

Názor společnosti na osoby s duševním onemocněním

Andrea Zedníčková, DiS.

Bakalářská práce
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Andrea Zedníčková, DiS.**

Osobní číslo: **H11599**

Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Názor společnosti na osoby s duševním onemocněním**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Zpracování teoretické části bakalářské práce.

Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti typů duševního onemocnění a možnosti sociálně pedagogické práce s duševně nemocnými.

Příprava metodiky empirické části, formulace cíle, volba výzkumných metod.

Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníku.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

ČEŠKOVÁ, Eva, Mojmír SVOBODA a Hana KUČEROVÁ. Psychopatologie a psychiatrie. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9.

CHRÁSKA, Miroslav. Metody pedagogického výzkumu. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.

OREL, Miroslav. Psychopatologie. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3737-9.

RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTOVÁ. Psychiatrie: minimum pro praxi. 4. rozš. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-746-1.

SMOLÍK, Petr. Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika. 2. rev. vyd. Praha: Maxdorf, 2002. ISBN 80-85912-18-x.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Eva Šalenová**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce: **27. ledna 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce: **2. května 2014**

Ve Zlíně dne 27. ledna 2014


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




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 24.4.2019

.....
Kedníkova

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

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

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

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

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

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, ušije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené zájemcem 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 výdělků 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 přihlíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se věnuje tématu duševního onemocnění a problematice názoru společnosti na osoby s duševním onemocněním. Práce je rozdělena na dvě základní části. Teoretická část se zabývá problematikou duševního onemocnění, příčinami vzniku duševních poruch, základním rozdělením duševních nemocí, organizací péče o duševně nemocné, sociální prací s duševně nemocnými, farmakologickou i nefarmakologickou léčbou duševních poruch. Praktická část je realizována pomocí kvantitativního výzkumu, ve kterém se pomocí dotazníků pokusíme zjistit názor zdravých lidí různých věkových kategorií na osoby s duševním onemocněním.

Klíčová slova: duševní onemocnění, duševní porucha, léčba, MKN-10, péče, sociální práce

ABSTRACT

This bachelor thesis focuses on the topic of mental illness and society's opinion on individuals suffering from mental illness. The thesis is divided into two main parts. The theoretical part focuses on the issue of mental illness, causes of mental disorders, basic classification of mental illnesses, and organization of care for mentally ill, social work with mentally ill, and pharmacological and non-pharmacological treatment of mental disorders. The practical part is completed by means of quantitative research, in which we will try to find out, through questionnaires, an opinion of healthy individuals of various different age groups on mentally ill people.

Keywords: mental illness, mental disorder, treatment, MKN-10, care, social work

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Evě Šalenové za odborné vedení, cenné rady, ochotu, vstřícnost a čas věnovaný při tvorbě této práce.

Poděkování patří i všem zúčastněným respondentům, díky kterým mohla být má práce realizována.

Na závěr chci poděkovat mé rodině a blízkým za pomoc a podporu po celou dobu mého studia.

Neboť lidská duše sama o sobě je vesmírem.
Stejně – jako vesmír – i ona skrývá nejedno tajemství,
a leckdy se zdráhá je odkrýt...
I ona obsahuje život i smrt,
žhnoucí slunce i ledové končiny,
barvy, světla i temnotu,
plnost i nicotu,
chaos i systém a řád...
A možná
- stejně jako vesmír –
je pro nás lidská duše nekonečná...

M. O.

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

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 PROBLEMATIKA DUŠEVNÍHO ONEMOCNĚNÍ.....	12
1.1 DUŠEVNÍ ZDRAVÍ A DUŠEVNÍ NEMOC.....	12
1.2 PŘÍČINY VZNIKU DUŠEVNÍCH PORUCH.....	13
1.2.1 Prevence duševních poruch.....	14
1.3 MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE DUŠEVNÍCH PORUCH MKN-10.....	15
1.3.1 Rozdělení duševních poruch dle MKN-10.....	16
1.4 DĚTSKÁ A DOROSTOVÁ PSYCHIATRIE.....	17
1.4.1 Duševní poruchy v dětství, jejich význam a důsledky v dospělosti.....	17
1.5 GERONTOPSYCHIATRIE.....	18
1.6 PRÁVNÍ ASPEKTY PSYCHICKÝCH PORUCH.....	19
1.6.1 Posuzování způsobilosti k právním úkonům u osob trpících duševní poruchou.....	19
1.7 MÝTY O DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH.....	20
2 ORGANIZACE PÉČE O OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	22
2.1 POSTAVENÍ PSYCHIATRIE A PSYCHOLOGIE V PÉČI O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ.....	22
2.2 SOCIÁLNÍ PRÁCE.....	23
2.2.1 Sociální práce jako profese.....	23
2.3 SOCIÁLNÍ PRÁCE S DUŠEVNĚ NEMOCNÝMI.....	24
2.4 SOCIÁLNÍ PRÁCE V RŮZNÝCH TYPECH ZAŘÍZENÍ.....	26
2.5 SYSTÉM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.....	27
2.5.1 Sociální poradenství.....	28
2.6 SLUŽBY SOCIÁLNÍ PÉČE.....	28
2.7 SLUŽBY SOCIÁLNÍ PREVENCE.....	30
3 LÉČBA DUŠEVNÍCH PORUCH.....	33
3.1 PSYCHOFARMAKOTERAPIE.....	33
3.1.1 Nežádoucí účinky psychofarmak.....	34
3.2 PSYCHOFARMAKA V DĚTSKÉ PSYCHIATRII.....	35
3.3 LÉČBA DUŠEVNÍCH PORUCH VYŠŠÍHO VĚKU.....	36
3.4 PSYCHOTERAPIE.....	37
3.4.1 Příklady technik psychoterapie.....	38
3.5 REHABILITACE.....	39
3.6 OCHRANNÁ LÉČBA.....	40
4 SHRNUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI.....	42
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	43
5 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU.....	44

5.1	CÍL VÝZKUMU	44
5.2	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	44
5.3	METODA A TECHNIKA VÝZKUMU, VÝZKUMNÝ VZOREK.....	45
6	INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT.....	46
6.1	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	61
	ZÁVĚR	63
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	64
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	66
	SEZNAM OBRÁZKŮ	67
	SEZNAM TABULEK.....	68
	SEZNAM PŘÍLOH.....	69

ÚVOD

Důvodem výběru tohoto tématu není jen můj zájem o tuto problematiku, ale i to, že jsem dva a půl roku pracovala v pobytovém zařízení pro osoby s duševním onemocněním. Měla jsem možnost dostat se do trochu „jiného“ světa těchto osob. Poznala jsem blíže nejen oblast duševních poruch, ale také spoustu životních příběhů, které často nebyly jednoduché. Hlavním cílem práce je proto bližší seznámení s oblastí duševního onemocnění, která je stále málo veřejně probírána. Lidé se totiž dost často nechávají unést informacemi z televize nebo novin. Bohužel velmi často těmi negativními.

Někdo má to štěstí, že jeho život probíhá podle jeho přání a tak jak si ho naplánuje a kromě běžných každodenních starostí nepozná větší životní problémy. Zdravý lidský život je ze všeho nejdůležitější. Ale co ti, u kterých se objeví nějaká nemoc? A co ti, kteří musí se svou nemocí bojovat celý život? Kolem nás chodí mnoho lidí, o nichž vůbec netušíme, že by mohli trpět duševním onemocněním, protože jsou navenek nenápadní. Můžeme je potkat v obchodě, v divadle, na diskotéce nebo vedle nich můžeme sedět ve vlaku. Jsou často nenápadní a přitom tak trochu „jiní“. Být „jiný“ ale rozhodně neznamená být špatný nebo méněcenný. Všichni přece nemůžeme být stejní, každý člověk je originál. Ať už je zdravý nebo duševně nemocný.

Duševní onemocnění výrazným způsobem zasahuje do osobnosti člověka, do vztahů k jeho rodině i okolí. Je to onemocnění, které má vliv na myšlení, prožívání a chování člověka. Příčinou vzniku může být vrozená výbava člověka, ale také i vliv prostředí a životních událostí. K léčbě se užívají medikamenty nebo psychoterapie.

Ale i přesto všechno mají lidé s duševním onemocněním právo zkusit žít alespoň trochu samostatný a nezávislý život. Mají právo začlenit se do společenského života, mají právo na splnění svých přání a tužeb. Jako každá lidská bytost chtějí milovat a být milováni. Mají plné právo založit vlastní rodinu a rozvíjet ji. Měla by jim být umožněna komunikace, pohyb a přístup ke společnosti, vzdělání, úřadům, ekonomickým a profesním aktivitám i k aktivitám ve volném čase a ve sportu.

Bakalářská práce je rozčleněna na dvě části, část teoretickou a část praktickou. Teoretická část byla zpracována metodou sekundární analýzy materiálů. Má tři hlavní kapitoly a zaměřuje se na problematiku duševního onemocnění, organizaci péče o duševně nemocné v České republice a na léčbu duševních poruch. V praktické části se budeme pomocí kvantitativního výzkumu zabývat názory společnosti na osoby s duševním onemocněním a to formou dotazníkového šetření.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PROBLEMATIKA DUŠEVNÍHO ONEMOCNĚNÍ

Představy o příčinách vzniku duševních poruch prodělaly a prodělávají složitý vývoj. Vždy úzce souvisely s převládající teorií psychiatrie v daném období.

Ve středověku se např. rozšířil tzv. náboženský model duševních poruch. Mělo to za následek, že příčina duševních poruch se spatřovala v posedlosti, čarodějnictví nebo hříchu. A přiměřeně těmto představám se volily i způsoby řešení: exorcismus – vymítání ďábla, zlého ducha nebo mučení a upalování čarodějnic v rámci inkvizičních procesů.

Od poloviny 19. století převládl medicínský – biologický model nemoci. Byla snaha hledat příčiny poruch v organismu samém. Pátrání po dědičnosti, vazbě na určitou konstituci, organickém postižení nebo po poruše metabolismu jsou nejvýznamnější cesty tohoto modelu.

Od počátku 20. století se začal významně prosazovat sociální, resp. psychologicko – sociologický model nemoci. Příčiny nemoci jsou v tomto modelu hledány v psychologických a sociálních faktorech. Začalo se studovat narušení mezilidských vztahů, způsoby výchovy, komunikace, vliv stresu, životních událostí.

Dá se tedy říci, že názory na etiologii duševních poruch se vyvíjejí a jsou ovlivňovány teoretickými postoji, které se uplatňují v dané době souhlasně s rozvojem odborného poznání. V současnosti převládá pohled na duševní poruchu jako důsledek multikauzálních faktorů v rámci biopsychosociálního modelu zdraví a nemoci. (Praško, 2011, str. 35)

1.1 Duševní zdraví a duševní nemoc

Pojem zdraví je základní kategorií medicíny i ošetrovatelství. Má aspekty biologické, psychologické a sociální, které vyjadřují sepětí člověka s prostředím. Zdraví je dynamický proces. Je jedním ze základních práv každého člověka, jak zdůraznila Světová deklarace zdraví v roce 1978. Zdraví je podmínkou dobré fyzické a psychické pohody a dobré kvality života. Zdravý člověk je schopen seberealizace, umí se postarat sám o sebe, přizpůsobit prostředí, vykonávat svoji práci, plnit sociální role a nemá chorobu. Zdraví je základem stabilního ekonomického růstu.

Duševní zdraví znamená dobrou kondici celé osobnosti, není to jen nepřítomnost duševní poruchy. Jak se pozná duševně zdravý člověk? Má schopnost přijímat a zpracovávat informace, řešit problémy, logicky myslet. Umí plánovat a plány uskutečňovat. Je schopný podílet se na změnách a vytvářet nové věci. Umí komunikovat. Aktivně se zúčastňuje dění kolem sebe. Dobře se adaptuje na nové situace. Poznává se podle citové vyrovnanosti, zvládá

vlastní emoce a zároveň se dovede uvolnit. Dokáže pracovat a udržovat partnerský vztah. Duševní zdraví představuje schopnost přizpůsobovat se situacím a reagovat na ně. (Marková, 2006, str. 15 - 16)

Definovat zdraví a nemoc není zcela snadný úkol. Podle jedné z definic Světové zdravotnické organizace (World Health Organisation – WHO) je zdraví stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoli jen prostá nepřítomnost nemoci nebo vady.

Nauka o psychických nemocech, chorobných a hraničních duševních jevech se nazývá psychopatologie. Psychopatologie se zabývá diagnostikou, klasifikací i výzkumem jak duševních poruch a chorob, tak také hraničních stavů. Psychopatologie tak proniká řadou teoretických i praktických oborů: medicíny (např. psychiatrií, neurologií), psychologie, sociologie, speciální pedagogiky apod. (Orel, 2012, str. 11)

Slovník sociální práce popisuje duševní nemoc jako nemoc, projevující se poruchami prožívání a mezilidských vztahů. Označení, již je mnoha autory užíváno jako synonymum výrazu duševní porucha. Jednotlivé duševní nemoci a skupiny příbuzných nemocí se rozlišují podle Mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace (WH) a podle diagnostického a statistického manuálu duševních nemocí (DSM), který vydává Americká psychiatrická asociace (APA). (Matoušek, 2003, str. 60)

1.2 Příčiny vzniku duševních poruch

Pokud bychom chtěli krátce charakterizovat, jaké jsou příčiny duševních poruch, hodilo by se nejspíš označení komplikované, přepestré, mnohé, pestré, různorodé nebo také komplexní. U mnoha psychických poruch navíc z větší části stále neznámé.

Jevy spojené s lidským bytím (tedy i se zdravím, nemocí a jejich příčinami) je vhodné pojímat, sledovat a popisovat z několika „zorných úhlů“. Zohledňujeme stránku jak biologickou (tělesnou), tak psychickou (duševní), sociální (interpersonální – vztahovou) i přesahovou (transcendentální – duchovní – spirituální) a zohledňujeme také individuální čas a prostor dotyčného i širší okolnosti kultury, společnosti a doby. Všechny zmíněné roviny jsou neoddělitelně interakčně propojené a svázané spolu navzájem. Změna v jedné oblasti tak vždy vyvolá odezvu v celém systému a ovlivní všechny ostatní roviny. (Orel, 2012, str. 21)

Příčiny duševních poruch na úrovni těla jsou hledány v rámci tří regulačních, informačních, koordinačních a integrujících soustav (nervové, hormonální a imunitní), které spolu fungují v neoddělitelných obousměrných vazbách a vztazích.

Mezi příčiny psychických poruch může patřit řada exogenních faktorů charakteru chemického (jedy, toxiny, léky, alkohol a jiné návykové látky apod.), fyzikálního (úraz hlavy s poraněním mozku, některé typy záření apod.) či biologického (infekce, paraziti).

Mezi endogenní faktory bychom mohli řadit mnohá onemocnění, postihující mozek primárně (např. mozkové nádory, ischemie – nedokrevnost mozkové tkáně) nebo také sekundárně (působením onemocnění metabolických, endokrinních, systémových, vlivem celkové dehydratace, hypoxie – poklesem hladiny kyslíku apod.). (Orel, 2012, str. 23 – 25)

Jednotliví lidé se navzájem výrazně odlišují individuálními vlastnostmi a dispozicemi – lišíme se nejen svými geny, výškou postavy, barvou očí a jinými tělesnými atributy, ale i temperamentem, vitalitou, kreativitou a také vnitřními psychickými dispozicemi ke vzniku duševních poruch.

Člověk nikdy není izolovanou bytostí, ale vždy je součástí celého systému vztahů. Ze vztahů (v nějaké formě a podobě) se nevymaníme po celý zbytek života. Nepřekvapí proto, že také sociální – vztahová oblast hraje významnou úlohu jak v rozvoji fungování zdravého člověka, tak při vzniku některých nemocí a poruch.

V otázkách duševních poruch se tak nelze vyhnout nebo dokonce pominout oblasti rodinných a osobních vazeb a konstelací. Rodinu lze bezpochyby považovat za jednu z vůbec nejvýznamnějších sociálních skupin. K základním funkcím rodiny patří nejen reprodukce, vytvoření materiálně – ekonomického zázemí pro děti, ale i poskytování emoční vazby, stimulů a základů vztahovosti.

Od určitého věku nabývá na významu vliv vrstevnické skupiny. Umožňuje další rozvoj osobnosti, socializace určitých schopností a dovedností. Na vývoj zdravé i poruchové psychiky se do určité míry podílí tak širší vliv společnosti a sociokulturního prostředí.

Vliv samozřejmě nemají jen souvislosti dětství, ale také aktuální sociální ztráty (partnera, rodičů apod.), akutní i dlouhodobé sociální konflikty (násilí, zneužívání apod.), intrapsychické konflikty, frustrace, trauma, krize, deprivace apod. (Orel, 2012, str. 38 – 39)

1.2.1 Prevence duševních poruch

Prevenci duševních poruch můžeme rozdělit na primární, sekundární a terciární.

Primární prevence se snaží zabránit tomu, aby onemocnění vůbec vzniklo. Příkladem mohou být preventivní programy týkající se drog, alkoholu, nebo preventivní nácviky zvládání těžkých traumatických situací pro záchranáře, preventivní programy pro zdravotníky, které ukazují, jak zabránit burn out syndromu. Pro velké psychické poruchy však žádné prostředky, které by sloužily jako primární prevence, neznáme.

Sekundární prevence se snaží o včasnou intervenci ve chvíli, kdy onemocnění již propukne. Smyslem je zkrátit dobu léčení, aby příznaky neměly prostor plně se rozvinout. Příkladem sekundární prevence je monitorování varovných příznaků u schizofrenie či u bipolární poruchy. V rámci sekundární prevence jsou prováděny psychoedukační programy pro pacienty a jejich rodiny, do kterých je pacient přijímán v době počínající remise.

Terciární prevence pak má za úkol redukovat rozsah postižení, ke kterým došlo následkem poruchy. Jde o rehabilitaci. Cílem psychosociální rehabilitace je pomoci nemocnému dosáhnout co nejvyšší úrovně fungování, a o rozvíjení zachovalých schopností a učení potřebných nových dovedností. (Praško, 2011, str. 202 – 203)

1.3 Mezinárodní klasifikace duševních poruch MKN-10

Nová mezinárodní klasifikace duševních poruch MKN-10 se pokouší vyrovnat s některými problémy operační diagnostiky. Zřetelná je snaha popsat jednotlivé poruchy pokud možno jasně a dostatečně. Kritéria zařazující a vylučující jsou používána pokud možno vyváženě. Pro výzkum byla vytvořena zvláštní, přísnější kritéria. Předpokládá se, že příští kompletní revize mezinárodní klasifikace nebude prováděna dříve než za 20 let. Změny v klasifikaci bude možné provádět postupně na základě důkladně prověřených výsledků získaných výzkumem nebo v případě zjištění a prokazatelného doložení nových diagnostických entit.

Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize – Duševní poruchy a poruchy chování, byla vytvořena netradičním způsobem a s několika historickými prioritami:

1. Kapitola psychiatrie je rozdělena na 10 oddílů, v nichž jsou jednotlivé poruchy zařazovány do skupin podle hlavních společných znaků (nikoli jako dosud především podle známé nebo předpokládané etiopatogeneze, např. na psychózy a neurózy). Teoretická koncepce je stejná jako u DSM-III.
2. Psychiatrická kapitola byla poprvé v historii mezinárodní psychiatrické klasifikace zpracována v několika různých verzích pro různé uživatele. Jednotlivé verze jsou vzájemně kompatibilní a liší se množstvím a uspořádáním informací, které uživateli poskytují.
3. Další prioritou nové klasifikace je způsob jejího vzniku. Byla vyvíjena synchronně v několika světových jazycích a současně ve 112 klinických centrech ve 39 zemích. K aktivům nové klasifikace patří skutečnost, že k jejímu vývoji přispěly významnou měrou také země třetího světa. Vznikla dosud nebývale rozsáhlá mezinárodní síť psy-

chiatrických center, pro něž se stala nová klasifikace srozumitelným dorozumívacím oborovým jazykem.

4. Pro reliabilitu a validitu diagnostických kategorií platí stejná pravidla jako u americké klasifikace DSM-III.

Klasifikační systémy MKN-10 i DSM-III jsou uspořádány „sestupně“. Diagnostické skupiny, které jsou blíže začátku klasifikace, mohou obvykle obsahovat příznaky skupin následujících. Naopak, diagnostické skupiny na konci klasifikace obvykle neobsahují příznaky skupin předcházejících, tak přítomnost poruchy zařazené na začátku systému často vylučuje přítomnost poruchy zařazené později. (Smolík, 2002, str. 33 – 34)

1.3.1 Rozdělení duševních poruch dle MKN-10

Dle rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví České republiky vstoupila u nás MKN-10 v platnost v roce 1993.

Psychiatrii je věnována V. kapitola MKN-10 a je označena písmenem F. Obsahuje asi 1000 kategorií rozdělených do těchto 10 sekcí:

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

U každé kategorie jsou uvedeny klinický popis, diagnostická vodítka, vylučující kritéria a diferenciální diagnostické úvahy. Označení každé diagnostické kategorie se skládá z alfanumerického kódu, kdy písmeno označuje kapitolu oboru, v našem případě písmeno

F – psychiatrie. Dále následují čísla označující hlavní sekci, diagnostickou kategorii, její druh, případně průběhovou formu. (Zvolský, 2005, str. 12)

1.4 Dětská a dorostová psychiatrie

Ta je oproti „dospělé“ psychiatrii v mnohém specifická (možná obdobně, jako dětské lékařství má rovněž svá specifika). