

# **Destigmatizace duševně nemocných z pohledu všeobecných sester**

Martina Lekešová

---

Bakalářská práce  
2019



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2018/2019

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Martina Lekešová**

Osobní číslo: **H15041**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Destigmatizace duševně nemocných osob z pohledu  
všeobecných sester**

Zásady pro vypracování:

**Studium odborné literatury.**

**Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti stigmatizace duševně nemocných.**

**Příprava metodiky výzkumné části, formulace kritérií pro výběr respondentů.**

**Realizace výzkumu technikou dotazníku.**

**Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.**

**Prezentování výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

**OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5199-3.**

**YUDOFKY, C. Stuart, Robert E. HALES a Glen O. GABART. Essentials of psychiatry. 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2011. ISBN 978-1-58562-933-6.**

**BAUDIŠ, Pavel a Jan LIBIGER. Psychiatrie a etika. Praha: Galén, 2011. ISBN 80-7262-104-1.**

**BABIÁKOVÁ, Mira, Eva MARKOVÁ a Martina VENGLÁŘOVÁ. Psychiatrická ošetrovatelská péče. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-247-1151-6.**

**PRAŠKO, Ján. Obecná psychiatrie. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2570-2.**

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Bc. Barbora Plisková**

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

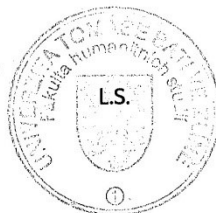
**5. prosince 2018**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**17. května 2019**

Ve Zlíně dne 5. prosince 2018

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



Mgr. Jana Doleželová  
*ředitelka ústavu*

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – 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 .....18.4.2019

.....

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

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

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

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

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-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). Odpírá-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 užití či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

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

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce je zaměřena na destigmatizaci duševně nemocných. Je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část vymezuje pojem stigma duševně nemocných, stigmatizaci a destigmatizaci. V teoretické části je přiblížena historie stigmatizace a destigmatizace. V teoretické části je poukázáno na některé důsledky stigmatizace a na roli všeobecné sestry při destigmatizaci. Praktická část obsahuje informace, získané technikou dotazníku. Cílem bylo zjistit, jak všeobecné sestry charakterizují stigmatizaci a destigmatizaci, jakou roli v ní mají a jaké zaujímají postoje při poskytování ošetrovatelské péče duševně nemocným.

Klíčová slova: duševní nemoc, stigma, stigmatizace, destigmatizace, role všeobecné sestry

## **ABSTRACT**

The bachelor thesis is focused on the destigmatization of the mentally ill. It is divided into theoretical and practical parts. The theoretical part defines the term stigma of the mentally ill, stigmatization and destigmatization. The theoretical part describes the history of stigmatization and destigmatization. The theoretical part points out some consequences of stigmatization and the role of general nurse in destigmatization. The practical part contains information obtained by the questionnaire technique. The aim was to find out how general nurses characterize stigmatization and destigmatization, what role they have and what attitudes they hold in providing nursing care to the mentally ill.

Keywords: mental illness, stigma, stigmatization, destigmatization, the role of general nurse

Motto: „*Pro vítězství zla stačí, když slušní lidé nebudou dělat nic.*“ Edmund Burke

Chtěla bych poděkovat vedoucí bakalářské práce Mgr. et Bc. Barboře Pliskové za odborné vedení, ochotu, čas a trpělivost při zpracování bakalářské práce.

Děkuji také mému manželovi a mé sestře za podporu během celého studia.

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

## OBSAH

|  |           |
|--|-----------|
| <b>ÚVOD</b> .....  | <b>10</b> |
| <b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....                                   | <b>12</b> |
| <b>1 STIGMA A DUŠEVNÍ NEMOCI</b> .....                           | <b>13</b> |
| 1.1 STIGMA .....   | 13        |
| 1.2 STIGMATIZACE .....   | 14        |
| ZNAČKOVACÍ REAKCE .....  | 15        |
| <b>2 HISTORIE STIGMATIZACE A DESTIGMATIZACE</b> .....            | <b>16</b> |
| 2.1 POSTOJE SPOLEČNOSTI K DUŠEVNĚ NEMOCNÝM .....                 | 16        |
| 2.2 STAROVĚK.....  | 17        |
| 2.3 ANTIKA .....   | 17        |
| 2.4 STŘEDOVĚK.....   | 17        |
| 2.5 NOVOVĚK.....   | 18        |
| 2.6 19. A 20. STOLETÍ .....                                      | 19        |
| 2.6.1 Současnost a vliv médií.....                               | 19        |
| <b>3 DŮSLEDKY STIGMATIZACE NA DUŠEVNĚ NEMOCNÉ</b> .....          | <b>21</b> |
| 3.1 STRACH PACIENTA ZE STIGMATIZACE.....                         | 21        |
| 3.2 STRACH RODINY ZE STIGMATIZACE .....                          | 21        |
| 3.3 SEBESTIGMATIZACE .....                                       | 22        |
| 3.3.1 Škála ISMI .....   | 22        |
| 3.4 BEZDOMOVECTVÍ .....  | 23        |
| 3.5 SOCIÁLNÍ IZOLACE .....                                       | 23        |
| 3.6 SUICIDALITA .....  | 23        |
| 3.7 STIGMATIZACE V PEDOPSYCHIATRII .....                         | 23        |
| 3.8 STIGMATIZACE V GERONTOPSYCHIATRII .....                      | 24        |
| <b>4 DESTIGMATIZACE</b> .....                                    | <b>26</b> |
| 4.1 UTVÁŘENÍ SPOLEČENSKÉHO OBRAZU PSYCHIATRICKÉHO PACIENTA ..... | 26        |
| 4.2 POSKYTOVÁNÍ INFORMACÍ VEŘEJNOSTI.....                        | 27        |
| 4.3 DESTIGMATIZAČNÍ PROGRAMY .....                               | 27        |
| 4.3.1 Program zaměřený na edukaci rodiny .....                   | 28        |
| 4.3.2 Program zaměřený na edukaci zdravotníků .....              | 28        |
| 4.3.3 Program zaměřený na edukaci dětí a mládeže .....           | 28        |
| 4.3.4 Efektivní prvky v destigmatizačních programech.....        | 29        |
| 4.3.5 Rizika v rámci realizace destigmatizačních programů.....   | 30        |
| 4.3.6 Destigmatizační programy v České republice.....            | 30        |
| <b>5 STIGMATIZACE ZDRAVOTNÍKEM</b> .....                         | <b>33</b> |
| 5.1 STIGMATIZACE A DESTIGMATIZACE OBORU PSYCHIATRIE .....        | 33        |
| 5.2 STIGMATIZACE ZDRAVOTNÍKEM.....                               | 34        |
| 5.3 ROLE SESTRY PŘI DESTIGMATIZACI .....                         | 35        |
| <b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....                                   | <b>37</b> |
| <b>6 METODIKA</b> .....  | <b>38</b> |



|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| 6.1      | CÍL VÝZKUMU .....                              | 38        |
| 6.2      | VÝZKUMNÝ SOUBOR .....                          | 38        |
| 6.3      | METODA SBĚRU DAT .....                         | 39        |
| 6.4      | REALIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....             | 39        |
| 6.5      | ZPRACOVÁNÍ DAT.....                            | 39        |
| <b>7</b> | <b>ANALÝZA VÝZKUMNÝCH DAT.....</b>             | <b>41</b> |
| 7.1      | VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU .....                    | 41        |
|          | <b>ZÁVĚR .....</b>                             | <b>78</b> |
|          | <b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>          | <b>79</b> |
|          | <b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b> | <b>82</b> |
|          | <b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>                      | <b>83</b> |
|          | <b>SEZNAM TABULEK.....</b>                     | <b>84</b> |

## ÚVOD

Téma destigmatizace duševně nemocných jsem se rozhodla psát, protože mi to přišlo jako málo známé a citlivé téma. Duševně nemocných přibývá stále více, ale lidé mají neustále negativní postoje k těmto lidem. Mezi lidmi neustále kolují stereotypy, které média ještě podporují a lidé potom mají o duševně nemocných nesprávné představy. Ve svém okolí jsem si všimla negativního postoje k duševně nemocným. Boj se stigmatizací je náročný běh na dlouhou trať. Chtěla bych přispět k větší informovanosti veřejnosti.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část je rozdělena do pěti kapitol. V první kapitole je přiblížen pohled na stigmatizaci duševně nemocných. V této kapitole je popsán přístup k duševně nemocným. Dalším důležitým poznatkem této kapitoly je stigmatizace duševně nemocných ze strany zdravotnického personálu. Je zde popsán význam slova stigma. V této kapitole je přiblížena stigmatizace duševně nemocných a značkování duševně nemocných. Pro duševně nemocného člověka je těžké mít značku duševní nemoci, která často vzniká na základě kolujících stereotypů.

Druhá kapitola je zaměřena na stigmatizaci a destigmatizaci duševně nemocných z pohledu historie až po současnost. V minulosti, ale i v dnešní době, se setkáváme s nepochopením duševně nemocných spojeným se strachem. V minulosti kolovaly pověry o duševně nemocných a v současné době koluje kolem duševně nemocných spousta nepravdivých informací, které jsou posilovány médii.

Třetí kapitola ukazuje na důsledky plynoucí ze stigmatizace. Poukazuje na strach pacienta ze stigmatizace, ale i jeho rodiny. Značku duševní nemoci může dostat celá rodina, pokud onemocní člen rodiny. Důležitá část čtvrté kapitoly je sebestigmatizace, kdy pacient může sám sebe stigmatizovat díky svému vlastnímu postoji a zažitými představami o duševních nemocech.

Čtvrtá kapitola se zaměřuje na destigmatizaci. Popisuje co destigmatizace je a jak důležitá pro duševně nemocné je. Jsou zde popsány její možné strategie na různé věkové skupiny. V této kapitole je poukázáno také na programy, které probíhají v České republice.

V páté kapitole je zaměření na stigmatizaci zdravotníkem. Je zde přiblížena role všeobecné sestry při destigmatizaci. V této kapitole je popsána také stigmatizace oboru psychiatrie.

V praktické části bakalářské práce byla použita kvantitativní metoda technika dotazníkového šetření. Hlavním cílem bylo zjistit, jak sestry vnímají stigmatizaci a destigmatizaci a jakou roli v ní dle jejich názoru mají.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 STIGMA A DUŠEVNÍ NEMOCI

Duševní nemoci a jejich příznaky jsou velmi různorodé, avšak oproti tělesnému onemocnění, vyvolávají v lidech strach, obavy a ve společnosti se o nich moc nemluví. Duševní nemoci nejsou okem vidět a lidé si je mnohdy neumí představit. Mnohdy je to pro lidi tabu a ani nejbližší rodina o tom nechce mluvit. Často se stane, že když někdo onemocní duševní nemocí, tak nechce dlouho vyhledat odbornou pomoc. Pro člověka je těžké přijmout svoji nemoc, jelikož může bojovat se svými vlastními stereotypy, které běžně kolují ve společnosti o duševně nemocných lidech. Nejčastěji se můžeme setkat s mýty, že duševně onemocní jen ti lidé, kteří mají slabou vůli a jsou líní. Lidé, kteří onemocní duševní nemocí, se často obávají nedobrovolné hospitalizace, medikace a také stigmatizace. Duševně nemocní jsou na své onemocnění často sami, jelikož se bojí svěřit se někomu blízkému. Bojí se, že ztratí své přátele a rodinu. Podpora rodiny a přátel má příznivý terapeutický účinek, avšak problémem je, že většina lidí neví, jak se chovat k duševně nemocným lidem, a jak s nimi komunikovat (Hodovalová, 2018).

Duševní nemoci vznikají na základě vrozených a psychosociálních příčin. Některé duševní onemocnění mohou být přenášeny pomocí genů, avšak často lidé onemocní duševním onemocněním, když prožijí nepříjemnou životní událost. Stoupá potřeba psychiatrické péče, ale víc než polovina lidí, kteří trpí duševním onemocněním, nevyhledá pomoc a to především kvůli špatné dostupnosti péče a kvůli stigmatizaci (Myslivočková, 2019).

Duševní onemocnění s sebou nese zátěž pro společnost na celém světě. Lidé s duševním onemocněním bojují nejen se svou nemocí, ale musí se také vypořádat se stigmatizací. Někdy je stigmatizace pro duševně nemocné mnohem větší zátěží než samotná nemoc. Nemocní se musí často vypořádat s nedostatkem podpory ve svém okolí a k vyloučení ze společnosti. Těžké to mají duševně nemocní také při shánění svého vlastního bydlení nebo při hledání zaměstnání (Horáček).

### 1.1 Stigma

Slovo stigma pochází z řečtiny a je spojováno s vypáleným cejchem u otroků v thesalských dolech antického Řecka. Podle vypáleného znaku, byli nositelé poté vyloučeni ze společnosti. Poukazuje na některé znaky, které jsou neobvyklé, nežádoucí a morálně špatné. To může vést k diskriminaci člověka, který určitý znak nese. V dnešní době se dá stigma chápat jako značka jedince, který nese určitý rys nebo znak, kterým je pro ostatní osoby odlišný (Ocisková, Praško, 2015, s. 11).

Stigma duševního onemocnění má tři základní části. Tyto části jsou nevědomost, předsudky a diskriminace. Lidé se na základě mýtů, stereotypů a nedostatku informací domnívají, že duševně nemocní jsou nebezpeční a agresivní. Stigma zaměřené na duševně nemocné provází negativní mínění a předsudky. Takové jednání může zahrnovat vztek, odpor a odmítání nemocného. Toto jednání vede k diskriminaci duševně nemocného (Horáček).

Stigma může být chápáno jako označení a v důsledku toho označení, je pak nemocný vyloučen ze společnosti. Lidem, kteří jsou stigmatizováni, mohou být omezována nebo odepírána jejich práva. Stigmatizovaní lidé mohou být terčem posměšků nebo být odmítáni. Ostatní vidí u stigmatizovaných lidí morální slabost, něco špatného a nebezpečného. Tyto postoje lidí se opakují v stereotypech, kterými duševně nemocné lidi hodnotí. V sociální psychologii jsou stereotypy pasivně přijímané způsoby posuzování lidí na základě různých zvyků a tradic. Stereotypy pak ovlivňují chování lidí, kteří nemají žádné zkušenosti s duševně nemocnými nebo mají malou zkušenost. Díky stereotypům hodnotí pak lidi celé skupiny například duševně nemocné, lidi s tělesným postižením a lidi jisté rasové příslušnosti. Sociální psychologové pak dělí stereotypy na autostereotypy a heterostereotypy. Pokud má o sobě jisté představy nebo mínění daná skupina, jako například duševně nemocní o duševně nemocných, tak se jedná o autostereotyp. Pokud má skupina lidí mínění o jiné skupině, jako například zdraví lidé o duševně nemocných, pak se jedná o heterostereotyp. Díky posuzování lidí pomocí stereotypů dochází k tomu, že si lidé nepřipouští odlišnosti a různé vlastnosti u lidí ve stigmatizované skupině. Stereotypy jsou předsudky pro danou skupinu lidí. Jeden z častých stereotypů je o duševně nemocných. Často můžeme vidět různé vtípky na lidi s duševním onemocněním nebo různá umělecká díla. Duševně nemocní jsou pak společností odmítáni pro jejich odlišné chování (Ocisková, Praško, 2015, s. 21 - 22).

## 1.2 Stigmatizace

Stigmatizace lze označit za proces označování duševně nemocného. Duševně nemocný je následně vyloučen ze společnosti. Duševně nemocný pociťuje stud za svoji nemoc, díky názoru ostatních lidí nebo díky svému vlastnímu pohledu (Horáček).

Duševně nemocní vědí, že dostanou-li nálepkou duševní nemoci, tak o ně může mít okolí a zaměstnavatel menší zájem. Ztrácí důvěru k okolí. Duševně nemocný pak není ochoten mluvit o svých pocitech ani se zdravotníkem a nechce užívat předepsanou medikaci. Ke zmírnění stigmatizace z okolí pomáhá úspěšná léčba. Muži, kteří mají duševní onemocnění

ní, jsou více stigmatizováni ze svého okolí než ženy, které jsou duševně nemocné (Marková a kol., s. 19, 2006).

Duševní nemoc výrazně ovlivňuje životy lidí a to zejména, když se snaží duševně nemocný člověk získat zaměstnání a ekonomické postavení. V některých zemích probíhají stále smluvená manželství. V těchto zemích se často nechává druhá rodina prověřit lékařem, aby zde nebyl ani náznak pochybností, že by se v rodině objevilo duševní onemocnění a to bylo přeneseno na budoucí generace. V případě, že by se potvrdila obava, že se v rodině objevilo duševní onemocnění, tak z domluveného sňatku okamžitě sejde a stigma duševního onemocnění pak nese celá rodina. Pokud člověk duševně onemocní, tak se může stát, že její rodina a přátelé opustí a on se pak bude cítit osamělý (Hamplová, 2018)

### **Značkovací reakce**

Odezva sociálního prostředí může být nálepkovací neboli značkovací reakce. Vliv této nálepky nemusí být vždy v negativním slova smyslu, ale může být také nápravný nebo může stabilizovat. Nápravný vliv může být rozlišením duševní nemoci a její léčbou. Stabilizující vliv může být, když se duševně nemocný snaží změnit své chování a obraz sebe samotného, aby se zbavil stigmatu. Děti se učí běžně používané stereotypy o duševně nemocných lidech v rodině a kolektivu, a proto poté mohou být duševně nemocní považováni za méněcenné a mohou být odsuzováni. Tyto stereotypy jsou podporovány příběhy mezi lidmi, vtipy o duševně nemocných nebo mediálními zprávami. V běžném jazyce jsou výrazy pro duševně nemocné hanlivé a odsuzující (Ocisková, Praško, 2015, s. 23 - 24).

Nejkomplexnější model složek stigmatizace má čtyři základní složky značkování, stereotypie, separace a ztráta pozice a diskriminace. Značkování je zaznamenání odlišnosti oproti dané společenské normě, která je pro společnost důležitá a toto je začátek stigmatizace. Odlišnost spojená pro společnost nepřijatelným chováním nebo charakterem osobnosti se nazývá stereotypie. Separace začíná, když společnost rozdělí lidi na „my“ a „oni“. Nakonec dochází k ztrátě pozice a diskriminace u stigmatizovaných jedinců, tito jedinci jsou vyloučeni ze společnosti. Během všech těchto stádií má stigmatizovaný jedinec silné emoční reakce například hněv, pohrdání nebo nenávisť (Thornicroft et al., 2009, s. 24 – 25, podle Ocisková, Praško, 2015, s. 24 - 25).

## 2 HISTORIE STIGMATIZACE A DESTIGMATIZACE

Postavení duševně nemocných je odrazem společnosti, bylo tomu v každé době a je tomu tak i v době dnešní. Psychice byla vždy přikládána velká důležitost (Ocisková, Praško, 2015, s. 12).

Duševní nemoci nás provázejí po celou dobu existence lidstva. Duševní nemoci postihovaly jak chudé lidi, tak bohaté panovníky. V každém období historie měli specifický přístup k duševně nemocným. Přístup k duševně nemocným byl většinou, ale velmi neprofesionální. Přístup k duševně nemocným ovlivňoval strach z neznámého, nedostatek informací a náboženství. Často docházelo k nelidskému jednání s duševně nemocnými a duševně nemocní byli vyřazováni ze společnosti (Martínková, 2016).

### 2.1 Postoje společnosti k duševně nemocným

Když dochází k stigmatizaci duševně nemocných, často není rozlišováno, o jakou duševní nemoc se jedná. Lidé vnímají jen, že se nemocný léčí na psychiatrii a automaticky je očekáváno neobvyklé chování. Očekávají od duševně nemocných nebezpečí, nezodpovědnost a agresi. Vzhledem k tomuto očekávání se pak mění chování lidí k duševně nemocným a jsou vyčleňováni ze společnosti. Veřejnost má díky tomuto očekávání odstup od duševně nemocných. Duševně nemocní jsou izolováni od společnosti (Janík, 1987, podle Ocisková, Praško, 2015, s. 28).

Pokud se člověk léčí na psychiatrii, tak ho společnost automaticky zařadí mezi duševně choré, při tom vůbec není posuzováno jakou nemoc daný jedinec má. Díky tomu dochází k častým obavám duševně nemocných z psychiatrických diagnóz. Lidé si zachovávají odstup od duševně nemocných a neustále je pozorují. U duševních nemocí si všímají výrazu, postoje a řeči. A je očekáváno, že se bude duševně nemocný neobvykle chovat, takto začne značkování duševně nemocného a to pak vede k trvalé stigmatizaci (Ocisková, Praško, 2015, s. 28).

Různé diagnózy duševního onemocnění mají také vliv na stigmatizaci, nejvíce stigmatizováni jsou lidé se schizofrenií (Horáček). Stigmatizace není však jen otázkou dnešní doby, v historii však docházelo často ke stigmatizaci duševně nemocných.



## 2.2 Starověk

V prehistorickém období byly všechny duševní nemoci chápány jako působení nadpřirozených jevů. Na duševně nemocné nahlížela společnost jako na lidi, které posedl nadpřirozený zlý duch. Léčba byla pomocí náboženských a šamanských rituálů, které měly pomoci posedlému vysvobodit se ze zajetí démona. Šamani byli chápáni, tak že byli uprostřed mezi lidmi a duchy, kteří způsobovali podivné chování lidí a narušovali tak pokojný život v kmeni. Duševní nemoci v lidech vyvolávali strach z neznámého, proto tyto nemoci byly vnímány jako posedlost duchů a trest boha. Nejstarší lékařský dokument této doby je Ebersův papyrus, kde je popsána deprese a zařikávání zlých duchů (Ocisková, Praško, 2015, s. 12.).

## 2.3 Antika

Ve starověkém Řecku byla léčba nemocí určena bohu Asklepiovi, což byl syn boha Apollona. Chrámy sloužily jako lékařské zařízení a také jako lázně, kde byl pacient podrobován péči o tělesné a duševní zdraví. Pacientovi zde byla poskytnuta posilující psychoterapeutická a duchovní péče. Ve starořeckém léčení se také používaly výboje rejnoka elektrického a také muzikoterapie (Ocisková, Praško, 2015, s. 13).

Hippokrates v antice vycházel z toho, že všechna vnitřní onemocnění souvisí s nerovnováhou vnitřních základních tělesných šťáv, což byla krev, hlen, žluč a černá žluč. Etické principy, které formuloval Hippokrates, přetrvávají do současnosti. V antice medicína uměla rozeznat a léčit řadu nemocí, avšak neodlišovala je od tělesných nemocí. Dokázali například rozlišit melancholii, paranoii a hysterii. Duševní nemoci byly léčeny v antice pomocí byliny čemeřice černé. Po vypití odvaru z této byliny, došlo k podráždění sliznice střeva, k následnému krvácení a odchodu černé stolice, která byla vysvětlována jako černá žluč, která napadala mozek a tělo (Hosák a kol., 2015, s. 16 – 17).

## 2.4 Středověk

Nastal úpadek vědeckého myšlení. Církev se zmocnila léčby duševně nemocných. Duševně nemocní přestali být nemocnými, ale byli bráni jako posedlí zlými duchy a ďáblem. Církev považovala psychickou poruchu za boží trest, který přišel za hříchy daného člověka. S duševně nemocnými lidmi bylo v této době velmi krutě zacházeno. Tito lidé byli vězněni, mučeni, přikováni v řetězech a bití (Ocisková, Praško, 2015, s. 13).

Křesťanství si duševní nemoci vykládalo hlavně démonologickým způsobem. V péči o duševní nemoci panovalo ve středověku mnoho předsudků a pověr. U duševně nemocných hrozilo, že bude jejich nemoc označena jako hřích nebo posedlost. U neklidných a podivně se chovajících osob byla jako léčba používána fyzická omezení, tresty a různé rituály. Porucha chování a odbočení od norem společnosti byla vyložena jako posedlost ďáblem. Duševní choroby byly ve středověku chápány hlavně z náboženského hlediska. Poblíž klášterů začal vznik charitativních útulků a péče o mysl byla pod vlivem církve. Ve středověku v 16. století bylo mnoho duševně nemocných lidí upáleno při diagnostice čarodějnictví. Avšak někteří lékaři té doby jako například Johannes Weyer a Felix Platter prosazovali medicínský přístup k duševním nemocem a pochybovali o působení démonů v lidské mysli. Humanistický profesor Juan Louis Vives prosazoval individuální přístup k duševně nemocným lidem. Finanční situace duševně nemocných také velmi ovlivňovala jejich osud. Duševně nemocní, kteří trpěli chudobou, se různě potulovali. Ve větších městech byli duševně nemocní spolu se žebráky posíláni do městských špitálů (Hosák a kol., 2015, s. 18 – 19).

## 2.5 Novověk

Počátkem novověku se začaly zakládat ústavy pro duševně nemocné. Ze začátku lidská snaha se zvrtila, protože docházelo k izolaci duševně nemocných lidí. Tyto ústavy vypadaly spíš jako vězení než jako nemocnice. Pokud se duševně nemocní nechovali podle představ, tak došlo k jejich uvázání a k bití. Duševně nemocní zde byli za mřížemi v temných místnostech. Někdy v těchto ústavách docházelo u duševně nemocných k ponořování do vody, pálení žhavým železem nebo k buzení v noci bez možnosti spánku. Až do 18. století si mohli za poplatek lidé prohlédnout duševně nemocné pro zábavu. Na začátku 18. století se ukazují psychologické pohledy na neurózy. Po celé 18. století lékaři považovali za mentální poruchy pouze velké psychotické stavy a méně závažné nemoci považovali pouze za abnormalitu. Ve Francii Philippe Pinel vyčlenil duševně nemocné ve vězení, kde byli běžně drženi v okovech spolu s vězni bez možnosti pohybu. Pinel je uvolnil z okovů a umístil je do psychiatrických ústavů. Zde byla snaha zavést léčbu pomocí práce a ukázalo se, že lidský přístup a vytvoření lepších podmínek vede k lepší možnosti léčby (Ocisková, Praško, 2015, s. 14 – 15).

