

Vnímání duševně nemocného člověka rodinou a veřejností

Darina Gajdošová

Bakalářská práce
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Darina Gajdošová**

Osobní číslo: **H12600**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Vnímání duševně nemocného člověka rodinou
a veřejností**

Zásady pro vypracování:

Nastudovat odbornou literaturu.

V teoretické části definovat pojmy stigma, vnímání a zásady přístupu k duševně nemocnému a popsat nejnámější duševní poruchy.

V praktické části zjistit rozdíly ve vnímání rodiny a veřejnosti, realizovat průzkum pomocí dotazníkového šetření a porovnat získaná data od veřejnosti s daty získanými od rodin duševně nemocných.

Doplnit průzkum rozhovory s členy rodin duševně nemocných.

Vyhodnotit data a zaznamenat je.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

BAUDIŠ, Pavel a Jan LIBIGER. Psychiatrie a etika. 1. vyd. Praha: Galén, 2002, 156 s. ISBN 80-7262-104-1.

KUČEROVÁ, Helena. Psychiatrické minimum. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013, 166 s. ISBN 978-80-247-4733-0.

PAYNE, Jan a kol. Kvalita života a zdraví. Vyd. 1. Praha: Triton, 2005, 629 s. ISBN 80-7254-657-0.

SLOWÍK, Josef. Komunikace s lidmi s postižením. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, 155 s. ISBN 978-80-7367-691-9.

STYX, Petr. O psychiatrii: jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2003, 178 s. ISBN 80-7226-828-7.

Vedoucí bakalářské práce:

doc. PhDr. Josef Konečný, CSc.

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

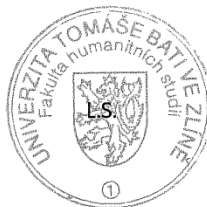
26. ledna 2015

Termín odevzdání bakalářské práce:

22. května 2015

Ve Zlíně dne 26. ledna 2015


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




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ 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 § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 12. 2. 2015

.....

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

(1) Vysoká škola nevydělěčně 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 nahlédnutí 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, užívá-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 vzdělávacímu 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). *Opírá-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 jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Název bakalářské práce je *Vnímání duševně nemocného člověka rodinou a veřejností*. Cílem práce je zjistit, jak vnímá a prožívá rodina situaci, kdy jeden z jejích členů je duševně nemocný a jak situaci této rodiny vnímá veřejnost. Práce se skládá z teoretické a praktické části. Teoretická část se zabývá historií duševního onemocnění, kvalitou života duševně nemocného, jeho potřebami, právy a vnímáním, správným přístupem k lidem s duševní poruchou, možnostmi resocializace a vybranými duševními poruchami včetně jejich popisu. V praktické části jsou zjišťovány rozdíly ve vnímání sledované situace rodinou a veřejností. Je realizován průzkum pomocí dotazníkového šetření a porovnány získaná data od studentů s daty získanými od rodin duševně nemocných. Průzkum je doplněn rozhovory se členy rodiny duševně nemocných.

Klíčová slova: duševně nemocný, duševní porucha, rodina, veřejnost, vnímání

ABSTRACT

The title of this bachelor thesis is *Family and Public Perceptions of Mentally Ill Person*. The aim of the thesis is to find out how a family perceives and experiences the situation when one of its members is mentally ill and how is this situation of the family perceived by the public. The thesis consists of a theoretical and a practical part. The theoretical part deals with the history of mental illness, the quality of a mentally ill person's life, their needs, laws and perception, the correct attitude to people with mental disorders, possibilities of rehabilitation and selected mental disorders including their descriptions. The practical part is focused on the differences between the family and the public perception of the monitored situation. The survey is realized through questionnaire and it compares the data gathered from students with the data gathered from the families of mentally ill people. The survey is completed with interviews with family members of mentally ill people.

Keywords: mentally ill, mental disorder, family, public, perception

V první řadě bych ráda poděkovala vedoucímu práce, panu doc. PhDr. Josefu Konečnému, CSc. za jeho odborné vedení práce, cenné rady, připomínky a ochotu poskytnutou při jejím zpracování. Dále bych chtěla poděkovat všem, kteří se jakkoliv podíleli na jejím vzniku včetně rodiny a blízkých, kteří mi byli po celou dobu studia velkou oporou.

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

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 PRŮŘEZ HISTORIÍ DUŠEVNÍHO ONEMOCNĚNÍ	12
1.1 STAROVĚK.....	12
1.2 STŘEDOVĚK.....	12
1.3 NOVOVĚK.....	13
1.4 NOVĚJŠÍ DĚJINY.....	13
1.5 TO NEJDŮLEŽITĚJŠÍ Z HISTORIE U NÁS	14
2 KVALITA ŽIVOTA LIDÍ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	15
2.1 POTŘEBY DUŠEVNĚ NEMOCNÉHO	15
2.2 VNÍMÁNÍ DUŠEVNĚ NEMOCNÉHO.....	16
2.2.1 Vnímání duševně nemocného rodinou a blízkými.....	16
2.2.2 Vnímání duševně nemocného veřejností	18
2.2.3 Stigma, stigmatizace	18
2.2.3.1 Destigmatizace	19
2.3 PŘÍSTUP K DUŠEVNĚ NEMOCNÝM	20
2.3.1.1 Zvláštnosti komunikace	21
2.3.1.2 Komunikace obecně.....	21
2.3.1.3 Speciální komunikace pro sestry - zásady	22
2.4 RESOCIALIZACE.....	23
2.4.1 Terapeutická komunita.....	23
2.4.2 Chráněné dílny, chráněná práce	24
2.4.3 Chráněné bydlení	24
2.4.4 Svépomocné skupiny rodin	25
3 STRUČNĚ DUŠEVNÍMI PORUCHAMI.....	26
3.1 PSYCHOTICKÉ PORUCHY	26
3.1.1 Schizofrenie.....	26
3.2 AFEKTIVNÍ PORUCHY	27
3.2.1 Bipolární afektivní porucha.....	27
3.3 NEUROTICKÉ, STRESOVÉ A SOMATOFORNÍ PORUCHY	28
3.3.1 Fobické úzkostné poruchy.....	29
3.3.2 Obsedantně-kompulzivní porucha (OCD)	29
3.4 FAKTORY VZNIKU DUŠEVNÍCH PORUCH, PREVENCE.....	30
II PRAKTICKÁ ČÁST	32
PRŮZKUMNÁ ČÁST PRÁCE.....	33

3.5	CÍLE PRÁCE	33
3.6	METODIKA A TECHNIKY PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	33
3.7	CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ	34
3.8	ORGANIZACE ŠETŘENÍ	34
3.9	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	34
3.10	VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	36
4	DISKUZE	58
	ZÁVĚR	62
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	64
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	68
	SEZNAM TABULEK.....	69
	SEZNAM GRAFŮ	70
	SEZNAM PŘÍLOH.....	71

ÚVOD

Jak lze usoudit z názvu bakalářské práce „Vnímání duševně nemocného člověka rodinou a veřejností“, je zřejmé, že práce se zabývá pohledem na člověka s duševním onemocněním a to jak pohledem samotné rodiny, v níž jedinec žije, tak pohledem veřejnosti na atmosféru uvnitř této rodiny.

Troufám si říci, že dané téma je zajímavé, aktuální a především vhodné, což je také důvod, proč jsem se pro něj rozhodla. I když se přístup k duševně nemocným v poslední době velmi změnil, neustále je co zlepšovat. Ne všichni jsou schopni být empatičtí a tolerantní vůči duševně nemocným, ale i vůči jejich rodinám. Sama znám několik osob, jež se léčili na psychiatrii, znám i jejich rodiny, proto jsem schopna odhadnout, jak těžké je zapadnout do společnosti lidí, kteří se nikdy s tímto onemocněním nesetkali. Velmi často, dá se říct denně, jsem svědkem, kdy se lidé vyjadřují neadekvátně a naprosto nepřipustně vůči osobě duševně nemocného. Bohužel musím konstatovat, že s touto reakcí jsem měla několikrát možnost se setkat i ve zdravotnickém zařízení jako studentka na praxi.

Tento mnohdy nevhodný přístup ze strany veřejnosti se může podepsat jak na samotném nemocném, tak i na jeho nejbližších a tím rozhodně není tato situace ulehčována.

Práce je složena z teoretické a praktické části. Teoretická část je věnována historii, a především je zaměřena na duševně nemocného, jeho potřeby, práva včetně vnímání rodinou i veřejností. Dále je zmíněna stigmatizace, přístup k duševně nemocným, správná komunikace s nimi a popsány možnosti znovu zařazení zpět do společnosti. Poslední část se zabývá stručnou charakteristikou nejznámějších duševních poruch.

V praktické části jsou zjišťovány pocity, které se vyskytují uvnitř rodiny, jejímž členem je duševně nemocný. Průzkum byl prováděn pomocí dotazníkového šetření a to za pomoci škálového dotazníku, který byl předložen k vyplnění jak studentům ÚZV Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, tak i členům rodin, v níž se duševně nemocný nachází. Získaná data z dotazníkového šetření byla následně porovnána. Pro zpestření byl průzkum ještě doplněn o rozhovory se dvěma členy těchto rodin.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PRŮŘEZ HISTORIÍ DUŠEVNÍHO ONEMOCNĚNÍ

Stejně tak, jako i jiné vědní disciplíny mají svoji historii, tak i obor psychiatrie má velmi bohatou historii. Úroveň péče o duševně nemocné nebyla vždy tak uspokojivá, jako je tomu dnes, i když i v dnešní době je ještě stále co zlepšovat.

1.1 Starověk

Ve starověku lidé považovali nemoc jako odplatu Bohů za něco, čím se provinili. Začali tedy důvěřovat talismanům, amuletům a různým obřadům, jež měly být před nemocemi jakýmsi ochranným štítem. Později se přiklánělo k léčbě šamany. Jejich léčba vycházela z přírody, kdy využívaly nejrůznějších odvarů, koupelí, zábalů a mastí, které byly připravovány z rostlin i produktů získaných ze zvířat. Tomuto typu léčitelství se přezdívalo lidové (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 25).

O krok kupředu se velmi zasloužilo Řecko i Egypt. V Egyptě byly stavěny chrámy, které byly určeny nemocným, byly obklopeny krásnou zahradou, zněla v nich příjemná hudba, zpívalo se, tančilo a jejich úkolem byl pravidelný řád a tělesná hygiena (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 25).

Významnou osobou v historii psychiatrie byl *Hippokrates (460 - 377 př. n. l.)*, ten zastával názor, že duševní onemocnění vzniká nerovnovážným rozložením tělesných tekutin v lidském těle. Popsal 4 základní typy temperamentů podle toho, které tekutiny v těle převažovaly. U sangvinika převažovala krev (sanguis), cholera žlutá žluč (chole), melanchoika černá žluč (melanchole) a u flegmatika hlen (flegma). Z této teorie vycházel také při léčbě, v níž zdůrazňoval činnost, omezení hmotnosti, používal odvary z rostlin, projímadla a byl zastáncem venesekce (Praško a kol., 2011, s. 16).

1.2 Středověk

Ve středověku mělo velký vliv na léčbě o duševně nemocné náboženství, lidé se modlili a přistupovalo se i k zařikávání. Některým nemocným se dával do oblečení hmyz, museli čichat silně aromatické látky, byly jim působeny popáleniny, byli ponořováni do ledové vody, přivazováni. Nemocní byli považováni za posedlé d'áblem. Společnost se jich snažila nějakým způsobem zbavit, stranila se jim. Nemocní byli vyhnáni do lesa nebo se zřizovali tzv. lodě bláznů, k jejich trvalé izolaci od společnosti. Na některých místech se nemocní

zavírali do tzv. věží bláznů, ve kterých byli vystavováni pro pobavení ostatních (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 26).

Příčina onemocnění se přisuzovala čarodějnictví či posedlosti démony. Ne všichni se však s tímto názorem ztotožňovali, nejznámějšími z těchto odpůrců byli *Juan Luis Viev (1492 - 1540)*, *Johann Weyer (1515 - 1588)*, *Reginald Scott (1538 - 1599)* (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 26).

Johann Weyer (1515 - 1588) byl známý lékař a filozof. Vyzoroval, že ne vždy jsou lidé zodpovědní za své chování. Tvrdil, že někdy chování může být zapříčiněné následkem nemoci. Za výjimkou považoval jasné případy čarodějnictví a kouzelnictví (Černoušek, 1994, s. 211).

Další významnou osobností této doby byl *Felix Platter (1536 - 1614)*, zakladatel první klasifikace duševních poruch. Podle něj onemocnění duše je zapříčiněno onemocněním mozku (Svoboda (ed.), Češková, Kučerová, 2006, s. 17).

V Čechách se o některé nemocné starali mniši a jeptišky. Jiní byli umístěni do věznice, kde jim byly konány fyzické tresty (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 27).

1.3 Novověk

V průběhu novověku se začínali objevovat někteří lékaři, kteří se podíleli na posunu vývoje psychiatrie, nejznámějším byl francouzský lékař *Phillipe Pinel (1745 - 1826)* (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 27). Zasloužil se o humánnější přístup k duševně chorým. Usiloval o odpoutání od fyzických trestů, od zavírání nemocných do věznic a prosazoval vlídné zacházení s nemocnými. Ty se snažil umísťovat do psychiatrických ústavů, kde usiloval o jejich zaměstnávání (Praško a kol., 2011, s. 18).

Z toho vycházel i ve své knize, v níž popsal, jak by měla vypadat psychiatrická nemocnice. V díle se také soustředoval o co nejlépe vyhovující umístění pacientů na oddělení (Petr, Marková a kol., 2014, s. 27).

1.4 Novější dějiny

Na konci 19. století zaujímal na poli psychiatrie velké místo *Sigmund Freud (1856 - 1939)*, který se proslavil metodou psychoanalýzy. V tomto období se vyvíjí psychiatrie biologická a sociální. Sociální se zaměřuje na rehabilitaci a návrat do společnosti, zatímco biologická se soustřeďuje na postiženou oblast v mozku, k čemuž využívá různá vyšetření - EEG,

farmaka či šokovou terapii (inzulinové, kardiazolové šoky a elektrokonvulze) (Svoboda (ed.), Češková, Kučerová, 2006, s. 19; Praško a kol., 2011, s. 24).

Některé léčebné metody (inzulinové, karbazolové šoky) způsobovaly velké množství komplikací, a tudíž se přestaly používat. (Praško a kol., 2011, s. 24).

Další zlom nastal v období 2. světové války, kdy bylo v Německu usmrceno několik stovek tisíc psychicky nemocných, slitování však neměli ani s dětmi (Praško a kol., 2011, s. 24).

Na popud Světové zdravotnické organizace vznikla Mezinárodní klasifikace nemocí. Jsou také vynalézána nová farmaka (Svoboda (ed.), Češková, Kučerová, 2006, s. 19).

1.5 To nejdůležitější z historie u nás

První písemná zmínka o péči o duševně nemocné je spojována s klášteřem sv. Františka a pochází z roku 1234. Dále roku 1755 byl *Marií Terezií* zrušen zákon o čarodějnictví a v Praze roce 1790 vznikl první ústav pro duševně nemocné. Prvním českým psychiatrem a zároveň i odpůrcem homeopatie byl *Jan Theobald Held (1770 - 1851)* (Svoboda (ed.), Češková, Kučerová, 2006, s. 19 - 20).

První azyl pro duševně nemocné vznikl ve Znojmě, a to v roce 1458. Psychiatrické oddělení jako takové, bylo založeno až roku 1786 ve všeobecné nemocnici u sv. Anny v Brně (Svoboda (ed.), Češková, Kučerová, 2006, s. 20).

2 KVALITA ŽIVOTA LIDÍ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Každá osoba je individuální bytost, což se potvrzuje i v případě vnímání kvality života. Pro každého z nás může kvalita života vyjadřovat něco jiného. To, že já jsem ve svém životě spokojen, nemusí ještě znamenat, že kdokoli jiný by byl v něm také spokojen.

Na kvalitě života se podílí působení zdravotních, sociálních, ekonomických faktorů či faktorů prostředí. Jejimi ukazateli jsou subjektivní činitele zahrnující pocity, celkovou životní spokojenost a objektivní činitele zahrnující zdraví, sociální situaci a postavení ve společnosti (Hnilicová, 2003, podle Centrum pro výzkum kvality života, Dánsko, 2002).

Existuje spousta definic vztahujících se ke kvalitě života. *„Pro medicínu a zdravotnictví jsou relevantní definice, opírající se o pojetí zdraví WHO, kdy zdraví není chápáno pouze jako nepřítomnost nemoci, ale jako stav úplné „fyzické, psychické a sociální pohody“. Kvalitou života je potom to, jak jedinec vnímá své postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a to ve vztahu k jeho osobním cílům, očekáváním, zájmům a životnímu stylu“* (Hnilicová, 2003, podle WHO, Ustun 1994).

Termín „kvalita života“ se používá v mnoha odvětvích jako je psychologie, sociologie, ekologie, medicína a antropologie. Z toho důvodu je jeho význam i definice velmi diskutabilní, protože každá vědní disciplína vidí kvalitu života z trochu jiného pohledu (Hnilicová, 2003).

Kvalita života bývá převážně zjišťována pomocí dotazníkového šetření. U psychicky nemocných, ale nejen u nich je takovým příkladem dotazník SQUALA (Hnilicová, 2003, podle Zanotti, 1994).

U pacientů bývá kvalita života ovlivněna vývojem nemoci, terapií, předpokládaným průběhem onemocnění. Tyto okolnosti se podílí na tom, jak svoje onemocnění bude nemocný vnímat, jak moc ovlivní jeho dosavadní spokojenost (Csisko, 2013, podle Linková a kol., 2010, s. 72 - 73).

2.1 Potřeby duševně nemocného

I duševně nemocný má své specifické potřeby, které je nutné uspokojit. Nedojde-li k jejich naplnění, může pacient začít o životě pochybovat. Mezi nejdůležitější lze zahrnout potřebu společenského uznání, potřebu mít nějakou činnost a mít kolem sebe lidi, blízké (Praško a kol., 2011, str. 360).

Lidské potřeby se v době nemoci mohou různě měnit. Např. v období deprese se u člověka mohou vyskytovat pochyby o životě, v období, kdy mizí, se snaží mít kolem sebe blízké a vést plnohodnotný život se všemi činnostmi, které k němu patří. Ovšem osoba, která je psychicky nemocná a snaží se zařadit do normálního života, má redukované možnosti výběru lidí kolem sebe a to především z důvodu, že je neustále některými lidmi hlídána, pozorována a jakýkoliv přestupek je přisuzován onemocnění. Duševně nemocný se proto často nedobrovolně uchyluje k lidem, kterým nezáleží na tom, jak se chová a berou ho takového, jaký je ačkoli by jejich společnost v období, kdy byl ještě zdrav nikdy nevyhledával. Dalším způsobem, jak člověk může bojovat se svojí nemocí, je obviňování lékařů z přisouzení mylné diagnózy. Jiní se raději separují od okolí (Praško a kol., 2011, s. 361 - 362).

2.2 Vnímání duševně nemocného

Následná podkapitola se bude snažit nastínit, jak vnímá duševně nemocného rodina, a jak veřejnost. Protože s vnímáním souvisí i pojem stigmatizace, zmínka bude i o ní, včetně postupů, které vedou k jejímu minimalizování.

2.2.1 Vnímání duševně nemocného rodinou a blízkými

Z vlastní zkušenosti vím, že rodina i blízcí hrají velmi významnou roli v životě duševně nemocného. Mnohdy záleží právě na nich, jak se bude vyvíjet zdravotní stav jejich blízkého. Oni jsou ti, kteří mohou včas rozpoznat, že s ním není něco v pořádku a popř. ho dovést včas k lékaři. Ne malý podíl mají také na průběhu léčby, a co nejpříjemnějším zařazení příbuzného do běžného života.

Uvádí se, že vnímání takové osoby je ovlivněno průběhem jeho nemoci. V prvním období se začínají objevovat počáteční příznaky onemocnění. Těm však rodina nepřikládá velký význam. Všimají si změn v jeho chování, ale ty připisují lenivosti a schválnostem. Rodina svého blízkého prosí, aby své chování změnil. Mezi rodinnými příslušníky se objevují pocity úzkosti. V druhém období, tzv. období značkovacím, jsou příznaky onemocnění zjevné všem. Nemocný není schopen zvládat běžné denní činnosti, což se odráží na chodu celé domácnosti. Rolí tohoto člena v domácnosti přebírá jiný příslušník rodiny. Dochází k posílení vztahů mezi některými zdravými členy. Značná pozornost je věnována nemocnému. Okolí si dává přetrvávající názory na duševní onemocnění do souvislosti s rodinou.

Ve třetím období jsou příznaky tak vystupňované, že už i blízkým je jasné (i když pozdě), že se jejich příbuzný musí léčit na psychiatrii. Rodinné vztahy jsou velmi narušené, objevují se pocity provinilosti, že mu neposkytli pomoc dříve. Ve čtvrtém období dochází k vyřazení pacienta z rodinného kolektivu, ten se však snaží o znovunalezení svého místa. Rodina se pokouší o obnovení vzájemných vztahů mezi jejími členy. Blízcí často viní nemocniční zařízení, snaží se o brzké propuštění nemocného (Hausner, 1978, s. 45 - 47).

Pokud má být pacient propuštěn do domácího prostředí, je důležité, aby se cítil v rodinném kruhu příjemně a nevracel se do prostředí, kde panují hádky a napětí. Avšak když se k propuštění schyluje, objevuje se nervozita na obou stranách. Rodina se bojí, cítí se bezbranná, což může vést až ke zhoršení stavu rekonvalescenta. Značnou částí se na procesu jeho uzdravování podílejí všichni, kteří jsou s ním v kontaktu. Pouhý návrat blízkého z psychiatrické léčebny se může podílet na narušení dosavadních vztahů mezi členy rodiny a její soudržnosti. Někdy i samotná léčba ovlivňuje chod rodiny a příbuzní si často stěžují na její nevyhovování a neklid v rodině (Hausner, 1978, s. 84 - 85).

Podle Hausnera existuje několik negativních postojů rodiny k rekonvalescentovi propuštěnému do domácího prostředí:

- *Postoj nepřátelský (hostilní)* - Rodina se bojí o svoji pohodu, což také ventiluje do okolí. Rekonvalescentovi nikdo nerozumí a uzavírá se do sebe.
- *Postoj ovládací (dominantní)* - Blízcí si dokazují svoji autoritu nad nemocným.
- *Postoj ochranný (protektivní)* - Rodina nedůvěřuje pacientovi v některých činnostech, proto mu věnují až přehnanou péči, na kterou si postupně může přivyknout.
- *Postoj ztotožnění (identifikační)* - Rodinný příslušník se až příliš snaží vcítit do pocitů rekonvalescenta, což není dobře pro duševní blaho ani jednoho z nich.
- *Postoj přemrštěného požadavku dokonalosti (perfekcionista)* - Na blízkého jsou rodinou kladeny příliš vysoké nároky, které však na zdravého člověka mohou být zcela adekvátní.
- *Postoj odmítavý (rejektivní)* - Situace v rodině může vygradovat až v odmítnutí nemocného.
- *Postoj nadměrně ochranný, vyvěrající z pocitu vlastní viny (punitivně protektivní)* - Rodinný příslušník má špatné svědomí, z toho, jak se k nemocnému choval a své výčitky se snaží vynahradiť přemrštěnou péčí (Hausner, 1978, s. 85 - 86).

Ne vždy je však člověk propuštěný z léčebny zcela zdrav, stává se, že může stále slyšet hlasy, mít vidiny, může být lhostejný vůči citům, ale i tak je schopen žít normálním životem a na nás je, abychom ho tolerovali, nikoli se mu vysmívali (Hausner, 1978, s. 85 - 86).

Rodinou bývá často nemocný sledován, pozorují jeho chování a komparují ho. I sebemenší změny hned posuzují a přičítají diagnóze (Praško a kol., 2011, str. 354).

2.2.2 Vnímání duševně nemocného veřejností

Obecně lze říci, že veřejnost má na duševně nemocného člověka dva pohledy. Prvním je pohled soucitný, chápavý, který se vyskytuje u lidí, jež prodělali nějakou negativní zkušenost, ať už stresovou, nebo z psychologického vypětí. Tito lidé se často s touto situací vypořádají buď za pomoci léků, odpočinku či psychoterapie a jsou schopní zase normálně fungovat. Problém ale nastává, pokud stav přetrvává. V tu chvíli je veřejností považován za slabého. Druhým, negativním pohledem je pohled na osoby, které mají například v anamnéze onemocnění podmíněné genetickou dispozicí. Lidé si často mylně myslí, že tato nemoc je neléčitelná a osoby jsou nevyzpytatelné, dokážou ublížit, veřejnost jimi opovrhuje a trpí tzv. sociální distancí (Praško a kol., 2011, s. 354).

Pro nemocného je nejtěžší první kontakt s okolím, příchod do zaměstnání. Pociťuje strach, že na něj lidé zanevrou, budou se mu stranit. Okolí si často na nemocného ukazuje, povídá si o něm za jeho zády, mají ho za „blázna“, neví, jak s ním jednat, co od něj očekávat, považují ho za neschopného, mají vůči němu předsudky a mnohdy se ho bojí (Hausner, 1978, s. 88).

2.2.3 Stigma, stigmatizace

Termín stigma byl použit Řeky k označení někoho, kdo se tělesně odlišoval od ostatních, aby došlo k „pošpinění“ jeho postavení. Aby se taková osoba poznala, bylo jí do kůže vypalováno či vyřezáváno znamení (Goffman, 2003, s. 9).

V dnešní době je stigma definováno jako znamení domnělé méněcennosti. Stigmatizováni jsou převážně ti jedinci, kteří mají nějaké odlišení. Takovým lidem se společnost snaží stranit. Důvodů stigmatu psychiatrickým pacientům může být několik. Jedním z nich je ten, že se jedinec sám cítí být méněcenný a má strach z vyřazení společností, dále jen samotný fakt, že se léčil v psychiatrické léčebně, může vést ke stigmatizaci. Uvádí se, že nejméně je přítomna v prostředí, kde jedinec často pobýval a kde ho dobře znali, tj. domov, zaměstnání. Nejhůře jsou nemocní vnímáni starými lidmi. Pokud dojde k výskytu psychic-

kého onemocnění v rodině, odhaduje se, že stigmatizací budou postiženi i pacienti blízcí. Stejně tak je tomu i u zaměstnanců pracujících s psychiatrickými pacienty (Höschl, Libiger, Švestka (eds.), 2004, s. 226).

V souvislosti s duševní chorobou se často pojí pojmy stereotyp či značkovací teorie. Stereotyp je tzv. zažitá představa. Může se vztahovat k duševně nemocnému, ale i jiným zažitým představám např. barvám kůže či náboženskému vyznání (Höschl, Libiger, Švestka (eds.), 2004, s. 225).

Rozlišujeme dva druhy stereotypů. To, jak vnímá např. duševně nemocný člověk sebe svého či stejně nemocné jedince se nazývá autostereotyp. Kdežto způsob, jak vnímá např. zdravý jedinec duševně nemocné, je definováno jako heterostereotyp (Praško a kol., 2011, s. 364).

Lidé se často vyjadřují o duševně nemocném jako o „bláznovi“, který je schopen ublížit a nikdo neví, co je možné od něj očekávat (Höschl, Libiger, Švestka (eds.), 2004, s. 225).

Značkovací teorii lze chápat jako určitou formu stigmatizace. Lidé si všímají u jedince jiného chování, které pak hodnotí (označují). V důsledku toho mohou mít jedinci problémy se zaměstnáním, mohou být společností vyčleňováni (Baudiš, Libiger, 2002, s. 35 - 36).

2.2.3.1 Destigmatizace

Informovanost a edukace veřejnosti je jedním z nejdůležitějších kroků ke snížení vlivu stigmatizace v naší společnosti, která má mnohdy na psychiatrické pacienty negativní pohled. Velmi často tyto předsudky pramení právě z neobjektivně podaných informací ze strany médií. Lidé by se měli v první řadě snažit pochopit nemocného, aby byli schopni ho mezi sebe přijmout. Mnohdy činí problém i samotnému zdravotnickému personálu, který se nechává ovlivnit veřejností. Určitě by nebylo od věci snažit se pochopit situaci z pohledu nemocného, např. pomocí rozhovorů či přednášek. Důležitý podíl na destigmatizaci může mít rodina, která se pokouší o znovu začlenění jedince. Cílem destigmatizace je změna vztahu společnosti, včetně zdravotníků, k duševně nemocným jedincům. K této změně by se mělo dospět vzděláváním a rozšířením pohledu na danou problematiku (Praško a kol., 2011, s. 371 - 372).

I pouhé užití spojení „člověk se schizofrenním onemocněním“ místo výrazu „schizofrenik“ může snížit stigmatizaci veřejností (Baudiš, Libiger, 2002, s. 35). Nesmíme také opome-

nout léčbu, mlčenlivost, nácvik sociálního začlenění a technikami vedoucími k lepšímu vidění sebe samého (Höschl, Libiger, Švestka (eds.), 2004, s. 226).

2.3 Přístup k duševně nemocným

Správný přístup rodiny je důležitý. Měla by spolupracovat s lékařem, radit se s ním, pokud si neví v přístupu k nemocnému nejistá. Měla by si svého blízkého vážit, přistupovat k němu jako ke kterémukoli jinému členu rodiny, jinak by mohlo dojít k ztrátě důvěry. Neměla by mu nikdy lhát, podvádět ho, utěšovat ho, trousit na jeho osobu poznámky, posilovat ho v jeho v bludech či halucinacích, ale zároveň by mu je neměla ani vymlouvat. Pokud se vyskytnou halucinace, okolí by mělo být vůči nemocnému velmi obezřetné. Dále by se okolí mělo vyhýbat zvýšení hlasu, nemělo by přesvědčovat o svojí pravdě, slibovat nespílitelné a vyhrožovat. Jednání okolí by mělo být přirozené, zkrátka takové, jako vždycky a pro blízkého pochopitelné. Rodina by měla akceptovat chorobné chování nemocného vůči ní. Není-li blízký schopen dbát o svůj vzhled, mělo by mu k tomu dopomoci právě jeho okolí. Vyskytují-li se u blízkých či rodiny pocity strachu z osoby nemocného, měli by se je před ním snažit utajit. Pokud se u blízkého vyskytuje období manické, rodina by se neměla jeho vtipkování smát, protože za nějakou dobu může nastat období výčitek a urážek. Nutná je i obezřetnost a kontrola vůči užívání léků, pozorovat aby nedošlo k předávkování nebo naopak k neužívání. Nevhodné je na nemocného trpícího depresemi apelovat, aby se vzchopil stejně tak, jako je nevhodné se chovat neadekvátně a nechat se vyprovokovat při hysterickém záchvatu. U některých duševně nemocných se stává, že odmítají jídlo, což může způsobit samotná nemoc, mohou mít pocit, že je chce někdo usmrtit, že mají poškozené orgány, jindy se může jednat o nechutenství, hladovku nebo příkaz hlasu. Zde je úkolem rodiny, aby ho k jídlu podporovala, ale nenutila, popř. vyhledala lékařskou pomoc (Hausner, 1978, s. 72 - 76).

„Závěrem si buďte vědomi, že ten, kdo chce ošetřovat duševně nemocného, musí být nad míru obdařen těmito vlastnostmi: vlastní rovnováhou, rozvahou, klidem, zdvořilostí, uctivostí, pozorností, taktností, pravdomluvností, rozhodností, bystrostí, postřehem, schopností zapřít sama sebe, přívětivostí, laskavostí, trpělivostí a láskou k lidem“ (Hausner, 1978, s. 76 - 77).

2.3.1.1 Zvláštnosti komunikace

Komunikace je důležitou součástí běžného života. Správně zvolená komunikace nám pomáhá zvládnout různé překážky. Proto je vhodné se zmínit i o komunikaci s duševně nemocným.

V komunikaci s duševně nemocným se často vyskytuje *afektovaná řeč*. Ta se projevuje zvýšenou hlasitostí, střídáním různé intenzity rychlosti i hlasitosti řeči. Mnohdy se objevuje ve zvýšené míře neverbální komunikace. Často také dochází k *používání velké nadsázky v rozhovoru*, kdy osoba vypráví pro nás nedůvěryhodné příběhy. Dále se mohou vyskytovat *nelogické argumentace*, kdy nám nemocný snaží vtlouci svoji pravdu, což je typické pro paranoidní chování. Jinou zvláštností je *stereotypnost ve verbálním projevu a nedosta- tečná flexibilita v rozhovoru*. Zde se setkáváme s opakováním některých zažitých frází, jež jsou ne vždy vhodné pro rozhovor. Osoby se bojí povídat o některých tématech. Dále se ještě objevuje *neobvyklá řečová frekvence*, kdy někteří lidé jsou spíše nemluvní, převážně depresivní, namísto toho jiní lidé mohou být až příliš upovídání. Ne vždy se však jedná o následek onemocnění, tyto komunikační problémy mohou být podmíněny i farmakologickou terapií (Slowík, 2010, s. 54 - 55).

2.3.1.2 Komunikace obecně

Komunikace s takto nemocnými může být někdy velmi nevyzpytatelná. Mnohdy se stává, že lidé nemůžou v danou chvíli najít ta správná slova k vyjádření svého názoru, jejich vyjadřování může být pomalé nebo naopak rychlé, až chaotické. Naším úkolem je být vstřícný, povzbuzovat v rozhovoru a být jim oporou. Může se také stát, že s některými názory na určitá témata se nebudeme ztotožňovat, ale i tak bychom je měli akceptovat, nevyvracet jiné názory na ně. Ovšem dostaneme-li se v rozhovoru k tématům, která nám jsou nepříjemná nebo mají sexuální podtext, je nutné ukázat dotyčnému hranice, které nesmí v žádném případě překročit (Slowík, 2010, s. 59).

Při komunikaci je také nutné nehovořit s nemocnou osobou jako s dítětem, i když její chování tak může působit, snižujeme tím její důstojnost. Komunikací s duševně nemocným se snažíme posilovat jeho zdravé sebevědomí a důvěru v nás, což má velký význam při léčbě, zařazení do společnosti i do běžného denního života (Slowík, 2010, s. 55 - 56).

2.3.1.3 Speciální komunikace pro sestry - zásady

Komunikace pro sestry je zmíněna záměrně, protože i když by měli být zdravotníci profesionálové po všech stránkách, jejich komunikace mnohdy vážne. A právě sestra je ta, která tráví během hospitalizace nejvíce času s nemocným.

- *Depresivně laděný člověk* - Člověku s depresemi se snažíme porozumět, necháme volný průběh reakcím, snažíme se uzavřít tzv. antisuicidální smlouvu (tj. smlouva, kdy pacient slíbí, že se po určité době nepokusí o sebevraždu a umožní terapii, aby začala působit). Pacient může pociťovat vinu z důvodu, že nedokázal splnit nároky, které byly na jeho osobu kladeny (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 90).
- *Úzkostlivě laděný člověk* - K takovému člověku bychom se měli chovat jako k sobě rovnému, povzbuzovat ho, edukovat, naslouchat mu a reagovat na případné nejasnosti. Na rozhovor musíme být dostatečně připraveni, musíme zajistit klidné a ničím nerušené prostředí, mít čas a v komunikaci nikam nespěchat (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 92).
- *Neurotický člověk* - Dáme mu příležitost se vypovídat, vyjadřujeme pozornost k problémům pacienta, vhodným způsobem se snažíme navrhnout možnost pomoci psychologa a i zde je nutná jeho podpora (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 94).
- *Nemocný s psychózou* - Usilujeme o odstranění vzniklé nedůvěry vůči lidem, snažíme se vžít do situace nemocného, při rozhovoru volíme srozumitelnou řeč, nevnučujeme náš názor, k ověření sdělených znalostí využíváme zpětné reakce, přímý kontakt s pacientem volíme jen s jeho vědomím, vyhýbáme upřenému očnímu kontaktu a nezasahujeme do jeho osobního prostoru. Důležitý faktor je čas (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 97 - 98).

Lidé si duševně nemocného často neváží, neuznávají jeho práva. To znamená, že mu tykají, kárají, nedodrží autoritu. Setkáváme se s tím, že mnohdy lidé nechtějí postiženého vůbec pochopit. Také předsudky typu, že jsou tito lidé hloupí, nepřidává na úspěchu (Slowík, 2010, s. 59 - 60).

Jak přistupovat k duševně nemocným je do určité míry zahrnuto i v právech duševně nemocných, i když ne vždy jsou nemocní schopni se jimi bránit. To může být způsobeno buďto neznalostí svých práv, nepochopením nebo zdravotním stavem. Nejznámější listiny týkající se práv duševně nemocných jsou - Deklarace lidských práv a duševního zdraví a Deklarace lidských práv duševně nemocných (Procházka, 2001).

Pro představu jsou tyto práva uvedena v seznamu příloh Příloha P I, Příloha P II.

2.4 Resocializace

Pro nemocné je návrat z psychiatrické léčebny velmi náročný, proto si uveďme nějaké příklady, jejichž cílem je jim tento návrat co možná nejvíce ulehčit.

Prakticky vždy se u duševních poruch setkáváme s vyloučením, byť i minimálním, nemocných jedinců společností a jejího očekávání od nich. Jedinci jsou většinou omezováni v plnění určitých životních rolí v běžném životě, což je možné pozorovat v oblasti pracovní, denních aktivit, vztahů s lidmi či starostlivosti o svoji osobu (Praško a kol., 2011, s. 373).

S rehabilitací je vhodné začít již co nejdříve během hospitalizace. Nicméně záleží jenom na vůli nemocného, zda cítí být na výkon určité činnosti připraven. Pacienti se mohou určitým způsobem podílet v terapeutické komunitě a být tak nápomocni při chodu oddělení. Dále mohou navštěvovat kluby, besedy, účastnit se pracovní terapie, ergoterapie, muzikoterapie, arteterapie, biblioterapie, vaření aj. činností. Pokud to jejich zdravotní stav dovoluje, mohou si dokonce zkusit „na propustku“ návrat do rodinného prostředí (Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 130; Malá, Pavlovský, 2002, s. 110; Praško a kol., 2011, s. 374;).

Z důvodu, aby pro jedince byl návrat do společnosti co nejméně traumatický, byly zřízeny komunitní péče, které mají za úkol poskytnout pomoc a podporu osobám s duševním onemocněním, k co možno nejlepší reintegraci do společnosti. Mohou to být např. denní stacionáře, kluby, poradny a různá sociální a zájmová centra. Denní stacionáře jsou zaměřeny na využití volného času pomocí různých druhů aktivit, od kulturních programů až po práci na počítači (Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 130, 132 - 133).

2.4.1 Terapeutická komunita

Cílem terapeutických skupin je obnova zdraví, učení předcházet vyřazení ze společnosti a resocializace. Komunity využívají např. individuální nebo skupinové terapie, terapie činností či sociální poradenství (Petr, Marková a kol., 2014, s. 206).

Účastníci komunity ventilují svůj pohled na problémy, poukazují na své nedostatky a snaží se je řešit. Učí se tak lepší socializaci a komunikaci (Malá, Pavlovský, 2002, s. 111).

