1994. ISBN 80-85850-00-1.

37. *Služby klientům - FOKUS Vysočina*. Dostupné na:  
<http://www.fokusvysocina.cz/pages.aspx?p=12>;
38. *SPMP Praha - Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením*. Dostupné na:  
<http://www.spmp-praha.cz/>
39. *Společnost DUHA*. Dostupné na: <http://www.spolecnostduha.cz/cdsduhovka.html>
40. *Společnost sociálních pracovníků v ČR*, dostupné z  
<http://www.socialnipracovnici.cz>
41. *Standardy kvality sociálních služeb*, dostupné z <http://www.mpsv.cz/cs/5963>.
42. *Studio Oáza*. Dostupné na: <http://www.studio-oaza.org/>
43. STYX, P. *O psychiatrii*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-828-7.
44. *Terapeutická komunita Sejřek*. Dostupné na: <http://www.tksejrek.kolping.cz/detailpage.aspx?IDPage=1>
45. *Ústav zdravotních informací a statistiky ČR*. Dostupné z <http://www.uzis.cz/>.
46. VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie problémového dítěte školního věku*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-7184-488-8
47. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9.
48. *Zákon č. 108/2006 SB., O sociálních službách*. Dostupné z  
[http://www.zakon.vpraxi.cz/zakon\\_c\\_1082006\\_sb\\_o\\_socialnich\\_sluzbach.html](http://www.zakon.vpraxi.cz/zakon_c_1082006_sb_o_socialnich_sluzbach.html).
49. *Zásady pro ochranu psychicky nemocných osob a pro zlepšení péče o psychické zdraví*, dostupné z [http://capz-esprit.sweb.cz/prispevky/dokumenty/deklar\\_zas\\_pro\\_ochr\\_psychic\\_nemoc\\_osob.html#1](http://capz-esprit.sweb.cz/prispevky/dokumenty/deklar_zas_pro_ochr_psychic_nemoc_osob.html#1).
50. *Zdraví a zdravotnictví na českém internetu*, <http://www.zdravnet.cz>.

## SEZNAM CITACÍ

- [1] MATOUŠEK, O. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, ISBN 978-80-7367-310-9.
- [2] MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008, ISBN 978 - 80-7367-502-8.
- [3] Zákon č. 108/2006 SB., O sociálních službách, dostupné z [http://www.zakon.vpraxi.cz/zakon\\_c\\_1082006\\_sb\\_o\\_socialnich\\_sluzbach.html](http://www.zakon.vpraxi.cz/zakon_c_1082006_sb_o_socialnich_sluzbach.html)
- [4] MAHROVÁ, G. VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, ISBN 978-80-247-2138-5.
- [5] MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-473-7.
- [6] KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-774-4.
- [7] MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.
- [8] ŘEZNÍČEK, I. *Metody sociální práce*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1994. ISBN 80-85850-00-1.
- [9] BERGEROVÁ a kol. *Občanský sektor*, 1. vyd. Moravský Beroun: Univerzita Karlova v Moravské expedici, 2002. ISBN 80-86511-07-3.
- [10] RICHTROVÁ, *Občanské poradenství*. 1. vyd. Praha: Sociopress, 2002. ISBN 80-86484-02-5.
- [11] *Standardy kvality sociálních služeb*, dostupné z <http://www.mpsv.cz/cs/5963>.
- [12] *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí, a přidružených zdravotních problémů, 10. revize* dostupné z . <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>.
- [13] PAVLOVSKÝ, P., MALÁ E. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0.
- [14] VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9.
- [15] KASSIN, S. *Psychologie*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2007. ISBN 978-80-251-1716-3.

- [16] STYX, P. *O psychiatrii*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-828-7.
- [17] KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
- [18] FISCHER, O., MILFAIT, R. a kol. *Etika pro sociální péči*. 1. vyd. Praha: Jabok, 2008. ISBN.
- [19] *Společnost sociálních pracovníků v ČR*, dostupné z <http://www.socialnipracovnici.cz>.
- [20] *Český helsinský výbor*, dostupné z <http://www.helcom.cz>.
- [21] *Zásady pro ochranu psychicky nemocných osob a pro zlepšení péče o psychické zdraví*, dostupné z [http://capz-esprit.sweb.cz/prispevky/dokumenty/deklar\\_zas\\_pro\\_ochr\\_psychic\\_nemoc\\_osob.html#1](http://capz-esprit.sweb.cz/prispevky/dokumenty/deklar_zas_pro_ochr_psychic_nemoc_osob.html#1).
- [22] *Deklarace práv mentálně postižených osob*, dostupné z <http://www.helpnet.cz/dokumenty/deklarace-prav/291-3>.
- [23] *Deklarace práv zdravotně postižených osob*, dostupné z <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=481>.
- [24] *Ústav zdravotních informací a statistiky ČR*, dostupné z <http://www.uzis.cz/>.
- [25] *Psychiatrická společnosti ČR*, dostupné z <http://www.ceskapsychiatrie.cz/>
- [26] MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.
- [27] *Politika péče o duševní zdraví ČR*, dostupné z [http://www.cmhcd.cz/images/cast\\_1\\_1\\_3\\_05.pdf](http://www.cmhcd.cz/images/cast_1_1_3_05.pdf).
- [28] *Zdraví a zdravotnictví na českém internetu*, <http://www.zdravnet.cz>.
- [29] *Prev-Centrum*, dostupné z <http://www.prevcentrum.cz/CKA/Komunitni-prace-home.aspx>.
- [30] *Fokus Praha*, dostupné z [www.Fokus-praha.cz](http://www.Fokus-praha.cz).
- [31] *Green Doors*, dostupné z [www.greendoors.cz/kdo-jsme](http://www.greendoors.cz/kdo-jsme).
- [32] *Společnost DUHA*, dostupné z [www.spolecnostduha.cz/cds.duhovka.html](http://www.spolecnostduha.cz/cds.duhovka.html).
- [33] *SPMP Praha*, dostupné z [www.spmp-praha.cz](http://www.spmp-praha.cz).
- [34] *Studio Oáza*, dostupné z [www.studio-oaza.org](http://www.studio-oaza.org).
- [35] *Občanské sdružení Baobab*, dostupné z [www.osbaobab.cz/home](http://www.osbaobab.cz/home).

- [36] *Eset-help*, dostupné z [www.esethelp.cz/sluzby/socialni-rehabilitace-assertivni-tym.html](http://www.esethelp.cz/sluzby/socialni-rehabilitace-assertivni-tym.html).
- [37] *Duhová hvězda*, dostupné z [www.firmy.cz/detail/1326376-duhova-hvezda-praha-nusle.html](http://www.firmy.cz/detail/1326376-duhova-hvezda-praha-nusle.html).
- [38] *Občanské sdružení Kaleidoskop*, dostupné z [www.kaleidoskop-s.cz](http://www.kaleidoskop-s.cz).
- [39] *Registr poskytovatelů sociálních služeb*, dostupné z [www.praha.apla.cz](http://www.praha.apla.cz).
- [40] *Fokus Vysočina*, dostupné z [www.fokusvysocina.cz](http://www.fokusvysocina.cz).
- [41] *Centrum LADA*, dostupné z [www.centrumlada.cz/vismo/dokumenty2.asp?id\\_org=600149&pl=1007](http://www.centrumlada.cz/vismo/dokumenty2.asp?id_org=600149&pl=1007)
- [42] *Astra - denní centrum pro seniory | Oblastní charita Havlíčkův Brod*. Dostupné na: <http://www.charitahb.cz/nase-sluzby/56.html>
- [43] *Občanské sdružení BENEDIKTUS - KDO JSME*. Dostupné z <http://www.benediktus.org/kdo-jsme.html>
- [44] *Terapeutická komunita Sejřek*. dostupné z [www.tksejrek.kolping.cz/detailpage.aspx?IDPage=1](http://www.tksejrek.kolping.cz/detailpage.aspx?IDPage=1)
- [45] VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie problémového dítěte školního věku*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-7184-488-8



## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1: Model péče o lidi s duševní poruchou .....	31
Obr. 2: Demografické rozložení komunitních týmů .....	54

## SEZNAM GRAFŮ

<b>Graf 1: Četnost klientů komunitních center Fokusu Vysočina .....</b>	<b>55</b>
<b>Graf 2: Relativní četnost respondentů žijících v Praze (v %) .....</b>	<b>62</b>
<b>Graf 3: Relativní četnost respondentů žijících v Humpolci .....</b>	<b>63</b>
<b>Graf 4: Rozdíly v relativní četnosti mužů a žen v nejvyšším vzdělání (v%) .....</b>	<b>64</b>
<b>Graf 5: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů v Praze a v Humpolci (v %) ....</b>	<b>65</b>
<b>Graf 6: Relativní četnost správných odpovědí u mužů a žen (v%) .....</b>	<b>69</b>
<b>Graf 7: Relativní četnost správných odpovědí u respondentů v Praze a v Humpolci (v %) .....</b>	<b>70</b>
<b>Graf 8: Správná definice mentální anorexie (v%) .....</b>	<b>71</b>
<b>Graf 9: Správná definice mentální anorexie podle místa trvalého pobytu respondentů (v %) .....</b>	<b>72</b>
<b>Graf 10: Správná definice bulimie (v%) .....</b>	<b>74</b>
<b>Graf 11: Správná definice bulimie podle místa trv. pobytu respondentů (v%) ....</b>	<b>75</b>
<b>Graf 12: Rozlišení specifické poruchy učení (v%) .....</b>	<b>76</b>
<b>Graf 13: Rozlišení specifické poruchy učení podle místa trvalého pobytu respondentů (v%) .....</b>	<b>77</b>
<b>Graf 14: Obavy z psychického onemocnění u mužů a žen (v%) .....</b>	<b>79</b>
<b>Graf 15: Obavy z psych. onem. podle místa trv. pobytu respondentů (v%) .....</b>	<b>80</b>
<b>Graf 16: Správné odpovědi mužů a žen na otázku období vzniku schizofrenie (v %) .....</b>	<b>81</b>
<b>Graf 17: Správné odpovědi na otázku období vzniku schizofrenie v Praze a v Humpolci (v %) .....</b>	<b>82</b>
<b>Graf 18: Četnost správných odpovědí na možnost léčby schizofrenie a maniodepresivní psychózy (v%) .....</b>	<b>83</b>
<b>Graf 19: Četnost správných odpovědí na možnost léčby schizofrenie a maniodepresivní psychózy podle místa trvalého pobytu (v %) .....</b>	<b>84</b>
<b>Graf 20: Rozpoznatelnost psych. onemocnění pro laickou veřejnost (v%) .....</b>	<b>86</b>
<b>Graf 21: Rozpoznatelnost psychického onemocnění laickou veřejností podle místa trvalého pobytu (v%).....</b>	<b>87</b>
<b>Graf 22: Názor na izolaci psych. nemoc. jedinců od majoritní společnosti (v%) ...</b>	<b>89</b>
<b>Graf 23: Výskyt psychicky nemocných osob v blízkém okolí respondentů v Praze a v Humpolci (v %) .....</b>	<b>91</b>
<b>Graf 24: Ochota respondentů zaměstnat psychicky postiženého v Praze a v Humpolci (v%) .....</b>	<b>92</b>

---

<b>Graf 25: Ochota prezentovat v práci své duševní onemocnění v Praze a v Humpolci (v %) .....</b>	<b>94</b>
<b>Graf 26: Strach z psychicky nemocných v Praze a v Humpolci (v %) .....</b>	<b>95</b>
<b>Graf 27: Názor na soužití s psychicky nemocným sousedem v Humpolci (v %) ...</b>	<b>97</b>
<b>Graf 28: Prostor v médiích pro osoby s duševním onemocněním (v %) .....</b>	<b>98</b>
<b>Graf 29: Ochota k dobrovolnické práci u pražských respondentů s ohledem na pohlaví (v%) .....</b>	<b>99</b>
<b>Graf 30: Ochota k dobrovolnické práci u respondentů v Humpolci s ohledem na pohlaví .....</b>	<b>100</b>
<b>Graf 31: Ochota respondentů k dobrovolnické práci s ohledem na věk (v%) .....</b>	<b>100</b>
<b>Graf 32: Ochota respondentů k dobrovolnické práci s ohledem na vzdělání (v%)</b>	

## SEZNAM TABULEK

Tab. 1: Trvalý pobyt respondentů .....	62
Tab. 2: Četnost jedinců v jednotlivých věkových kategoriích v Praze .....	63
Tab. 3: Četnost jedinců v jednotlivých věkových kategoriích v Humpolci .....	64
Tab. 4: Nejvyšší dosažené vzdělání .....	65
Tab. 5: Četnost správných odpovědí podle věku respondentů .....	70
Tab. 6: Četnost správných odpovědí podle nejvyššího dosaženého vzdělání ....	70
Tab. 7: Správná def. ment. anorexie podle místa trv. pobytu respondentů .....	72
Tab. 8: Správná definice mentální anorexie podle věku respondentů .....	73
Tab. 9: Četnost správných odpovědí podle nejvyššího dosaženého vzdělání ....	73
Tab. 10: Správná definice bulimie podle místa trvalého pobytu respondentů ...	74
Tab. 11: Správná definice bulimie podle věku respondentů .....	75
Tab. 12: Správná definice bulimie podle nejvyššího dosaženého vzdělání .....	76
Tab. 13: Rozlišení specif. por. učení podle místa trv. pobytu respondentů .....	77
Tab. 14: Rozlišení specifické poruchy učení podle věku respondentů .....	78
Tab. 15: Rozlišení specif. por. učení podle nejvyššího dosaženého vzdělání ....	78
Tab. 16: Obavy z psychického onemocnění podle místa trvalého pobytu .....	79
Tab. 17: Obavy z psychického onemocnění podle věku respondentů .....	80
Tab. 18: Obavy z psych. onem. podle nejvyššího dosaž. vzděl. respondentů ...	81
Tab. 19: Četnost správných odpovědí podle místa trvalého pobytu .....	82
Tab. 20: Četnost správných odpovědí podle věku respondentů .....	83
Tab. 21: Četnost správných odpovědí podle nejvyššího dosaž. vzdělání .....	83
Tab. 22: Četnost správných odpovědí na možnost léčby schizofrenie a maniodepresivní psychózy podle místa trvalého pobytu .....	85
Tab. 23: Četnost správných odpovědí na možnost léčby schizofrenie a maniodepresivní psychózy podle věku respondentů .....	85
Tab. 24: Četnost správných odpovědí na možnost léčby schizofrenie a maniodepresivní psychózy podle nejvyššího dosaž. vzdělání .....	85
Tab. 25: Rozpoznatelnost psych. onemocnění laickou veřejností podle místa trvalého pobytu .....	87
Tab. 26: Rozpoznatelnost psychického onemocnění laickou veřejností podle věku respondentů .....	87
Tab. 27: Rozpoznatelnost psychického onemocnění laickou veřejností podle nejvyššího dosaženého vzdělání .....	88

<b>Tab. 28: Názor na izolaci psych. nemoc. jedinců od majoritní společnosti .....</b>	<b>89</b>
<b>Tab. 29: Názor na izolaci psych. nemoc. jedinců od majoritní společnosti na území Prahy .....</b>	<b>90</b>
<b>Tab. 30: Názor na izolaci psych. nemoc. jedinců od majoritní společnosti na území města Humpolce .....</b>	<b>90</b>
<b>Tab. 31: Ochota respondentů zaměstnat psych. postiženého v Praze .....</b>	<b>91</b>
<b>Tab. 32: Ochota respondentů zaměstnat psych. postiženého v Humpolci .....</b>	<b>92</b>
<b>Tab. 33: Ochota prezentovat v práci své psych. onemocnění v Praze .....</b>	<b>93</b>
<b>Tab. 34: Ochota prezentovat v práci své psych. onemocnění v Humpolci .....</b>	<b>93</b>
<b>Tab. 35: Strach z psychicky nemocných v Praze .....</b>	<b>94</b>
<b>Tab. 36: Strach z psychicky nemocných v Humpolci .....</b>	<b>95</b>
<b>Tab. 37: Názor na soužití s duševně nemocným sousedem v Praze .....</b>	<b>96</b>
<b>Tab. 38: Názor na soužití s duševně nemocným sousedem v Humpolci .....</b>	<b>96</b>
<b>Tab. 39: Prostor v médiích pro osoby s duševním onemocněním .....</b>	<b>97</b>
<b>Tab. 40: Ochota k dobrovolnické práci u pražských respondentů .....</b>	<b>99</b>
<b>Tab. 41: Ochota k dobrovolnické práci u respondentů v Humpolci s ohledem na pohlaví (v%) .....</b>	<b>99</b>

## **SEZNAM PŘÍLOH**

**P I: Dotazník k výzkumné části diplomové práce**

# PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK K VÝZKUMNÉ ČÁSTI DIPLOMOVÉ PRÁCE

Milí respondenti,

obracím se na Vás s prosbou o vyplnění mého dotazníku, který bude součástí výzkumu mé diplomové práce ze sociální pedagogiky na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Dotazník se týká Vašich názorů, informovanosti a vztahů v oblasti psychických onemocnění.

Dotazník má celkem 18 otázek, kdy u 17 otázek označte odpověď, kterou považujete za správnou, a u jedné otázky Vás žádám o stručné doplnění odpovědi.

Dotazník je samozřejmě *zcela anonymní*, jednotlivé Vámi vyplněné dotazníky nebudou nikde zveřejňovány. Data získaná z dotazníků budou celkově statisticky zpracována ke stanoveným hypotézám.

V případě zájmu s výsledky mého výzkumu mne můžete kontaktovat na níže uvedený mail.

Děkuji za spolupráci

Michaela Paurová

([misamichaela@seznam.cz](mailto:misamichaela@seznam.cz))

1. Domníváte se, že by všichni nemocní lidé měli být pro jistotu izolováni od ostatních „zdravých“ osob?
  - rozhodně ano
  - spíše ano
  - nevím
  - spíše ne
  - rozhodně ne
2. Jsou ve vašem nejbližším okolí nějaké psychicky nemocné osoby?
  - ano
  - ne
3. Označte vhodnou odpověď:
  - Psychické poruchy mohou být vrozené
  - Psychické poruchy mohou být získané
  - Psychické poruchy souvisí s přibývajícím věkem
  - Všechny možnosti jsou správné

4. Stručně definujte mentální anorexii a bulimii:

Mentální anorexie.....

Bulimie.....

5. Domníváte se, že je psychická porucha u postižených lidí rozpoznatelná i pro laika?

- ano
- ne

6. Jak se nazývá specifická porucha čtení?

- Autismus
- Aspergerův syndrom
- Dyslexie
- ADHD syndrom
- Dysgrafie

7. Kdybyste byl/a/ majitelem /majitelkou/ firmy, zaměstnal/a/ byste jedince s duševním onemocněním?

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

8. Bojíte se vy sám/a/ nějakého psychického onemocnění?

- ano
- ne

9. Měl/a byste v případě psychického onemocnění zábrany sdělit tuto informaci své rodině, přátelům, v práci?

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

10. Vyberte správné tvrzení. Schizofrenie a maniodepresivní psychóza

- pravidelným užíváním léků se dají vždy vyléčit
- pomocí léků a hospitalizace se dají vždy vyléčit
- nedají se vyléčit; pravidelné užívání léků pomůže udržet stav nemocného v co nejlepší formě
- nedají se ovlivnit

11. Máte obavy z psychicky nemocných lidí?

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



12. Pracoval/a/ byste jako dobrovolník v nějakém komunitním centru pro psychicky nemocné osoby?
- rozhodně ano
  - spíše ano
  - nevím
  - spíše ne
  - rozhodně ne
13. Vadilo by Vám, kdyby Váš nový soused trpěl nějakou psychickou poruchou?
- rozhodně ano
  - spíše ano
  - nevím
  - spíše ne
  - rozhodně ne
14. V jakém životním období se obvykle manifestuje schizofrenie? Označte správné tvrzení.
- v dětství
  - 16-34 let
  - 35 – 55 let
  - Kdykoli
15. Je psychicky nemocným občanům věnována dostatečná pozornost v médiích?
- rozhodně ano
  - spíše ano
  - nevím
  - spíše ne
  - rozhodně ne
16. Jste ...
- žena
  - muž
17. Váš věk se pohybuje v rozmezí:
- 18-25
  - 26-35
  - 35-50
  - 51-65
  - 66 a více
18. Vaše nejvyšší dokončené vzdělání:
- základní
  - vyučený/á
  - střední odborné
  - středoškolské
  - vyšší odborné
  - vysokoškolské