## 2.6 19. a 20. století

V 19. století už nikdo nepovažoval duševní nemoc za kletbu, posedlost nebo trest za hříchy. V ústavech pro duševně nemocné byli nemocní pozorováni, vedli se o nich záznamy a byla snaha najít lepší léčbu. Některé metody léčby této doby jsou však velmi nelidské. Byly používány pijavice, pouštění žilou, elektrina, topení ve vaně, hladovky nebo ordinování látek, které vyvolaly průjmy a zvracení. Místo řetězů a okovů se začaly používat jiné omezovací prostředky, jako jsou kurty, svěrací kazajka nebo omezovací postele (Ocisková, Praško, 2015, s. 15).

V 19. století přibývaly klasifikace duševně nemocí a to díky lepší péči o duševně nemocné. Ve 20. století došlo k vývoji psychoanalýzy. Duševně nemocní začali být léčeni pomocí psychofarmak a velmi významný byl nástup sociální psychiatrie. Sociální psychiatrie se zabývala rehabilitací duševně nemocných osob, snažila se jim osvojit základní dovednosti. Sociální psychiatrie přetrvává snaha, zajistit duševně nemocným léčbu v jejich přirozeném prostředí a ve společenství s ostatními. Při příchodu etiky, začala být respektována autonomie duševně nemocných a došlo ke vzniku středisek, která měla zajistit péči duševně nemocným mimo nemocnici. V těchto střediscích byla poskytována ambulantní a rehabilitační péče. Ze začátku se to neobešlo bez potíží, mnoho duševně nemocných se stalo bezdomovci a skončilo ve vězení. Avšak časem to vedlo k větší důstojnosti, kvalitě života a lepším léčebným podmínkám pro duševně nemocné (Hosák a kol., 2015, s. 21).

### 2.6.1 Současnost a vliv médií

Profesionální činnost, kterou provádí psychiatři je často konfrontována s médii. Dochází k častému vystavení vlivu médií a to díky televizi a rádiu. Pacienti jsou takto ovlivněni tím, co si přečetli na internetu nebo slyšeli v televizi. Zkušenosti s psychiatrií jsou slyšet v médiích. Téma psychiatrie je pro čtenáře nebo pro diváky televize atraktivní a proto se v médiích objevuje poměrně často. Lidé pak k tématu, které slyší, zaujímají postoj a s tímto tématem se ztotožní. Pro novináře je problematika psychiatrie velmi lákavá, ale může být lehce zneužita. Zneužití může být na základě udržování stereotypu duševně nemocných lidí, kde jsou tito lidé popisováni jako agresivní jedinci nebo jako trosky. Lidé se pak často nemohou dozvědět, že lidé s duševní poruchou mohou vést kvalitní plnohodnotný život. Pozitivní zpráva ohledně duševně nemocných lidí by byla jistě příjemnou změnou a mohla by pomoci narušit stereotyp o duševně nemocných lidech. Většina informací v médiích nepochází ani od odborníků ani od samotných pacientů. Opomíjení názorů du-

ševně nemocných lidí pak vyvolává ve společnosti pocit, že tito lidé za sebe neumí mluvit. A stává se také, že dochází k ponižování psychiatrie mezi ostatními lékařskými obory. V médiích může být také vyobrazen psychiatr jako potřeštěný a podivný člověk (Nawková, 2009).

Díky médiím je často zanechán pocit, že duševně nemocní lidé jsou mnohem častěji pachatelé trestních činů. Média často spojují násilí a duševní onemocnění a posilují tyto myšlenky u široké veřejnosti. Pachatelé trestních činů bývají označeni za maniaky nebo schizofreniky. Pro média je snadné přičíst vinu za násilný čin duševně nemocným. Toto obviňování duševně nemocných z násilných činů jen přispívá k ještě větší stigmatizaci. Toto stigma je posilováno v médiích kolujícími stereotypy o duševně nemocných. Média posilují mylné a zkreslené představy o duševních nemocech, což posiluje strach a stigmatizaci. Pro zmírnění stigmatizace by bylo prospěšné, kdyby média přinášela více přesných informací o duševně nemocných lidech (Levin, 2011).

### 3 DŮSLEDKY STIGMATIZACE NA DUŠEVNĚ NEMOCNÉ

#### 3.1 Strach pacienta ze stigmatizace

Přijetí duševního onemocnění může pro nemocného znamenat pocit ztráty svobody. Duševně nemocný může pociťovat obavy z celoživotní léčby, z reakce své rodiny nebo z psychiatra. U duševně nemocného se může objevit strach z užívání psychofarmak. Při zjištění diagnózy dochází k přehodnocování dosavadního života a duševně nemocný se může bát, že nebude mít nikdy život jako dřív. Dochází k ovlivňování a změně v životě duševně nemocného. Duševně nemocný se v tomto období hodnotí a je u něj riziko sebedestruktivních myšlenek. Důležité pro duševně nemocné je hlavně podpora psychiatra a nejbližšího okolí. Po zjištění diagnózy přichází strach z nemoci a také z reakce okolí. Toto je často velmi nebezpečné, jelikož může dojít k sociální izolaci nemocného. Velmi často se stává, že duševně nemocný ignoruje první známky své nemoci a psychiatrovi se vyhýbá, aby nedošlo k označování nemocného. Nebo se naopak izoluje od společnosti, aby nikdo nepoznal, že trpí onemocněním. Strach ze stigmatizace je tak velký, že mnoho nemocných k psychiatrovi nejde, nebo před ním své problémy zlehčují (Ocisková, Praško, 2015, s. 35 – 36).

#### 3.2 Strach rodiny ze stigmatizace

Jelikož se rodina často obává, jak vezme okolí to, že je některý člen rodiny duševně nemocný, tak dochází k přesvědčování nemocného ze strany rodiny, aby psychiatra vůbec nenavštívil. U rodiny dochází k obavě, že pokud bude člen rodiny označen za duševně nemocného, tak dostane označení celá rodina. Rodina se bojí, že bude ostuda, proto se snaží duševně nemocnému pomáhat s krizovými situacemi, jako například při nakupování ve velkém supermarketu plného lidí. Tato pomoc vede jen k upevnění příznaků. Dochází k nedůvěře psychiatrovi. V některých kulturách platí, že pokud je někdo v rodině duševně nemocný, tak padne hanba na celou rodinu. A proto dochází k utajování příznaků duševně nemocného v rodině. Pro duševně nemocného je důležitá hlavně jeho rodina, u které hledá nemocný podporu a pochopení. Většina chronicky nemocných zůstává žít se svou vlastní původní rodinou, jelikož dochází k problémům založit si rodinu novou nebo si udržet dlouhodobý vztah. U duševně nemocného může dojít ke změně chování, proto mu přestane rodina nebo přátelé rozumět (Ocisková, Praško, 2015, s 36 – 41).

### 3.3 Sebestigmatizace

Prožívání nemoci u duševně nemocného mohou ovlivnit dostatečné informace o nemoci, léčba a prognóza nemoci. Velmi také záleží na subjektivním pohledu nemocného na nemoc a jak moc je schopen objektivního posouzení své nemoci. Pokud dojde k pochopení nemoci a léčby této nemoci, tak dochází k lepší spolupráci s psychiatrem. Pokud má nemocný celoživotní duševní nemoc, tak to má vliv na sebepojetí u nemocného. Dochází ke změně pohledu na sebe a celoživotní sebehodnocení. Často nemocný pociťuje odcizení od ostatních lidí, ale také od sebe samého. Může se stát, že duševně nemocný snižuje svoji hodnotu, necítí k sobě úctu a podceňuje se. Přestává věřit, že zvládne běžné činnosti. Někdy dochází k pocitu, že pokud užívá nemocný psychofarmaka, tak není zdravý. Proto dochází k předčasnému vysazování farmak a to vede k návratu nebo zhoršení příznaků (Ocisková, Praško, 2015, s. 38 – 39).

Sebestigmatizace vzniká na základě předsudků, které si jedinec stáhne na sebe a začne s nimi souhlasit. Potom má vůči sobě negativní postoj. Sebestigmatizace má negativní dopad na sebevědomí, sebeúctu, naději a kvalitu života nemocného. Vede k prohloubení příznaků nemoci a nemocný má problém dodržovat svoji léčbu. Sebestigmatizace vede také k nevyhledávání pomoci (Horáček).

#### 3.3.1 Škála ISMI

Škála ISMI neboli The Internalized Stigma od Mental Illness Scale se zabývá měřením míry sebestigmatizace u lidí, kteří trpí duševním onemocněním (viz. P II). Tvoří ji 29 položek, které spadají do 5 kategorií. Tyto kategorie jsou souhlas se stereotypy o pacientech trpící duševním onemocněním, odcizení, vnímaná diskriminace, stažení ze společnosti a odolnost vůči stigmatu. Kategorie odcizení zkoumá, jestli si duševně nemocný myslí, že je vyloučen ze společnosti a jestli se cítí být plnohodnotný člen společnosti. Kategorie souhlas se stereotypy zkoumá, jak nemocný vnímá a nakolik souhlasí s kolujícími stereotypy o duševně nemocných. Kategorie diskriminace, jak nemocný vnímá chování lidí ze svého okolí, kteří o duševním onemocnění vědí. Kategorie stažení ze společnosti byla vytvořena na základě rozhovorů s duševně nemocnými, kdy vyplynulo, že se vyhýbají společnosti kvůli strachu z odmítnutí. Odolnost proti stigmatu zkoumá odolnost nemocného proti sebestigmatizaci (Ocisková a kol., 2014).

### 3.4 Bezdomovectví

Jednou z příčin bezdomovectví u lidí trpících duševní poruchou je konflikt a nepochopení v rodině. Nemocný odchází z domova buď ze své vůle, nebo je k tomu donucený. Důvodem konfliktů jsou projevy nemoci v době relapsu, což může vést k nepřátelskému prostředí v rodině (Ocisková, Praško, 2015, s. 42).

Není lehké si uvědomit, že bezdomovectví není životní styl, který si člověk vybral, ale že ocitl v těžké životní situaci a neví, co si s tím počít. Samotné slovo bezdomovec vzbuzuje v lidech negativní postoj (Kunstová, 2018).

### 3.5 Sociální izolace

Sociální izolací se rozumí ztráta sociálních kontaktů. Jedná se o vědomé vyčlenění nemocného ze společnosti. Může dojít k sociální izolaci ze strany nemocného, protože se nemocný obává, že jej budou ostatní podceňovat, znemožňovat nebo zesměšňovat. Nemocný často cítí nedostatek respektu nebo dokonce výsměch. Vnitřní boj se může objevit u mladého člověka, který trpí duševním onemocněním, jelikož u něj může být touha po rodině, ale zároveň obava, že s jeho nemocí to není možné (Ocisková, Praško, 2015, s. 40 – 41).

### 3.6 Suicidalita

Z pocitů psychického utrpení a myšlenek, že toto utrpení nikdy neskončí, vznikají myšlenky na sebevraždu a ty mohou vést k sebevražednému chování. Jelikož duševně nemocný nevidí při sebevražedných myšlenkách jiné východisko, tak se to pro něj může stát jediným řešením v této situaci. Sebevražednému chování předchází často pocity beznaděje, bezmoci a touha uniknout z nepříjemné situace. Zejména při sebestigmatizaci a sebeobviňování dochází k riziku, že mohou přijít sebevražedné myšlenky (Ocisková, Praško, 2015, s. 235).

Stigma vede k tomu, že duševně nemocný často pomoc nevyhledá a to může zapříčinit sebevražedné chování. Duševně nemocní umírají dříve než ostatní lidé, může to být kvůli nevyhledání pomoci nebo podceňování somatických příznaků a neposkytnutí dostatečné péče (Horáček).

### 3.7 Stigmatizace v pedopsychiatrii

Stigmatem nemoci se rozumí odlišování duševně nemocného od ostatních lidí. To vede k diskriminaci. Stigma z řeckého slova cejch označovalo nejen duševně nemocné, ale také lidi s tuberkulózou nebo s pohlavními nemocemi. Do ambulantní péče se dostává stále víc

děti. Cílem léčby duševně nemocných dětí je zmírnit jejich příznaky, avšak díky tomu dochází k jejich stigmatizaci. U dětí je podobný průběh jako u stigmatizace dospělých lidí trpících duševním onemocněním, nemoc se snaží utajit a snaží se co nejvíc minimalizovat sociální kontakty. Adolescenti mnohdy svoji nemoc vnímají tak, jak ji vnímá rodina nebo škola. Samotné diagnostikování duševní nemoci s sebou přináší stigmatizaci. Velmi také záleží, o jakou nemoc se jedná, mnohdy je přístup zdravotníků odlišný podle typu nemoci. Malé děti jsou vnímány jako méně zodpovědné za projevy svého chování než starší děti a dospělý člověk. Stigmatizace se může dotknout dítěte, i když ještě není plně připraveno to pochopit. Na dítě může stigma působit, když tím trpí jeho rodina. Rodiče mohou považovat názor okolí za tolik důležitý, že odmítají navštívit s dítětem psychiatra a to má pak negativní dopad na dítě. Stigma také často pociťují matky dětí, které jsou duševně nemocné. U matek se poté může dostavit deprese, mohou mít pocit, že je okolí obviňuje z nemoci dítěte. Měla by panovat opatrnost při stanovení diagnózy, abychom pacienta a jeho rodinu nestigmatizovali. Nemělo by se stát, že budou používána hanlivá slova ve vztahu k pacientovi, nepřipustné jsou výrazy jako hysterka nebo psychopatka. S pacienty by mělo být jednáno vždy s respektem. Prevence je součástí destigmatizace. V rámci destigmatizace by mělo být jednáno se školními psychology, aby nedošlo k negativnímu postoji škoře vůči dítěti. Velkou pozornost vyžaduje návrat dítěte do školy po pedopsychiatrické hospitalizaci, protože je zde riziko, že dostane nálepkou duševní nemoci. Podpora rodiny nemusí vždy stačit. Zde by měla panovat snaha o zapojení dítěte do kolektivu. Zapojováním do kolektivu lze předejít problémům s mezilidskými vztahy v dospělosti (Stárková, 2013, s. 10 – 13).

### **3.8 Stigmatizace v gerontopsychiatrii**

Ve společnosti koluje obava ze stáří, jelikož s sebou přináší možnou ztrátu nezávislosti. Lidé si spojují stáří s pocitem bezmoci, nesoběstačností a ignorací okolí. Ve stáří dochází ke změnám ve vzhledu, v myšlení a ve společenském životě. Přichází nové role a starší člověk to může vnímat jako velkou ztrátu. Starší člověk, který je omezen onemocněním se stává zranitelným. Závislost staršího člověka tedy může být spojena buď s onemocněním, nebo třeba s finanční tísní při odchodu do důchodu. K samostatnosti je potřeba racionální myšlení a schopnost činit rozhodnutí. Snížení duševního zdraví vede k vzniku závislosti. Závislost naznačuje nerovnováhu, ztrátu kontroly a osobní svobody závislé osoby. Strach ze závislosti je běžný a pochopitelný. Lidé přirozeně usilují o nezávislost, soběstačnost a samostatnost. Je očekáváno, že bude starší člověk vděčný za poskytovanou péči a pomoc,



ale pro staršího člověka se stává obtížné vzdát se rozhodování o svém životě (Jirák, 2013, s 24 – 26).

V gerontopsychiatrii se léčí psychické poruchy, které se projeví po 65. roce života. Pokud mají senioři duševní onemocnění, které vzniklo už v mládí, tak se na gerontopsychiatrickém oddělení neléčí, ale jsou nadále v péči svého psychiatra. Nejčastěji se senioři léčí s organickými poruchami, jako jsou demence a deliria. Starší pacienti mohou mít k duševnímu onemocnění také somatické onemocnění a potom vyžaduje jejich zdravotní stav větší péči. Tito pacienti se cítí nejbezpečněji ve svém domácím prostředí, a proto je důležitá rehabilitační a resocializační péče, aby byl umožněn co nejdřív návrat k běžnému životu (Psychiatrická nemocnice Bohnice).

## 4 DESTIGMATIZACE

Stigmatizace duševně nemocných je obrovský problém a často dochází k diskriminaci. Tato diskriminace vede k odmítání léčby, kdy duševně nemocný cítí ještě větší utrpení. Při diskriminaci je duševně nemocný znevýhodňován, je často odmítán ze svého okolí a to mu poškozují sebedůvěru. To vede k dalšímu napětí, kdy se zhoršuje psychický stav duševně nemocného. Je velmi důležité snižovat diskriminaci duševně nemocných a podporovat destigmatizační kampaně. Aby mohl být změněn názor na duševně nemocné, je potřeba vést osvětu a výchovu populace. Povědomí populace je ovlivněno médii a stereotypy ve společnosti. To jenom posiluje stereotypy a předsudky o chování a léčbě duševně nemocných. Cílem destigmatizace je změnit vnímání duševně nemocných ve společnosti, aby nedocházelo k jejich diskriminaci a izolaci. Snaha v destigmatizaci je seznámit veřejnost s duševními nemocemi a jejich projevy, tak aby to pro lidi už nebyla senzace, ale aby došlo k porozumění lidem s duševní nemocí. Musí se také pracovat se samotným duševně nemocným a jeho rodinou, protože se stává, že k stigmatizaci dochází v rodině nebo v okruhu blízkých lidí. Je potřeba, aby rodinní příslušníci a přátelé nemoc pochopili a snažili se nemocnému pomoci. K tomu slouží edukace rodiny nebo rodinná terapie (Ocisková, Praško, 2015, s. 253 – 259).

Někdy se stává, že sourozenci duševně nemocného trpí sebestigmatizací a přes to se na ně často zapomíná. Sourozenci nesou velkou zátěž, pokud se podílejí na péči o duševně nemocnou sestru nebo bratra. Pociťují hlavně zlobu, odtažitost a strach z budoucnosti. Mají strach, že mohou také onemocnět a za sourozence mají pocit zodpovědnosti (Národní ústav duševního zdraví, 2018).

### 4.1 Utváření společenského obrazu psychiatrického pacienta

Jelikož stigmatizace je velkým problémem a zatížením pro pacienta, je zde snaha o vytvoření destigmatizačních programů, které by pomohly společnosti změnit názor na duševně nemocné. Ty mají za cíl snížit dopad stigmatizace a diskriminace na kvalitu života duševně nemocných a jejich příbuzných. Dříve se obecně zastávalo, že pokud se na nemoc najde léčba, tak dojde také ke snížení stigmatizace. V psychiatrii za poslední léta došlo k rozvoji léčby, přes to k výraznému snížení stigmatizace nedošlo. I v dnešní době jsou někteří lidé zastánci toho, že duševní nemoci jsou neléčitelné. Stigmatizace vzniká při pocitu ohrožení a odlišnosti duševně nemocných, což ještě více podporují média, která posilují stereotypy mezi lidmi. Pokud dojde k nějakému zločinu, násilí nebo sebevraždě spáchané duševně

nemocnými lidmi, tak média se o tom vždy zmíní. Tyto zprávy jen posilují stereotypy mezi lidmi a zkreslují pohled na duševně nemocné. Ostatní medicínské obory také stigmatizují psychiatrii jako takovou (Ocisková, Praško, 2015, s. 253 – 254).

## 4.2 Poskytování informací veřejnosti

Jde hlavně o snahu, kdy se snaží psychiatrii přesvědčit veřejnost, že duševní nemoci mají medicínský charakter. Psychiatrie je pod tlakem ekonomických zájmů a farmaceutického průmyslu. V ambulancích prováděna psychoterapie čím dál méně, což je způsobeno nedostatkem financí a také přetížením psychiatrů velkým množstvím pacientů s duševním onemocněním. Psychiatrii díky finančnímu tlaku mění své postoje (Luhrmannová, 2000, podle Ocisková, Praško, 2015 s. 255).

I přes to, že dnes lze prokázat biologická příčina u některých duševních nemocí, tak ke snížení stigmatizace nedochází. Někdy je naopak zvýšen strach z vyloučení ze společnosti, pokud je v destigmatizačních kampaních poukazováno na biologický vliv při duševní nemoci. Také na internetových stránkách nebo v článcích, které publikují psychiatrii a je zde popsána duševní nemoc z biologického hlediska, může posilovat obavy z vyloučení ze společnosti. Pro laickou veřejnost je těžké pochopit, že je za duševní nemocí skrytá biologická příčina a že tuto poruchu nelze změnit. Destigmatizační programy, které se zaměřují na všechny aspekty duševní nemoci a poskytnou veřejnosti informace nejen z biologického hlediska, tak mají větší šanci změnit pohled veřejnosti na duševně nemocné. Zde může být snaha o vysvětlení duševní nemoci, jako reakci na možné trauma v životě a toto vysvětlení je pak veřejnosti blíže. To snižuje obraz nepředvídatelnosti a nebezpečí duševně nemocných. Vysvětlování pouze z biologického hlediska a nálepky jen přispívají k větší míře předsudků a obav. Rodina a samotní duševně nemocní lidé chápou většinou nemoci z psychosociálních příčin a preferují psychoterapie (Red, Jaw, 1999, podle Ocisková, Praško, 2015, s. 256).

## 4.3 Destigmatizační programy

Nelze očekávat, že se obraz na duševně nemocné změní ze dne na den, proto jsou dobré dlouhodobé destigmatizační programy. Destigmatizační programy by měly být dlouhodobé a nenásilné. Pokud je program jen krátkodobý s mediálně hodně podporován, může vést k odporu veřejnosti, která by mohla mít pocit, že je s nimi manipulováno proti jejich přesvědčení. Destigmatizační programy by neměly být zaměřeny pouze v oblasti zdravotnic-

kých služeb, ale měly by oslovit širokou veřejnost. Velmi přínosné je zapojit do destigmatizačních programů duševně nemocné nebo jejich rodiny. Přínos lze vidět v tom, že duševně nemocný sám může předat důležité informace a pocity ohledně nemoci a také působí proti ztrátě sebevědomí a snižuje možnost sebestigmatizace. Destigmatizační plán by se měl být snadno pochopitelný, měl jednoduchý plán a nedával si vysoké cíle. Příliš vysoké cíle a ambice by mohly vést ke zklamání těch, kteří na programu pracovali. Lidé, kteří na programu pracují dlouhodobě, mohou také pociťovat únavu a vyhoření (Ocisková, Praško, 2015, s 260 – 261).

#### **4.3.1 Program zaměřený na edukaci rodiny**

V České republice funguje psychoedukační program pro nemocné a jejich rodinné příslušníky. Tento program se nazývá Preduka, což je preventivně edukační program proti relapsu psychózy. Obvykle trvá kolem pěti hodin a rodina se zde dozví informace o psychózách, o lécích a jak nemocnému pomoci. Rodina si může vytisknout dopředu materiály a dopisovat si tam důležité poznámky. Nemocné během programu doprovází psychiatr, psycholog a zdravotní sestra. Je používáno také promítání. Program se skládá ze třech částí a to z obecných informací o nemoci, rady a informace pro rodinné příslušníky a informace o programu prevence návratu nemoci (Národní ústav duševního zdraví, 2018).

#### **4.3.2 Program zaměřený na edukaci zdravotníků**

Nejvíce úspěchu přináší u zdravotníka, kteří neabsolvovali žádné vzdělávání ohledně duševních nemocí. Mělo by se zaměřit hlavně na zdravotníky, kteří pracují v oblasti duševního zdraví, zdravotníci u kterých je vyšší riziko syndromu vyhoření, muži a absolventi vysokých škol. Nemělo by se jednat pouze o teoretickou výuku, ale také o praktické dovednosti a komunikaci s nemocným. Vzdělávání zdravotníků obvykle vede psychiatr, psycholog a sestra. Mezi nejčastější témata patří včasné rozpoznání nemoci, sebepoškozování, sebevražedné jednání a zákony. U většiny programů je zaznamenáno zlepšení v oblasti znalostí u zdravotníků a změna postoje k duševně nemocným. Je zde snaha zapojit do programu i lidi, kteří mají duševní onemocnění (Národní ústav duševního zdraví, 2018).

#### **4.3.3 Program zaměřený na edukaci dětí a mládeže**

Pro děti je program Zippyho kamarádi, jehož cílem je podpora sociálních a emočních dovedností u dětí starších 5-7 let. V rámci výuky se dítě učí, jak zvládat těžké životní situace a jak si říci o pomoc, když ji potřebuje. Tento program obsahuje 24 výukových hodin,

příčemž je rozdělen na šest částí. Mezi tyto části patří emoce a pocity, komunikace, konflikty, vztahy, vypořádávání se změnou a ztrátou. U dítěte se předpokládá, že bude objevovat možná řešení nepříjemných situací. V každé části je ilustrován příběh, který děti provází (Národní ústav duševního zdraví). Pro studenty středních škol je program Mindset, který byl vyvinut Národním ústavem duševního zdraví. Cílem tohoto programu je snížení stigmatizace duševně nemocných a změna negativního postoje ze strany studentů středních škol. Během tohoto programu byly použity letáčky, video a také seminář, jehož se zúčastnil člověk, který má duševní nemoc. Seminář vedle k největší změně u studentů středních škol (Národní ústav duševního zdraví, 2018).