2.4.2 Chráněné dílny, chráněná práce

Chráněné dílny pomáhají nemocným překonat možnou sociální izolaci, rehabilitují a pomáhají se odreagovat. Klienti zde většinou tráví 4 - 6 hodin denně (Praško a kol., 2011, s. 377). Nejčastěji se jedná o ruční výrobu, jako je výroba košíků, papíru, svíček, keramiky, dále výrobky zhotovují ze skla, drátů, látek aj. Časté jsou i tzv. tréninkové resocializační kavárny. Práce v těchto chráněných dílnách není většinou finančně ohodnocena. Finance získané z prodeje výrobků jdou na podporu instituce, zařízení (Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 132). Zatímco chráněné práce mají připravit nemocného na návrat do případného zaměstnání (Praško a kol., 2011, s. 377).

Přechodné zaměstnávání napomáhá klientům vyzkoušet si svoji dochvilnost, práci kolektivu a ujasnit si typ výkonu práce do budoucna. Na pracoviště nastupují po zaučení sociálním pracovníkem a to zhruba na 6 měsíců, kde nejčastěji vykonávají práci typu lehké administrativy, různé pochůzky, úklidové práce aj. Práce by však neměla převyšovat polooviční úvazek (Bayer, 2008, s. 8 - 9).

Podporované zaměstnání je většinou poskytováno na zkrácený úvazek. Práce by měla co nejvíce vyhovovat potřebám klienta. Výhodou je, pokud si klient prošel přechodným zaměstnáním (Bayer, 2008, s. 10).

Klient dochází do práce, a pokud se ocitne v nesnázích, má možnost kontaktovat terapeuta. Ten je schopen mu pomoci řešit vzniklé problémy (Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 132).

2.4.3 Chráněné bydlení

Chráněná bydlení podporují duševně nemocného v samostatnosti. Z toho důvodu jsou také určeny pro klienty, kterým zdravotní stav nebrání žít mimo psychiatrickou léčebnu nebo by byly vhodné pro ty, kteří se chtějí stát nezávislými na rodině, či se do ní nemohou vrátit (Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 130 - 131; Praško a kol., 2011, s. 378).

Je několik forem chráněného bydlení, jako jsou *domy na půl cesty*, kde spolu bydlí více klientů. Ti se starají o domácnost včetně přípravy stravování či udržování pořádku a většinou je jim po celý den nablízku terapeut. Další formou mohou být *chráněné byty*. Zde bydlí klienti určitou dobu, a to buď sami, nebo s jinou osobou. Úkolem je připravit se na samostatné bydlení. Je zde také možnost kontaktu s odborníky, kteří jim pomáhají, když jsou v nesnázích. Pro mnohé pak následuje bydlení ve svých vlastních bytech. Podobnou for-

mou bydlení jako chráněné byty je *podporované bydlení* s tím rozdílem, že klienti bydlí ve svých vlastních domech. Jinou variantou mohou být *sociální byty* (Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 131).

2.4.4 Svépomocné skupiny rodin

Svépomocné skupiny pomáhají psychicky nemocným i jejich rodinám zvládnout stigmatizaci a záležitosti související s psychickými poruchami. „*Svépomocná skupina využívá téměř všechny terapeutické faktory skupinové psychoterapie - zvláště altruismus, soudržnost, univerzalitu, chování nápodobou, dodávání naděje a katarze*“ (Praško a kol., 2011, s. 380, podle Yalom, 1999).

V péči o psychiatrického pacienta jsou příbuzní velkým přínosem, nejenom že se angažují při terapii, vzdělávají se v oblasti dané problematiky, ale naopak se jim také dostává podpory (Praško a kol., 2011, s. 381).

3 STRUČNĚ DUŠEVNÍMI PORUCHAMI

Pokud chceme pořádně porozumět dané problematice, je důležité si vysvětlit, jaké jsou typy duševních poruch, jak se projevují, jaký mají průběh a jak se léčí. Umožní nám to lépe se vcítit do prožívání těchto jedinců.

3.1 Psychotické poruchy

U psychotických poruch dochází k narušení schopnosti jedince rozpoznat skutečnost a adekvátně reagovat. Působí také na myšlení, vnímání a prožívání nemocného. Schizofrenie, schizoafektivní porucha, schizotypní porucha, toxická psychóza, akutní přechodná psychotická porucha či trvalá porucha s bludy, všechna tato onemocnění, spadají do této skupiny poruch. Avšak schizofrenie je neznámější (Petr, Marková a kol., 2014, s. 210).

3.1.1 Schizofrenie

Schizofrenie je psychotické onemocnění, jehož první příznaky se objevují v období dospívání, kolem 15. roku života. Zatímco kolem 20. - 30. roku života toto onemocnění zcela propuká. Téměř u většiny postižených má chronický průběh. Onemocnění se vyznačuje změněnou schopností vnímat realitu. Ovlivňuje jak jedince, tak i jeho jednání a prožívání (Bankovská Motlová, Španiel, 2013, s. 29 - 30; Orel a kolektiv, 2012, s. 114 - 115).

K hlavním příznakům patří poruchy vnímání, ty zahrnují halucinace, nejčastěji se jedná sluchové halucinace, a to buď jednohlasné, nebo vícehlasné. Hlasy mohou kárat, nabádat či zakazovat. Dále v rámci poruch myšlení jsou to bludy, zárazy, používání nových smyšlených slov aj. Bludy se především týkají osoby nemocného. Ten má pocit, že ho všichni pozorují či pronásledují, dále se může domnívat, že ho někdo na dálku ovládá. Také se mohou objevit bludy bizarní, tedy těžce vysvětlitelné. Vyskytují se poruchy emocí, chování. Jedná-li se o schizofrenii, příznaky by se měly vyskytovat minimálně měsíc (Orel a kol., 2012, s. 115; Bankovská Motlová, Španiel, 2013, s. 15 - 17).

V *premorbidním období* nemusí být přítomny žádné projevy, mohou se objevit jen skryté poruchy. Podobně se může vyvíjet i *prodromální stádium*, kdy ne všechny příznaky musí souviset s onemocněním. Při včasné prevenci bývá většinou lepší prognóza. Po prodělání *psychotické epizody* se může nemocný zcela uzdravit, či se vzplanutí může objevit znovu, přičemž v období remisí mohou být příznaky jen mírné nebo téměř žádné. V případě neu-

stupujících příznaků, které se prohlubují, se jedná o *chronicko-progredientní průběh* (Orel a kolektiv, 2012, s. 115; Raboch, Zvolský et al., 2001, s. 237).

Schizofrenie má několik forem:

- *Simplexní schizofrenie*, zde se nemocný izoluje do svého světa, jeho pocity jsou otupělé, nic ho nenadchne, je pasivní, na okolí působí utlumeně (Češková, 2013; Orel a kolektiv, 2012, s. 116).
- *Paranoidní schizofrenie*, u tohoto typu převažují bludy a halucinace (Češková, 2013).
- *Hebefrenní schizofrenie*, zde se objevují nápadné příznaky, jako dětské jednání, chaotické chování, pesimismus aj. (Orel a kolektiv, 2012, s. 116).
- *Katatonní schizofrenie* je charakteristická snížením či zvýšením motorické aktivity, např. strnulou polohou, voskovou ohebností, stereotypními projevy, grimasami, mutismem aj. (Češková, 2013; Orel a kolektiv, 2012, s. 116).
- *Nediferencovaná schizofrenie* je schizofrenie, jejíž příznaky by mohly být výstižné pro více jak jednu z výše uvedených forem (Češková, 2013).
- *Reziduální schizofrenie* je ta, kdy jsou stále přítomny příznaky, jako je např. otupělost, izolace od okolí, pasivita, nemluvnost a to i po prodělané schizofrenii (Orel a kolektiv, 2012, s. 117).

Nejvíce používaná farmaka k léčbě schizofrenie jsou neuroleptika. Dále se využívá elektrokonvulzivní terapie, ke které se přistupuje, pokud farmaka nesplňují patřičná očekávání. Důležitá je také psychoterapie spolu se socioterapií a psychiatrickou rehabilitací (Ondriášová, 2005, s. 89).

3.2 Afektivní poruchy

Afektivní poruchy jsou označovány také jako poruchy nálady. Typickými projevy těchto poruch jsou epizody deprese a mánie, či obou. Do této skupiny onemocnění řadíme deprese, mánie, bipolární afektivní poruchy, cyklotymie a dystymie (Ondriášová, 2005, s. 75; Svoboda (ed.), Češková, Kučerová, 2006, s. 201).

3.2.1 Bipolární afektivní porucha

Bipolární afektivní porucha je charakterizována střídajícím se nebo zároveň probíhajícím obdobím deprese s mánií. Délka trvání těchto období se může lišit, přičemž období deprese

nad mániemi časově dominuje. Vyskytnout se může i období remisí (Ondriášová, 2005, s. 77; Svoboda (ed.); Češková, Kučerová, 2006, s. 204).

Onemocnění se vyskytuje většinou ve věku od 18 do 24 let. Depresivní fáze se projevují zvýšenou únavou, podrážděností, nespokojeností, provinilostí, nezájmem, stranění se lidem, změnou chuti a s tím souvisejícím úbytkem na váze, jedinec není schopen vykonávat určitou činnost, je plný negativismu, může přemýšlet nad smrtí. Naopak mánie se projevují zvýšenou aktivitou, zrychlenou řečí, nepocit'ováním únavy, jedinec je plný energie, má spoustu nápadů a nic pro něj není nemožné, mohou se objevit halucinace a bludy. Četnost mánií a depresí je u každého člověka individuální (Bipolar affective disorder (manic depression), 2011).

Epizody se většinou opakují. Jejich závažnost se odvíjí od jejich četnosti a stupňuje se stárnutím. Poporodní období u žen bývá často rizikovým faktorem vzniku bipolární afektivní poruchy (Raboch, Zvolský et al., 2001, s. 258).

Pro léčbu bipolární afektivní poruchy se považují stabilizátory nálady, antidepresiva a antipsychotika. V psychoterapii apelujeme na užívání předepsaných farmak pacientem a vytrvání v léčbě, nesmíme také opomenout správnou edukaci členů rodiny o vyčkání a přístupu k nemocnému než léčba začne působit. V krajním případě může lékař přistoupit až k elektrokonvulzivní terapii (Kučerová, 2013, s. 101; Petr, Marková a kol., 2014, s. 226).

3.3 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

Neurotické poruchy jsou vyvolány nedostatečnou odolností osobnosti vůči stresu. Jedinec není schopen přiměřeně zvládat složité životní situace, je zhoršená schopnost adaptace. Typickým projevem je úzkost (Malá, Pavlovský, 2002, s. 68).

Tyto poruchy lze rozdělit do několika skupin - fobické úzkostné poruchy (agorafobie, sociální fobie, specifické fobie), jiné úzkostné poruchy (panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha, smíšená úzkostně depresivní porucha), obsedantně-kompulzivní porucha a reakce na stres (akutní reakce na stres, posttraumatická stresová porucha, poruchy přizpůsobení), disociativní poruchy a somatoformní poruchy (somatizační porucha, hypochondrická porucha) (Petr, Marková a kol., 2014, s. 227 - 237).

3.3.1 Fobické úzkostné poruchy

Fobie se vyznačuje jako chorobný strach z určitých situací, objektů, které sice jedince neo-hrožují, ale i tak je jim straní (Praško, Látalová et al., 2013, s. 460 - 461).

Termín agorafobie je označení pro strach z pobytu na určitých místech, mimo domov, v uzavřených prostorách, na veřejných místech. Obavy pramení především z představ, které by se mohly stát. Zatímco termín sociální fobie označuje strach z vystupování před jinými lidmi a jejich nahlížení na chování dotyčného (Orel a kolektiv, 2012, s. 142 - 143; Praško, Látalová et al., 2013, s. 461).

Specifické nebo také izolované fobie jsou ty, při nichž je přítomen strach např. z návštěvy zubního lékaře, hadů, pavouků, výšek, smrti, bacilů, špíny, krve atd. Fobií je neuvěřitelné množství, lidé mohou mít chorobný strach téměř ze všeho (Orel a kolektiv, 2012, s. 143; Praško, Látalová et al., 2013, s. 464).

Obecně se fobie projevují především úzkostí, palpitacemi, mydriázou, zvýšeným pocením, celkovou nevolností včetně diarrhoeoy a straněním se situacím, které v jedinci vyvolávají fobii (Ondriášová, 2005, s. 81).

Průběh fobií je různý, mohou probíhat chronicky, exacerbovat nebo naopak příznaky mohou mírně přetrvávat či úplně vymizet. Chronický průběh se vyskytuje převážně u neléčených fobií (Praško, Látalová et al., 2013, s. 468 - 469).

Léčba se zaměřuje na podávání farmak, zvláště antidepresiv a psychoterapii. Ve farmakologické terapii se dále může přistupovat k léčbě benzodiazepiny či anxiolytiky v závislosti na druhu fobie. Psychoterapie vychází především z kognitivně behaviorální terapie, jejímž úkolem je postupně naučit jedince čelit obávaným situacím (Praško, Látalová et al., 2013, s. 471 - 474).

3.3.2 Obsedantně-kompulzivní porucha (OCD)

OCD se vyznačuje výskytem nutkavých myšlenek, tzv. obsesí, a na ně navazujícím nutkavým jednáním, tzv. kompulze, jenž může přejít dokonce až v jednání, které má určitý postup. Není podmínkou, že kompulze musí vždy souviset s obsesemi (Orel a kolektiv, 2012, s. 144 - 145).

Často uváděným příkladem OCD je nadměrné mytí rukou, kdy pacient žije v představě, že jeho ruce jsou plné bakterií (obsese), proto si je neustále myje (kompulze). Kompulzivní jednání může negativně ovlivnit život jedince i jeho zdraví (poškození mikroflóry rukou).

Ovšem může se jednat o jakékoliv myšlenky, jednání (Ondriášová, 2005, s. 82; Orel a kolektiv, 2012, s. 144).

Podle dominujících příznaků lze rozdělit tuto poruchu na:

- *převážně vtíravé myšlenky nebo ruminace*
- *převážně nutkavé činy / nutkavé - kompulzivní rituály*
- *smíšené obsedantní myšlenky a činy*
- *jiné obsedantně kompulzivní poruchy*
- *obsedantně kompulzivní poruchu nespecifickou* (Orel a kolektiv, 2012, s. 145).

U nemocného se vyskytují pocity úzkosti a strachu z důsledků, které by mohly nastat z důvodu, že něco neudělal tak, jak měl v úmyslu (Praško, Látalová et al., 2013, s. 508).

Nemocný si je často vědom, že jeho myšlenky a konání jsou přehnané, ale nedokáže se ovládat, což vede k jeho omezování i v průběhu běžného denního života (Ondriášová, 2005, s. 82; Orel a kolektiv, 2012, s. 144).

Průběh nemoci bývá chronický, mnohdy celoživotní, většinou však začínající postupně. Obsese mohou nabývat různých intenzit nebo být stabilní. Jindy zas tato porucha může progredovat (Ondriášová, 2005, s. 82; Praško, Látalová et al., 2013, s. 516 - 517).

Podle autorů, kteří se inspirovali v jiných pracích, léčba spočívá v podávání antidepresiv, která jsou užívána většinou celoživotně. V akutní fázi se terapie soustředí spíše na příznaky, zatímco terapie v chronické fázi spočívá v předcházení relapsu onemocnění a naučení, jak se vyrovnávat se stresovými situacemi aj. Dále využívá psychoterapie, a to tzv. kognitivně behaviorální terapie, jejímž cílem je snížit pacientovu úzkost tím, že se naučí žít se svými myšlenkami, aniž by na ně přehnaně reagoval, postupně se snaží přivykat obávaným situacím. Pokud na pacienta předchozí možnosti léčby neúčinkují, přistupuje se k chirurgické terapii - cingulotomie, přední kapsulotomie, orbitální frontální leukotomie (Praško, Látalová et al., 2013, s. 518 - 522).

3.4 Faktory vzniku duševních poruch, prevence

Každý jedinec je schopen se jinak vyrovnat s určitými situacemi, někdo se s nimi vyrovná bez větších problémů, jiný by se vyrovnal hůře. Genetika a prostředí kolem nás jsou nejvýznamnějšími faktory podílejícími se na vzniku psychických poruch (Vágnerová, 2014, s. 25).

Působení prostředí na lidskou psychiku je ovlivněno tedy dědičnými predispozicemi, vývo-
jovým životním obdobím, zkušenostmi, prožíváním, přičemž jedinec na tyto vlivy odpoví-
dá. Každý jedinec je individuální bytost, a proto i tato reakce je různá. Porucha propuká
většinou po opakovaných traumatech, zejména u zranitelnějších a méně odolných jedinců,
kdy bývá narušena schopnost přiměřené adaptace na působící vlivy prostředí. Během těho-
tenství může být dítě poškozeno skrze matku (nemoc, medikamenty, alkohol, drogy). Po
narození je psychika dítěte ovlivněna rodinou, která mu zajišťuje pocit bezpečí a jistoty, či
mu předává potřebné informace. Pokud tomu tak není, může dojít u jedince k psychické
újmě, poruše. V pozdějším dětském věku na dítě působí jeho vrstevníci. Úkolem člověka
tedy je, aby se naučil reagovat a adekvátně zvládat nepříjemné životní situace (Vágnerová,
2014, s. 37 - 39).

Prevence duševních poruch je primární, sekundární a terciární. Úkolem primární prevence
je vyhledávat ohrožené jedince a předcházet u nich vzniku duševních nemocí tím, že bu-
deme minimalizovat stresové situace a naučíme je jedince zvládat. Dále primární prevence
spočívá v úpravě životního stylu, pracovních a sociálních podmínek. Sekundární prevence
spočívá ve vyhledávání a léčbě osoby s psychickou poruchou. Včasné odhalení také často
přispívá k lepší terapii i prognóze duševního onemocnění. Zatímco cílem terciární preven-
ce je snížit možné dopady vzniklé onemocněním a minimalizovat negativní vlivy způsobe-
né společností (Petr, Marková a kol., 2014, s. 22).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

PRŮZKUMNÁ ČÁST PRÁCE

Praktická část se věnuje informacím zabývajícím se sběrem dat k danému tématu, volbou respondentů, výsledky průzkumného šetření a jejich zhodnocením.

3.5 Cíle práce

Pro psaní bakalářské práce jsem si zvolila tyto cíle:

1. Zjistit pocity rodiny duševně nemocného.
2. Analyzovat pocity rodin duševně nemocného a vnímání jejich projevů a jejich atribuce ze strany veřejnosti.
3. Srovnat pocity rodiny duševně nemocného a atribuce těchto pocitů ze strany veřejnosti.

3.6 Metodika a techniky průzkumného šetření

Průzkum vychází z kvantitativního i kvalitativního sběru dat.

Kvantitativní metoda je většinou používána pro větší počet respondentů, kdy potřebujeme získat a analyzovat určitá data včetně vytvoření statistik (Kutnohorská, 2009, s. 21 - 22). V práci je zastoupena dotazníkem, což je metoda, při níž jsou otázky předem formulované. Dotazníku by měl předcházet krátký úvod o potřebě vyplnění, anonymitě. Výhodou je nepřítomnost sympatií či antipatií respondentů a počítačový záznam všech dat (Kutnohorská, 2009, s. 41 - 42).

Dotazník, viz Příloha P III, obsahuje 10 otázek, v němž respondenti vyjadřují své názory na hodnotící škále s hodnotami od 1 (téměř vůbec neplatí) do 7 (téměř zcela platí).

Kvalitativní metoda průzkumu je používána k detailnímu nahlédnutí a prozkoumání dané problematiky, např. se může jednat o životní příběh či zkušenosti dotazovaného (Kutnohorská, 2009, s. 22 - 23). V práci tato metoda využívá polostandardizovaného rozhovoru, při němž je možné přeformulovat sled otázek, nahradit či použít dalších otázek k podrobnému prozkoumání problému (Kutnohorská, 2009, s. 40).

Polostandardizované rozhovory byly prováděny vždy s členem rodiny, který je v blízkém kontaktu s duševně nemocným člověkem. Každý rozhovor byl nahráván, poté autenticky přepsán, protože dotazovaní si nepřáli jeho zveřejnění. Následně byl vložen do tabulky.

Kvalitativní sběr dat byl zvolen spíše pro přiblížení a doplnění informací týkající se dané problematiky.

3.7 Charakteristika respondentů

Vzhledem k tématu bakalářské práce jsou respondenti, kteří se účastnili dotazníkového šetření zastoupeni z řad studentů UZV Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně z oboru Všeobecná sestra, Porodní asistentka, Zdravotně sociální pracovník (50 dotazovaných) a členů rodin duševně nemocné osoby (32 dotazovaných).

K rozhovoru byli zvoleni 2 respondenti, kteří jsou členy rodin, ve které duševně nemocný bydlí a jejichž blízký byl alespoň jednou léčen v psychiatrické léčebně.

Prvním respondentem byla žena ve věku 62 let, jejíž manžel, kterému je také 62 let se 21 let léčí maniodepresivní psychózou a pro tuto nemoc byl jednou hospitalizován v psychiatrické léčebně.

Druhý respondent byl třicetiletý muž, jehož matka, které je 52 let, se 22 let léčí se schizofrenní poruchou smíšeného typu a s touto nemocí byla již 4x hospitalizována v psychiatrické léčebně.

3.8 Organizace šetření

Dotazníkové šetření probíhalo v termínu od prosince 2014 do poloviny dubna 2015. Data od rodiny duševně nemocného byla sbírána v ambulanci psychiatrického lékaře, dále pomocí vlastních sil, přátel i příbuzných. Data od studentů byla opět shromažďována pomocí vlastních sil i za pomoci vyučujících. Návratnost rozdaných dotazníků byla 100%.

Zatímco šetření pomocí rozhovoru probíhalo během dubna 2015, a to vždy v domácím prostředí člena rodiny duševně nemocného, což bylo cílem především z důvodu, aby došlo k co nejvíce možnému uvolnění tázaných. Členové rozhovoru byli předem ujištěni, že jejich osoba zůstane v anonymitě, a že data budou použita pouze pro účel bakalářské práce. S respondenty se osobně znám, a proto rozhovory probíhaly formou tykání.

3.9 Zpracování získaných dat

Zjištěná data z dotazníkového šetření jsou vyhodnocena pomocí tabulek a grafů v aplikaci Microsoft Excel a Microsoft Word. V dotazníku jsou hodnoty u otázky 1 a 2 vyjádřeny tak, jak jsou označeny a naopak u otázek 3 - 10 se musí rovnat opačným hodnotám.

Každá otázka zahrnuje tabulku i sloupcový graf s hodnotami získanými od studentů UZV i od rodiny, v níž duševně nemocný žije. Tyto hodnoty jsou vyjádřeny čísly od 1 do 7, kdy číslo 1 téměř zcela znázorňuje výskyt negativních pocitů v rodině a číslo 7 názor, že tyto pocity se téměř zcela nevyskytují. Dále je v tabulce vystižena absolutní četnost, tedy počet dotazovaných, jež odpověděli na určitý postoj k dané hodnotě, relativní četnost s procentuálním znázorněním a celkový součet hodnot včetně průměrné hodnoty, které jsou zaokrouhlena na dvě desetinná místa.

Závěrečná tabulka s grafy se věnuje znázornění průměrných hodnot u jednotlivých otázek a následným porovnáním celkové průměrné hodnoty určité skupiny respondentů.

Data získaná z rozhovorů jsou vložena do tabulek, viz Příloha P IV, Příloha P V.

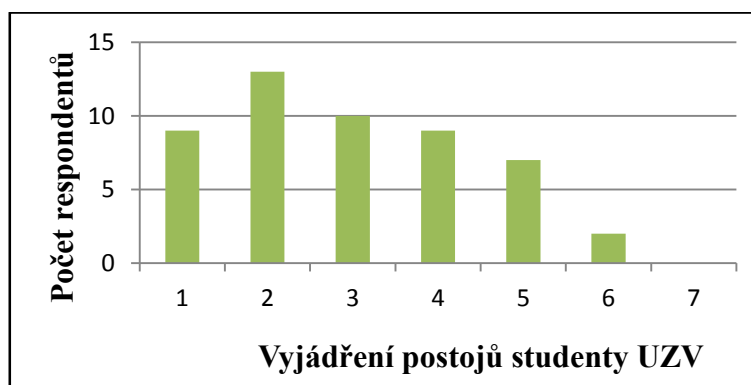
3.10 Výsledky dotazníkového šetření

Otázka č. 1: V rodině převládají pocity, že žijí harmonickým životem, který není ohrožen nečekanými změnami chování některého z jejích členů.

Respondenti z řad studentů UZV:

Tabulka 1: Harmonický život - data od studentů UZV

Vyjádření postojů studenty UZV	Absolutní četnost	Celkový součet hodnoty	Relativní četnost v %
1	9	9	18 %
2	13	26	26 %
3	10	30	20 %
4	9	36	18 %
5	7	35	14 %
6	2	12	4 %
7	0	0	0 %
Celkem	50	148	100 %
Průměr	2,96		



Graf 1: Harmonický život - data od studentů UZV

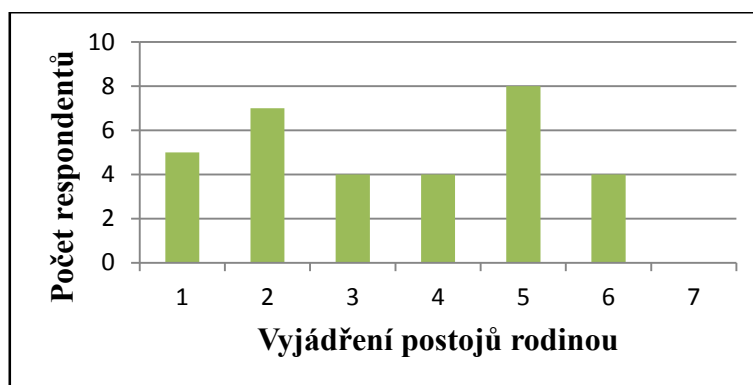
Komentář:

Z celkového počtu 50 respondentů (100 %), celkem 9 (18 %) označilo hodnotu č. 1, život rodiny je téměř zcela ohrožen nečekanými změnami chování člena rodiny, dále hodnotu č. 2 označilo 13 respondentů (26 %), hodnotu č. 3 označilo 10 respondentů (20 %), hodnotu č. 4 vybralo 9 respondentů (18 %), hodnotu č. 5 zvolilo 7 respondentů (14 %), zatímco pro hodnotu č. 6 se rozhodli pouze 2 respondenti (4 %). Názor, že nemohou nastat téměř žádná nečekaná ohrožení, nezastává nikdo z dotazovaných (0 %).

Respondenti z řad rodiny duševně nemocného:

Tabulka 2: Harmonický život - data od rodiny

Vyjádření postojů rodinou	Absolutní četnost	Celkový součet hodnoty	Relativní četnost v %
1	5	5	16 %
2	7	14	22 %
3	4	12	13 %
4	4	16	13 %
5	8	40	25 %
6	4	24	13 %
7	0	0	0 %
Celkem	32	111	100 %
Průměr	3,47		



Graf 2: Harmonický život - data od rodiny

Komentář:

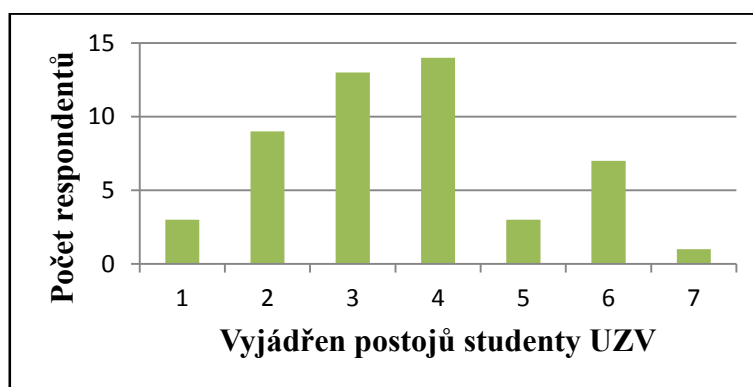
Z celkového počtu 32 dotazovaných (100 %), celkem 5 respondentů (16 %) zvolilo hodnotu č. 1, život rodiny je téměř zcela ohrožen nečekanými změnami chování některého z členů rodiny. Hodnota č. 2 byla zvolena 7 respondenty (22 %), nejvíce respondentů inklinovalo k hodnotě č. 5, a to v počtu 8 respondentů (25 %). Nejmenším počtem respondentů byly zastoupeny hodnoty č. 3, č. 4 a č. 6, a to 4 respondenty (13 %). Hodnotu č. 7, tedy že nemůžou nastat téměř žádná ohrožení, neoznačil opět nikdo (0 %).

Otázka č. 2: Chování všech členů rodiny je ve své většině srozumitelné a předvídatelné.

Respondenti z řad studentů UZV:

Tabulka 3: Srozumitelné a předvídatelné chování - data od studentů UZV

Vyjádření postojů studenty UZV	Absolutní četnost	Celkový součet hodnoty	Relativní četnost v %
1	3	3	6 %
2	9	18	18 %
3	13	39	26 %
4	14	56	28 %
5	3	15	6 %
6	7	42	14 %
7	1	7	2 %
Celkem	50	180	100 %
Průměr		3,6	



Graf 3: Srozumitelné a předvídatelné chování - data od studentů UZV

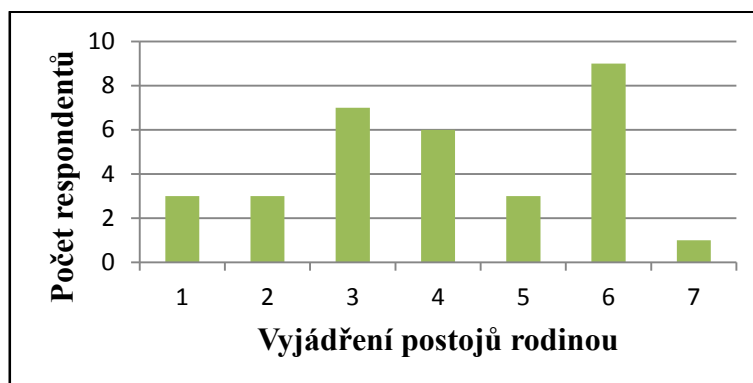
Komentář:

Z uvedených dat vyplývá, že počet respondentů, kteří zvolili hodnotu č. 1, chování není zcela zřejmé a srozumitelné jsou zastoupeni v počtu 3 respondentů (6 %), hodnotu č. 2 zvolilo 9 respondentů (18 %), hodnotu č. 3 vybralo 13 respondentů (26 %), k hodnotě č. 4 se přiklání nejvíce, tedy 14 (28 %), hodnotu č. 5 označili 3 respondenti (6 %), hodnotu č. 6 zas 7 (14 %). Hodnotu č. 7, chování členů rodince téměř zcela srozumitelné a předvídatelné zvolil pouze 1 (2 %) respondent z 50 dotazovaných (100 %).

Respondenti z řad rodiny duševně nemocného:

Tabulka 4: Srozumitelné a předvídatelné chování - data od rodiny

Vyjádření postojů rodinou	Absolutní čet- nost	Celkový součet hod- noty	Relativní četnost v %
1	3	3	9 %
2	3	6	9 %
3	7	21	22 %
4	6	24	19 %
5	3	15	9 %
6	9	54	28 %
7	1	7	3 %
Celkem	32	130	100 %
Průměr		4,06	



Graf 4: Srozumitelné a předvídatelné chování - data od rodiny

Komentář:

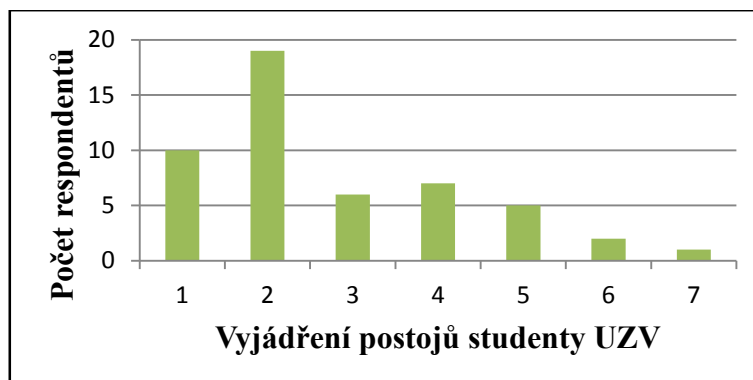
Z 32 dotazovaných (100 %) odpověděli na uvedenou otázku hodnotami č. 1, č. 2 a č. 5 vždy 3 respondenti (9 %). Hodnotu č. 3 označilo 7 respondentů (22 %), č. 4 zvolilo 6 respondentů (19 %) a hodnotu č. 6 nejvíce, tedy 9 respondentů (28 %). Pouze 1 člen rodiny (3 %) zvolil hodnotu č. 7, tedy je toho názoru, že chování všech členů rodiny je téměř zcela srozumitelné a předvídatelné.

Otázka č. 3: Chování některého z členů rodiny může opakovaně nebo nečekaně vyvolávat u ostatních nejasné obavy a úzkost.

Respondenti z řad studentů UZV:

Tabulka 5: Nejasné obavy a úzkost - data od studentů UZV

Vyjádření postojů studenty UZV	Absolutní četnost	Celkový součet hodnoty	Relativní četnost v %
1	10	10	20 %
2	19	38	38 %
3	6	18	12 %
4	7	28	14 %
5	5	25	10 %
6	2	12	4 %
7	1	7	2 %
Celkem	50	138	100 %
Průměr		2,76	



Graf 5: Nejasné obavy a úzkost - data od studentů UZV

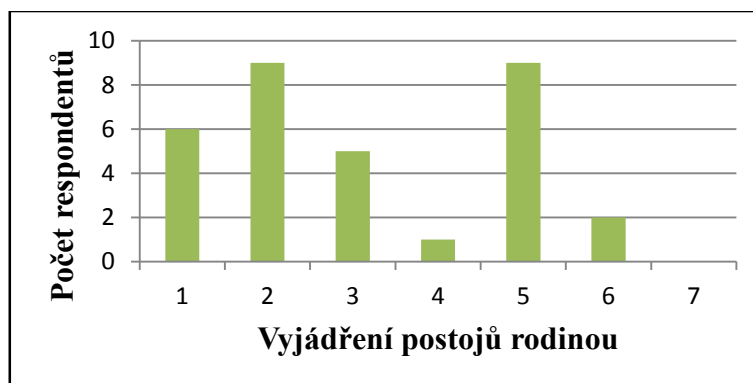
Komentář:

Na otázku, zda chování některého člena rodiny může vyvolat obavy a úzkost odpovědělo 10 respondentů (20 %) hodnotou č. 1 a 19 respondentů (38 %) hodnotou č. 2, tedy jsou názoru, že tyto obavy a úzkost jsou oprávněné. Dále 6 respondentů (12 %) vyjádřilo svůj názor hodnotou č. 3 a 7 respondentů (14 %) vyjádřilo svůj názor hodnotou č. 4. Poté šel počet respondentů sestupnou cestou. Hodnotu č. 5 označilo 5 respondentů (10 %), hodnotu č. 6 zvolili 2 respondenti (4 %) a pouze 1 respondent (2 %) hodnotou č. 7. Na tuto otázku odpovědělo 50 respondentů (100 %).

Respondenti z řad rodiny duševně nemocného:

Tabulka 6: Nejasné obavy a úzkost - data od rodiny

Vyjádření postojů rodinou	Absolutní četnost	Celkový součet hodnoty	Relativní četnost v %
1	6	6	19 %
2	9	18	28 %
3	5	15	16 %
4	1	4	3 %
5	9	45	28 %
6	2	12	6 %
7	0	0	0 %
Celkem	32	100	100 %
Průměr	3,13		



Graf 6: Nejasné obavy a úzkost - data od rodiny

Komentář:

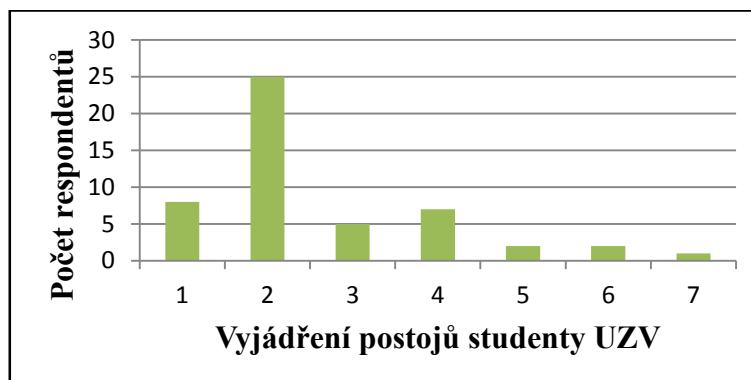
Z 32 dotazovaných (100 %) z řad rodiny nemocného zvolilo 6 respondentů (19 %) hodnotu č. 1, nejvíce, 9 respondentů (28 %) hodnoty č. 2 a č. 5, hodnotu č. 3 vybralo 5 respondentů (16 %), hodnotu č. 4 pouze 1 respondent (3 %), hodnotu č. 6 označili 2 respondenti (6 %), přičemž žádný z respondentů (0 %) neoznačil na stupnici hodnotu č. 7, která značí názor téměř absolutní absence výskytu obav a úzkosti v rodině.

Otázka č. 4: U členů rodiny se vyskytují rozpaky či nerozhodnost, jak reagovat na některé projevy svého člena.

Respondenti z řad studentů UZV:

Tabulka 7: Rozpaky či nerozhodnost - data od studentů UZV

Vyjádření postojů studenty UZV	Absolutní četnost	Celkový součet hodnoty	Relativní četnost v %
1	8	8	16 %
2	25	50	50 %
3	5	15	10 %
4	7	28	14 %
5	2	10	4 %
6	2	12	4 %
7	1	7	2 %
Celkem	50	130	100 %
Průměr	2,6		



Graf 7: Rozpaky či nerozhodnost - data od studentů UZV

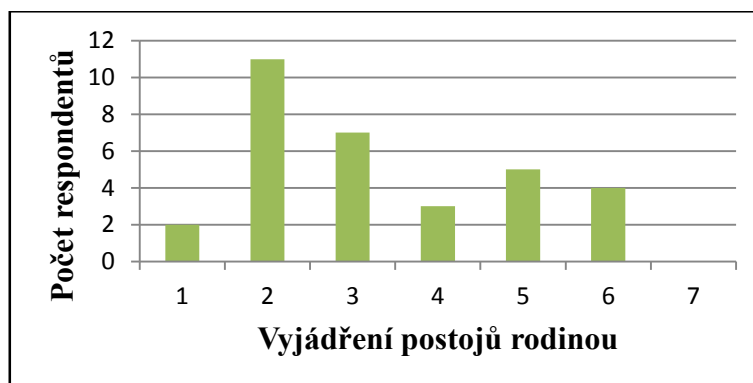
Komentář:

Na otázku, zda se u členů rodiny vyskytují rozpaky či nerozhodnost, inklinovala polovina respondentů z celkového počtu 50 dotazovaných (100 %) k hodnotě č. 2, a to 25 respondentů (50 %), hodnotu č. 1 zvolilo 8 respondentů (16 %), hodnotu č. 3 vybralo 5 respondentů (10 %), hodnotu č. 4 vybralo 7 respondentů (14 %), hodnoty č. 5 a č. 6 uvádí 2 respondenti (4 %) a jenom 1 respondent (2 %) je názoru, že rozpaky či nerozhodnost se u členů rodiny téměř nevykytují a zvolil hodnotu č. 7.

Respondenti z řad rodiny duševně nemocného:

Tabulka 8: Rozpaky či nerozhodnost - data od rodiny

Vyjádření postojů rodinou	Absolutní četnost	Celkový součet hodnoty	Relativní četnost v %
1	2	2	6 %
2	11	22	34 %
3	7	21	22 %
4	3	12	9 %
5	5	25	16 %
6	4	24	13 %
7	0	0	0 %
Celkem	32	106	100 %
Průměr	3,31		



Graf 8: Rozpaky či nerozhodnost - data od rodiny

Komentář:

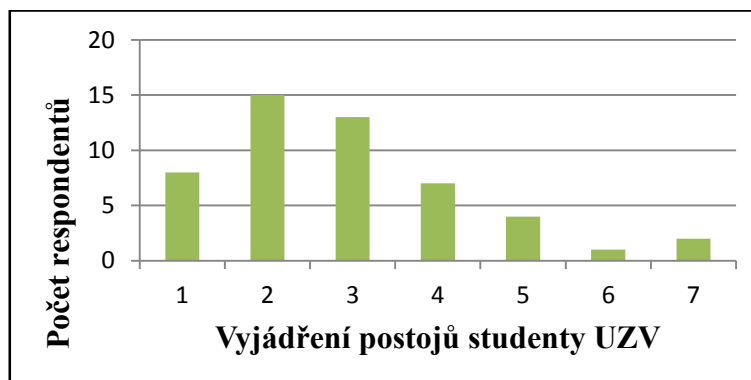
Ze strany členů duševně nemocného odpovědělo na tuto otázku 32 respondentů (100 %). Hodnotu č. 1, tedy, že téměř souhlasí, že u členů rodiny duševně nemocného se vyskytují rozpaky či nerozhodnost vybrali 2 respondenti (6 %), hodnotu č. 2 zvolilo 11 respondentů (34 %), hodnotu č. 3 zvolilo 7 respondentů (22 %), hodnotu č. 4 uvádí 3 respondenti (9 %), hodnotu č. 5 uvádí 5 respondentů (16 %) a hodnotu č. 6 respondenti 4 (13 %). K hodnotě č. 7 se nepřiklání žádný z dotazovaných (0 %).

Otázka č. 5: U členů rodiny se vyskytují myšlenky, že jeden z jejich členů může nečekaně ohrozit jejich nebo svoje bezpečí.

Respondenti z řad studentů UZV:

Tabulka 9: Nečekané ohrožení bezpečí - data od studentů UZV

Vyjádření postojů studenty UZV	Absolutní četnost	Celkový součet hodnoty	Relativní četnost v %
1	8	8	16 %
2	15	30	30 %
3	13	39	26 %
4	7	28	14 %
5	4	20	8 %
6	1	6	2 %
7	2	14	4 %
Celkem	50	145	100 %
Průměr		2,9	



Graf 9: Nečekané ohrožení bezpečí - data od studentů UZV

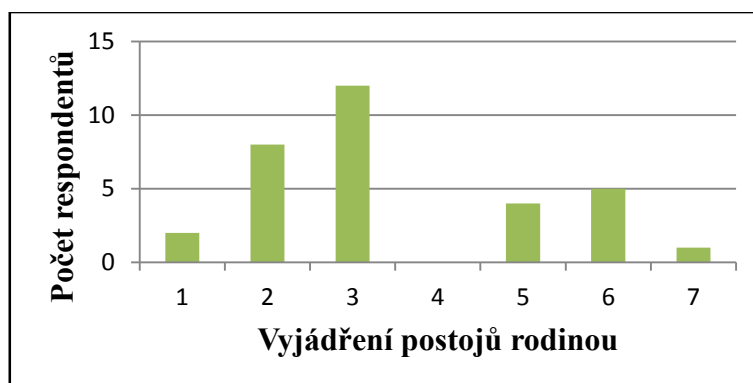
Komentář:

Celkem 8 respondentů (16 %) zvolilo hodnotu č. 1, téměř souhlasí, že se v rodině vyskytují myšlenky, že by jeden z jejich členů mohl nečekaně ohrozit jejich nebo svoje bezpečí. Hodnotu č. 2 označilo nejvíce, tedy 15 respondentů (30 %), hned po ní následovala hodnota č. 3, na kterou odpovědělo 13 respondentů (26 %). Hodnotu č. 4 uvádí 7 respondentů (14 %), hodnotu č. 5 uvádí 4 respondenti (8 %), hodnotu č. 6 pouze 1 respondent (2 %). Hodnotu č. 7 vybrali respondenti 2 (4 %). Celkem se k uvedené otázce vyjádřilo 50 respondentů (100 %).

Respondenti z řad rodiny duševně nemocného:

Tabulka 10: Nečekané ohrožení bezpečí - data od rodiny

Vyjádření postojů rodinou	Absolutní četnost	Celkový součet hodnoty	Relativní četnost v %
1	2	2	6 %
2	8	16	25 %
3	12	36	38 %
4	0	0	0 %
5	4	20	13 %
6	5	30	16 %
7	1	7	3 %
Celkem	32	111	100 %
Průměr	3,47		



Graf 10: Nečekané ohrožení bezpečí - data od rodiny

Komentář:

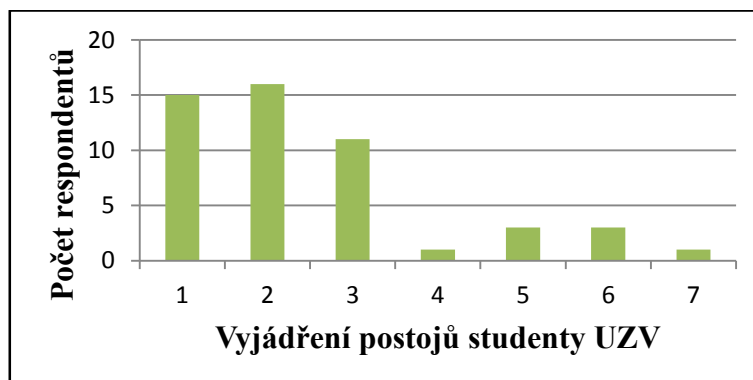
Na výše uvedenou otázku odpovědělo celkem 32 respondentů (100 %), přičemž hodnotu č. 1 zvolili 2 respondenti (6 %), hodnotu č. 2 zas 8 respondentů (25 %), hodnotu č. 3 nejvíce, tedy 12 respondentů (38 %), k hodnotě č. 4 se vyjádřil nikdo z respondentů (0 %), hodnotu č. 5 označili 4 respondenti (13 %), pro hodnotu č. 6 se rozhodlo 5 respondentů (16 %). K hodnotě č. 7, tedy, že téměř zcela nesouhlasí s výskytem zmíněných myšlenek v rodině, se vyjádřil pouze 1 respondent (3 %).

Otázka č. 6: U členů rodiny převládá pocit, že jeden z jejich členů vyžaduje trvalou pozornost a případnou speciální péči.

Respondenti z řad studentů UZV:

Tabulka 11: Trvalá pozornost a případná speciální péče - data od studentů UZV

Vyjádření postojů studenty UZV	Absolutní četnost	Celkový součet hodnoty	Relativní četnost v %
1	15	15	30 %
2	16	32	32 %
3	11	33	22 %
4	1	4	2 %
5	3	15	6 %
6	3	18	6 %
7	1	7	2 %
Celkem	50	124	100 %
Průměr		2,48	



Graf 11: Trvalá pozornost a případná speciální péče - data od studentů UZV

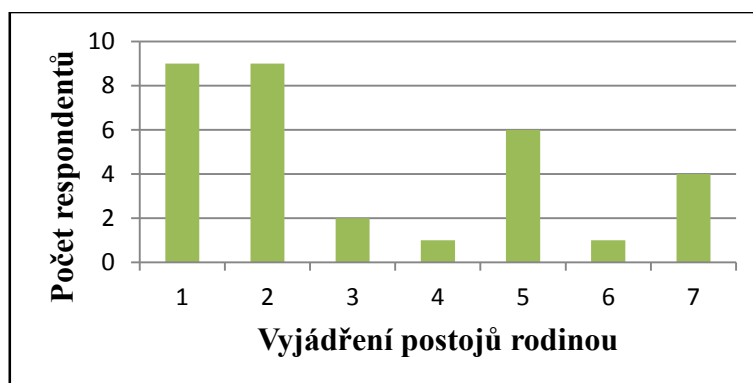
Komentář:

K otázce, zda jsou respondenti názoru, jestli jeden z jejich členů vyžaduje trvalou pozornost, popřípadě speciální péči se celkem vyjádřilo 50 respondentů (100 %), přičemž nejvíce respondentů se přiklání k hodnotám č. 1 a č. 2, tedy převládá názor, že téměř vyžadují. Hodnota č. 1 byla druhou nejčastěji zodpovězenou hodnotou, odpovědělo na ni 15 respondentů (30 %), zatímco nejvíce zodpovězenou hodnotou byla hodnota č. 2, na niž odpovědělo 16 respondentů (32 %). Na hodnotu č. 3 odpovědělo 11 respondentů (22 %), hodnotu č. 4 zvolil 1 respondent (2%), hodnoty č. 5 a č. 6 uvedli vždy 3 respondenti (6 %) a 1 respondent (2 %) označil hodnotu č. 7.

Respondenti z řad rodiny duševně nemocného:

Tabulka 12: Trvalá pozornost a případná speciální péče - data od rodiny

Vyjádření postojů rodinou	Absolutní čet- nost	Celkový součet hod- noty	Relativní četnost v %
1	9	9	28 %
2	9	18	28 %
3	2	6	6 %
4	1	4	3 %
5	6	30	19 %
6	1	6	3 %
7	4	28	13 %
Celkem	32	101	100 %
Průměr		3,16	



Graf 12: Trvalá pozornost a případná speciální péče - data od rodiny

Komentář:

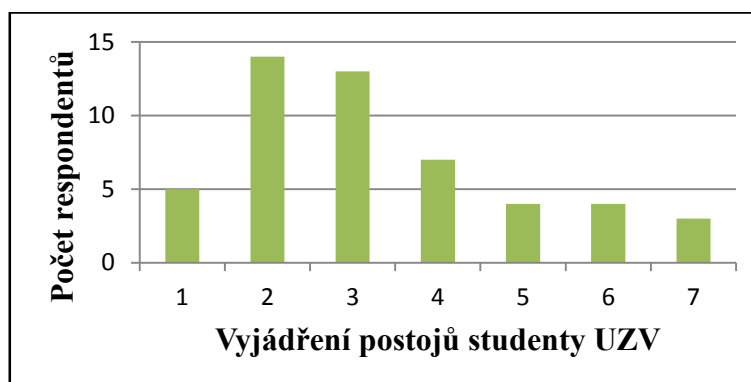
Z celkového počtu 32 respondentů (100 %) byly hodnoty č. 1 a č. 2 nejčastěji označovány, a to vždy 9 respondenty (28 %), hodnota č. 3 byla zvolena 2 respondenty (6 %), hodnotu č. 4 a č. 6 zvolil vždy pouze 1 respondent (3 %), hodnotu č. 5 uvedlo 6 respondentů (19 %) a hodnota č. 7, tedy téměř vůbec nesouhlasí s tímto názorem, respondenti 4 (13 %).

Otázka č. 7: U členů rodiny převládá pocit, že jsou svým okolím vnímáni a hodnoceni nepříznivě, případně v tomto směru u nich existuje nejistota.

Respondenti z řad studentů UZV:

Tabulka 13: Nepříznivé vnímání a hodnocení okolím - data od studentů UZV

Vyjádření postojů studenty UZV	Absolutní četnost	Celkový součet hodnoty	Relativní četnost v %
1	5	5	10 %
2	14	28	28 %
3	13	39	26 %
4	7	28	14 %
5	4	20	8 %
6	4	24	8 %
7	3	21	6 %
Celkem	50	165	100 %
Průměr	3,3		



Graf 13: Nepříznivé vnímání a hodnocení okolím - data od studentů UZV

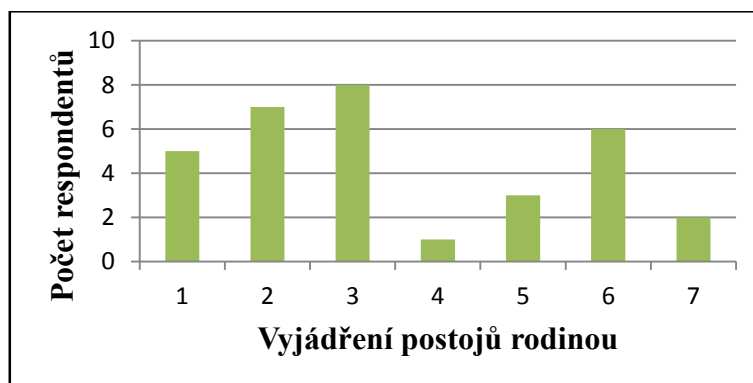
Komentář:

Na uvedenou otázku odpovědělo celkem 50 respondentů (100 %), z nichž 5 respondentů (10 %) opovědělo hodnou č. 1. Nejvíce volena byla hodnota č. 2, a to v počtu 14 respondentů (28 %). Poté šel počet respondentů sestupnou cestou. Hodnotu č. 3 volilo 13 respondentů (26 %), hodnotu č. 4 uvedlo 7 respondentů (14 %), hodnoty č. 5 a č. 6 zvolili 4 respondenti (8 %). Nejvíce se s tímto názorem, hodnota č. 7, neztotožňují 3 respondenti (6 %).

Respondenti z řad rodiny duševně nemocného:

Tabulka 14: Nepříznivé vnímání a hodnocení okolí - data od rodiny

Vyjádření postojů rodinou	Absolutní četnost	Celkový součet hodnoty	Relativní četnost v %
1	5	5	16 %
2	7	14	22 %
3	8	24	25 %
4	1	4	3 %
5	3	15	9 %
6	6	36	19 %
7	2	14	6 %
Celkem	32	112	100 %
Průměr	3,5		



Graf 14: Nepříznivé vnímání a hodnocení okolí - data od rodiny

Komentář:

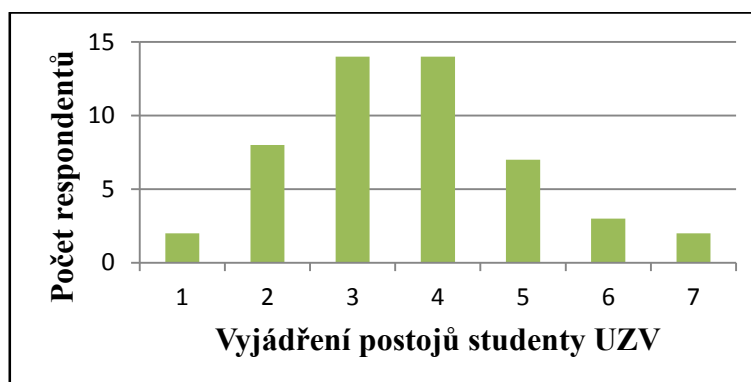
Z 32 respondentů (100 %) z řad členů rodiny duševně nemocného se k názoru, jestli jsou pocity nepříznivého vnímání a hodnocení okolí v rodině přítomny, vyjádřilo jejich přítomnost 5 respondentů (16 %) hodnotou č. 1, hodnotu č. 2 je zachytilo 7 respondentů (22 %) a hodnotou č. 3 celkem 8 respondentů (25 %). Dále hodnotu č. 4 zvolil jenom 1 respondent (3 %), hodnotu č. 5 označili 3 respondenti (9 %), hodnotu č. 6 zvolilo 6 respondentů (19 %) a hodnotu č. 7 zas 2 respondenti (6 %).

Otázka č. 8: U členů rodiny převládá pocit, že se od nich nejbližší okolí distancuje, že pro něj nejsou zcela přijatelní, případně v tomto směru u nich existuje nejistota.

Respondenti z řad studentů UZV:

Tabulka 15: Distancování ze strany okolí - data od studentů UZV

Vyjádření postojů studenty UZV	Absolutní četnost	Celkový součet hodnoty	Relativní četnost v %
1	2	2	4 %
2	8	16	16 %
3	14	42	28 %
4	14	56	28 %
5	7	35	14 %
6	3	18	6 %
7	2	14	4 %
Celkem	50	183	100 %
Průměr		3,66	



Graf 15: Distancování ze strany okolí - data od studentů UZV

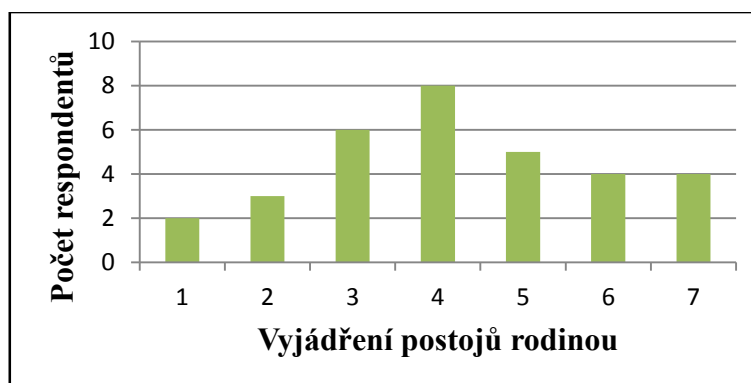
Komentář:

Na otázku, zda jsou v rodině, kde žije duševně nemocný přítomny pocity, že se od nich nejbližší okolí distancuje, odpověděli hodnotou č. 1 celkem 2 respondenti (4 %) a hodnotou č. 2 zas 8 respondentů (16 %). Na hodnoty č. 3 a č. 4 odpovědělo vždy celkem 14 respondentů (28 %). Svoji míru nesouhlasu vyjádřili respondenti hodnotou č. 5, kterou uvádí 7 respondentů (14 %), hodnotou č. 6 zvolili 3 respondenti (6 %) a nejvíce se s tímto názorem neztotožňují 2 respondenti (4 %). Celkem odpovědělo 50 respondentů (100 %).

Respondenti z řad rodiny duševně nemocného:

Tabulka 16: Distancování ze strany okolí - data od rodiny

Vyjádření postojů rodinou	Absolutní četnost	Celkový součet hodnoty	Relativní četnost v %
1	2	2	6 %
2	3	6	9 %
3	6	18	19 %
4	8	32	25 %
5	5	25	16 %
6	4	24	13 %
7	4	28	13 %
Celkem	32	135	100 %
Průměr		4,22	



Graf 16: Distancování ze strany okolí - data od rodiny

Komentář:

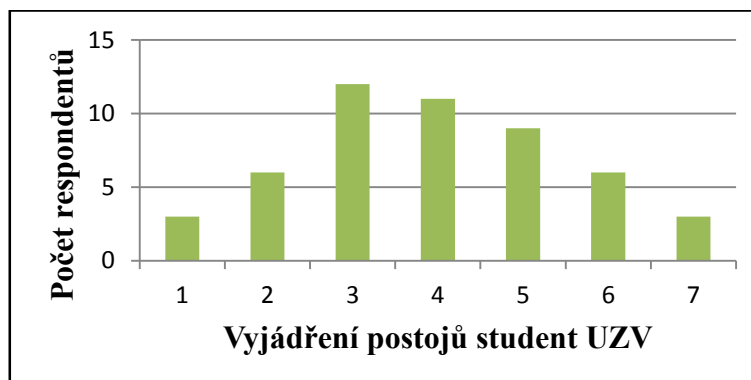
Z uvedených údajů vyplývá, že z 32 respondentů (100 %) volili nejméně hodnotu č. 1 celkem 2 respondenti (6 %), čímž vyjádřili, že téměř zcela souhlasí s danou otázkou. Dále hodnotu č. 2 označili 3 respondenti (9 %), hodnotu č. 3 označilo 6 respondentů (19 %), nejčastěji volena byla hodnota č. 4, kterou zvolilo 8 respondentů (25%) a hodnotu č. 5 uvedlo 5 respondentů (16 %). Hodnoty č. 6 a č. 7 byly vyjádřeny 4 respondenty (13 %).

Otázka č. 9: V dané rodině převládají u jeho členů spíše tísnivé a neradostné pocity a to i ve vztahu k budoucnosti rodiny.

Respondenti z řad studentů UZV:

Tabulka 17: Tísnivé a neradostné pocity - data od studentů UZV

Vyjádření postojů studenty UZV	Absolutní četnost	Celkový součet hodnoty	Relativní četnost v %
1	3	3	6 %
2	6	12	12 %
3	12	36	24 %
4	11	44	22 %
5	9	45	18 %
6	6	36	12 %
7	3	21	6 %
Celkem	50	197	100 %
Průměr	3,94		



Graf 17: Tísnivé a neradostné pocity - data od studentů UZV

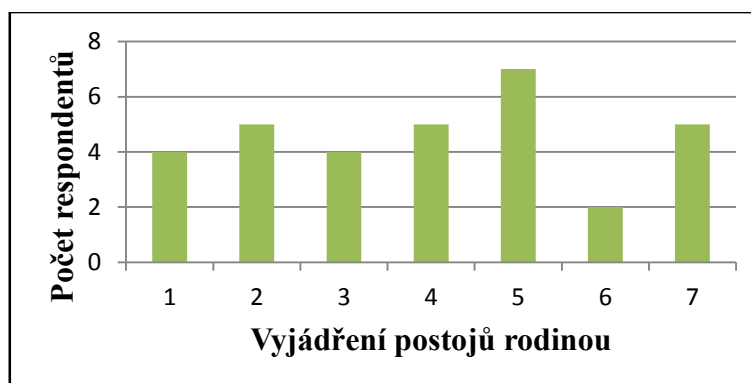
Komentář:

Z uvedených údajů je patrné, že 3 respondenti (6 %) označili hodnotu č. 1, hodnotu č. 2 označilo 6 respondentů (12 %) a k hodnotě č. 3 inklinovalo 12 respondentů (24 %). Poté jdou hodnoty sestupnou cestou. Hodnotu č. 4 uvádí 11 respondentů (22 %), hodnotu č. 5 uvádí 9 respondentů (18 %), hodnotu č. 6 zas 6 respondentů (12 %). Téměř zcela tento názor nezastávají 3 respondenti (6 %). Celkem se k uvedené otázce vyjádřilo 50 respondentů (100 %).

Respondenti z řad rodiny duševně nemocného:

Tabulka 18: Tísňivé a neradostné pocity - data od rodiny

Vyjádření postojů rodinou	Absolutní četnost	Celkový součet hodnoty	Relativní četnost v %
1	4	4	13 %
2	5	10	16 %
3	4	12	13 %
4	5	20	16 %
5	7	35	22 %
6	2	12	6 %
7	5	35	16 %
Celkem	32	128	100 %
Průměr	4		



Graf 18: Tísňivé a neradostné pocity - data od rodiny

Komentář:

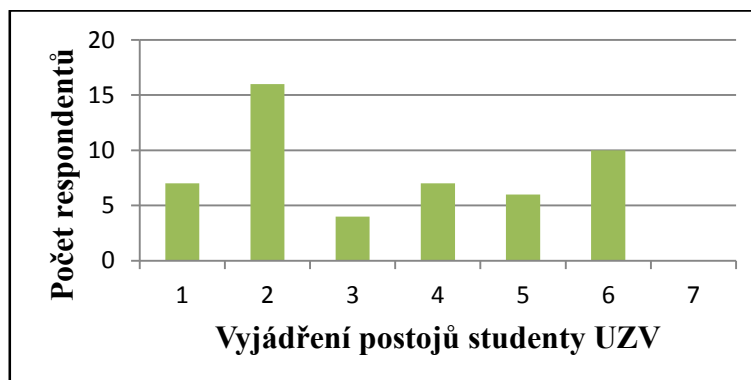
Na otázku, zda se v rodině vyskytují tísňivé a neradostné pocity, uvedli z celkového počtu 32 respondentů (100 %) hodnotu č. 1 a č. 3 celkem 4 respondenti (13 %), hodnotu č. 2, č. 4 a č. 7 vždy 5 respondentů (16 %). Zbylé hodnoty - hodnotu č. 5 zvolilo nejvíce, 7 respondentů (22 %) a hodnotu č. 6 zvolilo nejméně, 2 respondenti (6 %).

Otázka č. 10: U členů rodiny se vyskytují obavy, že u nich nebo dalších členů širší rodiny mohou propuknout stejné závažné poruchy jako u sledovaného jedince v rodině.

Respondenti z řad studentů UZV:

Tabulka 19: Propuknutí stejné závažné poruchy - data od studentů UZV

Vyjádření postojů studenty UZV	Absolutní četnost	Celkový součet hodnoty	Relativní četnost v %
1	7	7	14 %
2	16	32	32 %
3	4	12	8 %
4	7	28	14 %
5	6	30	12 %
6	10	60	20 %
7	0	0	0 %
Celkem	50	169	100 %
Průměr		3,38	



Graf 19: Propuknutí stejné závažné poruchy - data od studentů UZV

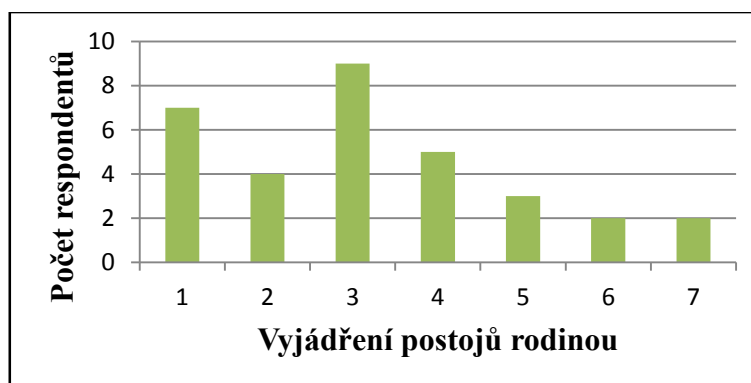
Komentář:

Z celkového počtu 50 respondentů (100 %) se k názoru, jestli se v rodině vyskytují obavy z propuknutí stejných závažných poruch, vyjádřilo jejich přítomnost 7 respondentů (14 %) hodnotou č. 1, hodnotu č. 2 uvedlo 16 respondentů (32 %) a hodnotu č. 3 zas 4 respondenti (8 %). Hodnotu č. 4 označilo 7 respondentů (14 %), hodnotu č. 5 označilo 6 respondentů (12 %) a hodnotu č. 6 celkem 10 respondentů (20 %). Úplný nesouhlas s uvedeným tvrzením, tedy hodnotu č. 7, nevedl nikdo z respondentů (0 %).

Respondenti z řad rodiny duševně nemocného:

Tabulka 20: Propuknutí stejné závažné poruchy - data od rodiny

Vyjádření postojů rodinou	Absolutní četnost	Celkový součet hodnoty	Relativní četnost v %
1	7	7	22 %
2	4	8	13 %
3	9	27	28 %
4	5	20	16 %
5	3	15	9 %
6	2	12	6 %
7	2	14	6 %
Celkem	32	103	100 %
Průměr		3,22	



Graf 20: Propuknutí stejné závažné poruchy - data od rodiny

Komentář:

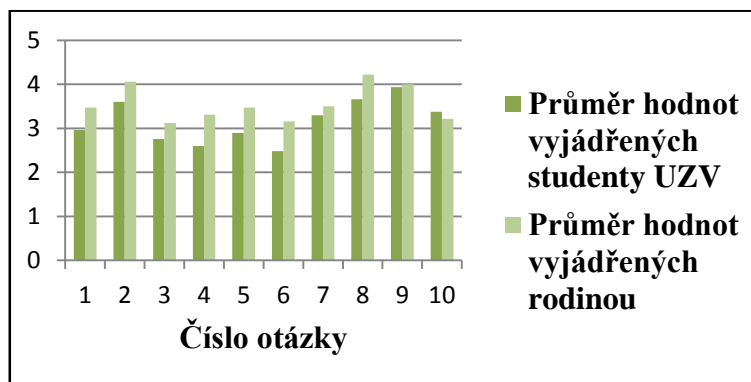
Z celkového počtu 32 respondentů (100 %) ze strany rodiny duševně nemocného většina vyjádřila určitý souhlas se strachem z propuknutí stejné závažné poruchy jako u jejich příbuzného. K hodnotě č. 1 inklinovalo 7 respondentů (22 %), hodnotu č. 2 volili 4 respondenti (13 %), hodnotu č. 3 označilo 9 respondentů (28 %), hodnotu č. 4 celkem 5 respondentů (16 %) a hodnotu č. 5 vybrali 3 respondenti (9 %). Nejmenší počet respondentů zvolilo hodnoty č. 6 a č. 7, a to v počtu 2 respondentů (6 %).

Porovnání průměrných hodnot každé otázky včetně stanovení celkové průměrné hodnoty pro určitou skupinu respondentů.

Průměrné hodnoty odpovědí, celkové průměrné hodnoty skupin respondentů

Tabulka 21: Průměrné hodnoty, celkové průměrné hodnoty

Číslo otázky	Průměr hodnot vyjádřených studenty UZV	Průměr hodnot vyjádřených rodinou
1	2,96	3,47
2	3,6	4,06
3	2,76	3,13
4	2,6	3,31
5	2,9	3,47
6	2,48	3,16
7	3,3	3,5
8	3,66	4,22
9	3,94	4
10	3,38	3,22
Celkem	31,58	35,53
Průměr	3,16	3,55



Graf 21: Průměrné hodnoty

Komentář:

Průměrná hodnota všech odpovědí získaných ze strany studentů UZV u otázky č. 1 činí 2,96, zatímco u členů rodin duševně nemocného činí 3,47.

Průměrná hodnota všech odpovědí získaných ze strany studentů UZV u otázky č. 2 činí 3,6, zatímco u členů rodin duševně nemocného činí 4,06.

Průměrná hodnota všech odpovědí získaných ze strany studentů UZV u otázky č. 3 činí 2,76, zatímco u členů rodin duševně nemocného činí 3,13.

Průměrná hodnota všech odpovědí získaných ze strany studentů UZV u otázky č. 4 činí 2,6, zatímco u členů rodin duševně nemocného činí 3,31.

Průměrná hodnota všech odpovědí získaných ze strany studentů UZV u otázky č. 5 činí 2,9, zatímco u členů rodin duševně nemocného činí 3,47.

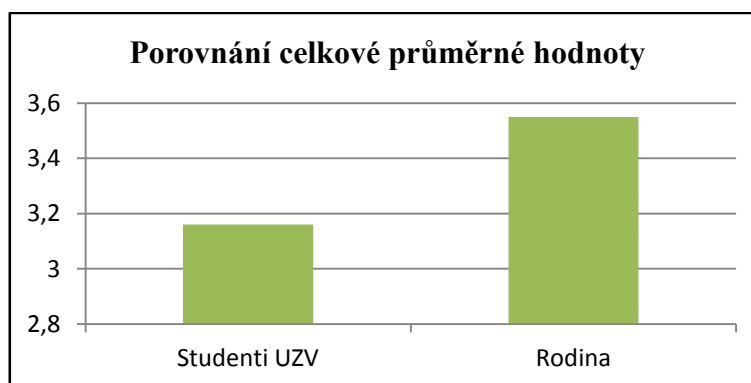
Průměrná hodnota všech odpovědí získaných ze strany studentů UZV u otázky č. 6 činí 2,48, zatímco u členů rodin duševně nemocného činí 3,16.

Průměrná hodnota všech odpovědí získaných ze strany studentů UZV u otázky č. 7 činí 3,3, zatímco u členů rodin duševně nemocného činí 3,5.

Průměrná hodnota všech odpovědí získaných ze strany studentů UZV u otázky č. 8 činí 3,66, zatímco u členů rodin duševně nemocného činí 4,22.

Průměrná hodnota všech odpovědí získaných ze strany studentů UZV u otázky č. 9 činí 3,94, zatímco u členů rodin duševně nemocného činí 4.

Průměrná hodnota všech odpovědí získaných ze strany studentů UZV u otázky č. 10 činí 3,38, zatímco u členů rodin duševně nemocného činí 3,22.



Graf 22: Celkové průměrné hodnoty

Komentář:

Průměrná hodnota všech položek vyjádřených studenty UZV činí 3,16, zatímco průměrná hodnota všech položek vyjádřených respondenty z řad rodin duševně nemocného činí 3,55.

4 DISKUZE

Současná kapitola je věnována zhodnocení získaných dat průzkumného šetření, vyhodnocením stanovených cílů práce, které již byly zmiňovány a kterými jsou:

1. Zjistit pocity rodiny duševně nemocného.
2. Analyzovat pocity rodin duševně nemocného a vnímání jejich projevů a jejich atribuce ze strany veřejnosti.
3. Srovnat pocity rodiny duševně nemocného a atribuce těchto pocitů ze strany veřejnosti.

V dotazníku byly hodnoty vyjádřeny na stupnici od 1 do 7, přičemž čím menší hodnota, tím více převládá názor negativních pocitů a naopak čím větší hodnota, tím se respondenti přiklání k názoru výskytu pozitivních pocitů.

Průměrné hodnoty vyjádřené v dotazníkovém šetření k uvedeným otázkám rodinou se pohybují v rozmezí od 3,13 do 4,22. Z uvedených informací vyplývá, že průměrné hodnoty jednotlivých otázek se pohybují v rozmezí asi 1 bodu. V této skupině respondentů získala tuto nejnižší hodnotu otázka č. 3, ve které se uvádí, jestli chování některého z členů rodiny může opakovaně nebo nečekaně vyvolávat u ostatních nejasné obavy a úzkost. K této otázce je vhodné uvést příklad z rozhovoru, kde R2 uvádí: „*Ale ted', když vidím, že se jen trochu chová jinak, mám strach, aby se její onemocnění neprojeví.*“ Nejvyšší průměrná hodnota vyjádřená rodinou patří otázce č. 8, převládá pocit rodiny, že se od nich nejbližší okolí distancuje, že pro něj nejsou zcela přijatelní, mohou se vyskytovat pocity nejistoty. Zde R1 udává: „*Možná su vztahovačná, ale někdy mám pocit, že jim není příjemný se se mnou bavit.*“

Zatímco průměrné hodnoty vyjádřené studenty UZV se pohybují v rozmezí od 2,48 do 3,94, což značí průměrný rozdíl udávaných odpovědí v rozmezí asi 1,5 bodu. Studenti připsali nejnižší hodnotu otázce č. 6, u členů rodiny převládá pocit, že jeden z jejich členů vyžaduje trvalou pozornost a případnou speciální péči. Ve vztahu k této otázce se v rozhovoru vztahují následující tvrzení. R1 udává: „*Pořád jsem ve střehu, protože na něho není absolutně žádný spoleh, i když se na něčem domluvíš, udělá úplně něco jinšího, za cenu toho, že zničí tvoju práci, nebo o co se snažíš. Dělá naschvály.*“ R1 v průběhu rozhovoru dále ještě uvádí: „*Jeho ani nemůžeš nechat hlídat vnoučata, malá jednou byla za princeznu, měla silonový šaty a on jí dal do ruky hořící svíčku, dvouročnímu dítěti. Když jsem řekla, že se to nedělá, on řekne, že ona to chtěla. On, co řekne druhý, tak to dělá. Pořád po-*

třebuje určitou míru dohledu.“ Naopak R2 uvádí: „*Kdo ji však zná, tak ví, že pokud dodr-
žuje léčbu, není na ní jediný náznak nemoci na první pohled znát, je to úplně normální člo-
věk, jako každý jiný.*“ Zde se informace získané z rozhovoru evidentně liší. Nejvyšší prů-
měrná hodnota vyjádřená studenty se vztahuje k otázce č. 9, zda se domnívají, že u členů
rodiny převládají spíše tísnivé a neradostné pocity, které se vztahují i k obavě o budouc-
nost rodiny.

V otázce č. 9 se také názory dotazovaných nejvíce shodují. Průměrná získaná hodnota od
studentů UZV je 3,94 a od členů rodin je 4. Naopak u otázky č. 4 se názory jednotlivých
skupin respondentů nejvíce rozcházejí. Otázka se týká výskytu rozpaků či nerozhodnosti,
jak reagovat na některé projevy svého člena. R2 uvádí: „*No dá se říct, že jo. Třeba když
dělá něco nepochopitelného, chová se neduchapřítomně, když si povídá sama se sebou,
mám trošku obavy, o co jde a hned trochu zbystrím.*“

Průměr hodnot všech získaných odpovědí od rodiny duševně nemocného je 3,55 a od stu-
dentů UZV je 3,16. Tyto průměrné hodnoty se od sebe navzájem liší tedy pouze o necelý
půl bod. Tento nepatrný rozdíl může být způsoben odlišnou situací dotazovaných osob.

Dle mého názoru mohou být tyto vyjádřené hodnoty ze strany rodiny ovlivněny současným
průběhem, fází onemocnění, v níž se duševně nemocný momentálně nachází. U onemoc-
nění, u kterých se střídají fáze remise s fázemi akutními, mohou být členové rodiny právě
touto situací ovlivněni. Dále také musíme brát v potaz, délku těchto fází, u některých ne-
mocných může trvat období bez příznaků řadu let, zatímco u jiných se akutní epizody vy-
skytují mnohem častěji. Jindy se zas určitá fáze onemocnění projevuje po celou dobu. Ze
strany veřejnosti, v bakalářské práci studentů UZV, se domnívám, že mohou být ovlivněni
vlastními zkušenostmi, v nichž přišli do kontaktu s duševně nemocným, ať už praxe
v nemocnicích, sociálních zařízeních či získanými z okolí, např. vesnice, média.

Ze získaných údajů lze celkově vypočítat, že všechny získané průměrné hodnoty jsou
menší než hodnota 5, tudíž respondenti obou skupin se přiklání k názoru přítomnosti spíše
negativních pocitů v rodině duševně nemocného a to jak samotná rodina, tak i studenti
UZV. Názory obou skupin respondentů vyplývající z dotazníkového šetření. Odpovědi
získané při tomto šetření se od sebe navzájem moc neliší.

Získané výsledky mě nepřekvapují, a to především proto, že vycházím z vlastních zkuše-
ností, které mám s duševně nemocnými lidmi. Domnívám se, že se nikdo z nás nemůže
plně zaručit za chování duševně nemocných, a to dokonce ani při dodržování léčebného

režimu. Také však vím, že většina nemocných není pro nikoho z nás zdaleka tak nebezpečná, jak se veřejnost domnívá. Dále zastávám názor, že nemocných, kteří by nás mohli nějakým způsobem při kontaktu s nimi ohrozit je naprosté minimum. Na spoustě z nich jsme schopni včas rozpoznat nástup počínající ataky. A to je právě možným důvodem, proč právě výsledky tohoto dotazníkového šetření dopadly tak, jak dopadly.

Na vnímání duševně nemocných ať už rodinou nebo veřejností bylo napsáno několik prací, ale v žádné z nich jsem nenašla zaměření přímo na definování přítomnosti pocitů v rodině, jejichž členem je duševně nemocný člověk a to ani názor veřejnosti na to, jaké pocity lze usuzovat, že se v těchto rodinách vyskytují.

Např. v bakalářské práci Libuše Cézové, na téma „Schizofrenie očima klienta a jeho rodiny“ jsem shledala shodu s výpověďmi respondenta č. 1, kterým byla manželka duševně nemocného. Některé z jejích výpovědí se shodují jak s výpověďmi z rozhovorů, tak i s výsledky z dotazníku, příkladem může být otázka č. 9, zda jsou přítomny v rodině obavy z propuknutí stejné závažné poruchy. Ve zmiňované bakalářské práci se uvádí, že manželka má strach, že tato nemoc propukne i u jejich dětí, což znamená, že výrok se do určité míry shoduje s výsledkem z dotazníku.

Další bakalářské práce, která se nazývá „Rodina člověka s psychickým onemocněním“ a jejímž autorem je Jiří Kubíček, jeden z respondentů uvedl, že se setkala se stigmatizací, kdy se lidé o všech členech její rodiny vyjádřili jako o divných, kdy na ně nahlíželi skrz prsty a odmítali se s nimi bavit. Tento výrok se také do určité míry slučuje s výsledkem otázky č. 7, u členů převládá pocit, že jsou svým okolím vnímáni a hodnoceni nepříznivě, případně v tomto směru u nich existuje nejistota. V této práci uvádí jiný respondent, kamarád duševně nemocného, že právě kamarádova rodina jeho onemocnění nebere a že dochází z jejich strany ke stigmatizaci, což souvisí s otázkou č. 8, u členů rodiny převládá pocit, že se od nich nejbližší okolí distancuje, že pro něj nejsou zcela přijatelní, případně v tomto směru u nich existuje nejistota. Tato odpověď opět v určitém slova smysl vystihuje výsledek z dotazníku.

V diplomové práci Lucie Henzlové, „Duševní nemoc jako činitel ovlivňující rodinné soužití a životní cyklus rodiny (biografie střetu s duševní nemocí)“ jsem shledala podobnost v otázkách č. 1, 6 a 9. Autorka práce uvádí pocit určité nejistoty vyvolané neodhadnutelnou reakcí na určité podněty, což se do jisté míry vztahuje k otázce č. 1, v rodině převládají pocity, že žijí harmonickým životem, který není ohrožen nečekanými změnami chování

některého z členů rodiny. Dále uvádí, že někteří duševně nemocní jedinci nejsou schopni samostatnosti. Uvedený výrok se vztahuje k č. 6, tedy, že u členů rodiny převládá pocit, že jeden z jejich členů vyžaduje trvalou pozornost a případnou speciální péči. Dále také uvádí obavy rodičů o budoucnost, až nebudou schopni starostlivost o člena zvládnout, k tomu se vztahuje otázka č. 9, která vyjadřuje převahu tísnivých a neradostných pocitů i ve vztahu k budoucnosti rodiny. Výroky z diplomové práce k těmto otázkám se opět do určité míry slučují s výsledky dotazníkového šetření.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zaměřovala na zachycení pocitů rodiny, jejíž součástí je duševně nemocný člen a na to, jak je tento člen vnímán právě jeho nejbližšími, kteří s ním sdílí jednu domácnost, jsou s ním tedy v blízkém kontaktu a jak je situace této rodiny vnímána veřejností, v práci studenty UZV. K tomuto tématu mám velmi blízko, protože osobně znám několik lidí, kteří trpí duševní nemocí. I když je mi jasné, že je nedokážu vyléčit, přála bych si, aby se zlepšil, byť i o málo, přístup společnosti k takto nemocným i jejich rodinám. Práce mě obohatila o nové znalosti, zkušenosti a umožnila mi rozšířit pohled na danou problematiku. Myslím, že cíle bakalářské práce byly splněny.

Smutné je, že v rodině, kde žije duševně nemocný, převažují v určité míře spíše negativní pocity, jako jsou pocity ohrožení harmonického života, nesrozumitelnost a nepředvídatost chování, nejasných obav a úzkosti, rozpaků či nerozhodnosti vztahující se k některým projevům chování, strachu z ohrožení svého, popř. bezpečí jiného člena rodiny, neustálé pozornosti a případné speciální péče, nepříznivého vnímání a hodnocení okolí včetně možného pocitu nejistoty, pocity nepřijatelnosti okolím a jeho distancování opět včetně možného výskytu nejistoty, neradostné pocity z budoucnosti rodiny a strachu z propuknutí nemoci u jakéhokoliv dalšího člena rodiny. Shrňme-li danou problematiku, tak v rodině duševně nemocného převládají pocity různých obav / strachu, úzkosti, rozpaků, nerozhodnosti, ostražitosti, nepříznivého hodnocení a nejistoty, což se odráží i na kvalitě a způsobu života celé rodiny. Z průzkumu je také patrné, že veřejnost, v práci studenti UZV, jsou si těchto pocitů v rodině duševně nemocného vědomi. Ovšem i tak je často patrné, že se okolí někdy téměř vůbec nesnaží jim tuto situaci zlepšit. R1, u jeho blízkého se fáze remisí téměř nevykytují, v rozhovoru uvedl: *„Jako já mám spíš pocit, že ho furt berou jako místního blázna, berou ho, že je nemocný, a že jeho chování se vymyká normálu.“* Naopak R2, jehož blízký mívá dlouhé, několikaleté fáze remisí zas uvádí: *„Myslím si, že s každou novou hospitalizací to ale okolí lépe a lépe chápe. Možná je to tím, že mezi veřejností je momentálně větší osvěta, ale i tak je stále nedostatečná.“* Jak vyplývá z těchto tvrzení i výsledků dotazníkového šetření, nebylo by od věci se na danou problematiku více zaměřit, a tím se snažit zlepšit jak kvalitu života duševně nemocného, tak i kvalitu života jeho rodiny. Jako výsledek práce jsem se rozhodla vytvořit leták týkající se právě uvedené problematiky.

Doporučení pro praxi:

- Dodržovat práva duševně nemocných - viz Deklarace lidských práv a duševního zdraví, Deklarace lidských práv duševně nemocných.
- Medializace skutečných informací vztahující se k duševnímu onemocnění, a to formou přednášek, televizních pořadů, tisku, internetu či rádií.

Na závěr bych ještě ráda apelovala na všechny, kdo se někdy dostane do kontaktu s duševně nemocným jedincem, popř. jeho rodinou, aby se k nim chovali jako k sobě rovným, nedívali se na ně skrz prsty a chovali se k nim jako ke komukoliv jinému. Protože nikdo z nás neví, do jakých situací se v životě sami dostaneme, a kdy právě my si budeme přát, aby s námi bylo slušně zacházeno.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Tištěné zdroje:

- [1] BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a Filip ŠPANIEL, 2013. *Schizofrenie: jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 110 s. Aesku-lap. ISBN 978-80-204-2993-3.
- [2] BAUDIŠ, Pavel a Jan LIBIGER, 2002. *Psychiatrie a etika*. 1. vyd. Praha: Galén, 156 s. ISBN 80-7262-104-1.
- [3] ČERNOUŠEK, Michal, 1994. *Šílenství v zrcadle dějin: Pojednání pro inteligentní čtenáře*. 1. vyd. Praha: Grada Avicenum, 228 s. 13 barev. obr. na příl. ISBN 80-7169-086-4.
- [4] GOFFMAN, Erving, 2003. *Stigma: poznámky o způsobech zvládnání narušené identity*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství, 167 s. MOST; sv. 3. ISBN 80-86429-21-0.
- [5] HAUSNER, Milan, 1978. *Duševně nemocný mezi námi*. Vyd. 3. Praha: Avicenum, 124 s. ISBN není.
- [6] HÖSCHL, Cyril, Jan LIBIGER a Jaromír Švestka (eds.), 2004. *Psychiatrie*. 2., dopl. a opr. vyd. Praha: TIGIS, 883 s. ISBN 80-900130-7-4.
- [7] HSRA, dotazník byl vypracován a poskytnut vedoucím bakalářské práce, doc. PhDr. Josefem Konečným, CSc.
- [8] KUČEROVÁ, Helena, 2013. *Psychiatrické minimum*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 166 s. Psyché. ISBN 978-80-247-4733-0.
- [9] KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 175 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2713-4.
- [10] MAHROVÁ, Gabriela, Martina VENGLÁŘOVÁ a kol., 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 168 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2138-5.
- [11] MALÁ Eva a Pavel PAVLOVSKÝ, 2002. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Portál, 143 s. ISBN 80-7178-700-0.

- [12] MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ, 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 352 s. Sestra. ISBN 80-247-1151-6.
- [13] ONDRIÁŠOVÁ, Mária, 2005. *Psychiatria*. 1. vyd. Martin: Osveta, 117 s. ISBN 80-8063-199-9.
- [14] OREL, Miroslav a kol., 2012. *Psychopatologie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 263 s. Psyché. ISBN 978-80-247-3737-9.
- [15] PETR, Tomáš, Eva MARKOVÁ a kolektiv, 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 295 s. Sestra. ISBN 978-80-247-4236-6.
- [16] PRAŠKO, Ján a Klára LÁTALOVÁ et al., 2013. *Psychiatrie v primární péči*. 1 vyd. Praha: Mladá fronta, 855 s. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-2798-4.
- [17] PRAŠKO, Ján a kol., 2011. *Obecná psychiatrie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 527 s. ISBN 978-80-244-2570-2.
- [18] RABOCH Jiří, Petr Zvolský et al., 2001, *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, 622 s. ISBN 80-7262-140-8.
- [19] SLOWÍK, Josef, 2010. *Komunikace s lidmi s postižením*. Vyd. 1. Praha: Portál, 155 s. ISBN 978-80-7367-691-9.
- [20] SVOBODA Mojmír (ed.), Eva ČEŠKOVÁ a Hana KUČEROVÁ, 2006. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Vyd. 1. Praha: Portál, 317 s. ISBN 80-7367-154-9.
- [21] VÁGNEROVÁ, Marie, 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Portál, 815 s. ISBN 978-80-262-0696-5.
- [22] VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 144 s. Sestra. ISBN 80-247-1262-8.

Elektronické zdroje

- [23] BAYER, Pavel, 2008. Komunitní služby sdružení Eset–Help pomáhají duševně nemocným ke změně. In: *Sociální práce* [online]. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, č. 1, s. 7 - 10 [cit. 2015-03-19]. ISSN 1213-6204. Dostupné z: <http://www.socialniprace.cz/soubory/2008-1-130102145554.pdf>

- [24] BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER (MANIC DEPRESSION), 2011. In: *Netdoctor* [online]. [cit. 2015-05-17]. Dostupné z: <http://www.netdoctor.co.uk/diseases/facts/manicdepressivepsychosis.htm>
- [25] CÉZOVÁ, Libuše, 2013. *Schizofrenie očima klienta a jeho rodiny* [online]. Zlín [cit. 2015-05-17]. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati, Fakulta humanitních studií, Ústav ošetřovatelství. Vedoucí práce doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc. Dostupné z: https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/21549/c%3%A9zov%3%A1_2013_bp.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- [26] CSISKO, Matej, 2013. Kvalita života v ošetřovatelské praxi. In: *Sestra* [online]. č. 12 [cit. 2015-03-05]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/kvalita-zivota-v-osestrovatelske-praxi-473279>
- [27] ČEŠKOVÁ, Eva, 2013. Schizofrenie. In: *Postgraduální medicína* [online]. č. 1 [cit. 2015-05-17]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/schizofrenie-468616>
- [28] DEKLARACE PRÁV DUŠEVNĚ POSTIŽENÝCH LIDÍ, [b.r.]. In: *Česká asociace pro psychické zdraví* [online]. Tuto rezoluci schválilo Valné shromáždění OSN dne 20. prosince 1971. [cit. 2015-05-14]. Dostupné z: http://capz-esprit.sweb.cz/prispevky/dokumenty/deklar_OSN_dusev_postiz.html
- [29] HENZLOVÁ, Lucie, 2010. *Duševní nemoc jako činitel ovlivňující rodinné soužití a životní cyklus rodiny (biografie střetu s duševní nemocí)* [online]. Brno [cit. 2015-05-17]. Magisterská diplomová práce. Masarykova Univerzita, Filozofická fakulta, Ústav pedagogických věd. Vedoucí práce Mgr. Klára Šed'ová Ph.D. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/162491/ff_m/Diplomova_prace-lucie_henzlova.pdf
- [30] HNILICOVÁ, Helena, 2003. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In: *Zdravotnictví a medicína: Příloha: Lékařské listy* [online]. č. 5 [cit. 2015-03-17]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/kvalita-zivota-a-jeji-vyznam-pro-medicinu-a-zdravotnictvi-151408>
- [31] KUBÍČEK, Jiří, 2012. *Rodina člověka s psychickým onemocněním* [online]. Brno [cit. 2015-05-17]. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita, Fakulta sociálních

- studií. Vedoucí práce Mgr. Vlasta Janská. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/365833/fss_b/Bakalarska_prace.pdf
- [32] PRÁVA DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH, 2000. In: *Česká asociace pro psychické zdraví* [online]. Použitý zdroj cituje Deklaraci lidských práv a duševního zdraví schválenou Světovou federací pro duševní zdraví v r. 1989. [cit. 2015-05-14]. Dostupné z: http://capz-esprit.sweb.cz/prispevky/dokumenty/deklar_prava_dusev_nemoc.html
- [33] PROCHÁZKA, Ladislav, 2001. Psychiatrie a právo. In: *Postgraduální medicína* [online]. č. 4 [cit. 2015-03-10]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/psychiatrie-a-pravo-135763>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

a kol.	a kolektiv
aj.	a jiné
atd.	a tak dále
b.r.	bez roku
cit.	citováno
č.	číslo
ed., eds.	editor, editoři
EEG	elektroencefalografie
et al.	et alii (překlady - „a kolektiv“)
např.	například
OCD	obsessive-compulsive disorder (překlad - „obsedantně-kompulzivní porucha“)
popř.	popřípadě
př. n. l.	před našim letopočtem
R	respondent
r.	roku
s.	strana
tj.	to je
tzv.	tak zvaně
UZV	Ústav zdravotnických věd
WHO	World Health Organization (překlad - „Světová zdravotnická organizace“)
%	procento

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Harmonický život - data od studentů UZV	36
Tabulka 2: Harmonický život - data od rodiny	37
Tabulka 3: Srozumitelné a předvídatelné chování - data od studentů UZV	38
Tabulka 4: Srozumitelné a předvídatelné chování - data od rodiny	39
Tabulka 5: Nejasné obavy a úzkost - data od studentů UZV	40
Tabulka 6: Nejasné obavy a úzkost - data od rodiny	41
Tabulka 7: Rozpaky či nerozhodnost - data od studentů UZV	42
Tabulka 8: Rozpaky či nerozhodnost - data od rodiny	43
Tabulka 9: Nečekané ohrožení bezpečí - data od studentů UZV	44
Tabulka 10: Nečekané ohrožení bezpečí - data od rodiny	45
Tabulka 11: Trvalá pozornost a případná speciální péče - data od studentů UZV	46
Tabulka 12: Trvalá pozornost a případná speciální péče - data od rodiny	47
Tabulka 13: Nepříznivé vnímání a hodnocení okolí - data od studentů UZV	48
Tabulka 14: Nepříznivé vnímání a hodnocení okolí - data od rodiny	49
Tabulka 15: Distancování ze strany okolí - data od studentů UZV	50
Tabulka 16: Distancování ze strany okolí - data od rodiny	51
Tabulka 17: Tísňivé a neradostné pocity - data od studentů UZV	52
Tabulka 18: Tísňivé a neradostné pocity - data od rodiny	53
Tabulka 19: Propuknutí stejné závažné poruchy - data od studentů UZV	54
Tabulka 20: Propuknutí stejné závažné poruchy - data od rodiny	55
Tabulka 21: Průměrné hodnoty, celkové průměrné hodnoty	56

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Harmonický život - data od studentů UZV	36
Graf 2: Harmonický život - data od rodiny.....	37
Graf 3: Srozumitelné a předvídatelné chování - data od studentů UZV.....	38
Graf 4: Srozumitelné a předvídatelné chování - data od rodiny	39
Graf 5: Nejasné obavy a úzkost - data od studentů UZV	40
Graf 6: Nejasné obavy a úzkost - data od rodiny.....	41
Graf 7: Rozpaky či nerozhodnost - data od studentů UZV.....	42
Graf 8: Rozpaky či nerozhodnost - data od rodiny	43
Graf 9: Nečekané ohrožení bezpečí - data od studentů UZV	44
Graf 10: Nečekané ohrožení bezpečí - data od rodiny.....	45
Graf 11: Trvalá pozornost a případná speciální péče - data od studentů UZV.....	46
Graf 12: Trvalá pozornost a případná speciální péče - data od rodiny	47
Graf 13: Nepříznivé vnímání a hodnocení okolí - data od studentů UZV.....	48
Graf 14: Nepříznivé vnímání a hodnocení okolí - data od rodiny.....	49
Graf 15: Distancování ze strany okolí - data od studentů UZV.....	50
Graf 16: Distancování ze strany okolí - data od rodiny	51
Graf 17: Tísňivé a neradostné pocity - data od studentů UZV	52
Graf 18: Tísňivé a neradostné pocity - data od rodiny	53
Graf 19: Propuknutí stejné závažné poruchy - data od studentů UZV	54
Graf 20: Propuknutí stejné závažné poruchy - data od rodiny	55
Graf 21: Průměrné hodnoty	56
Graf 22: Celkové průměrné hodnoty	57

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha P I Deklarace lidských práv a duševního zdraví
- Příloha P II Deklarace lidských práv duševně nemocných
- Příloha P III Dotazník
- Příloha P IV Rozhovor - respondent 1
- Příloha P V Rozhovor - respondent 2

PŘÍLOHA P I: DEKLARACE LIDSKÝCH PRÁV A DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

Práva duševně nemocných

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

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

Proto je také nutné:

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

Základní práva a potřeby duševně nemocných, která musí být zvláště chráněna, protože jsou nejčastěji porušována (případy porušování těchto práv):

- **Právo být vnímán a respektován jako jedinečná lidská bytost** (nedůstojné zacházení, zvláště při hospitalizaci)
- **Právo na svobodné rozhodování o sobě samém** (zneužívání nedobrovolné hospitalizace a příliš autoritativního terapeutického přístupu, někdy postup jiných orgánů)

- **Právo na soukromí** (kontrola pošty při hospitalizaci, nedostatek vlastního teritoria v lůžkových zařízeních)
- **Právo na práci a spravedlivou odměnu** (předčasná invalidizace, nemožnost sehnat práci při invalidním důchodu, nemožnost připravovat se na práci při dlouhodobé pracovní neschopnosti, odmítání ze strany potenciálních zaměstnavatelů, zadržování autorských honorářů, pracovní vykořisťování ap., nedostatečná odměna za práci)
- **Právo na přiměřené hmotné zabezpečení, zvláště při ztrátě či oslabení výdělečných možností** (nedostatečná výše invalidního důchodu, nedostatek ostatních sociálních podpor, nemožnost vydělávat peníze při invalidním důchodu)
- **Právo na přiměřenou životní úroveň, včetně potravy, šatstva, bydlení, lékařské péče a nezbytných sociálních služeb** (nedostupnost adekvátní lékařské péče, nedostupná sociální pomoc, vykazování do neuspokojivého bydlení)
- **Právo na spolurozhodování o léčebných výkonech a postupech** (direktivní terapeutický přístup, zvl. při nedobrovolné hospitalizaci)
- **Právo na informovanost o podstatných skutečnostech nemoci** (neposkytování či odmítání informací)
- **Právo na lidský kontakt, na osobní svobodu** (zakazování nebo omezování návštěv nebo kontaktů)
- **Právo na kultivaci a osobní růst** (nedostatek podnětů)

Tento materiál cituje Deklaraci lidských práv a duševního zdraví schválenou Světovou federací pro duševní zdraví v r. 1989 (Práva duševně nemocných, 2000).

PŘÍLOHA P II: DEKLARACE LIDSKÝCH PRÁV DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH

Deklarace práv duševně postižených lidí

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

Tuto rezoluci schválilo Valné shromáždění OSN dne 20. prosince 1971 (Deklarace práv duševně postižených lidí, [b.r.]).

PŘÍLOHA P III: DOTAZNÍK

Vážená rodino, studente / studentko,

jmenuji se Darina Gajdošová a jsem studentkou 3. ročníku Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra a chtěla bych Vás požádat o spolupráci na mojí závěrečné bakalářské práci.

Téma mojí bakalářské práce je *Vnímání duševně nemocného člověka rodinou a veřejností*. Cílem předkládaného dotazníku je získat hlubší vhled do situace setkávání virtuálního i reálného s vážně psychicky nemocným člověkem.

Vás bych chtěla tímto poprosit o vyplnění následující hodnotící stupnice, kterou k mé bakalářské práci sestavil doc. PhDr. Josef Konečný, CSc.

Dotazník je anonymní a bude sloužit pouze pro bakalářskou práci. Chtěla bych Vás také požádat, abyste k jeho vyplňování přistupovali zodpovědně a pravdivě.

Pokyny ke zpracování: **Na následující straně zakroužkujte, zda jste členem rodiny, v níž duševně nemocný člověk žije, nebo ne. U otázek 1 - 10 zakroužkujte na stupnici hodnotu, která nejlépe vystihuje Váš názor (1 - téměř vůbec neplatí, 7 - téměř zcela platí).**

Velmi Vám děkuji za ochotu i za Váš čas, který jste strávili jeho vyplněním.

HSRA

Instrukce:

Zvažte, jaké prožívání-myšlenky, představy a pocity může v rodině u jejich členů vyvolat přítomnost jednoho z nich, který s nimi žije a má závažnou psychickou poruchu. Nejčastěji se může v tomto případě jednat o psychózu, která se může projevovat výrazným zkreslením vnímání reality prostřednictvím přítomnosti bludů a halucinací. Toto zkreslené vnímání reality se zpravidla projevuje rovněž v reaktivitě a chování daného jedince, které je pro okolí obtížně odhadnutelné. Níže jsou uvedeny předpokládané myšlenky, představy a pocity, které mohou být uvedenou skutečností u členů rodiny vyvolány.

a) Pokud jste členem rodiny, v níž takový jedinec žije, zhodnoťte na uvedené hodnotící stupnici, zakroužkováním příslušného stupně, v jaké míře se u Vás daný prožitek vyskytuje, zda téměř vůbec (téměř vůbec neplatí) nebo naopak velmi často (téměř zcela platí).

b) Pokud nejste členem rodiny, v níž takový jedinec žije, pokuste se na uvedených hodnotících stupnicích, zakroužkováním příslušného stupně, odhadnout, jaké prožitky a v jaké míře se mohou vyskytovat u členů rodiny, v níž se vyskytuje jedinec s uvedenou závažnou psychickou poruchou.

Žádnou položku nevynechávejte, v případě nerozhodnosti se řiďte svými

<p>převažujícími pocity. Odpovědi nejsou ani správné ani nesprávné, vyjadřují váš názor na danou skutečnost.</p> <p>Hodnotící stupnice:</p>	
1.	<p>V rodině převládají pocity, že žijí harmonickým životem, který není ohrožen nečekanými změnami chování některého z jejich členů.</p> <p>téměř vůbec neplatí 1 2 3 4 5 6 7 téměř zcela platí</p>
2.	<p>Chování všech členů rodiny je ve své většině srozumitelné a předvídatelné.</p> <p>téměř vůbec neplatí 1 2 3 4 5 6 7 téměř zcela platí</p>
3.	<p>Chování některého z členů rodiny může opakovaně nebo nečekaně vyvolávat u ostatních nejasné obavy a úzkost.</p> <p>téměř vůbec neplatí 1 2 3 4 5 6 7 téměř zcela platí</p>
4.	<p>U členů rodiny se vyskytují rozpaky či nerozhodnost, jak reagovat na některé projevy svého člena.</p> <p>téměř vůbec neplatí 1 2 3 4 5 6 7 téměř zcela platí</p>
5.	<p>U členů rodiny se vyskytují myšlenky, že jeden z jejich členů může nečekaně ohrozit jejich nebo svoje bezpečí.</p> <p>téměř vůbec neplatí 1 2 3 4 5 6 7 téměř zcela platí</p>
6.	<p>U členů rodiny převládá pocit, že jeden z jejich členů vyžaduje trvalou pozornost a případnou speciální péči.</p> <p>téměř vůbec neplatí 1 2 3 4 5 6 7 téměř zcela platí</p>
7.	<p>U členů rodiny převládá pocit, že jsou svým okolím vnímáni a hodnoceni nepříznivě, případně v tomto směru u nich existuje nejistota.</p> <p>téměř vůbec neplatí 1 2 3 4 5 6 7 téměř zcela platí</p>
8.	<p>U členů rodiny převládá pocit, že se od nich nejbližší okolí distancuje, že pro něj nejsou zcela přijatelní, případně v tomto směru u nich existuje nejistota.</p> <p>téměř vůbec neplatí 1 2 3 4 5 6 7 téměř zcela platí</p>
9.	<p>V dané rodině převládají u jeho členů spíše tísnivé a neradostné pocity a to i ve vztahu k budoucnosti rodiny.</p> <p>téměř vůbec neplatí 1 2 3 4 5 6 7 téměř zcela platí</p>
10.	<p>U členů rodiny se vyskytují obavy, že u nich nebo dalších členů širší rodiny mohou pro-</p>

	puknout stejné závažné poruchy jako u sledovaného jedince v rodině. téměř vůbec neplatí 1 2 3 4 5 6 7 téměř zcela platí
--	--

(HRSA, dotazník byl vypracován a poskytnut vedoucím bakalářské práce, doc. PhDr. Josefem Konečným, CSc.)

PŘÍLOHA P IV: ROZHOVOR - RESPONDENT 1

Jméno a příjmení člena rodiny:	Respondent 1
Pohlaví:	Žena
Věk:	62 let
Příbuzenský vztah:	Manžel, bydlí spolu v jedné domácnosti
Základní informace o duševně nemocném:	Muž ve věku 62 let, který se léčí 21 let s maniodepresivní psychózou a s touto nemocí byl jednou hospitalizován na psychiatrii.
Jak jsi poznala, že se s manželem něco děje?	Výrazná změna chování, zvýšená aktivita, jako koupil by Karlštejn. To byla manická fáze, ale deprese se neobjevily. První reakce byla, že je velký podnikatel a chtěla jsem se s ním rozvést. Potom jsem ale zjistila, že je asi nemocný, tak jsem mu řekla, že když se půjde léčit, že se s ním nerozvedu, tak šel.
Jak jsi reagovala na jeho chování?	Ze začátku člověk nevěděl, co se děje, potom jsem se snažila ho přimět, aby se šel léčit.
Narušila tato situace nějak chod Vaší domácnosti?	Narušila a strašně, najednou jsem zůstala sama, úplně na všechno, synovi bylo 10 roků, byl děčko a dceři bylo 17 roků a odvrátily se od ní kamarádky. Syn vycítil jeho slabost a dělal si z něho posměšky, tak jsem ho musela usměrnit, aby se choval slušně.
Jaká byla Tvoje první reakce, když jsi zjistila, že manžel má diagnostikovanou psychickou poruchu?	No, tak byl to šok, ale myslela jsem si, že se vyléčí, protože jsem měla zkušenosti se známou, která se vrátila úplně do normálního života. On se léčil 4 měsíce v léčebně a stav byl horší, propadl se do úplné deprese. V léčebně byl jenom jednou, a to bylo asi před 21 lety. On byl jak stroj, neschopný se sám

	najest, obléct, nic, a když došel dom, tak jenom pochodoval, tam zpátky, tam zpátky.
Dokázala bys porovnat Tvoji reakci na začátku onemocnění s reakcí v poslední době?	Za těch 20 roků jsem si stále nezvykla, na to, že je nemocný, pořád je to pro mě jako hrůza, pro mě je to peklo.
Jak se tvářilo okolí, když přišli na to, že je manžel nemocný?	Vyloženě se posmívali, dávali to hodně znát, ukazovali si, aj do očí to řekli. Jeden chlap mi řekl, ať si najdu jiného chlapa, když mám doma blázna. Jako nebylo to nic příjemného.
Změnilo se nějak chování okolí vůči Tobě i rodině, když přišli na to, že je manžel nemocný?	Možná su vztahovačná, ale někdy mám pocit, že jim není příjemný se se mnou bavit. Já když se s někým kamarádím a on to vidí, tak se hned na toho člověka nalepí a pak už mám strach se s někým bavit, aby je neobtěžoval.
Převažovali spíše negativní reakce nebo se Tebe i manžela spíše snažili podpořit?	Nedá se říct, že by převažovaly jenom ty negativní, ale bylo jich víc než pozitivních.
Jak reagoval manžel v prvních dnech, kdy přicházel do kontaktu s druhými lidmi?	On byl strašně dlouho špatný, a po návratu z léčebny, mně řekl, že je zdravý, ale blázni byli doktoři. Já bych řekla, že on ani do teď si nepřipouští, že je nemocný, že jeho chování není úplně normální.
Reagovali nějak na tuto situaci jeho přátelé?	Nekeří přetrhali kontakty, nekeří jsou, nezpřetrhali je.
Pozorovala jsi na sobě, popř. pozoruješ i teď, zvýšenou ostražitost nad úkony Tvého manžela?	Pořád jsem ve střehu, protože na něho není absolutně žádný spoleh, i když se na něčem domluvíš, udělá úplně něco jinšího, za cenu toho, že zničí tvoju práci, nebo o co se snažíš. Dělá naschvály.
Setkala ses, popř. setkáváš se i teď se zvýšenou ostražitostí i u lidí ve Vašem okolí?	Jako já mám spíš pocit, že ho furt berou jako místního blázna, berou ho, že je nemocný, a že jeho chování se vymyká normálu.

<p>Změnilo toto onemocnění manžela nějak, mám na mysli chování a vztahy k rodině i k okolí atd.?</p>	<p>Určitě změnilo, protože lidi politují člověka, který má rakovinu, ale duševní nemoci se beru spíš, že jsi blázen. On vlastně nikdy nebyl takový, jak na začátku, buď měl deprese a ležel v posteli, nebo ty mánie, kdy všude chodí, všechno ví. Když mu ale řekneš, aby se udržoval v čistotě nebo cokoli jiného, musíš mu říct, umy se, přesleč se a to je furt.</p>
<p>Myslíš, že se nějak jeho povaha změnila?</p>	<p>Ano, strašně, úplně, on je úplně někdo jiný. Jako když došel z nemocnice, tak to bylo strašný, doktor mi řekl, že si myslel, že už to tak zůstane. On byl jak robot, byl na tom hodně špatně, ale potom známý opravoval barák, tak mu říkali ať tam za něma dojde, tak tam se zlepšil, ale asi ten mozek je opravdu hodně poškozený. Jeho ani nemůžeš nechat hlídat vnoučata, malá jednou byla za princeznu, měla silonový šaty a on jí dal do ruky hořící svíčku, dvouročnímu dítěti. Když jsem řekla, že se to nedělá, on řekne, že ona to chtěla. On, co řekne druhý, tak to dělá. Pořád potřebuje určitou míru dohledu.</p>
<p>Umíš včas zareagovat a jak?</p>	<p>Jako pošlu ho k doktorovi, ať ho zalékuje, domluví se s doktorem, aby mu přidal, nebo ubral léky.</p>
<p>Jaký máš názor na situace, které se vyskytují často v médiích v souvislosti s psychicky nemocným (viz napadení ve škole psychicky nemocným)?</p>	<p>Tak si myslí, že psychicky nemocný člověk, by neměl sám dávat souhlas, že se chce léčit, né jak to je, že se podepíše revers, tak to udělal i on, prostě si odešel. Naštěstí jsem ho tam poslala zpátky. První by měli být dostatečně zaléčení a víc hlídání, já kdybych ho nehlídala, tak on by se neléčil, protože on je</p>

	zdravý. I ta rodina by měla víc dohlídat.
Rozhovor vedla:	Darina Gajdošová
Datum a čas rozhovoru:	19. 4. 2015, 13:00 hod.
Délka trvání:	cca 25 minut
Prostředí a způsob sběru dat:	Rozhovor probíhal v domácím prostředí respondenta. Respondent byl na začátku rozhovoru trochu vystrašený, ale v průběhu bylo patrné jeho postupné uvolnění a otevření. Rozhovor byl nahráván a poté totožně přepsán, protože respondent si nepřál nahrávku někde zveřejňovat.

PŘÍLOHA P V: ROZHOVOR - RESPONDENT 2

Jméno a příjmení člena rodiny:	Respondent 2
Pohlaví:	Muž
Věk:	30 let
Příbuzenský vztah:	Syn, bydlí spolu v jedné domácnosti
Základní informace o duševně nemocném:	Žena ve věku 52 let, která se léčí 22 let se schizofrenní poruchou smíšeného typu a s touto nemocí byla již 4x hospitalizována na psychiatrii.
Jak jsi poznal, že se s maminkou něco děje?	Chovala se zvláště, tak nějak jinak, byla duchem někde jinde.
Jak zvláště?	No, dělala věci, které nebyly úplně normální, které by zdravý člověk nikdy nedělal, byla úplně jiným člověkem.
Jak jsi reagoval na její chování?	Byl to zvláštní pocit, když se to stalo poprvé, byl jsem ještě malé dítě, bylo mi tak 8 let, ale i tak jsem to vnímal, byl jsem z toho celý špatný, smutný, vykelejený, šlo přece o moji mámu a já nevěděl, co se děje. Ale teď, když vidím, že se jen trochu chová jinak, mám strach, aby se její onemocnění neprojevalo.
Který moment Tebe i Tvoji rodinu vždycky přiměje k tomu, abyste maminku přivedli k odborníkovi?	Pravdu říct, moc si nevzpomínám, který to vždy byl. Jen před její druhou hospitalizací to bylo asi to, když mě a sourozence chtěla ukrýt k babičce, protože nás chtěl někdo zabít. A vlastně při poslední to asi bylo to, že se velmi modlila, což nebylo zvykem nebo seděla v pokoji a upřeně se dívala do jednoho místa a nereagovala. Člověk to prostě tak nějak pozná, že to chování není v pořádku.

<p>Jaká byla Tvoje první reakce, když jsi zjistil, že maminka má diagnostikovanou psychickou poruchu, vnímal jsi to nějak jako dítě, styděl ses?</p>	<p>To úplně ne, spíš jsem to nikomu neříkal, bál jsem se, že by se mi spolužáci smáli, že by to nepochopili. Ale co jsem tak slyšel, tak moje babička, její matka se s touto nemocí nemohla srovnat a obviňovala otce, že z ní udělal blázna. Časem však pochopila, že to jinak nešlo.</p>
<p>Narušila tato situace nějak chod Vaší domácnosti?</p>	<p>Určitě, byli jsme na všechno sami. Bylo vidět, že mamá v té domácnosti chybí. Ona byla ta, která tu domácnost nejvíce řídila. Najednou jsme se museli o sebe starat sami, protože tat'ka kvůli zaměstnání nepobýval moc doma, a tak to pro nás bylo obtížné. Naštěstí jsme měli rodinu, na kterou byl spoleh, zvláště při těch prvních atakách, to jsme byli všichni ještě děti. Teta se starala o nás, babičky o sestru, ale zvládli jsme to. Myslíím, že nás to jako rodinu stmelilo.</p>
<p>Dokázal bys porovnat Tvoji reakci na začátku onemocnění s reakcí v poslední době? A co pohled veřejnosti, změnil se nějak?</p>	<p>Není to tak, že bych se s tím nějak chlubil, ale když na to dojde, dokážu o tom mluvit, ať má na to kdokoliv jakýkoliv názor, buď to ti lidé pochopí, nebo ne. Já to teď už v podstatě chápu, vím, že za to nemůže, že psychicky nemocných stále přibývá, zřejmě je to dnešní dobou, spousta lidí navštěvuje psychiatra, byť jen s depresemi, ale i tak se to snaží ututlat, protože mají strach z posměchu a z toho, že si na ně budou lidi ukazovat. Musím říct, že pohled celkově veřejnosti se změnil k lepšímu. Kdo ji však zná, tak ví, že pokud dodržuje léčbu, není na ní jediný náznak nemoci na první pohled znát, je to úplně normální člověk, jako každý jiný.</p>

<p>V jakém rozmezí se asi ataky objevují?</p>	<p>Za svůj život měla ataky 4x, zato byly natolik závažné, že se musela léčit v léčebně. To je těžké takto říct, první byla, když jsem měl 8 let, to se ségra narodila, druhá byla asi za 4 měsíce po té první, pak asi až za 11 let od té druhé a to byly hned dvě ataky po sobě. Musím zaklepat, teď je to 7 let, co je zas klid.</p>
<p>Jak se tvářilo okolí, když přišli na to, že je maminka nemocná?</p>	<p>Lidi byli zvědaví, vyzvídali, chtěli vědět, co se děje, ale že by se nám stranili, to né, ale bylo nám jasné, že si o nás povídají a její nemoc a naši rodinnou situaci často rozebírají. Chtěli být zajímaví, což když se jedná o cizí neštěstí, je vždy zajímavé, chtěli jenom získat drby, aby si měli o čem povídat. Myslí si, že s každou novou hospitalizací to ale okolí lépe a lépe chápe. Možná je to tím, že mezi veřejností je momentálně větší osvěta, ale i tak je stále nedostatečná.</p>
<p>Převažovali spíše negativní reakce nebo se Tebe i maminku snažilo podpořit?</p>	<p>Rodina nás podporovala, ale co se týče okolí, řekl bych, že ti, co ji aspoň trochu znali, tak stáli při nás, ale nebyli to úplně všichni.</p>
<p>Jak reagovala maminka v prvních dnech, kdy přicházela do kontaktu s druhými lidmi?</p>	<p>No spíš měla strach, co si lidi řeknou, ale na druhou stranu se okolí nijak nestraničila, možná bych řekl, že se i těšila. Ale co se týče těch, se kterými se nějak moc nebavila, tak to ten první kontakt byl pro ni určitě těžký.</p>
<p>Sdělila Ti své pocity, popřípadě dokážeš odhadnout, jak se cítila?</p>	<p>To ne, ale myslím, že měla obavy, jestli ji okolí přijme, jestli neztratí kamarádky a tak.</p>
<p>Jak reagovali na tuto situaci její přátelé?</p>	<p>Většina stála při ní, mám pocit, že nikdo z těch dobrých přátel se od ní neodpoutal.</p>
<p>Pozoroval jsi na sobě, popř. pozoruješ i</p>	<p>No dá se říct, že jo. Třeba když dělá něco</p>

teď zvýšenou ostražitost nad úkony Tvoji maminky?	nepochopitelného, chová se neduchapřítomně, když si povídá sama se sebou, mám trošku obavy, o co jde a hned trochu zbystřím.
Setkal ses, popř. setkáváš se i teď se zvýšenou ostražitostí i u lidí ve Vašem okolí?	Ne, nikdy jsem si toho nevšiml.
Myslíš si, že dokážeš odhadnout další ataku onemocnění u maminky?	Teoreticky ano, ale prakticky, nevím. Myslím, že úplný ten začátek není na první pohled znát, nikdo neví, co se jí právě honí hlavou. Většinou to začíná tím, že v noci moc nespává. Ale jak říkám, člověk neví, co se jí honí hlavou, až když něco vyvede.
Umíš včas zareagovat a jak?	Na nic nečekat, jít k lékaři a mít ji neustále na očích.
Jaký máš názor na vyskytující se situace v médiích v souvislosti s psychicky nemocným (viz napadení ve škole psychicky nemocnou)?	Já bych řekl, že média moc zveličují a mnohdy se o duševně nemocném vyjadřují jako o „bláznovi“, myslím, že mnohdy by to šlo podat lépe, s ohledem na ty nemocné. Když řeknou, udělal to blázen, zní to hrozně a určitě to i tu veřejnost ovlivňuje. Ovšem na závěr musím ještě podotknout, že kdo to nezažil, tuto situaci nedokáže pochopit.
Rozhovor vedla:	Darina Gajdošová
Datum a čas rozhovoru:	25. 4. 2015, 20:00 hod.
Délka trvání:	cca 25 minut
Prostředí a způsob sběru dat:	Rozhovor probíhal v domácím prostředí respondenta. Respondent byl po celou dobu klidný a uvolněný. Rozhovor byl nahráván a poté totožně přepsán, protože respondent si nepřál nahrávku někde zveřejňovat.