Blázníš? No a! To je další program, který se zaměřuje na destigmatizaci duševně nemocných u středoškolských studentů. V programu se používají teoretické znalosti o duševních nemocech a sdílení zkušeností. V programu figuruje vyškolený tým, který se skládá z moderátora, což je vyškolený odborník na oblast psychiatrické péče a expertů, kteří mají osobní zkušenosti s psychiatrickou péčí. V programu je rozvíjena konverzace se studenty, jak vnímají psychické problémy, jaké jsou jejich zkušenosti s duševně nemocnými a jestli ví, kam se mají obrátit při problémech (Národní ústav duševního zdraví, 2018).

#### **4.3.4 Efektivní prvky v destigmatizačních programech**

Velmi přínosný je osobní kontakt s duševně nemocným. Duševně nemocný člověk by měl absolvovat školení, aby věděl jak správně oslovit lidi se svým onemocněním. Program by měl být pro každou skupinu lidí vypracovaný jinak, tak aby je správně oslovil, neměl by se používat stejný u různých skupin lidí. Mělo by být jasné sdělení, tak aby ho pochopila skupina, kterou je snaha edukovat. Většinou se jedná o edukaci o duševní nemoci a jejím léčení. Duševně nemocného bychom měli do programu co nejvíce zapojovat, měl by se podílet i na plánování programu. Měly by být stanoveny cíle, kterých chceme u dané skupiny lidí dosáhnout. Mělo by se neustále zjišťovat, zda je program efektivní a jestli je vhodný k dlouhodobému používání. Cíle programu by měly být zvýšení informovanosti a povědomí o duševních nemocech a změna postojů vůči duševně nemocným. Zde panuje snaha snížit stigmatizaci duševně nemocných a také snižování sebestigmatizace u duševně nemocných. Podporuje důstojnost nemocného a je kladen důraz na lidská práva nemocného (Národní ústav duševního zdraví, 2018).

#### 4.3.5 Rizika v rámci realizace destigmatizačních programů

Rizikem může být, že nebude o program mezi lidmi s duševním onemocněním zájem. Destigmatizační program může trvat i několik týdnů a je zde možná neochota účastnit se celého programu ze strany duševně nemocných. Možné riziko je, že nebude dostatek ochotných psychiatrů, kteří by přednášeli. Riziko by mohlo být minimalizováno při dostatečné komunikaci a informovanosti duševně nemocných. Je nutnost zapojovat nemocného do plánování a musí být kladen důraz, že je nutné absolvovat celý program. Od rodinných příslušníků je zde riziko, že se nepodaří jich dostatek proškolit, tak aby se mohli účastnit programu. Problémům můžeme předejít, pokud se začneme včas připravovat a pokud budeme rodinným příslušníkům zdůrazňovat, že to musí být absolvováno jako celek. Riziko ze strany zdravotníků je neochota a nedostatek motivace, proto se pomocí rozhovoru snažíme zdravotníky vhodně motivovat (Národní ústav duševního zdraví, 2018).

#### 4.3.6 Destigmatizační programy v České republice

Projekt SPOLU má snahu podporovat spolupráci studentů psychologie a medicíny, duševně nemocných a zdravotníků v psychiatrických zařízeních. Projekt byl zřízen v Brně v roce 2012 při Národním ústavu duševního zdraví z iniciativy studentů. Programem prošlo více než 300 studentů a dotkl se více než 1500 pacientů. Studenti medicíny a psychologie ve svém volném čase plánují a realizují aktivity pro duševně nemocné, kteří jsou v následné péči. Studenti mají snahu komunikovat s pacienty při každém setkání. Aktivity, které realizují studenti pro duševně nemocné, napomáhají duševně nemocným odpoutat se od negativních myšlenek. Duševně nemocní pocítují pak větší víru v uzdravení a návrat do každodenního života. Studentům to zároveň umožní získat praxi pod dohledem vyškoleného personálu. Studenti mohou s duševně nemocnými promluvit, malovat, vést taneční a hudební terapie. Lepší trávení volného času duševně nemocných vede k vyšší kvalitě péče a pomáhá získat zkušenosti studentům. Dále je cílem destigmatizace duševních onemocnění a informovat ostatní o duševních nemocech (spolu, 2017).

V České republice jsou k dispozici internetové stránky Stopstigma, které mají za úkol edukovat veřejnost o duševních nemocech. Tyto stránky mají snahu měnit postoje veřejnosti a dávat naději lidem, kteří mají duševní nemoc. Hlavním cílem stránek Stopstigma je snaha zmírnit stigmatizaci duševně nemocných a jejich rodiny a vyvarovat se negativním nálepkám. Stránky vedou snahu zamezit předsudkům a stereotypům, které kolují mezi lidmi i přes narůstající počet duševně nemocných. Na projektu Stopstigma pracují odborníci za

spolupráce s duševně nemocnými, kteří prezentují své zkušenosti s duševní nemocí. Stránky jsou vytvořeny k boji proti stigmatizaci a diskriminaci (centrum pro rozvoj duševního zdraví, 2017).

Sympathea je organizace příbuzných duševně nemocných, která vznikla v Praze v roce 2003. V Praze funguje poradna sympathey, ale v rámci celé republiky, pořádají různé přednášky, které hájí zájmy rodinných příslušníků duševně nemocných. Jedná se o neziskovou společnost, kde pracují rodinní příslušníci duševně nemocných. Hlavní důvod proč sympathea vznikla, byla neinformovanost rodinných příslušníků o nemoci a léčbě. Vznikla z iniciativy odborníků, kteří svolali rodinné příslušníky duševně nemocných z různých měst a motivovali je ke spolupráci a k rozvoji kvality péče o duševně nemocné. Mezi hlavní principy sympathey patří vědomost, že duševně nemocní mají stejná práva, příležitosti a zodpovědnost jako ostatní lidé. Dalším princip je věnování, co nejvíce času nemocnému ze strany rodinných příslušníků. Musí být dbáno na to, aby příbuzní dostávali průběžně informace o duševně nemocném. Hlavním cílem je spolupráce odborníků, rodinných příslušníků, pacientů a veřejnosti. Vládne zde snaha informovat veřejnost o duševních nemocech a změnit jejich pohled na duševně nemocné a na jejich rodinu (sympathea).

Další organizace bojující proti stigmatizaci je organizace Baobab. Vznikl v roce 1997 a jeho cílem je vytvářet programy pro duševně nemocné zaměřené na lidi s psychotickou zkušeností. Momentálně je Baobab k nalezení v Praze a v Kladně. Baobab má snahu pomáhat duševně nemocným, tak aby vedly spokojený život. Cílovou skupinou jsou duševně nemocní, kteří mají hlavně psychózy a afektivní poruchy, nemocní v ambulantní péči, nemocní, kteří zvládají sebeobsluhu. Princip organizace Baobab je, že duševně nemocný je rovnocenný. Duševně nemocný má právo se samostatně rozhodovat a nese odpovědnost za své činy. U všech duševně nemocných se bere ohled na jejich emoce, přání a názory. Snaží se motivovat a podporovat duševně nemocného. Lidé zapojující se do programu musí mít vzdělání a mají snahu zapojit duševně nemocného do běžného života (Jarka Jones, 2016).

Na destigmatizaci je zaměřen také program Na vlastní kůži- destigmatizace duševně nemocných pomocí předávání zkušeností. V tomto programu je cílená spolupráce s lidmi, kteří mají zkušenosti s pobytem v psychiatrických léčebnách. V rámci tohoto programu je možnost účastnit se pobytu v institucionálním zařízení a přiblížit si tak pobyt v psychiatrické léčebně. Jedná se o neziskovou organizaci, která se snaží bránit ty, kteří se sami bránit nemohou a dává upozornění na porušování lidských práv a svobod. Víze programu je spravedlivá společnost a důstojný život pro všechny. Usilují o změnu zákonů, které nejsou

vyhovující a poskytují poradenství, aby se lidé vyznali v právech. Využívají odborné znalosti a zachovávají si profesionální přístup. Organizace se snaží vždy být nestranná. Došlo k zapojení 30 škol do projektu. Organizace bojuje za osobní svobodu nemocných a je proti nedůstojnému zacházení v léčebnách (Liga lidských práv).

Na rovinu je dalším programem zabývající se destigmatizací. Tento projekt se snaží o snížení míry stigmatizace duševně nemocných a lepšímu přístupu k těmto lidem. Program na rovinu je zaměřený nejen na duševně nemocné, ale také na jejich rodinné příslušníky. V programu jsou zahrnuti také zdravotníci, sociální pracovníci a veřejná správa. Program zaměřený na zdravotníky se zabývá komunikací s duševně nemocnými. Cílem je, aby věděli zdravotničtí pracovníci, jak správně s duševně nemocnými komunikovat. Je důležité, aby měli informace o stigmatizaci duševního onemocnění. V rámci tohoto programu je snaha zlepšit znalosti o duševním onemocnění a zajištění kontaktu s duševně nemocným, který by informoval zdravotníky o svém onemocnění (Horáček, 2017).

Program Nevypuť duši vznik v roce 2015 na základě společného snu dvou kamarádek. Chtěly založit program na osvětě duševního zdraví. Obě studovaly v Anglii, kde je větší povědomí o duševních nemocech. Jejich motivací je pomáhat duševně nemocným a informovat veřejnost o duševních nemocech. Jejich program spočívá v šíření poučných videí skrz Youtube, které lze poté dále sdílet na sociálních sítích. Dále pořádají přednášky pro studenty středních škol (Nevypuť duši, 2019)

Green Doors jedná se o nestátní neziskovou organizaci, která se snaží pomáhat duševně nemocným lidem při návratu do zaměstnání. Poskytují jim podporu při zvládnání pracovní zátěži. Snaží se o destigmatizaci duševního onemocnění. Panuje zde snaha o vyšší informovanost o duševním onemocnění. To pomáhá začlenit se duševně nemocnému do společnosti a k nalezení práce. Snaží se do osvětového programu zapojit také lidi, kteří sami mají duševní onemocnění (Green doors)

Café Práh zřízená na Právnické fakultě Masarykovy univerzity pomáhá lidem, kteří trpí duševním onemocněním začlenit se do společnosti. Zřizuje ji nezisková organizace Práh jižní Morava. V této kavárně obsluhují duševně nemocní. V kavárně si duševně nemocní snaží natrénovat pracovní dovednosti a snaží se je motivovat k návratu do běžného života, aby si mohli najít zaměstnání (Cafeprah, 2013)



## 5 STIGMATIZACE ZDRAVOTNÍKEM

### 5.1 Stigmatizace a destigmatizace oboru psychiatrie

Psychiatrie je stigmatizována již od dávné minulosti, není považována za lékařský obor v pravém slova smyslu (Kusá, Onderka, 2006, podle Ocisková, Praško, 2015, s. 30).

Velmi často je možné setkat se s názorem, že sestry, které pracují na psychiatrii, nejsou tak schopné, jako sestry pracující na jiných odděleních. Mezi lidmi koluje stereotyp, že sestry na psychiatrii jsou pomalejší a ošetrovatelské postupy nezvládají, tak dobře jak sestry z jiných oddělení. Při tom sestra na psychiatrii musí být zkušená v komunikaci, aby se jí nemocní otevřeli a získali si k ní důvěru (Janoušková, 2004, podle Marková a kol., 2006, s. 23)

Menší prestiž oboru psychiatrie je dána tím, že se zabývá lidmi, kteří jsou zasaženi stigmatizací, ale také díky menší úspěšnosti v léčbě. Velmi často se stává, že duševní nemoc nejde zcela vyléčit a to vzbuzuje mezi lidmi nedůvěru. Lidi mají pocit, že psychiatr má nad nemocnými moc a může omezovat jejich osobní svobodu, tím jsou nemocní stigmatizováni (Marková a kol, 2006, s. 23 – 24).

Pověst psychiatrie v České republice je docela špatná, což je ovlivněno stigmatizací nejen duševně nemocných lidí, ale také oboru psychiatrie. Velký vliv na to mají i média. Stává se, že psychiatrická oddělení jsou méně financována než ostatní oddělení. Stigma nepostihuje jen duševně nemocné a jejich rodinné příslušníky, také postihuje samotné instituce i odborníky. Stigmatizace brání tímto způsobem k dosažení kvalitní péče a zlepšení kvality života. Stigmatizace vede k diskriminaci pacienta a k menšímu financování oboru psychiatrie. To vede ke snížené spolupráci pacienta a lékaře, pacient se odmítá léčit a více se izoluje od ostatních. Proto je důležitá destigmatizace psychiatrie, aby byl změněn postoj k psychiatrii. Proto by se měla veřejnost seznamovat s duševními nemocemi a možnostmi jejich léčby (Ocisková a kol., 2014).

Ke každodenní práci sestry patří podporování pacientů v těžkých chvílích, vytváření bezpečného prostředí pro pacienty a navázání kontaktu. Sestra musí umět zvládat náročné situace. Sestra by měla být empatická, citlivá a zachovat si neutrální postoj k pacientům. Musí být obeznámena s příznaky duševních nemocí, aby bylo předcházeno možným chybám v úsudku a mohla si udržet odstup s neutrálním přístupem. U sestry na psychiatrii se očekává, že bude zvládat komunikaci s nemocným a bude klást správné otázky, při kterých

se nemocný otevře. Vědomosti o použitých léčivech by měly být samozřejmostí, aby sestra mohla hodnotit účinek a vedlejší účinek u nemocného. Sestra je součástí týmu a je očekáváno, že se bude aktivně účastnit psychoterapií. Sestra se snaží zachovat co největší samostatnost u nemocných, podporuje je v sebepéči. Sestra podává psychofarmaka podle ordinační lékařské, dohlíží na jejich užití a sleduje jejich účinek. Sestra má snahu edukovat o duševních nemocech (Marková a kol., 2006, s. 57 – 58).

Když v rodině někdo onemocní duševní chorobou, tak může rodina pocítit obavy a proto záleží na otevřeném a klidném přístupu sestry. Klidný a otevřený přístup může pomoci při navázání vztahu s pacientem a při budování důvěry. Sestra podporuje pacienta, aby si zachoval aktivní přístup v léčbě. Při přijetí pacienta by jej měla sestra ihned seznámit s pravidly na daném oddělení. Důležitá je spolupráce celého týmu, který se o nemocného stará, jelikož spory mezi jednotlivými pracovníky by mohly mít negativní dopad na nemocného, který by mohl ztratit důvěru v ošetrovatelský tým. Pro nemocného je pobyt na oddělení nepříjemný, nemocnému je zasahováno do soukromí a může nabýt pocit, že je neustále kontrolován, proto by sestra měla mít snahu zachovat u nemocného v co největší míře samostatnost. Sestra by měla být zdvořilá a měla by se vyvarovat ironického chování, jinak by se mohlo stát, že bude důvěra nemocného poškozena. Sestra by nikdy neměla navazovat soukromé vztahy s nemocným, měla by si vždy zanechávat odstup. Pokud by sestra navázala erotický nebo ochranný vztah s nemocným, muselo by to být vyřešeno přeložením pacienta nebo sestry na jiné oddělení. Avšak neosobní vztah a pouhé vykonávání činností má negativní vliv na nemocného. Sestra by neměla být neklidná a nervózní, protože dojde k snadnému přenosu na nemocného. Měl by být kladen vždy důraz na samostatnost a podporu sebepéče, jelikož při přehnané péči se nemocný může stát závislým na péči a může vykazovat neochotu starat se o sebe sám (Marková a kol., 2006, s. 87 – 88).

## 5.2 Stigmatizace zdravotníkem

Se stigmatizací se však můžeme setkat nejen u většinové společnosti, ale i u zdravotnických profesionálů. Zdravotníci mohou duševní nemoci podceňovat, nebo je mohou naopak přeceňovat. Při přeceňování se často stane, že lékař přestane věřit ve vyléčení pacienta. Naopak pokud dojde k podceňování, tak dochází k vymlouvání potíží pacientovi. Léčba pacienta tak hodně záleží na terapeutickém vztahu mezi pacientem a zdravotníkem. K nálepkování pacienta dojde, pokud se zdravotník dozví, že pacient má obtížně léčitelnou nemoc. Pokud se zdravotník dozví, že jde o poruchu osobnosti, tak se může stát, že dojde

k minimalizaci snahy o vyléčení ze strany zdravotníka, jelikož může předpokládat, že stejně nelze terapeuticky ovlivnit. A tudíž dochází ke stigmatizaci pacienta ze strany zdravotníka. Může se stát, že dostanou nálepkou nesympatičtí pacienti, nebo ti co kritizují zdravotníka. Hanlivé nálepky mohou sloužit jako obrana pro zdravotníka při neúspěchu v léčbě pacienta. Zdravotník dává nálepky také lidem, kteří si stěžují, že nejsou dostatečně léčeni. Tím vznikne bludný kruh, kdy si pacient stěžuje, že je nedostatečně léčen a pak je mu věnována ještě menší péče a pacient si stěžuje ještě víc. Ke stigmatizaci může dojít i při skupinové terapii, kdy pacient je samotář a terapeut se přiklání spíše ke skupině než k jedinci (Ocisková, Praško, 2015, s. 30 - 32).

Stává se, že zdravotníci se dopouštějí stigmatizace duševně nemocných stejně jako ostatní populace. Pokud se dostane duševně nemocný člověk do nemocničního zařízení, tak se často stává, že jeho fyzické potíže jsou přisuzovány jeho duševnímu onemocnění. Duševně nemocný tak nedostane adekvátní péči, jakou by potřeboval. Zdravotníci často mají obavy při práci s duševním onemocněním, mají strach převážně z nepředvídatelného a agresivního chování ze strany duševně nemocných. Zdravotníci se domnívají, že duševně nemocní lidé nespolupracují při léčbě. Lidé s duševním onemocněním mají kratší délku života, není to důsledek jejich duševní nemoci, ale velmi často se jedná o neadekvátní poskytnutí zdravotní péče. Lidé očekávají, že zdravotníci se budou dopouštět stigmatizace vůči duševně nemocným v menší míře, avšak v některých oborech, například u urgentního příjmu, je stigmatizace zdravotníků vůči duševně nemocným ještě vyšší než u veřejnosti. Často se stává, že sestra se snaží být milá a laskavá k pacientovi, který je přijat do nemocničního zařízení v důsledku předávkování. Avšak při opakovaném přijetí tohoto pacienta z důvodu předávkování, může být sestra pod tlakem a může cítit frustraci. Potom se stává velmi těžkým úkolem starat se o tohoto člověka a poskytovat mu péči k zlepšení jeho zdraví. Sestra se může snažit mít chápavý přístup, ale opakované přijetí pacienta může přinést necitlivost a nepochopení. Avšak duševně nemocný v nemocničním zařízení, například pacient přijatý pro předávkování, potřebuje zejména pochopení a citlivý přístup (Hamplová, 2018).

### **5.3 Role sestry při destigmatizaci**

Sestra pracující na psychiatrickém oddělení prožívá velký stres, jak z psychického, tak z fyzického pohledu. Na sestru je velký tlak, pokud je pacient přijat k nedobrovolné hospitalizaci a neprojevuje žádnou vůli spolupracovat. Sestra musí zajistit neustálý dohled nad tímto pacientem, aby mu byla zajištěna bezpečnost. Sestra zaujímá individuální přístup

k nemocným, sleduje chování a návyky nemocných. Sestra si musí všimnout jakékoli změny, aby v případě potřeby mohla zasáhnout. Musí znát příznaky duševních onemocnění a také léky, kterými jsou tyto nemoci léčeny. Musí být informována o podávaných lécích a vedlejších účincích. Sestra poskytuje edukaci nemocnému i jeho rodině o duševním onemocnění a možnostech léčby. Sestra musí navázat vztah s pacientem a získat jeho důvěru (Kučera, 2007).

Sestry jsou v jedinečné pozici, aby pozitivně ovlivnily veřejnost ohledně duševních nemocí. Sestry mohou k snížení stigmatizace duševně nemocných využít své znalosti a důvěryhodnost. Sestry mají snahu obhajovat duševně nemocné a ukončit stigmatizaci. Stigmatizace duševně nemocných vede k diskriminaci a to způsobuje negativní vliv na léčbu (Mandal, Prakash, 2014).

Sestra má mnoho poslání ve své profesi a v její roli je také edukace. Sestra edukuje nemocného, ale také jeho rodinu a blízké. Pokud člověk zjistí, že je duševně nemocný, tak je to pro něj nová životní situace. Úloha sestry je posilovat sebedůvěru u nemocného a poskytovat jistotu jeho rodině. Měla by edukovat nemocného i rodinu o příznacích a léčbě duševním onemocnění. Správná edukace může vést k nižšímu riziku opakovaných hospitalizací nemocného. Sestra by si měla vyhradit dostatek času na edukaci a měla by začlenit také rodinu. Nemocný lépe přijme své onemocnění, když má podporu své rodiny (Hradecká, 2010)

V psychiatrii je pro nemocného velmi přínosné, když se zapojí rodina. Proto je velkým přínosem, když sestra spolupracuje s rodinou hned od začátku, kdy je diagnostikováno duševní onemocnění. Když v rodině někdo onemocní, tak rodina se cítí nejistá a hledá informace. Sestra by si měla získat důvěru nemocného a jeho rodiny a to je klíč k navázání spolupráce. Sestra musí mít znalosti o duševním onemocnění a musí zvládat komunikaci. Musí si vyhradit dost času na klidném místě. Duševní nemoc se dotýká celé rodiny, a tak by měla sestra dbát na pocity a obavy i ze strany rodiny (Hradecká, 2010)

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 6 METODIKA

Destigmatizace duševně nemocných a její strategie mají snahu snižovat stigmatizaci a podporují duševně nemocné při návratu do běžného života. Destigmatizace je důležitou částí, která má vést k podpoře duševně nemocných a jeho rodině. Pomocí destigmatizačních programů by mělo dojít ke snížení důsledků stigmatizace. Je velmi důležité snižovat diskriminaci duševně nemocných v naší společnosti. Všeobecné sestry poskytují péči duševně nemocnému a poskytují informace rodině a přátelům duševně nemocného, a proto se ve výzkumné části zaměříme na všeobecné sestry. V této kapitole bude popsán výzkum bakalářské práce. Ve výzkumném šetření jsme se zaměřili na vnímání stigmatizace a destigmatizace všeobecnými sestrami. Dále jsme se zaměřili na postoje všeobecných sester k ošetřování duševně nemocných. V této části bakalářské práce jsme sestavili hlavní cíl a k němu následující dílčí cíle. Pro práci byla zvolena kvantitativní metoda technika dotazníku. Velkým přínosem dotazníkového šetření je anonymita respondentů, kdy mohou být upřímnější odpovědi. Avšak negativum této metody jsou problémy s návratností dotazníků a neochota při jejich vyplnění.

### 6.1 Cíl výzkumu

Hlavní cíl: Zjistit, jak sestry vnímají stigmatizaci a destigmatizaci a jakou roli v ní dle jejich názoru mají.

První dílčí cíl: Zjistit, jak sestry charakterizují stigma a stigmatizaci.

Druhý dílčí cíl: Zjistit, jaké mají sestry postoje k ošetřování duševně nemocných.

Třetí dílčí cíl: Zjistit, jak sestry charakterizují destigmatizaci a jakou roli v ní dle jejich názoru mají.

### 6.2 Výzkumný soubor

Kritéria pro výběr respondentů byla, že výzkumu se mohou zúčastnit všeobecné sestry vzdělané dle platné legislativy České republiky, které pracují na interním, chirurgickém a psychiatrickém oddělení. Do výzkumu bylo zařazeno 86 všeobecných sester. Byly osloveny různé věkové skupiny všeobecných sester, kvůli různorodosti odpovědí. Všeobecné sestry vyplňovaly dotazník od půlky února do půlky dubna. Výzkum proběhl anonymně.

### 6.3 Metoda sběru dat

V praktické části bakalářské práce byla využita kvantitativní metoda výzkumu, technika dotazníku. Realizace výzkumného šetření byla zaměřena na názor všeobecných sester na stigmatizaci, destigmatizaci duševně nemocných a jaký mají postoj k ošetřování nemocných. Základ pro uskutečnění výzkumu bylo sestavení otázek do dotazníku. Položky dotazníku obsahují první dvě otázky obecné. Zbytek otázek je rozdělen do tří kategorií, tak aby se vztahoval k jednotlivým cílům. V první kategorii jsou otázky, které se zaměřují na názory všeobecných sester na stigma, stigmatizaci a její důsledky. V druhé kategorii jsou otázky, které se vztahují k postoji všeobecných sester při ošetřování duševně nemocných. V třetí kategorii se nachází otázky, které se zaměřují na názor všeobecných sester na destigmatizaci a na jejich roli při destigmatizaci.

### 6.4 Realizace výzkumného šetření

Na základě stanovených cílů, byly sestaveny otázky do dotazníkového šetření. Před zahájením dotazníkového šetření byla podána žádost o umožnění dotazníkového šetření na Ústav zdravotnických věd Fakulty humanitních studií UTB ve Zlíně. V lednu 2019 proběhl předvýzkum, kdy bylo posláno 10 dotazníků studentkám oboru Všeobecná sestra, aby bylo jasné, že otázky v dotazníku jsou jasné a srozumitelné. Nikdo neuvedl, že by otázky byly nesrozumitelné. Dotazníky z předvýzkumu nebyly později zařazeny do výzkumu, na základě vyřazovacího kritéria. Dotazník obsahuje celkem 25 otázek. 17 otázek v dotazníku je uzavřených a 8 je polouzavřených. Dotazník je anonymní. V otázce číslo 1 jsme zjišťovali, kterou pracovní pozici ve zdravotnictví respondenti vykonávají. Otázka číslo 2 zjišťovala typ oddělení, na kterém pracují respondenti. K prvnímu dílčímu cíli se vztahují otázky 3,4,5,6 a 7. K druhému dílčímu cíli se vztahují otázky 8,9,10,11,12,13,14 a 15. K třetímu dílčímu cíli se vztahují otázky 16,17,18,19,20,21,22,23,24 a 25. Dotazníky byly rozdány na interní, chirurgické a psychiatrické oddělení. Výzkum probíhal od února do poloviny dubna.

### 6.5 Zpracování dat

Bylo rozdáno 150 dotazníků a z nich se vrátilo 119 dotazníků. Celková návratnost dotazníků tedy činila 79,33 %. 3 dotazníky byly vyřazeny kvůli neúplnému vyplnění. 30 dotazníků bylo vyřazeno na základě vyřazovacího kritéria po zodpovězení otázky číslo 1. Do výzkumu bylo tedy použito 86 dotazníků, které vyplnily všeobecné sestry. Výsledky byly zpra-

covány statistickou metodou pomocí programu MS Word a MS Excel do tabulek a grafů, které jsou doplněné malým komentářem. V tabulkách je uvedena absolutní četnost, kde je zaznačen celkový počet respondentů, kteří v dotazníku označili stejnou odpověď a relativní četnost, kde jsou počty odpovědí zaznačeny pomocí procent. Pro lepší přehlednost byly nejčastěji zaznačené odpovědi v tabulce označeny červeně. Dotazník je součástí příloh P1.



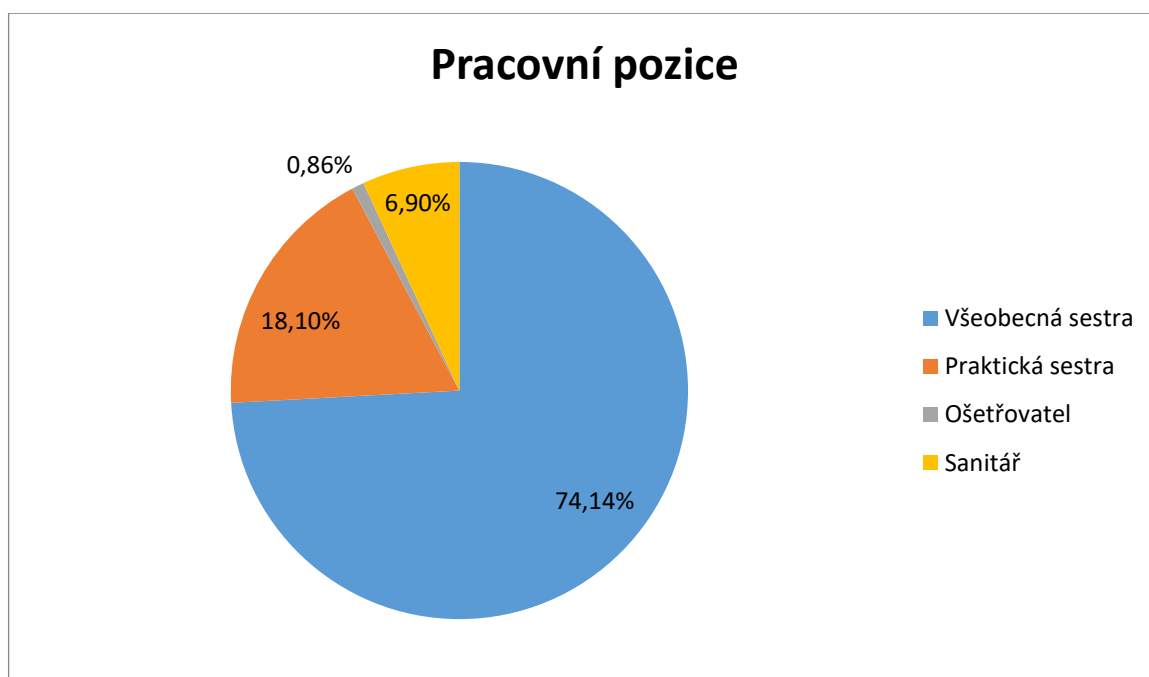
## 7 ANALÝZA VÝZKUMNÝCH DAT

### 7.1 Vyhodnocení dotazníku

Otázka číslo 1: Jaká je vaše pracovní pozice?

Tabulka 1: Pracovní pozice

| Odpovědi                | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|-------------------------|-------------------|-------------------|
| <b>Všeobecná sestra</b> | <b>86</b>         | <b>74,14 %</b>    |
| Praktická sestry        | 21                | 18,10 %           |
| Ošetřovatel             | 1                 | 0,86 %            |
| Sanitář                 | 8                 | 6,90 %            |
| <b>Celkem</b>           | <b>116</b>        | <b>100 %</b>      |



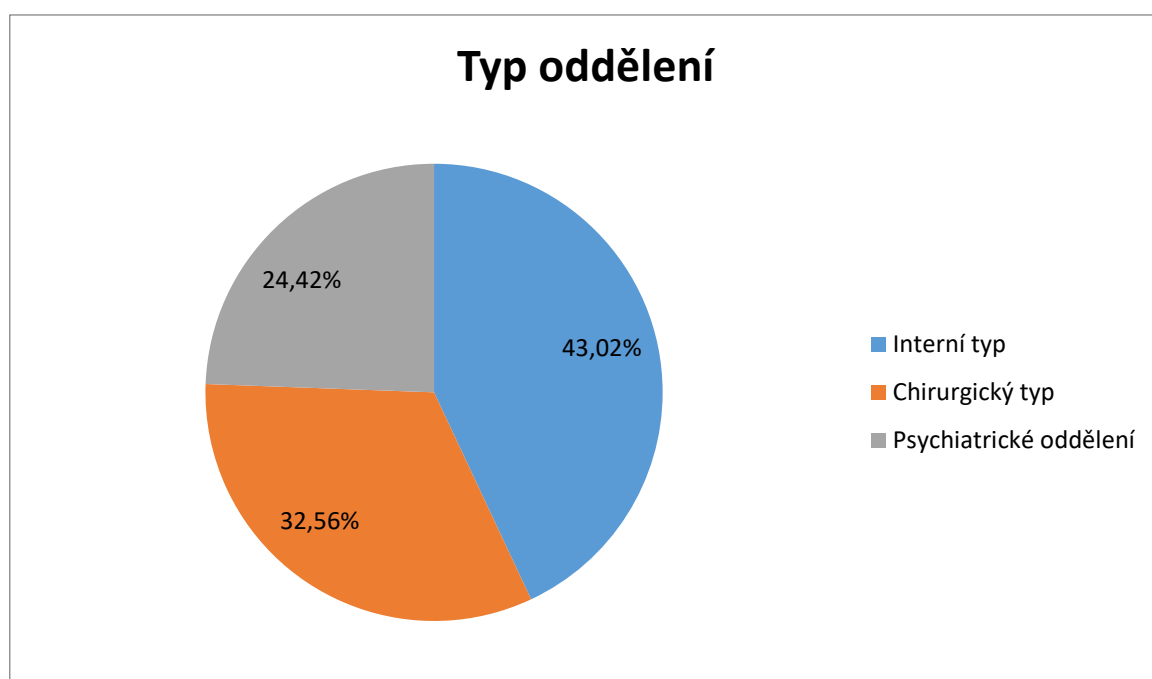
Graf 1: Pracovní pozice

Komentář: Z celkového počtu respondentů (116), kteří vyplnili dotazník, bylo 86 (74,14%) všeobecných sester. Dotazník vyplnilo také 21 (18,10%) praktických sester, 1 (0,86%) ošetřovatel a 8 sanitářů (6,90%). Vzhledem k tomu, že bylo kritériem pro výběr respondentů, že vyplnit dotazník mohou všeobecné sestry vzdělané dle platné legislativy České republiky, tak byly ostatní dotazníky vyplněné praktickými sestrami, ošetřovatelem a sanitáři vyřazeny.

**Otázka č. 2: Na jakém oddělení pracujete?**

Tabulka 2: Typ oddělení

| Odpovědi                     | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|------------------------------|-------------------|-------------------|
| Interní typ                  | 37                | 43,02 %           |
| Chirurgický typ              | 28                | 32,56 %           |
| Jiné: Psychiatrické oddělení | 21                | 24,42 %           |
| <b>Celkem</b>                | <b>86</b>         | <b>100%</b>       |



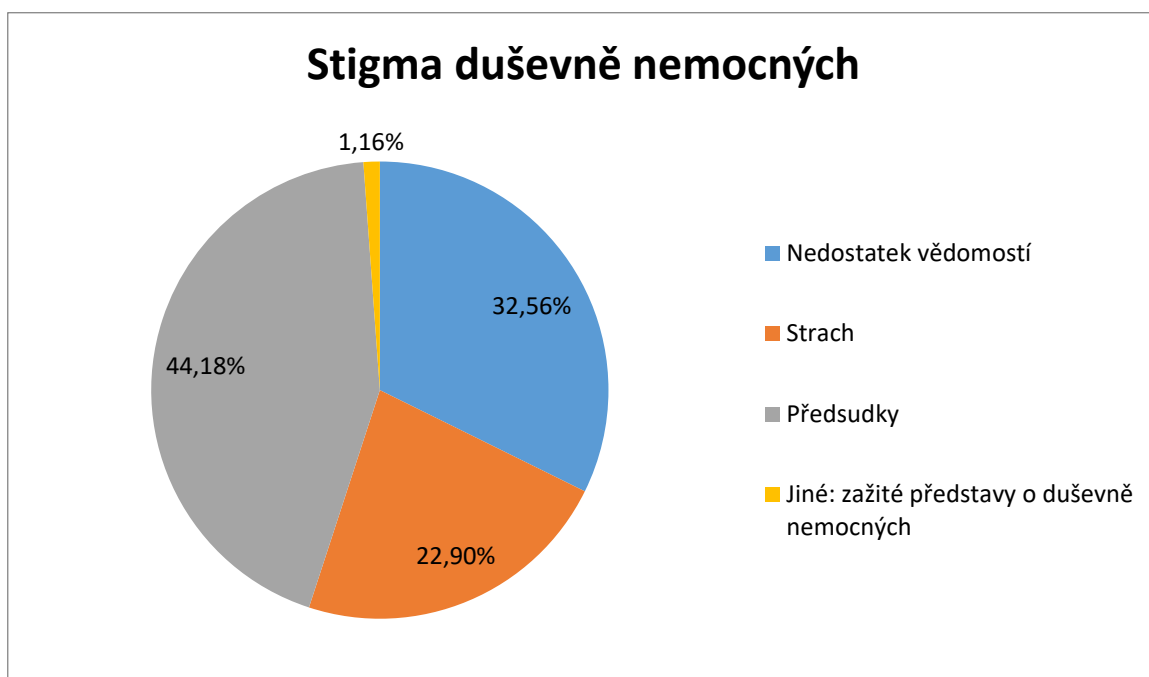
Graf 2: Typ oddělení

Komentář: Výzkumu se zúčastnilo 37 (43,02%) všeobecných sester z interního oddělení, 28 (32,56%) všeobecných sester z chirurgického oddělení a 21 (24,42%) všeobecných sester z psychiatrického oddělení.

**Otázka č. 3: Stigma duševně nemocných je způsobeno:**

Tabulka 3: Stigma duševně nemocných

| Odpovědi                                   | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|--|-------------------|-------------------|
| Nedostatkem vědomostí                      | 28                | 32,56 %           |
| Strachem                                   | 19                | 22,90 %           |
| <b>Předsudky</b>                           | <b>38</b>         | <b>44,18 %</b>    |
| Jiné: zažitá představa o duševně nemocných | 1                 | 1,16 %            |
| <b>Celkem</b>                              | <b>86</b>         | <b>100%</b>       |



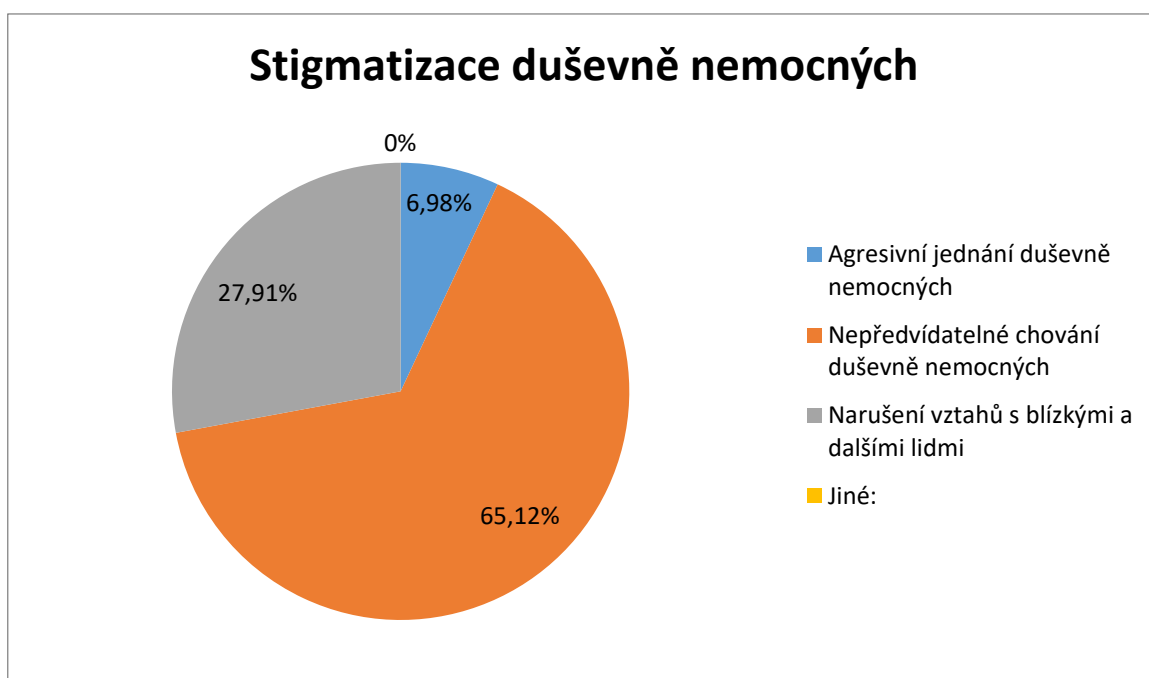
Graf 3: Stigma duševně nemocných

Komentář: 38 (44,18 %) všeobecných sester odpovědělo, že stigma duševně nemocných je způsobeno předsudky, jednalo se o nejčastější odpověď. 28 (32,56%) všeobecných sester označilo, že je způsobeno nedostatkem vědomostí. Stigma je způsobeno strachem odpovědělo 19 (22,90 %) všeobecných sester. Jedna všeobecná sestra (1,16%) vyznačila vlastní odpověď zažitá představa o duševně nemocných.

**Otázka č. 4: Stigmatizace duševně nemocných je způsobena:**

Tabulka 4: Stigmatizace duševně nemocných

| Odpovědi   | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|--|-------------------|-------------------|
| Agresivním chováním duševně nemocných              | 6                 | 6,98%             |
| <b>Nepředvídatelným chováním duševně nemocných</b> | <b>56</b>         | <b>65,12 %</b>    |
| Narušení vztahů s blízkými a dalšími lidmi         | 24                | 27,91 %           |
| Jiné:  | 0                 | 0%                |
| <b>Celkem</b>                                      | <b>86</b>         | <b>100%</b>       |



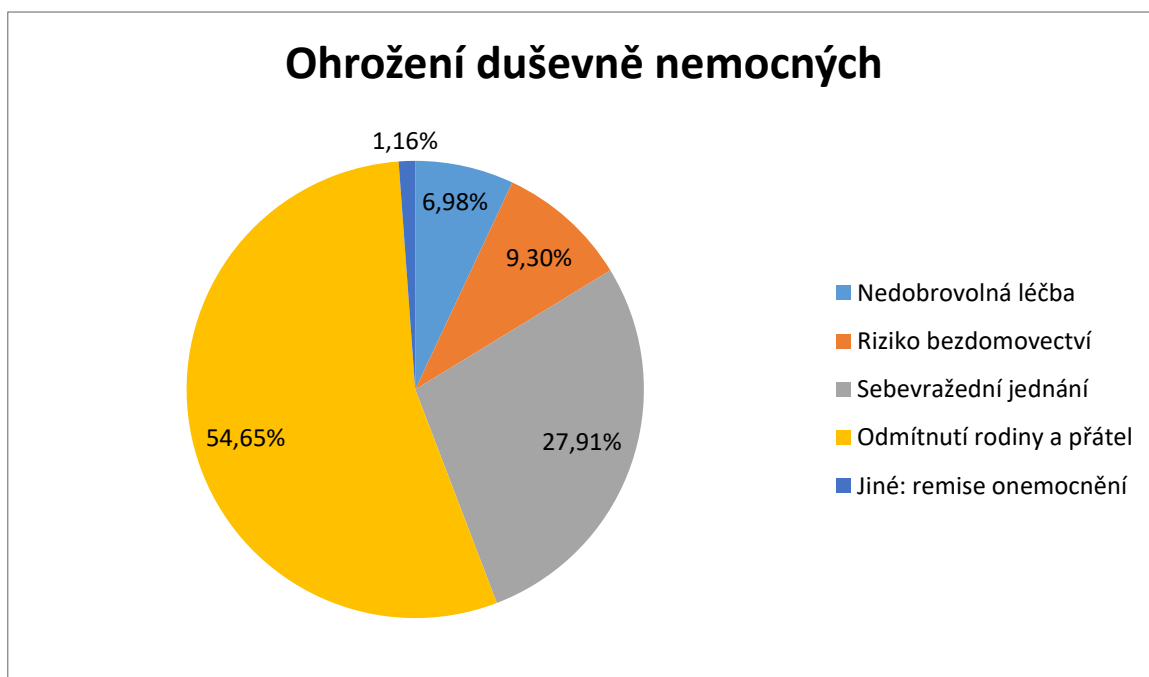
Graf 4: Stigmatizace duševně nemocných

Komentář: Nejvíce všeobecných sester 56 (65,12 %) odpovědělo, že stigmatizace duševně nemocných je způsobena nepředvídatelným chováním duševně nemocných. Další velká část 24 (27,91 %) všeobecných sester si myslí, že je způsobena narušením vztahů s blízkými lidmi. Jenom 6 (6,98 %) všeobecných sester si myslí, že je to způsobeno agresivním chováním duševně nemocných.

**Otázka č. 5: Duševně nemocní jsou nejvíce ohroženi:**

Tabulka 5: Ohrožení duševně nemocných

| Odpovědi                   | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|----------------------------|-------------------|-------------------|
| Nedobrovolná léčba         | 6                 | 6,98 %            |
| Riziko bezdomovectví       | 8                 | 9,30 %            |
| Sebevražedné jednání       | 24                | 27,91 %           |
| Odmítnutím rodiny a přátel | 47                | 54,65 %           |
| Jiné: remise onemocnění    | 1                 | 1,16%             |
| <b>Celkem</b>              | 86                | 100%              |



Graf 5. Ohrožení duševně nemocných

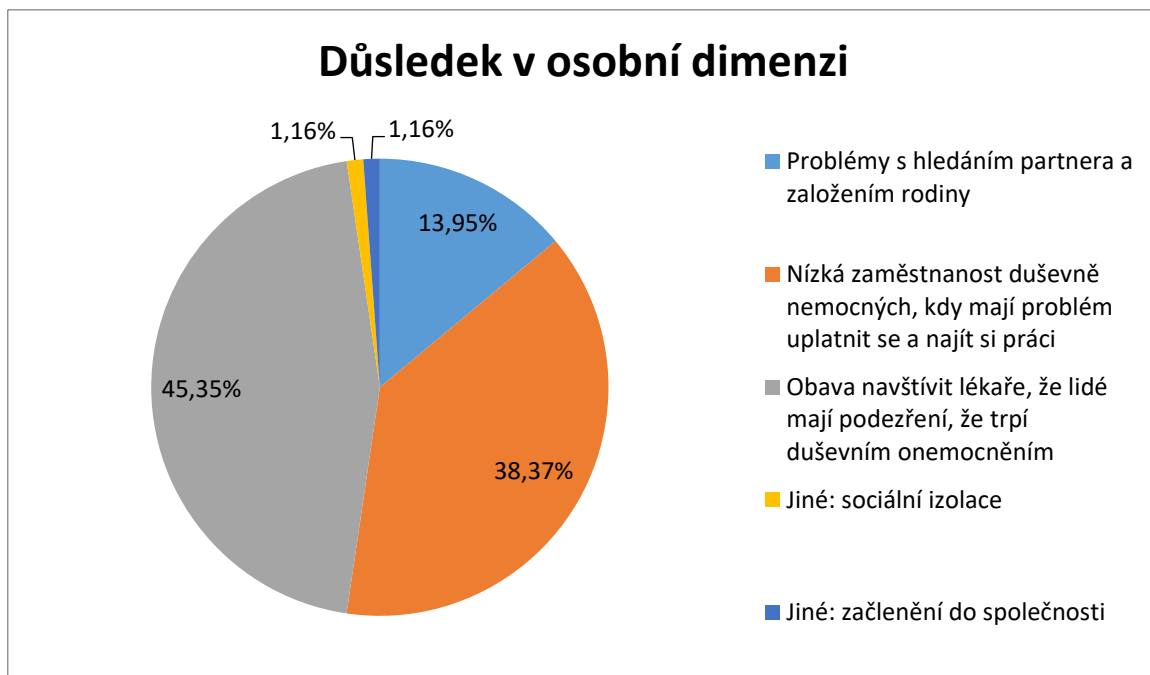
Komentář: 47 (54,65 %) všeobecných sester, tedy více než polovina respondentů, odpověděla, že duševně nemocný člověk je ohrožen především odmítnutím rodiny a přátel. 24 (27,91%) všeobecných sester vyznačilo, že jsou nejvíce ohroženi sebevražedným jednáním. Riziko bezdomovectví označilo 8 (9,30%) všeobecných sester a nedobrovolnou léčbu označilo 6 (6,98%) všeobecných sester. Jedna sestra (1,16%) využila možnost napsat vlastní odpověď, která zněla remise onemocnění.

**Otázka č. 6: Za největší důsledek stigmatizace duševně nemocných v osobní dimenzi považují:**

Tabulka 6: Důsledek v osobní dimenzi

| <b>Odpovědi</b>   | <b>Absolutní četnost</b> | <b>Relativní četnost</b> |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Problémy s hledáním partnera a založením rodiny   | 12                       | 13,95 %                  |
| Nízká zaměstnanost duševně nemocných, kdy mají problém najít práci a uplatnit se              | 33                       | 38,37 %                  |
| <b>Obava navštívit lékaře v případě, že lidé mají podezření, že trpí duševním onemocněním</b> | <b>39</b>                | <b>45,35 %</b>           |
| Jiné: sociální izolace  | 1                        | 1,16 %                   |
| Jiné: začlenění do společnosti  | 1                        | 1,16 %                   |
| <b>Celkem</b>   | <b>86</b>                | <b>100%</b>              |





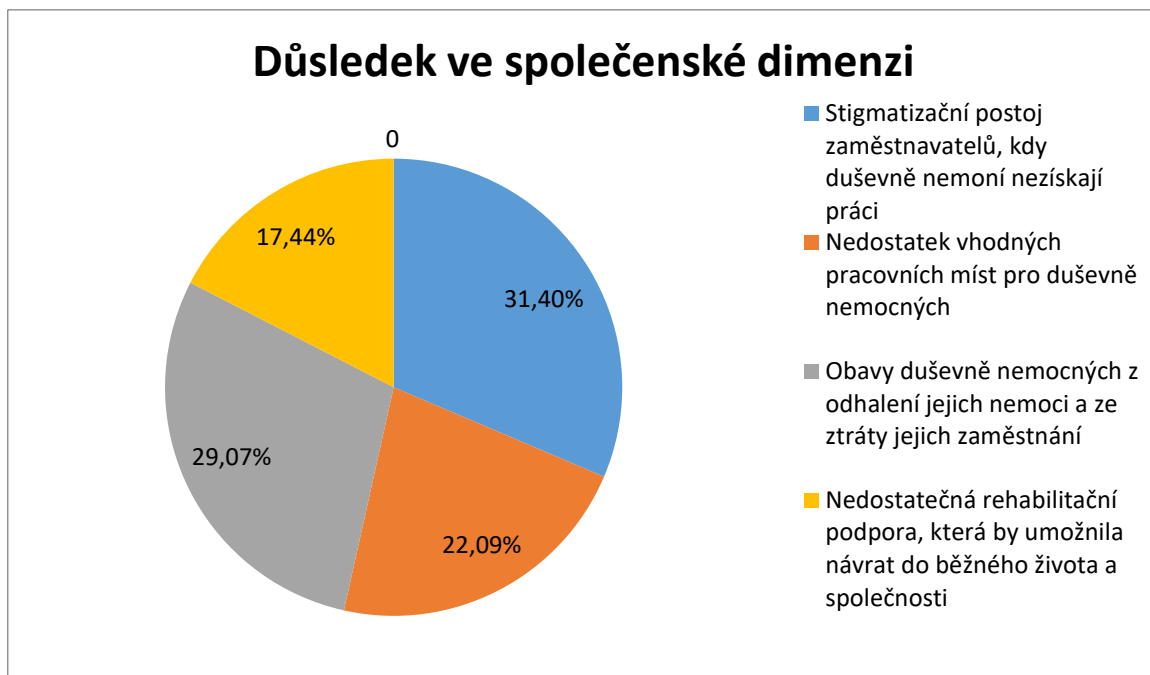
Graf 6: Důsledek v osobní dimenzi

Komentář: Největší část všeobecných sester 39 (45,35%) se domnívá, že hlavní důsledek stigmatizace duševně nemocných v osobní dimenzi je obava z návštěvy lékaře v případě, že mají podezření na duševní onemocnění. Další velká část všeobecných sester 33 (38,37%) označila za největší důsledek nízkou zaměstnanost duševně nemocných. Další menší část si myslí 12 (13,95%), že největší důsledek je obtížné hledání partnera a zakládání rodiny. Dvě sestry využily možnost vlastní odpovědi, kdy jedna (1,16 %) uvedla, že považuje za největší důsledek sociální izolaci a druhá (1,16%) uvedla začlenění do společnosti.

**Otázka č. 7: Za největší důsledek stigmatizace duševně nemocných ve společenské dimenzi považují:**

Tabulka 7: Důsledek ve společenské dimenzi

| <b>Odpovědi</b>   | <b>Absolutní četnost</b> | <b>Relativní četnost</b> |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Stigmatizační postoj za-<br>městnavatelů, kdy duševně<br>nemocní nezískají práci                      | 27                       | 31,40 %                  |
| Nedostatek vhodných pra-<br>covních míst pro duševně<br>nemocné                                       | 19                       | 22,09 %                  |
| Obavy duševně nemocných<br>z odhalení nemoci a mož-<br>nosti ztráty zaměstnání                        | 25                       | 29,07 %                  |
| Nedostatečná rehabilitační<br>podpora, která by umožnila<br>návrat do běžného života a<br>společnosti | 15                       | 17,44 %                  |
| Jiné:   | 0                        | 0%                       |
| <b>Celkem</b>   | <b>86</b>                | <b>100 %</b>             |



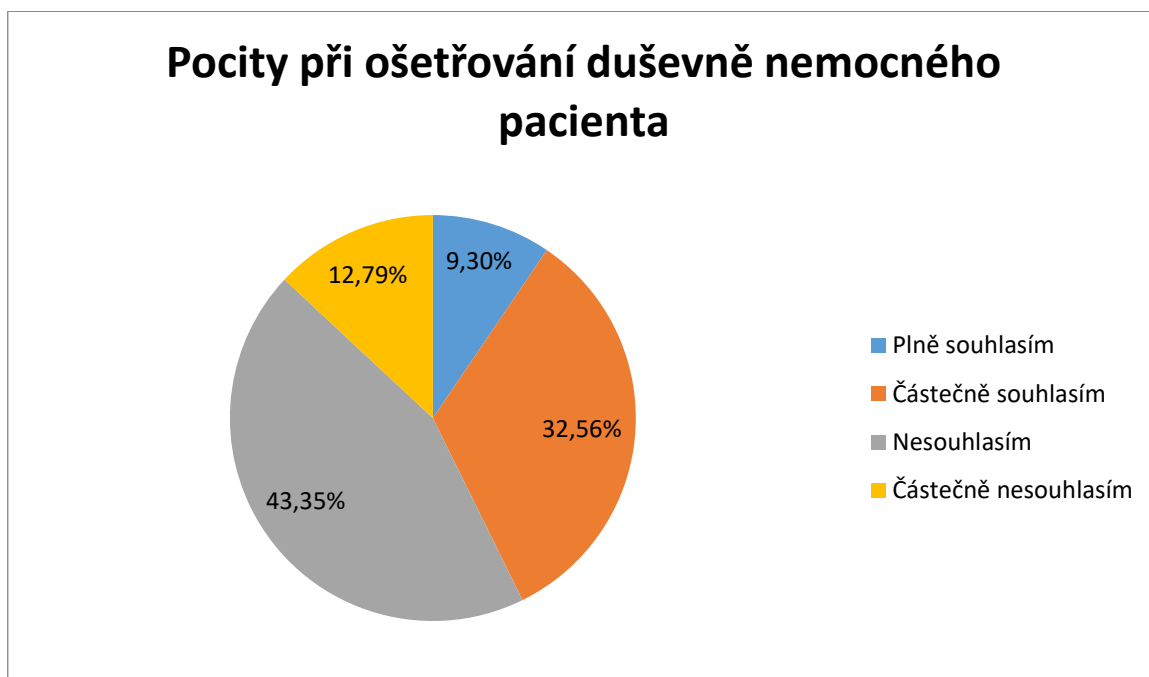
Graf 7: Důsledek ve společenské dimenzi

Komentář: Více než třetina všeobecných sester 27 (31,40%) uvedlo, že největší důsledek ve společenské dimenzi je stigmatizační postoj zaměstnavatelů, kdy duševně nemocných nezískají práci. Téměř třetina všeobecných sester 25 (29,07%) odpovědělo, že největší důsledek je obava duševně nemocných z odhalení nemoci a následné ztráty zaměstnání. Menší část všeobecných sester 19 (22,09%) se domnívá, že je největším důsledkem nedostatek pracovních míst pro duševně nemocné. Nejmenší část všeobecných sester 15 (17,44%) si myslí, že největší důsledek je nedostatečná rehabilitační podpora, která by umožnila návrat do běžného života a do společnosti.

**Otázka č. 8: Cítím se nepříjemně, když se setkám na oddělení s duševně nemocným pacientem a mám jej ošetřovat:**

Tabulka 8: Pocity při ošetřování duševně nemocného pacienta

| Odpovědi             | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|----------------------|-------------------|-------------------|
| Plně souhlasím       | 8                 | 9,30 %            |
| Částečně souhlasím   | 28                | 32,56 %           |
| <b>Nesouhlasím</b>   | <b>39</b>         | <b>43,35 %</b>    |
| Částečně nesouhlasím | 11                | 12,79 %           |
| <b>Celkem</b>        | <b>86</b>         | <b>100 %</b>      |



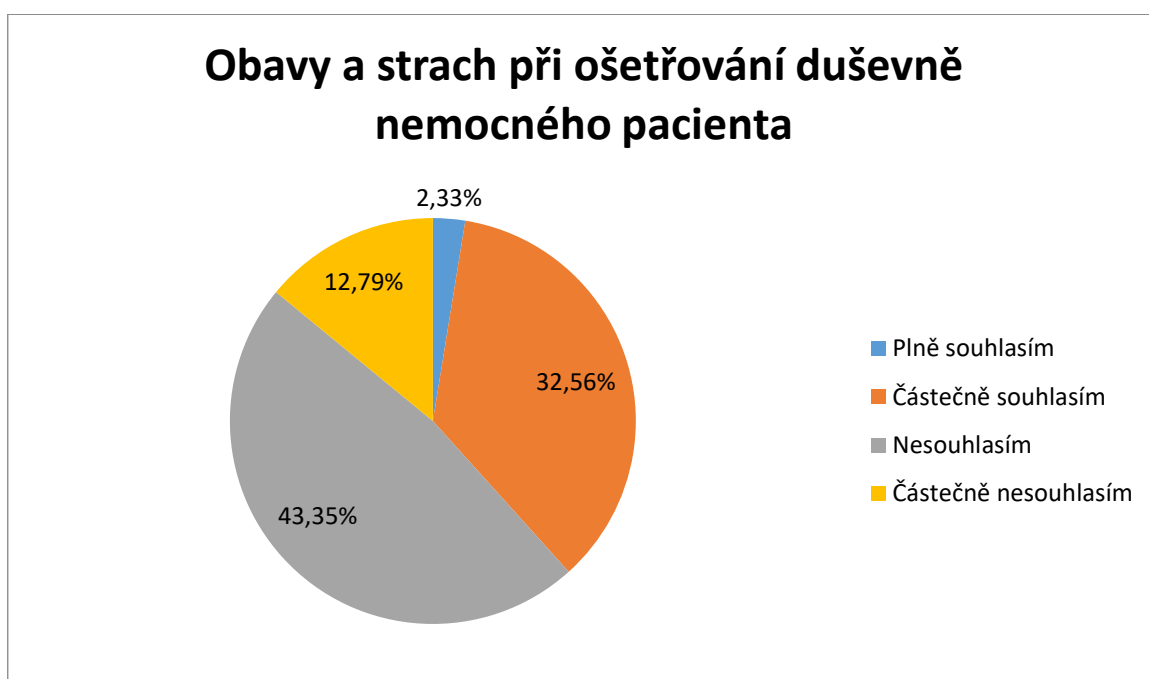
Graf 8: Pocity při ošetřování duševně nemocného pacienta

Komentář: Největší část všeobecných sester 39 (43,35 %) nesouhlasí. 28 (32,56%) všeobecných sester částečně souhlasí s tím, že se cítí nepříjemně při ošetřování duševně nemocného pacienta. 11 (12,79%) všeobecných sester s tím částečně nesouhlasí. 8 (9,30%) všeobecných sester plně souhlasí, že se cítí nepříjemně při ošetřování duševně nemocného.

**Otázka č. 9 : Cítím strach a obavy, když mám ošetřovat pacienta s duševním onemocněním.**

Tabulka 9: Obavy a strach při ošetřování duševně nemocného pacienta

| Odpovědi             | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|----------------------|-------------------|-------------------|
| Plně souhlasí        | 2                 | 2,33 %            |
| Částečně souhlasím   | 31                | 36,05 %           |
| <b>Nesouhlasím</b>   | <b>40</b>         | <b>46,51 %</b>    |
| Částečně nesouhlasím | 13                | 15,12 %           |
| <b>Celkem</b>        | <b>86</b>         | <b>100 %</b>      |



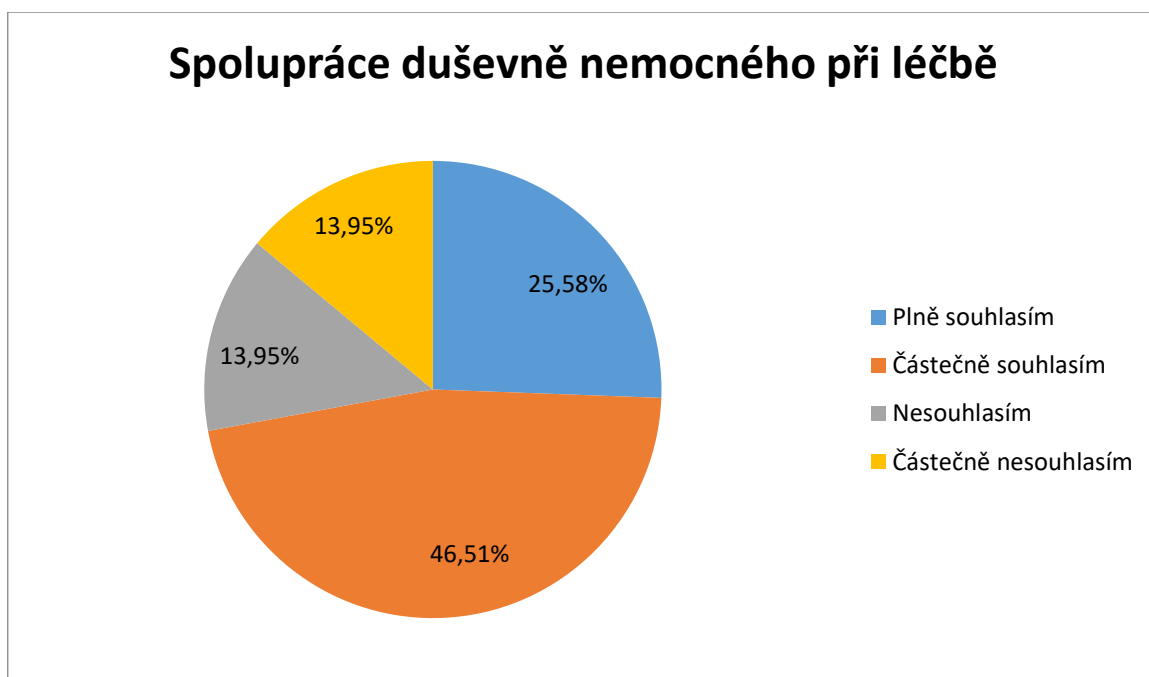
Graf 9: Obavy a strach při ošetřování duševně nemocného pacienta

Komentář: Největší část všeobecných sester 40 (43,35%) nesouhlasila, že by cítila obavy při ošetřování duševně nemocných. 31 (32,56%) všeobecných sester částečně souhlasilo, že cítí strach a obavy při ošetřování duševně nemocných. 13 (12,79%) s tímto výrokem částečně nesouhlasilo. Jen dvě sestry (2,33%) plně souhlasily, že mají obavy a strach při ošetřování duševně nemocného.

**Otázka č. 10: Pacient s duševním onemocněním nebude příliš spolupracovat při léčbě.**

Tabulka 10: Spolupráce duševně nemocného při léčbě

| Odpovědi             | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|----------------------|-------------------|-------------------|
| Plně souhlasím       | 22                | 25,58 %           |
| Částečně souhlasím   | 40                | 46,51 %           |
| Nesouhlasím          | 12                | 13,95 %           |
| Částečně nesouhlasím | 12                | 13,95 %           |
| <b>Celkem</b>        | <b>86</b>         | <b>100 %</b>      |



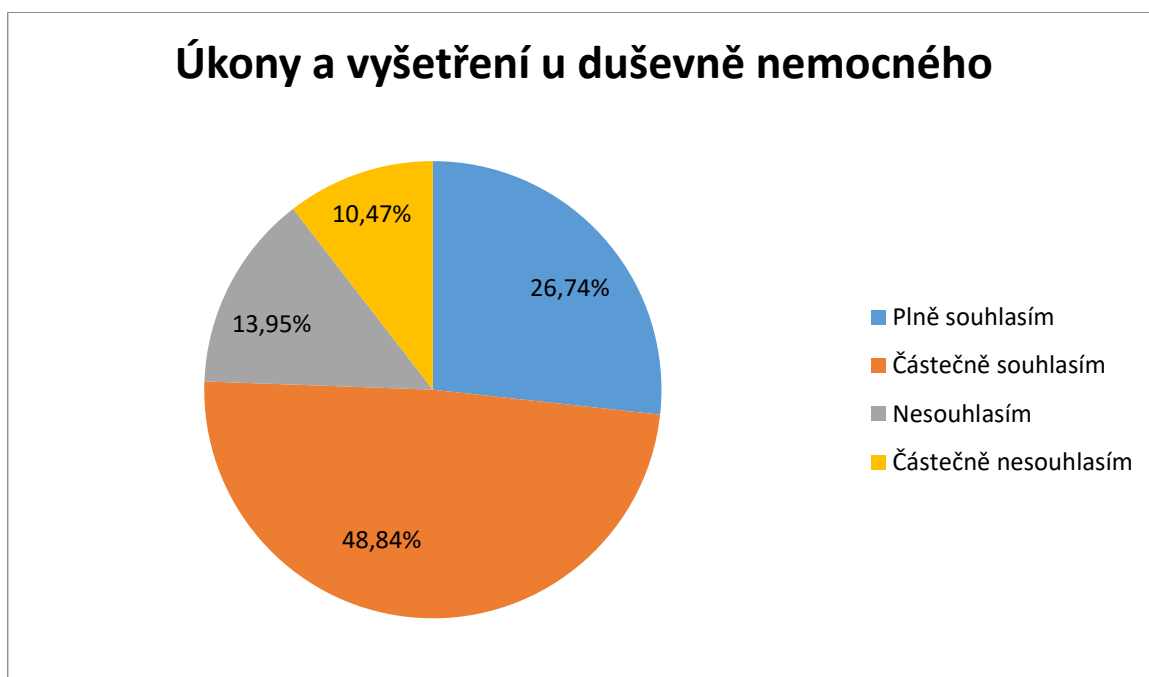
Graf 10: Spolupráce duševně nemocného při léčbě

Komentář: Téměř polovina všeobecných sester 40 (46,51%) částečně souhlasí, že duševně nemocný nebude spolupracovat při léčbě. Čtvrtina všeobecných sester 22 (25,58%) plně souhlasí, že duševně nemocný nebude spolupracovat při léčbě. Nesouhlasím a částečně nesouhlasím, bylo vyrovnáno na 13,95 %, přičemž odpovědělo tak na každou otázku 12 všeobecných sester.

**Otázka č. 11: Pacientům s duševním onemocněním se problematicky vysvětlují úkony a vyšetření.**

Tabulka 11: Úkony a vyšetření u duševně nemocného

| Odpovědi                  | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---------------------------|-------------------|-------------------|
| Plně souhlasím            | 23                | 26,74 %           |
| <b>Částečně souhlasím</b> | <b>42</b>         | <b>48,84 %</b>    |
| Nesouhlasím               | 12                | 13,95 %           |
| Částečně nesouhlasím      | 9                 | 10,47 %           |
| <b>Celkem</b>             | <b>86</b>         | <b>100%</b>       |



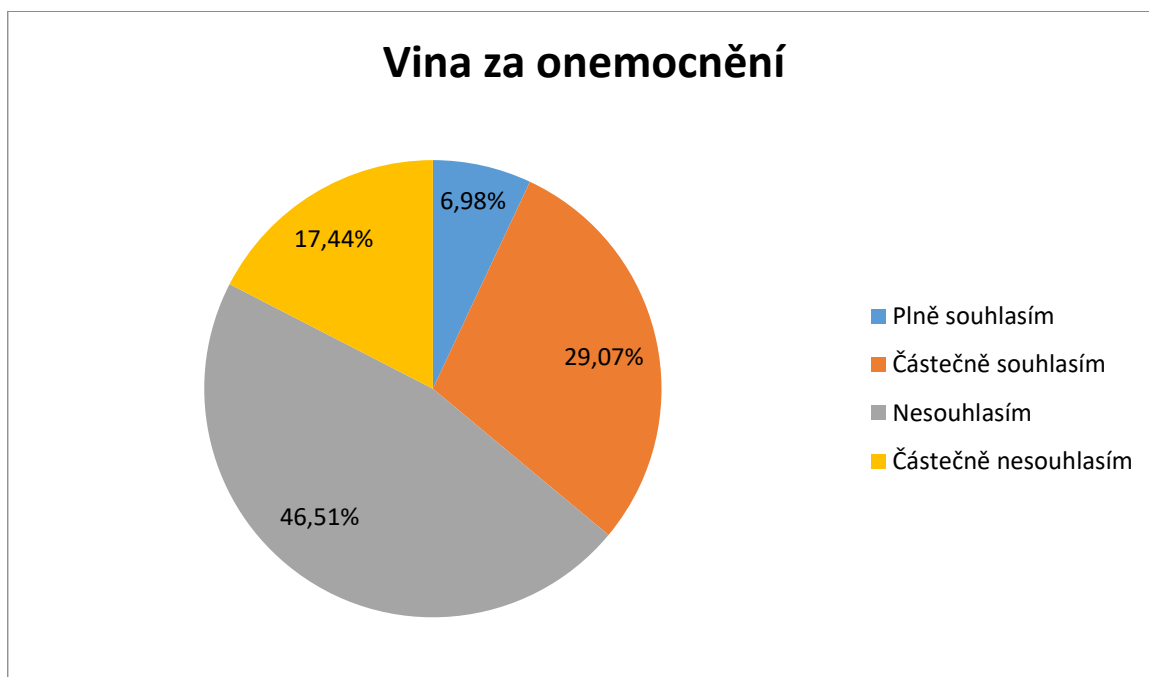
Graf 11: Úkony a vyšetření u duševně nemocného

Komentář: Téměř polovina 42 (48,84%) všeobecných sester částečně souhlasí, že se duševně nemocným problematicky vysvětlují úkony a vyšetření. Plně s tímto výrokem souhlasí 23 (26,74%) všeobecných sester. 12 (13,95%) všeobecných sester nesouhlasí a 9 (10,47%) s tímto výrokem nesouhlasí částečně.

**Otázka č. 12: Mnozí duševně nemocní pacienti si mohou za své onemocnění sami-  
svým nezdravým životním stylem.**

Tabulka 12: Vina za onemocnění

| Odpovědi             | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|----------------------|-------------------|-------------------|
| Plně souhlasím       | 6                 | 6,98 %            |
| Částečně souhlasím   | 25                | 29,07 %           |
| <b>Nesouhlasím</b>   | <b>40</b>         | <b>46,51 %</b>    |
| Částečně nesouhlasím | 15                | 17,44 %           |
| <b>Celkem</b>        | <b>86</b>         | <b>100%</b>       |



Graf 12: Vina za onemocnění

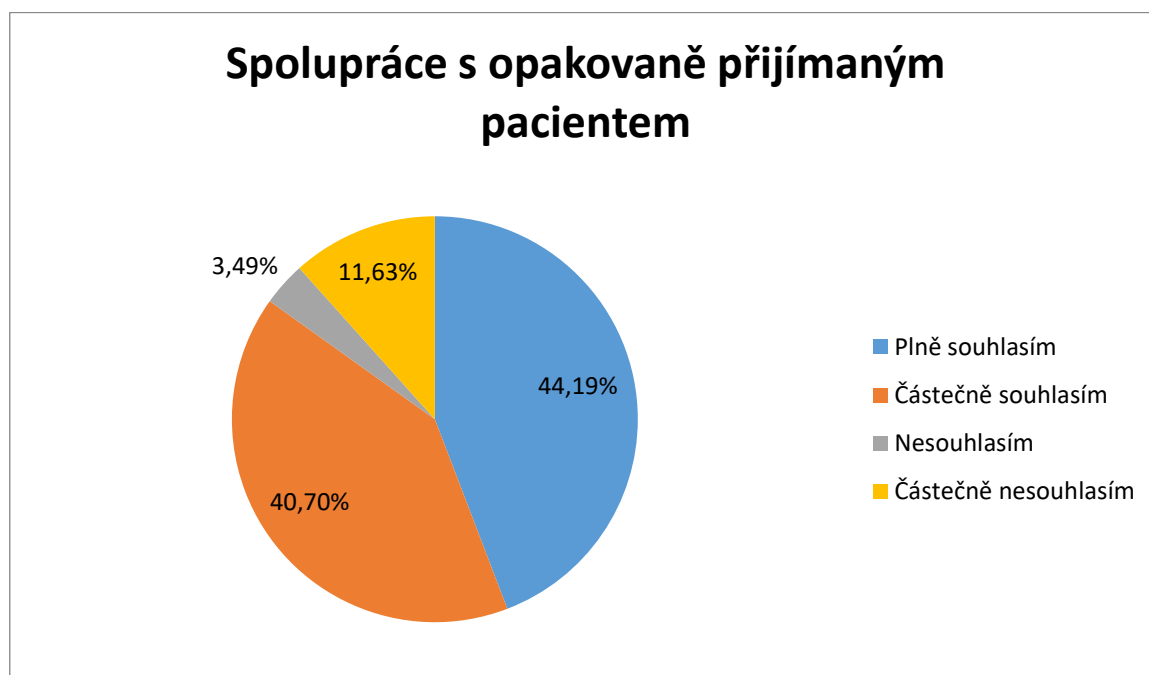
Komentář: Téměř polovina všeobecných sester 40 (46,51%) nesouhlasí, že by si duševně nemocní mohli za své onemocnění svým nezdravým životním stylem sami. Třetina všeobecných sester 25 (29,07%) částečně souhlasí, že si duševně nemocní mohou za své onemocnění sami. 15 (17,44%) všeobecných sester částečně nesouhlasí a 6 (6,98%) plně souhlasí, že si za onemocnění mohou sami.



**Otázka č. 13: Je velmi náročné pracovat s duševně nemocným pacientem, který je opakovaně přijímán na oddělení v důsledku vlastního životního stylu, který způsobuje opakování atak duševního onemocnění.**

Tabulka 13: Spolupráce s opakovaně přijímaným pacientem

| Odpovědi             | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|----------------------|-------------------|-------------------|
| Plně souhlasím       | 38                | 44,19 %           |
| Částečně souhlasím   | 35                | 40,70 %           |
| Nesouhlasím          | 3                 | 3,49 %            |
| Částečně nesouhlasím | 10                | 11,63 %           |
| <b>Celkem</b>        | 86                | 100%              |



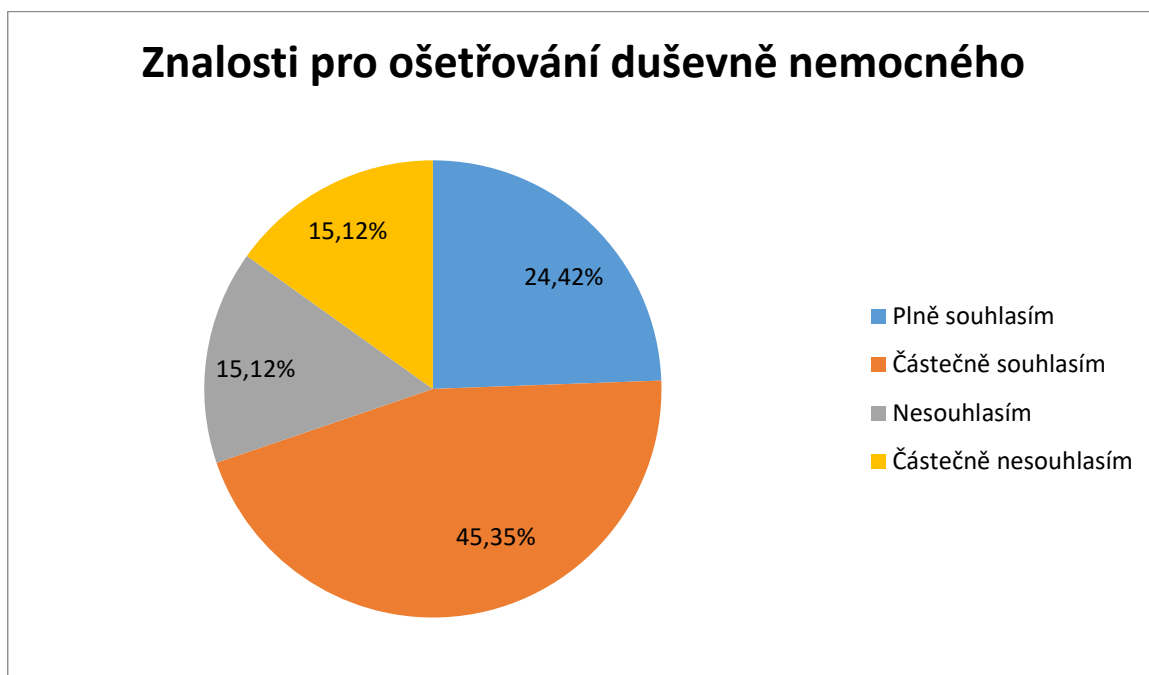
Graf 13: Spolupráce s opakovaně přijímaným pacientem

Komentář: Nejvíce sestry plně souhlasily 38(44,19%), že je těžká spolupráce s duševně nemocným, který je opakovaně přijímán na oddělení v důsledku svého vlastního životního stylu. 35 (40,70 %) všeobecných sester částečně souhlasilo, že je těžká spolupráce s opakovaně přijímaným pacientem. 10 (11,63%) všeobecných sester částečně nesouhlasilo a 3 (3,49 %) všeobecné sestry nesouhlasily.

Otázka č. 14: Mám dostatek znalostí a dovedností, jak ošetřovat pacienta s duševním onemocněním.

Tabulka 14: Znalosti pro ošetřování duševně nemocného

| Odpovědi             | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|----------------------|-------------------|-------------------|
| Plně souhlasím       | 21                | 24,42 %           |
| Částečně souhlasím   | 39                | 45,35 %           |
| Nesouhlasím          | 13                | 15,12 %           |
| Částečně nesouhlasím | 13                | 15,12 %           |
| <b>Celkem</b>        | <b>86</b>         | <b>100%</b>       |



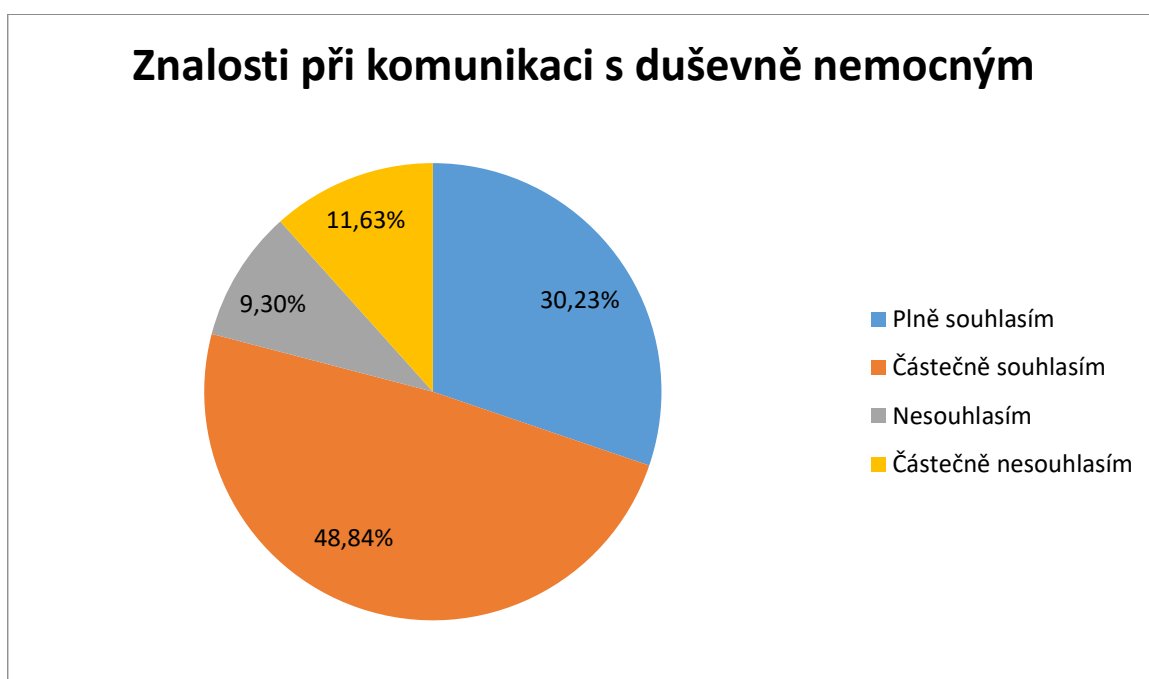
Graf 14: Znalosti pro ošetřování duševně nemocného

Komentář: Nejvíce všeobecných sester 39 (45,35%) odpovědělo, že částečně souhlasí, že mají dostatek znalostí a dovedností k ošetřování duševně nemocného pacienta. 21 (24,42 %) všeobecných sester plně souhlasilo, že má dostatek znalostí a dovedností k ošetřování duševně nemocných. Nesouhlasil a částečně nesouhlasil stejný počet všeobecných sester 13 (15,12%).

**Otázka č. 15: Mám dostatek znalostí a dovedností, jak komunikovat s pacientem s duševním onemocněním.**

Tabulka 15: Znalosti při komunikaci s duševně nemocnými

| Odpovědi             | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|----------------------|-------------------|-------------------|
| Plně souhlasím       | 26                | 30,23 %           |
| Částečně souhlasím   | 42                | 48,84 %           |
| Nesouhlasím          | 8                 | 9,30 %            |
| Částečně nesouhlasím | 10                | 11,63 %           |
| <b>Celkem</b>        | <b>86</b>         | <b>100%</b>       |



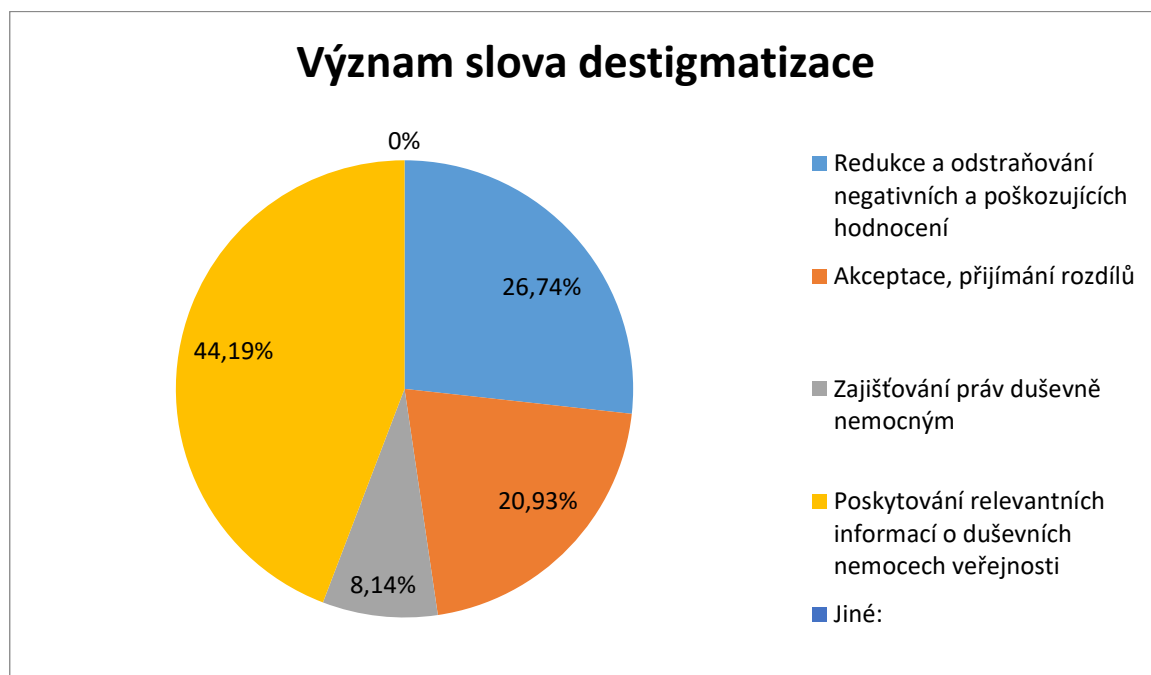
Graf 15: Znalosti při komunikaci s duševně nemocným

Komentář: Téměř polovina 42 (48,84%) všeobecných sester uvedlo, že částečně souhlasí, že má dostatek znalostí a dovedností při komunikaci s duševně nemocným. Třetina všeobecných sester 26 (30,23%) uvedla, že plně souhlasí, že má dostatek znalostí a dovedností při komunikaci s duševně nemocných. 10 (11,63%) všeobecných sester částečně nesouhlasilo a 8 (9,30%) nesouhlasilo.

## Otázka č. 16: Za destigmatizaci duševně nemocných považují:

Tabulka 16: Význam slova destigmatizace

| Odpovědi   | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|--|-------------------|-------------------|
| Redukce a odstranění negativních a poškozujících hodnocení         | 23                | 26,74 %           |
| Akceptace, přijímání rozdílů                                       | 18                | 20,93 %           |
| Zajišťování práv pro duševně nemocné                               | 7                 | 8,14 %            |
| Poskytování relevantních informací o duševních nemocech veřejnosti | 38                | 44,19 %           |
| Jiné:  | 0                 | 0%                |
| <b>Celkem</b>  | 86                | 100%              |



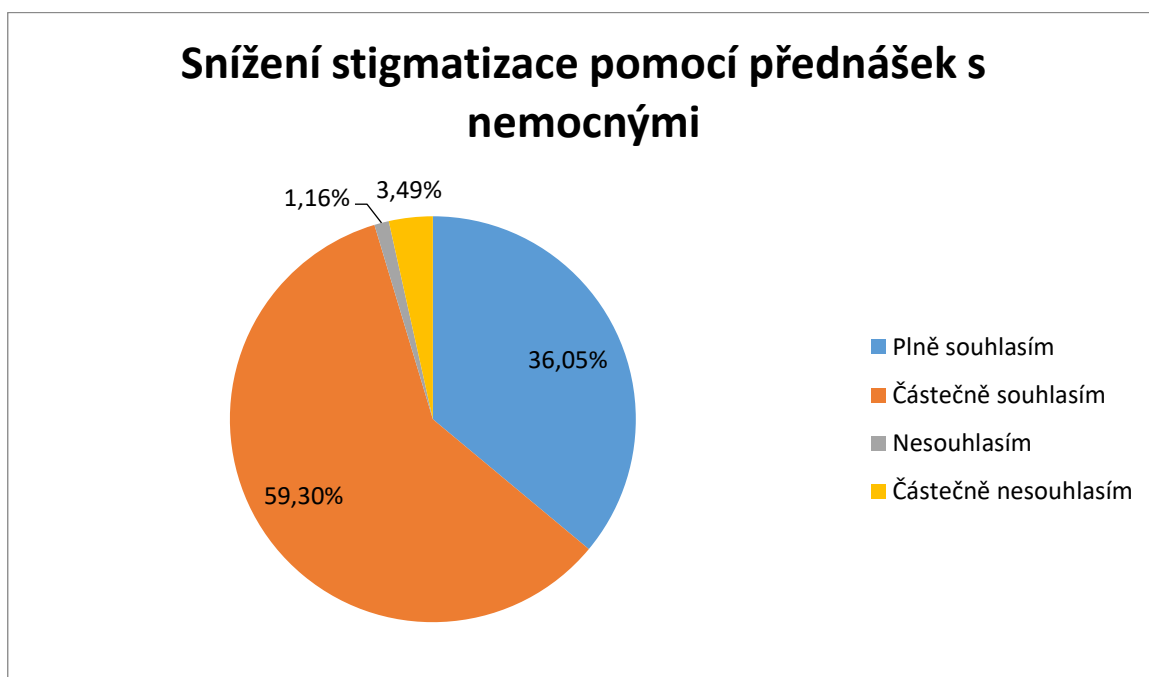
Graf 16: Význam slova destigmatizace

Komentář: Většina 38 (44,19%) všeobecných sester uvedlo, že považují destigmatizaci za poskytování relevantních informací o duševním onemocnění veřejnosti. 23 (26,74%) všeobecných sester odpovědělo, že se jedná o redukci a odstraňování negativních a poškozujících hodnocení. 18 (20,93%) všeobecných sester uvedlo, že je to o akceptaci rozdílů a 7(8,14%) označilo odpověď zajišťování práv pro duševně nemocné.

Otázka č. 17: Nejlepší způsob, jak snížit stigmatizování duševně nemocných jsou setkání a přednášky s lidmi, kteří duševním onemocněním trpí a mají osobní zkušenost s duševním onemocněním.

Tabulka 17: Snížení stigmatizace pomocí přednášek s nemocnými

| Odpovědi             | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|----------------------|-------------------|-------------------|
| Plně souhlasím       | 31                | 36,05 %           |
| Částečně souhlasím   | 51                | 59,30 %           |
| Nesouhlasím          | 1                 | 1,16 %            |
| Částečně nesouhlasím | 3                 | 3,49 %            |
| <b>Celkem</b>        | <b>86</b>         | <b>100%</b>       |



Graf 17: Snížení stigmatizace pomocí přednášek s nemocnými

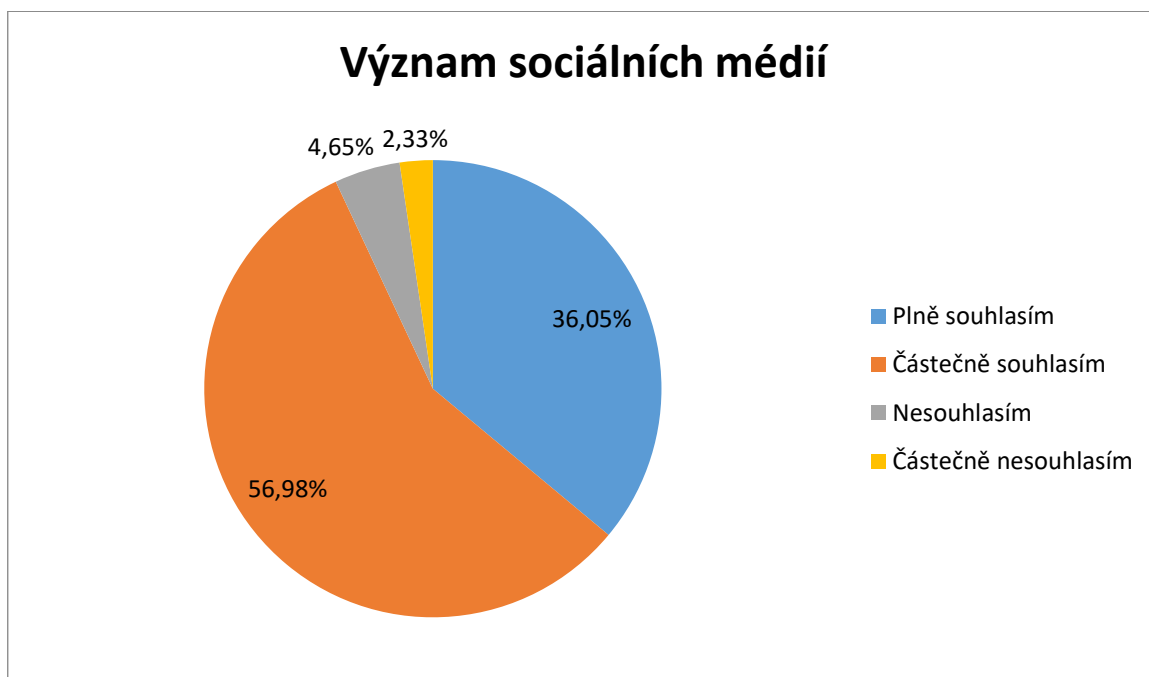


Komentář: Více než polovina všeobecných sester 51 (59,30%) uvedla, že částečně souhlasí se snižováním stigmatizace pomocí přednášek a setkání s lidmi, kteří mají duševní onemocnění. Více než třetina všeobecných sester 31 (36,05%) plně souhlasila s tímto tvrzením. Jenom 3 (3,49%) všeobecných sester označilo, že částečně nesouhlasí a jedna uvedla (1,16%) nesouhlasím.

**Otázka č. 18: Pro destigmatizaci duševně nemocných je významné to, jak prezentují duševně nemocné sociální média (televize, internet,.....).**

Tabulka 18: Význam sociálních médií

| Odpovědi             | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|----------------------|-------------------|-------------------|
| Plně souhlasím       | 31                | 36,05 %           |
| Částečně souhlasím   | 49                | 56,98 %           |
| Nesouhlasím          | 4                 | 4,65 %            |
| Částečně nesouhlasím | 2                 | 2,33 %            |
| <b>Celkem</b>        | <b>86</b>         | <b>100 %</b>      |



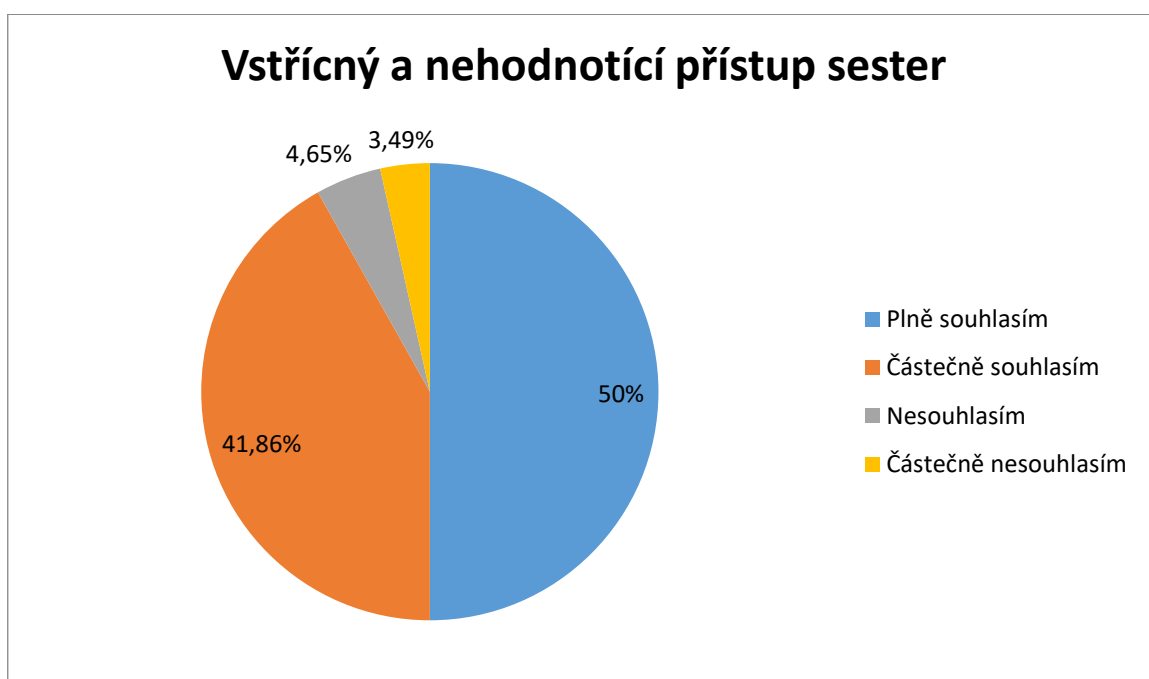
Graf 18: Význam sociálních médií

Komentář: Více než polovina všeobecných sester 49 (56,98 %) částečně souhlasilo, že při destigmatizaci duševně nemocných je významné to, jak prezentují duševně nemocné sociální média. Více než třetina 31 (36,05%) všeobecných sester s tímto výrokiem plně souhlasila. Pouze 4 (4,65%) s tímto výrokiem nesouhlasily a 2 (2,33%) částečně nesouhlasily.

**Otázka č. 19: Na destigmatizaci duševně nemocných se sestra podílí svým vstřícným nehodnotícím přístupem.**

Tabulka 19: Vstřícný a nehodnotící přístup sester

| Odpovědi             | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|----------------------|-------------------|-------------------|
| Plně souhlasím       | 43                | 50%               |
| Částečně souhlasím   | 36                | 41,86 %           |
| Nesouhlasím          | 4                 | 4,65 %            |
| Částečně nesouhlasím | 3                 | 3,49 %            |
| <b>Celkem</b>        | <b>86</b>         | <b>100 %</b>      |



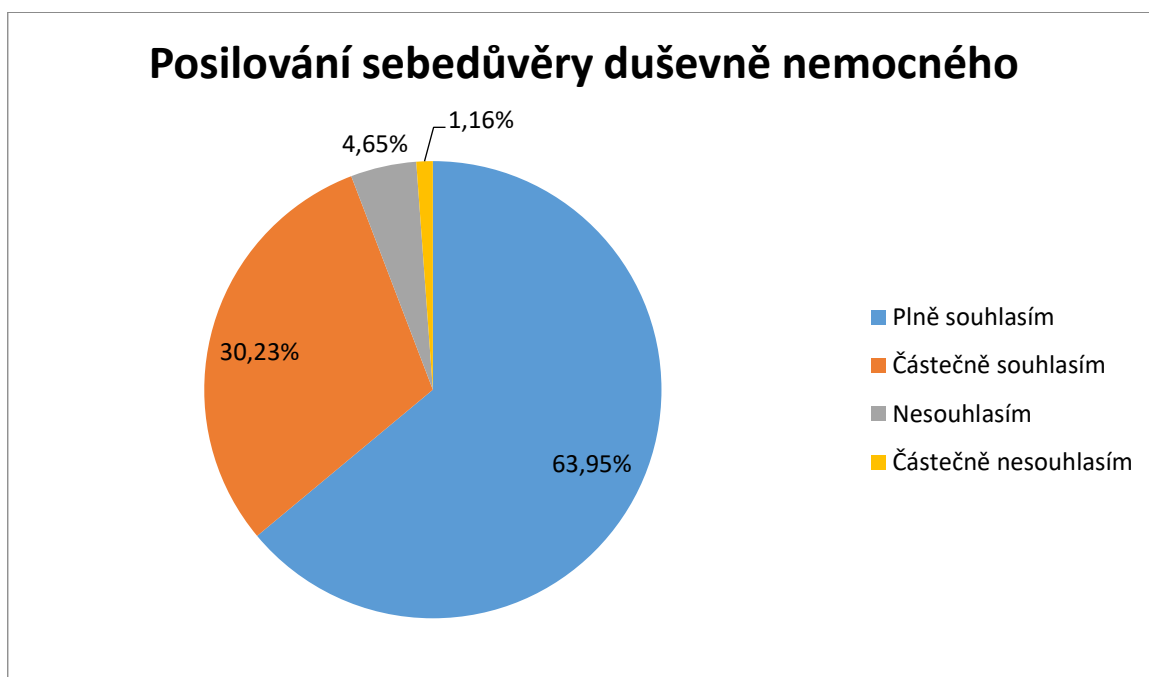
Graf 19: Vstřícný a nehodnotící přístup sester

Komentář: Polovina 43 (50%) všeobecných sester plně souhlasila, že na destigmatizaci nemocných se sestra podílí svým vstřícným a nehodnotícím přístupem. 36 (41,86 %) všeobecných sester částečně souhlasilo. 4 (4,65%)všeobecné sestry nesouhlasily a 3 (3,49%) částečně nesouhlasily.

**Otázka č. 20: V rámci své role sestra musí posilovat sebedůvěru duševně nemocného a oceňovat jej i za malé úspěchy.**

Tabulka 20: Posilování sebedůvěry u duševně nemocného

| Odpovědi             | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|----------------------|-------------------|-------------------|
| Plně souhlasím       | 55                | 63,95 %           |
| Částečně souhlasím   | 26                | 30,23 %           |
| Nesouhlasím          | 4                 | 4,65 %            |
| Částečně nesouhlasím | 1                 | 1,16 %            |
| <b>Celkem</b>        | <b>86</b>         | <b>100 %</b>      |



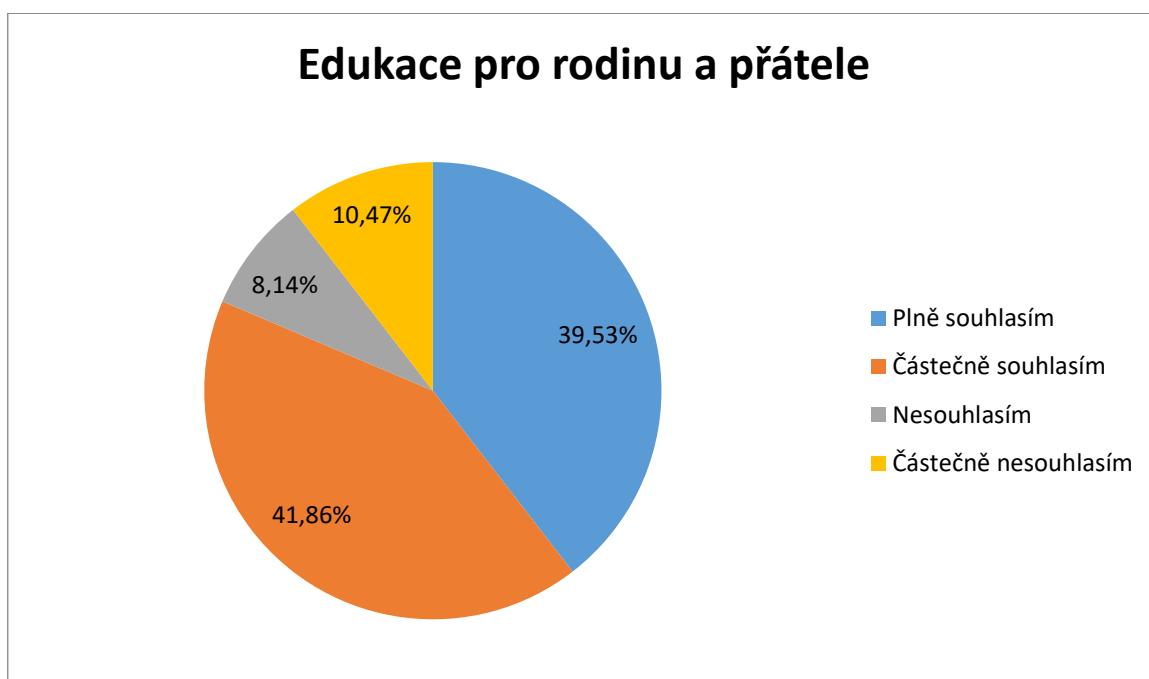
Graf 20: Posilování sebedůvěry duševně nemocného

Komentář: Největší část 55 (63,95 %) všeobecných sester plně souhlasilo, že v rámci své role musí sestra posilovat sebedůvěru duševně nemocného a oceňovat jej i za malé úspěchy. Třetina 26 (30,23 %) s tímto výrokiem částečně souhlasila. 4 (4,65%) všeobecných sester nesouhlasilo a jedna (1,16 %) částečně nesouhlasila.

**Otázka č. 21: Snažím se poskytovat edukaci rodině a přátelům duševně nemocného o samotném onemocnění, léčbě, důsledcích.**

Tabulka 21: Edukace pro rodinu a přátele

| Odpovědi             | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|----------------------|-------------------|-------------------|
| Plně souhlasím       | 34                | 39,53 %           |
| Částečně souhlasím   | 36                | 41,86 %           |
| Nesouhlasím          | 7                 | 8,14 %            |
| Částečně nesouhlasím | 9                 | 10,47 %           |
| <b>Celkem</b>        | <b>86</b>         | <b>100 %</b>      |



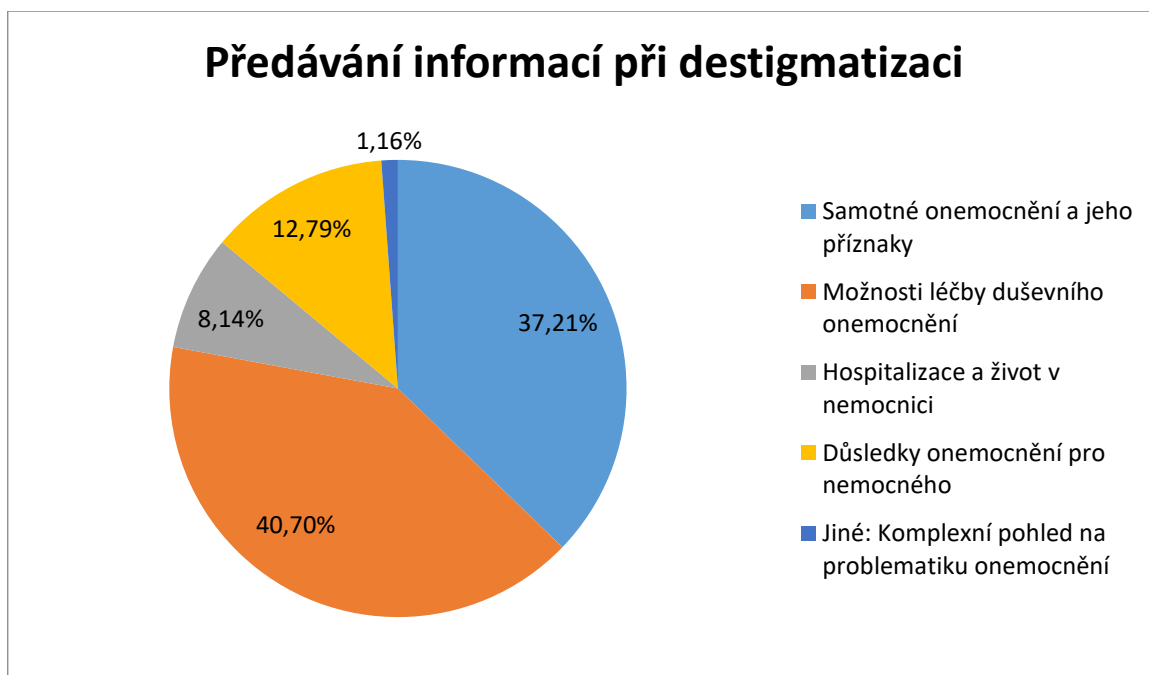
Graf 21: Edukace pro rodinu a přátele

Komentář: Největší část 36 (41,86 %) všeobecných sester částečně souhlasila, že se snaží poskytovat edukaci rodině a přátelům duševně nemocného o samotném onemocnění, léčbě, důsledcích. 34 (39,53 %) všeobecných sester souhlasilo, že poskytuje edukaci plně. 9 (10,47 %) všeobecných sester částečně nesouhlasilo a 7 (8,14%) nesouhlasilo.

Otázka č. 22: Za nejvýznamnější při destigmatizaci považují předávání informací o:

Tabulka 22: Předávání informací při destigmatizaci

| Odpovědi  | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---|-------------------|-------------------|
| Samotné onemocnění a jeho příznaky                | 32                | 37,21 %           |
| <b>Možnosti léčby duševního onemocnění</b>        | <b>35</b>         | <b>40,70 %</b>    |
| Hospitalizace a život v nemocnici                 | 7                 | 8,14 %            |
| Důsledky onemocnění pro nemocného                 | 11                | 12,79 %           |
| Jiné: Komplexní pohled na problematiku onemocnění | 1                 | 1,16 %            |
| <b>Celkem</b>                                     | <b>86</b>         | <b>100 %</b>      |



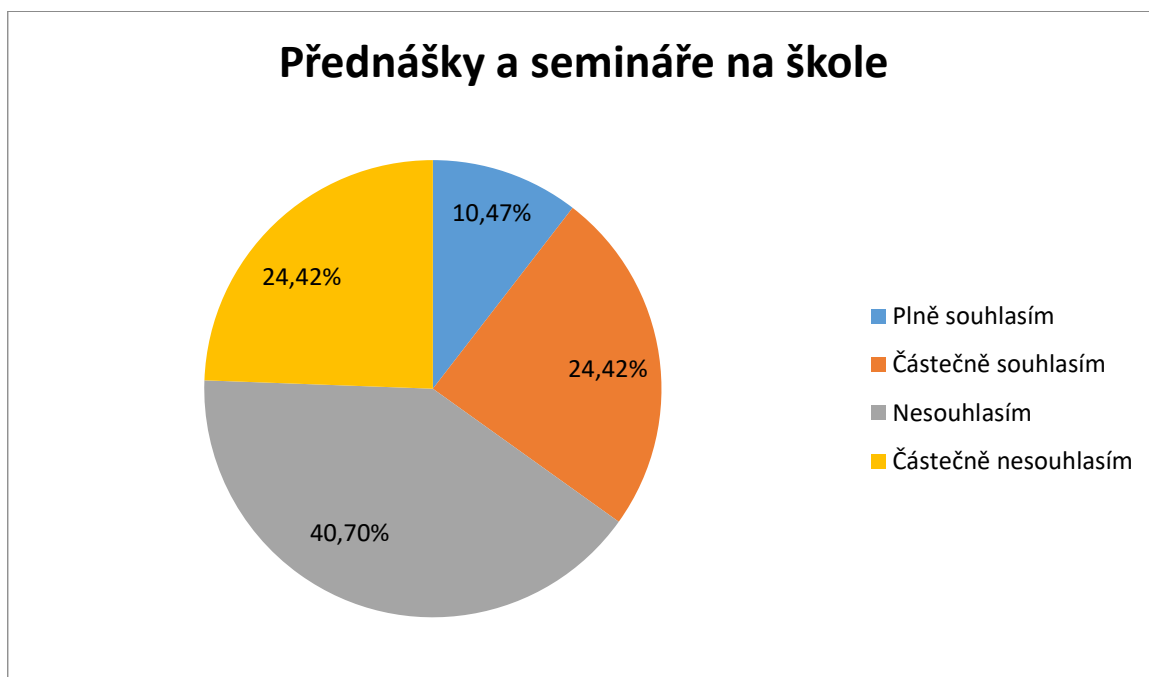
Graf 22: Předávání informací při destigmatizaci

Komentář: Nejvíce všeobecných sester 35 (40,70%) označilo, že za nejvýznamnější při destigmatizaci považují možnosti léčby duševního onemocnění. 32 (37,21%) všeobecných sester, že za nejdůležitější považují předání informací o samotném onemocnění. 11 (12,79%) uvedlo jako odpověď důsledky onemocnění pro nemocného a 7 (8,14%) uvedlo hospitalizaci a život v nemocnici. Jedna všeobecná sestra využila možnost napsat svoji odpověď, která zněla komplexní pohled na problematiku onemocnění.

**Otázka č. 23: Přednášky a semináře na škole mě připravily na práci s duševně nemocným.**

Tabulka 23: Přednášky a semináře na škole

| Odpovědi             | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|----------------------|-------------------|-------------------|
| Plně souhlasím       | 9                 | 10,47 %           |
| Částečně souhlasím   | 21                | 24,42 %           |
| <b>Nesouhlasím</b>   | <b>35</b>         | <b>40,70 %</b>    |
| Částečně nesouhlasím | 21                | 24,42 %           |
| <b>Celkem</b>        | <b>86</b>         | <b>100 %</b>      |



Graf 23: Přednášky a semináře na škole

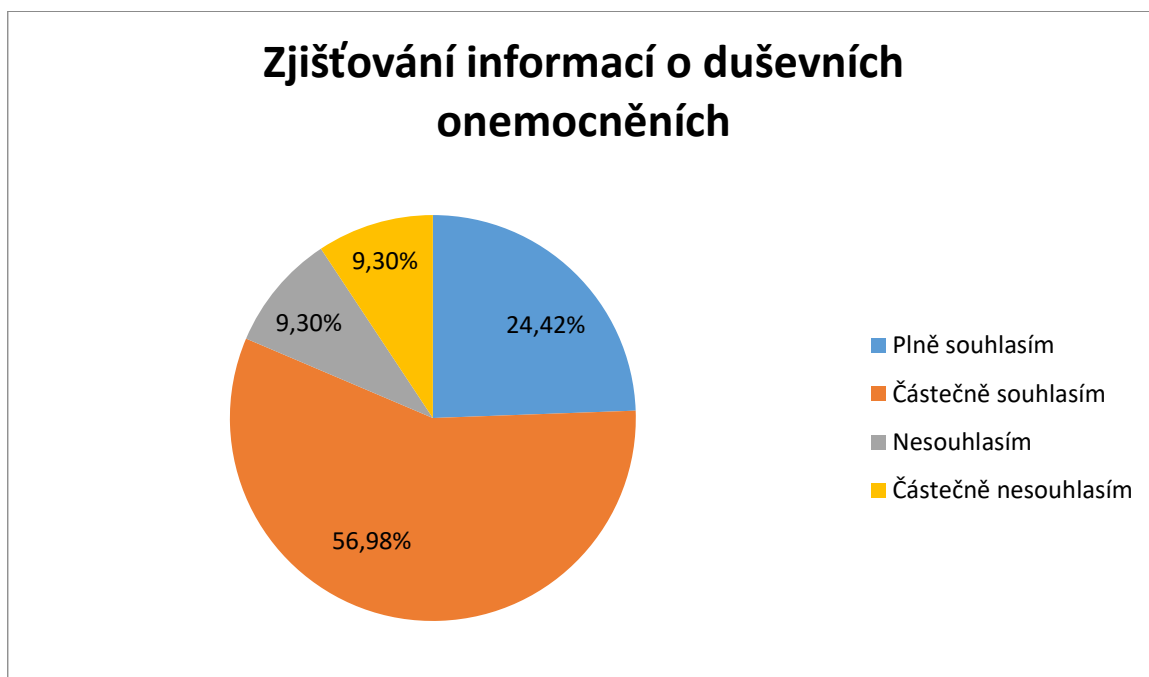
Komentář: Největší část všeobecných sester 35 (40,70 %) odpovědělo, že nesouhlasí, že by je semináře a přednášky na škole připravily na práci s duševně nemocnými. Stejný počet odpovědělo, že částečně souhlasí a částečně nesouhlasí, což tvořilo pro každou skupinu 21 (24,42 %) všeobecných sester. 9 (10,47 %) sester plně souhlasilo, že je semináře na škole připravily.



**Otázka č. 24: O konkrétních duševních onemocněních si sám/a zjišťuji informace, pokud se s takovými pacienty setkám na svém oddělení.**

Tabulka 24: Zjišťování informací o duševních onemocněních

| Odpovědi             | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|----------------------|-------------------|-------------------|
| Plně souhlasím       | 21                | 24,42 %           |
| Částečně souhlasím   | 49                | 56,98 %           |
| Nesouhlasím          | 8                 | 9,30 %            |
| Částečně nesouhlasím | 8                 | 9,30 %            |
| <b>Celkem</b>        | <b>86</b>         | <b>100 %</b>      |



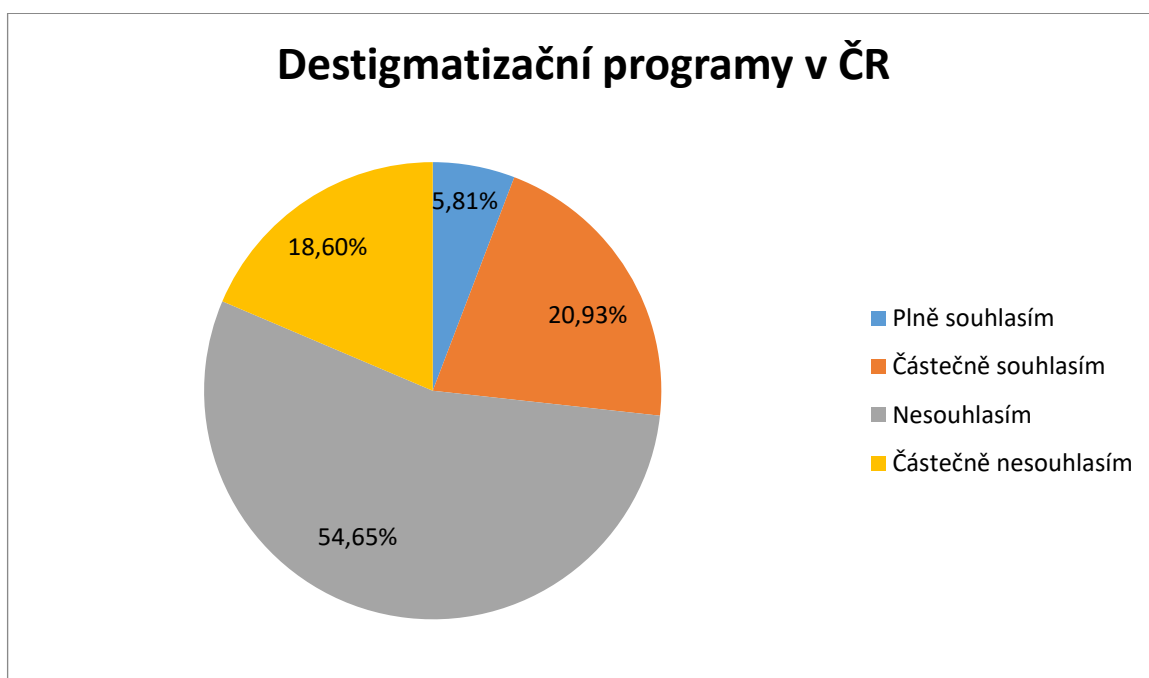
Graf 24: Zjišťování informací o duševních onemocněních

Komentář: Více než polovina všeobecných sester 49 (56,98 %) částečně souhlasí, že si zjišťuje sám informace o duševních onemocněních, pokud se s těmito pacienty setká na oddělení. 21 (24,42 %) všeobecných sester plně souhlasilo, že si samo zjišťuje informace. Stejný počet sester 8 (9,30%) odpověděl, že částečně nesouhlasí a nesouhlasí s tímto výrokem.

Otázka č. 25: Mám přehled o destigmatizačních programech a aktivitách, které probíhají v ČR.

Tabulka 25: Destigmatizační programy v ČR

| Odpovědi             | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|----------------------|-------------------|-------------------|
| Plně souhlasím       | 5                 | 5,81 %            |
| Částečně souhlasím   | 18                | 20,93 %           |
| <b>Nesouhlasím</b>   | <b>47</b>         | <b>54,65 %</b>    |
| Částečně nesouhlasím | 16                | 18,60 %           |
| <b>Celkem</b>        | <b>86</b>         | <b>100 %</b>      |



Graf 25: Destigmatizační programy v ČR

Komentář: Více než polovina 47 (54,65%) nesouhlasila, že by měla přehled o destigmatizačních programech a aktivitách, které probíhají v ČR. 18 (20,93 %) všeobecných sester částečně souhlasilo, že mají povědomí o destigmatizačních programech a aktivitách. 16 (18,60%) částečně nesouhlasilo a 5 sester (5,81%) plně souhlasilo.

## DISKUSE

Tématem bakalářské práce byla zvolena Destigmatizace duševně nemocných z pohledu všeobecných sester. Hlavní cíl práce byl stanoven: Zjistit jak sestry vnímají stigmatizaci a destigmatizaci a jakou roli v ní dle jejich názoru mají. K tomuto hlavnímu cíli se vztahují tři dílčí cíle. K výzkumu byla využita kvantitativní metoda technikou dotazníku. Bylo sestaveno 25 otázek. První otázka sloužila jako vyřazovací kritérium a druhá byla obecná. Zbytek otázek se již vztahoval k jednotlivým cílům.

### **1. Dílčí cíl: Zjistit, jak sestry charakterizují stigma a stigmatizaci.**

Všeobecné sestry se převážně domnívají, že stigma duševně nemocných je způsobeno předsudky. Výzkumem bylo zjištěno, že převážná část všeobecných sester si myslí, že stigmatizace duševně nemocných je způsobena nepředvídatelným chováním duševně nemocných. Ve výzkumu uvedlo nejvíce všeobecných sester, že duševně nemocní lidé jsou ohroženi v největší míře odmítnutím rodiny a přátel. Za největší důsledek stigmatizace duševně nemocných v osobní dimenzi všeobecné sestry považují obavu z návštěvy lékaře v případě, že lidé mají podezření, že trpí duševním onemocněním. Z výzkumu vyplynulo, že třetina sester se domnívá, že největší důsledek stigmatizace duševně nemocných ve společenské dimenzi je stigmatizační postoj zaměstnavatelů, kdy duševně nemocní nezískají práci. V těsném závěsu byla odpověď, že za největší důsledek stigmatizace v osobní dimenzi považují obavy duševně nemocných z odhalení nemoci a možnosti ztráty zaměstnání.

### **2. Dílčí cíl: Zjistit, jaké mají sestry postoje k ošetřování duševně nemocných.**

K druhému cíli bylo zjištěno, že se všeobecné sestry necítí nepříjemně při setkání s duševně nemocným pacientem na oddělení, a když jej mají ošetřovat. Dále bylo zjištěno, že všeobecné sestry nepocítí strach a obavy, když mají ošetřovat duševně nemocného pacienta. Částečně souhlasilo nejvíce všeobecných sester, že pacient s duševním onemocněním nebude příliš spolupracovat při léčbě. Také částečně souhlasily všeobecné sestry, že pacientům s duševním onemocněním se problematicky vysvětlují úkony a vyšetření. Největší počet všeobecných sester uvedlo v dotazníkovém šetření, že nesouhlasí s tvrzením, že si mnozí duševně nemocní pacienti mohou za své onemocnění sami- svým nezdravým životním stylem. Nejvíce všeobecných sester plně souhlasilo, že je náročné pracovat s duševně nemocným pacientem, který je opakovaně přijímán na oddělení v důsledku vlastního ži-

votního stylu, který způsobuje opakování atak duševního onemocnění. Všeobecné sestry nejvíce souhlasily s tvrzeními, že mají dostatek znalostí a dovedností, aby mohly ošetřovat a komunikovat s duševně nemocnými.

### **3. Dílčí cíl: Zjistit, jak sestry charakterizují destigmatizaci a jakou roli v ní dle jejich názoru mají.**

Všeobecné sestry považují v největší míře za destigmatizaci duševně nemocných poskytování relevantních informací o duševních nemocech veřejnosti. Více než polovina všeobecných sester částečně souhlasila, že nejlepší způsob jak snížit stigmatizaci je setkání a přednášky s lidmi, kteří duševním onemocněním trpí a mají osobní zkušenost s duševním onemocněním. Pro destigmatizaci duševně nemocných je významné to, jak prezentují duševně nemocné sociální média (televize, internet,...), s touto odpovědí souhlasila částečně víc než polovina všeobecných sester. Všeobecné sestry částečně souhlasily, že se na destigmatizaci podílejí svým vstřícným a nehodnotícím přístupem. Plně souhlasila většina všeobecných sester, že musí v rámci své role posilovat sebedůvěru duševně nemocného a oceňovat jej i za malé úspěchy. Všeobecné sestry uvedly, že částečně souhlasí, že se snaží poskytovat edukaci rodině a přátelům duševně nemocného o samotném onemocnění, léčbě a důsledcích. Za nejvýznamnější při destigmatizaci považují všeobecné sestry předávání informací o možnostech léčby duševního onemocnění. Nejvíce sester uvedlo, že nesouhlasí s tvrzením, že je semináře a přednášky na škole připravily na práci s duševně nemocnými. Všeobecné sestry označily odpověď, kde částečně souhlasí, že si o konkrétním duševním onemocnění zjišťují informace, pokud se s takovými pacienty setkají na oddělení. Více než polovina všeobecných sester uvedla odpověď, kde nesouhlasí, že by měly přehled o destigmatizačních programech a aktivitách, které probíhají v ČR.

Na téma stigmatizace duševně nemocných bylo zpracováno více prací, proto jsme si vybrali pro srovnání bakalářskou práci na téma: Stigmatizace duševně nemocných, kterou zpracovala Tereza Vymětalová v roce 2017 na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Rozdíl mezi našimi teoretickými částmi bakalářské práce je, že ona se ve své práci zabývá klasifikací duševních nemocí a právní problematikou. Destigmatizace je v její práci popsána jen okrajově. V naší bakalářské práci je destigmatizace probrána více do hloubky a jsou zde představeny některé destigmatizační programy, které probíhají v České republice. V naší práci se také zaměřujeme na důsledky stigmatizace. Naše práce se liší hlavně tím, že v naší práci je výzkum zacílený na všeobecné sestry, které byly zvoleny za respondenty výzkumu, ale

u její bakalářské práce je zaměřen na duševně nemocné, kde respondenti byli lidé z okolí duševně nemocného. Použila kvantitativní metodu dotazníku. Stanovila si hlavní cíl, zjistit zda jsou z pohledu respondentů psychiatrickí pacienti stigmatizováni. Z jejího výzkumu vyplynulo, že 65% respondentů se setkala se stigmatizací duševně nemocných (Vymětalová, 2017).

Další výzkum, který byl zpracován, nesl název Stigma směrem k duševním nemocem u lékařských a ošetrovatelských studentů v Singapuru: průřezová studie. Studie byla provedena v Singapuru v roce 2016. Výzkum byl zpracován výzkumnou divizí, Institutem duševního zdraví v Singapuru za spolupráce s Sherilyn Chang. Cílem této studie bylo: Posoudit stigma vůči lidem s duševním onemocněním mezi singapurskými zdravotnickými a ošetrovatelskými studenty pomocí škály Opening Minds Stigma Scale for Healthcare Providers (OMS-HC). Ve výzkumu byla použita kvantitativní metoda technika dotazníku. Z výzkumu obecně vyplynulo, že studenti zdravotnictví měli pozitivní postoj k hledání pomoci osobám s duševním onemocněním. Rozdíl mezi naším výzkumem a jejich výzkumem je ten, že v jejich práci je zaměření na studenty ve zdravotnictví, ale v našem výzkumu jsme se zaměřili na všeobecné sestry. Jejich výzkum se zaměřuje na postoje k duševním nemocem a na snahu lidem s duševním onemocněním pomoci. Náš výzkum je zaměřen na vnímání stigmatizace a destigmatizace z pohledu všeobecných sester a na jejich postoje při ošetrování duševně nemocných (Chang et al., 2017)

## ZÁVĚR

Destigmatizace duševně nemocných je téma, které je v dnešní společnosti aktuální a je dle mého názoru nutností, aby se o destigmatizaci mluvilo. Povědomí o destigmatizaci by se mělo šířit mezi všechny lidi, aby byly kolující stereotypy a předsudky vůči duševně nemocným vymýceny. V dnešní společnosti stále dochází ke stigmatizaci a to bohužel i ze strany zdravotníků. Mnoho lidí neustále nemá povědomí, co to destigmatizace je, nebo jaké máme v České republice destigmatizační kampaně. Smyslem této bakalářské práce bylo poukázat na důležitost destigmatizace a jejích programů pro duševně nemocné.

V teoretické části jsme se zabývali stigmatizací a destigmatizací duševně nemocných. Bylo poukázáno na možné důsledky stigmatizace, které mají negativní vliv na pacienta a jeho rodinu. Stigmatizace provázela nemocné po celou dobu lidské existence, bohužel i v současnosti kolují nepravdivé informace. Lidi je slyší ze všech stran pomocí médií a také se předávají předsudky z generace na generaci. V teoretické části jsou přiblíženy destigmatizační kampaně, které probíhají v České republice a také důležitost role sestry při destigmatizaci.

V praktické části byl sestaven hlavní cíl: Zjistit, jak sestry vnímají stigmatizaci a destigmatizaci a jakou roli v ní dle jejich názoru mají. K hlavnímu cíli byly vymezeny tři dílčí cíle a k nim byly sestaveny otázky do dotazníkového šetření. Dílčí cíle jsou, jak sestry charakterizují stigma a stigmatizaci. Dalším dílčím cílem je, jaký mají sestry postoj k ošetřování duševně nemocných. Poslední dílčí cíl je, jak sestry charakterizují destigmatizaci a jakou roli v ní dle jejich názoru mají. Zaměřili jsme se na sestry, protože věříme, že mohou pozitivně ovlivnit společnost a přispívat k destigmatizaci pomocí edukace duševně nemocných a jejich blízkému okolí.

Mé doporučení pro praxi je, aby probíhalo více seminářů a přednášek pro všeobecné sestry ze strany zaměstnavatele, protože z výzkumu vyplynulo, že 40,70 % všeobecných sester uvedlo, že nesouhlasí s tvrzením, že je semináře na škole připravily na práci s duševně nemocnými lidmi. Proto si myslím, že by to mělo být zařazeno do výuky i na střední škole, aby se lidé dozvěděli pravdivé a relevantní informace. Toto doporučuji, protože informovanost je důležitým atributem destigmatizace.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Akční plán destigmatizace pro rok 2018, 2018. In: *Národní ústav duševního zdraví* [online]. [cit. 2019-05-07]. Dostupné z: <http://destigmatizace.info/wp-content/uploads/2018/04/akcniplan-1.pdf>

*Café Práh*. © 2013 [online]. [cit. 2019-04-17]. Dostupné z: <https://www.cafeprah.cz/>

Gerontopsychiatrie, *Psychiatrická nemocnice Bohnice* [online]. [cit. 2019-05-14]. Dostupné z: <https://www.bohnice.cz/lecba/gerontopsychiatrie/>

HAMPLOVÁ, Ludmila, 2018. Zdravotníci jsou vůči duševně nemocným stejně stigmatizující jako ostatní, popisuje profesor Thornicroft. In: *Zdravotnický deník* [online]. [cit. 2019-05-07]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2018/11/zdravotnici-jsou-vuci-dusevne-nemocnym-stejne-stigmatizujici-jako-ostatni-popisuje-profesor-thornicroft/>

HODOVALOVÁ, Martina, 2018. Duševní nemoci a jejich projevy. *Modré dveře: terapeutické centrum* [online]. [cit. 2019-04-17]. Dostupné z: <https://www.modredvere.cz/cz/41.dusevni-nemoci-a-jejich-projevy>

HORÁČEK, Jiří, 2017. Stigma a diskriminace. *Na rovinu* [online]. [cit. 2019-05-07]. Dostupné z: <http://narovinu.net/stigma/>

HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER, 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Karolinum. ISBN 978-80-246-2998-8.

HRADECKÁ, Lenka, 2010. Význam a možnosti využití edukace v psychiatrickém ošetrovatelství. In: *Zdraví a medicína* [online]. [cit. 2019-05-06]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/vyznam-a-moznosti-vyuziti-edukace-v-psychiatrickem-osetrovatelstvi-450436>

HRADECKÁ, Lenka, 2010. Význam edukace rodinných příslušníků duševně nemocné pacientky. In: *Zdravotnictví a medicína* [online]. [cit. 2019-05-07]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/vyznam-edukace-rodinnych-prislusniku-dusevne-nemocne-pacientky-449693>

CHANG, Sherilyn et al., 2017. Stigma towards mental illness among medical and nursing students in Singapore: a cross-sectional study. *BMJ Open* [online]. 7(12) [cit. 2019-05-06]. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-018099. ISSN 2044-6055. Dostupné z: <http://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2017-018099>

- JIRÁK, Roman, 2013. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-873-5.
- JONES, Jarka, 2016. O organizaci. *Baobab* [online]. [cit. 2019-05-07]. Dostupné z: <http://www.baobab-zs.cz/organizace/>
- KUČERA, 2007. Práce sestry na psychiatrickém oddělení. In: *Zdravotnictví a medicína* [online]. [cit. 2019-05-07]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/prace-sestry-na-psychiatrickem-oddeleni-324831>
- KUNSTOVÁ, 2018. Bezdomovectví-charakteristika. *Národní informační centrum pro mládež* [online]. [cit. 2019-05-07]. Dostupné z: [http://www.nicm.cz/bezdomovectvi-charakteristika?fbclid=IwAR2IE-VQX\\_H7242uyNXGWqww-dDP21bMTV1G\\_dATTic7JRb0Qj6VFp3ay0E](http://www.nicm.cz/bezdomovectvi-charakteristika?fbclid=IwAR2IE-VQX_H7242uyNXGWqww-dDP21bMTV1G_dATTic7JRb0Qj6VFp3ay0E)
- LEVIN, Aaron, 2011. Media Cling to Stigmatizing Portrayals of Mental Illness. *Psychiatric News* [online]. **46**(24) [cit. 2019-05-07]. DOI: 10.1176/pn.46.24.psychnews\_46\_24\_16-a. ISSN 0033-2704. Dostupné z: [http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/pn.46.24.psychnews\\_46\\_24\\_16-a](http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/pn.46.24.psychnews_46_24_16-a)
- Kdo jsme, *Liga lidských práv* [online]. [cit. 2019-05-07]. Dostupné z: <http://llp.cz/o-nas/kdo-jsme/>
- LUŽNÝ, Jan, 2012. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-573-2.
- MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ, 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1151-6.
- MARTÍNKOVÁ, Lenka, 2016. Psychické poruchy jsou dějinami lidstva. *Psychologie pro každého* [online]. [cit. 2019-05-07]. Dostupné z: <https://psychologieprokazdeho.cz/poruchy-dejinami-lidstva/>
- MYSLIVEČKOVÁ, Olga, 2019. Vymizí někdy stigma duševních nemocí? Jsme duševně negramotní, říká sociolog. In: *Vitalia.cz* [online]. [cit. 2019-05-07]. Dostupné z: [https://www.vitalia.cz/clanky/vymizi-nekdy-stigma-dusevnych-nemoci-jsme-dusevne-negramotni-rika-sociolog/?utm\\_source=www.seznam.cz&utm\\_medium=sekce-z-internetu&fbclid=IwAR1twSKVuRzQyqVHyLwPsXNhkcrmWjZryUb5niOcQbOndGb0V\\_\\_FGVhOJCU](https://www.vitalia.cz/clanky/vymizi-nekdy-stigma-dusevnych-nemoci-jsme-dusevne-negramotni-rika-sociolog/?utm_source=www.seznam.cz&utm_medium=sekce-z-internetu&fbclid=IwAR1twSKVuRzQyqVHyLwPsXNhkcrmWjZryUb5niOcQbOndGb0V__FGVhOJCU)
- Naše organizace, *Sympthahea* [online]. [cit. 2019-05-07]. Dostupné z: <http://www.sympthahea.cz/index.php/o-nas/nase-organizace>



NAWKOVÁ, 2009. Média a psychiatrie. Psychiatrie pro Praxi[online]. **10(2)**, 59. [cit. 2018-12-11]. ISSN: 1803-5272. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/02/01.pdf>

OCISKOVÁ, Marie et al., 2014. SEBESTIGMATIZACE U PSYCHIATRICKÝCH PACIENTŮ - STANDARDIZACE ŠKÁLY ISMI. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. [cit. 2019-04-17]. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=991>

OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO, 2015. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Pardubice: Grada. ISBN 978-80-247-5199-3.

PRAKASH, Sathya a Piyali MANDAL, 2014. Stigma of Mental Disorders and Role of Nursing Professionals: A Developing Country Perspective. *Journal of Nursing & Care* [online]. **03(05)** [cit. 2019-05-06]. DOI: 10.4172/2167-1168.1000190. ISSN 21671168. Dostupné z: <http://www.omicsgroup.org/journals/stigma-of-mental-disorders-and-role-of-nursing-professional-2167-1168-3-190.php?aid=29943>

Preduka, 2015. *Národní ústav duševního zdraví* [online]. [cit. 2019-05-07]. Dostupné z: <http://www.nudz.cz/lecebna-pece/lecebne-programy/preduka/>

Příběh aneb Jak to všechno začalo, 2019. *Nevypust' duši* [online]. [cit. 2019-05-07]. Dostupné z: <http://nevypustdusi.cz/o-nas/>

STÁRKOVÁ, Libuše, 2013. Stigmatizace v pedopsychiatrii. *Psychiatr. Praxi*, **14(1)**, 10-13. <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2013/01/03.pdf>

Stopstigma, ©2017. *Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví* [online]. [cit. 2019-05-07]. Dostupné z: <http://www.cmhcd.cz/stopstigma/uvod/>

*Spolu* [online], 2017. [cit. 2019-05-07]. Dostupné z: <https://projektpolu.cz/>

Vítejte v Green Doors, *Green Doors* [online]. [cit. 2019-05-07]. Dostupné z: <https://www.greendoors.cz/cs/o-nas/>

## SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ISMI The internalized Stigma of Mental Illness Scale

Č. Číslo

% Procento

**SEZNAM GRAFŮ**

|  |    |
|--|----|
| Graf 1: Pracovní pozice .....  | 41 |
| Graf 2: Typ oddělení.....  | 43 |
| Graf 3: Stigma duševně nemocných .....                                 | 44 |
| Graf 4: Stigmatizace duševně nemocných.....                            | 45 |
| Graf 5. Ohrožení duševně nemocných.....                                | 47 |
| Graf 6: Důsledek v osobní dimenzi .....                                | 49 |
| Graf 7: Důsledek ve společenské dimenzi .....                          | 51 |
| Graf 8: Pocity při ošetřování duševně nemocného pacienta.....          | 52 |
| Graf 9: Obavy a strach při ošetřování duševně nemocného pacienta ..... | 53 |
| Graf 10: Spolupráce duševně nemocného při léčbě.....                   | 54 |
| Graf 11: Úkony a vyšetření u duševně nemocného .....                   | 55 |
| Graf 12: Vina za onemocnění .....                                      | 56 |
| Graf 13: Spolupráce s opakovaně přijímaným pacientem .....             | 57 |
| Graf 14: Znalosti pro ošetřování duševně nemocného .....               | 59 |
| Graf 15: Znalosti při komunikaci s duševně nemocným .....              | 61 |
| Graf 16: Význam slova destigmatizace .....                             | 62 |
| Graf 17: Snížení stigmatizace pomocí přednášek s nemocnými .....       | 64 |
| Graf 18: Význam sociálních médií .....                                 | 66 |
| Graf 19: Vstřícný a nehodnotící přístup sester .....                   | 67 |
| Graf 20: Posilování sebedůvěry duševně nemocného .....                 | 68 |
| Graf 21: Edukace pro rodinu a přátele.....                             | 69 |
| Graf 22: Předávání informací při destigmatizaci.....                   | 70 |
| Graf 23: Přednášky a semináře na škole.....                            | 72 |
| Graf 24: Zjišťování informací o duševních onemocněních .....           | 73 |
| Graf 25: Destigmatizační programy v ČR .....                           | 74 |

**SEZNAM TABULEK**

|   |    |
|---|----|
| Tabulka 1: Pracovní pozice.....   | 41 |
| Tabulka 2: Typ oddělení .....   | 43 |
| Tabulka 3: Stigma duševně nemocných .....                                 | 44 |
| Tabulka 4: Stigmatizace duševně nemocných .....                           | 45 |
| Tabulka 5: Ohrožení duševně nemocných.....                                | 47 |
| Tabulka 6: Důsledek v osobní dimenzi.....                                 | 48 |
| Tabulka 7: Důsledek ve společenské dimenzi .....                          | 50 |
| Tabulka 8: Pocity při ošetřování duševně nemocného pacienta .....         | 52 |
| Tabulka 9: Obavy a strach při ošetřování duševně nemocného pacienta ..... | 53 |
| Tabulka 10: Spolupráce duševně nemocného při léčbě.....                   | 54 |
| Tabulka 11: Úkony a vyšetření u duševně nemocného .....                   | 55 |
| Tabulka 12: Vina za onemocnění .....                                      | 56 |
| Tabulka 13: Spolupráce s opakovaně přijímaným pacientem .....             | 57 |
| Tabulka 14: Znalosti pro ošetřování duševně nemocného.....                | 59 |
| Tabulka 15: Znalosti při komunikaci s duševně nemocnými .....             | 61 |
| Tabulka 16: Význam slova destigmatizace .....                             | 62 |
| Tabulka 17: Snížení stigmatizace pomocí přednášek s nemocnými.....        | 64 |
| Tabulka 18: Význam sociálních médií .....                                 | 66 |
| Tabulka 19: Vstřícný a nehodnotící přístup sester.....                    | 67 |
| Tabulka 20: Posilování sebedůvěry u duševně nemocného.....                | 68 |
| Tabulka 21: Edukace pro rodinu a přátele .....                            | 69 |
| Tabulka 22: Předávání informací při destigmatizaci .....                  | 70 |
| Tabulka 23: Přednášky a semináře na škole .....                           | 72 |
| Tabulka 24: Zjišťování informací o duševních onemocněních .....           | 73 |
| Tabulka 25: Destigmatizační programy v ČR .....                           | 74 |

## SEZNAM PŘÍLOH

P I: Dotazník

P II: Škála ISMI

## PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Dobrý den,

obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku. Jmenuji se Martina Lekešová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Dotazník je anonymní a bude sloužit ke zpracování mé bakalářské práce na téma: Destigmatizace duševně nemocných z pohledu všeobecných sester. Vyplněním dotazníku dáváte kvalifikovaný souhlas k tomu, aby UTB shromažďovala, zpracovávala a uchovávala mnou uvedené údaje za účelem výzkumu realizovaného v rámci bakalářské práce. UTB ve Zlíně bude postupovat podle závazných ustanovení zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů a zákona č. 133/2000 Sb. v platném znění. UTB zajistí maximální možnou ochranu těchto údajů vůči třetím osobám a vůči jejich zneužití.

Dotazník je určen pro všeobecné sestry. Zakroužkujte prosím odpověď, která nejlépe vystihuje Váš názor, případně vypište odpověď.

Děkuji za Váš čas a ochotu při vyplňování dotazníku.

### 1. Jaká je Vaše pracovní pozice?

- a) všeobecná sestra
- b) praktická sestra
- c) ošetřovatel
- d) sanitář

### 2. Na jakém oddělení pracujete?

- a) interního typu
- b) chirurgického typu
- c) jiné:

### 3. Stigma duševně nemocných je způsobeno:

- a) nedostatkem vědomostí
- b) strachem
- c) předsudky
- d) jiné:

**4. Stigmatizace duševně nemocných je způsobena:**

- a) agresivním jednáním duševně nemocných
- b) nepředvídatelným chováním duševně nemocných
- c) narušením vztahů s blízkými a dalšími lidmi
- d) jiné:

**5. Duševně nemocní jsou nejvíce ohroženi:**

- a) nedobrovolnou léčbou
- b) rizikem bezdomovectví
- c) sebevražedným jednáním
- d) odmítnutím rodiny a přátel
- e) jiné:

**6. Za největší důsledek stigmatizace duševně nemocných v osobní dimenzi považují:**

- a) problémy s hledáním partnera a založením rodiny
- b) nízkou zaměstnanost duševně nemocných, kdy mají problém najít práci a uplatnit se
- c) obava navštívit lékaře v případě, že lidé mají podezření, že trpí duševním onemocněním
- d) jiné:

**7. Za největší důsledek stigmatizace duševně nemocných ve společenské dimenzi považují:**

- a) stigmatizační postoj zaměstnavatelů, kdy duševně nemocní nezískají práci
- b) nedostatek vhodných pracovních míst pro duševně nemocné
- c) obavy duševně nemocných z odhalení nemoci a možnosti ztráty zaměstnání
- d) nedostatečnou rehabilitační podporu, která by umožnila návrat do běžného života a společnosti
- e) jiné:

**8. Cítím se nepříjemně, když se setkám na oddělení s duševně nemocným pacientem a mám jej ošetřovat.**

- a) plně souhlasím
- b) částečně souhlasím
- c) nesouhlasím
- d) částečně nesouhlasím

**9. Cítím strach a obavy, když mám ošetřovat pacienta s duševním onemocněním.**

- a) plně souhlasím
- b) částečně souhlasím
- c) nesouhlasím
- d) částečně nesouhlasím

**10. Pacient s duševním onemocněním nebude příliš spolupracovat při léčbě.**

- a) plně souhlasím
- b) částečně souhlasím
- c) nesouhlasím
- d) částečně nesouhlasím

**11. Pacientům s duševním onemocněním se problematicky vysvětlují úkony a vyšetření.**

- a) plně souhlasím
- b) částečně souhlasím
- c) nesouhlasím
- d) částečně nesouhlasím

**12. Mnozí duševně nemocní pacienti si za své onemocnění mohou sami – svým nezdavým životním stylem.**

- a) plně souhlasím
- b) částečně souhlasím
- c) nesouhlasím
- d) částečně nesouhlasím

**13. Je velmi náročné pracovat s duševně nemocným pacientem, který je opakovaně přijímán na oddělení v důsledku vlastního životního stylu, který způsobuje opakování atak duševní onemocnění.**

- a) plně souhlasím
- b) částečně souhlasím
- c) nesouhlasím
- d) částečně nesouhlasím

**14. Mám dostatek znalostí a dovedností, jak ošetřovat pacienta s duševním onemocněním.**

- a) plně souhlasím
- b) částečně souhlasím
- c) nesouhlasím
- d) částečně nesouhlasím

**15. Mám dostatek znalostí a dovedností, jak komunikovat s pacientem s duševním onemocněním.**

- a) plně souhlasím
- b) částečně souhlasím
- c) nesouhlasím
- d) částečně nesouhlasím



**16. Za destigmatizaci duševně nemocných považují:**

- a) redukci a odstraňování negativních a poškozujících hodnocení
- b) akceptaci, přijímání rozdílů
- c) zajišťování práv duševně nemocných
- d) poskytování relevantních informací o duševních nemocech veřejnosti
- e) jiné:

**17. Nejlepší způsob, jak snížit stigmatizování duševně nemocných jsou setkání a přednášky s lidmi, kteří duševním onemocněním trpí a mají osobní zkušenost s duševním onemocněním.**

- a) plně souhlasím
- b) částečně souhlasím
- c) nesouhlasím
- d) částečně nesouhlasím

**18. Pro destigmatizaci duševně nemocných je významné to, jak prezentují duševně nemocné sociální média (televize, internet,...).**

- a) plně souhlasím
- b) částečně souhlasím
- c) nesouhlasím
- d) částečně nesouhlasím

**19. Na destigmatizaci duševně nemocných se sestra podílí svým vstřícným nehodnotícím přístupem.**

- a) plně souhlasím
- b) částečně souhlasím
- c) nesouhlasím
- d) částečně nesouhlasím

**20. V rámci své role sestra musí posilovat sebedůvěru duševně nemocného a oceňovat jej i za malé úspěchy.**

- a) plně souhlasím
- b) částečně souhlasím
- c) nesouhlasím
- d) částečně nesouhlasím

**21. Snažím se poskytovat edukaci rodině a přátelům duševně nemocného o samotném onemocnění, léčbě, důsledcích.**

- a) plně souhlasím
- b) částečně souhlasím
- c) nesouhlasím
- d) částečně nesouhlasím

**22. Za nejvýznamnější při destigmatizaci považuji předávání informací o:**

- a) samotném onemocnění a jeho příznacích
- b) o možnostech léčby duševního onemocnění
- c) hospitalizaci a životě v nemocnici
- d) důsledcích onemocnění pro nemocného
- e) jiné:

**23. Přednášky a semináře na škole mě připravily na práci s duševně nemocnými.**

- a) plně souhlasím
- b) částečně souhlasím
- c) nesouhlasím
- d) částečně nesouhlasím

**24. O konkrétních duševních onemocněních si sám/a zjišťuji informace, pokud se s takovými pacienty setkám při práci na oddělení.**

- a) plně souhlasím
- b) částečně souhlasím
- c) nesouhlasím
- d) částečně nesouhlasím

**25. Mám přehled o destigmatizačních programech a aktivitách, které probíhají v ČR.**

- a) plně souhlasím
- b) částečně souhlasím
- c) nesouhlasím
- d) částečně nesouhlasím

## PŘÍLOHA P II: ŠKÁLA ISMI

Tab. 7. České znění škály ISMI

| Škála internalizovaného stigmatu duševní nemoci   |                      |             |           |                    |
|---|----------------------|-------------|-----------|--------------------|
| V dotazníku používáme pojem „duševní nemoc“, ale vy si pod tímto pojmem představte jakýkoliv jiný vám blízký pojem.             |                      |             |           |                    |
| U každého tvrzení označte, zda s ním rozhodně nesouhlasíte (1), nesouhlasíte (2), souhlasíte (3), nebo rozhodně souhlasíte (4). |                      |             |           |                    |
| Tvrzení   | Rozhodně nesouhlasím | Nesouhlasím | Souhlasím | Rozhodně souhlasím |
| 1. Mám pocit, že kvůli své duševní nemoci nepatřím do tohoto světa.   | 1                    | 2           | 3         | 4                  |
| 2. Duševně nemocní lidé mají sklon k násilí.  | 1                    | 2           | 3         | 4                  |
| 3. Lidé mě diskriminují, protože mám duševní nemoc.   | 1                    | 2           | 3         | 4                  |
| 4. Vyhýbám se blízkým vztahům s lidmi, kteří nemají duševní nemoc, abych se vyhnul/a odmítnutí.                                 | 1                    | 2           | 3         | 4                  |
| 5. Stydím se nebo se cítím rozpačitě, protože mám duševní nemoc.  | 1                    | 2           | 3         | 4                  |
| 6. Duševně nemocní lidé by neměli uzavírat manželství.  | 1                    | 2           | 3         | 4                  |
| 7. Lidé s duševní nemocí prospívají společnosti.  | 1                    | 2           | 3         | 4                  |
| 8. Cítím se méněcenně ve srovnání s těmi, kteří nemají duševní nemoc.   | 1                    | 2           | 3         | 4                  |
| 9. Stykám se s lidmi méně než dříve, protože kvůli své duševní nemoci mohou vypadat nebo se chovat „divně“.                     | 1                    | 2           | 3         | 4                  |
| 10. Duševně nemocní lidé nemohou žít dobrý a naplňující život.  | 1                    | 2           | 3         | 4                  |
| 11. Moc o sobě nemluví, protože nechci druhé zatěžovat svou duševní nemocí.   | 1                    | 2           | 3         | 4                  |
| 12. Negativní předsudky vůči duševně nemocným lidem mě vylučují z normálního života.  | 1                    | 2           | 3         | 4                  |
| 13. Když jsem mezi lidmi, kteří nemají duševní nemoc, cítím se nepatřičně, jako bych mezi ně nepatřil/a.                        | 1                    | 2           | 3         | 4                  |
| 14. Cítím se pohodlně, když jsem na veřejnosti s očividně duševně nemocným člověkem.  | 1                    | 2           | 3         | 4                  |
| 15. Lidé se ke mně chovají povyšně nebo se mnou jednájí jako s dítětem jen kvůli tomu, že mám duševní nemoc.                    | 1                    | 2           | 3         | 4                  |
| 16. Jsem sám/sama sebou zklamaný/á, protože trpím duševní nemocí.   | 1                    | 2           | 3         | 4                  |
| 17. To, že mám duševní nemoc, mi pokazilo život.  | 1                    | 2           | 3         | 4                  |
| 18. Lidé poznají, že mám duševní nemoc, podle toho, jak vypadám.  | 1                    | 2           | 3         | 4                  |
| 19. Protože mám duševní nemoc, většinou potřebuji druhé, aby za mě rozhodovali.   | 1                    | 2           | 3         | 4                  |
| 20. Neúčastním se společenského života, abych chránil/a svou rodinu a přátele před ostudou.                                     | 1                    | 2           | 3         | 4                  |
| 21. Lidé, kteří nemají duševní nemoc, mi nemohou porozumět.   | 1                    | 2           | 3         | 4                  |
| 22. Lidé mě přehlížejí nebo mě neberou moc vážně, protože mám duševní nemoc.  | 1                    | 2           | 3         | 4                  |
| 23. Nemohu společnosti ničím přispět, protože mám duševní nemoc.  | 1                    | 2           | 3         | 4                  |
| 24. Utrpení způsobené životem s duševní nemocí mě zocelilo.   | 1                    | 2           | 3         | 4                  |
| 25. Nikdo by neměl zájem navázat se mnou bližší vztah, protože mám duševní nemoc.   | 1                    | 2           | 3         | 4                  |
| 26. Celkem vzato, jsem schopen/na žít svůj život, jak chci.   | 1                    | 2           | 3         | 4                  |
| 27. Mohu žít dobrý a naplňující život, i když jsem duševně nemocný/á.   | 1                    | 2           | 3         | 4                  |
| 28. Lidé si myslí, že v životě nemohu ničeho dosáhnout, protože mám duševní nemoc.  | 1                    | 2           | 3         | 4                  |
| 29. Předsudky o duševně nemocných lidech na mě sedí.  | 1                    | 2           | 3         | 4                  |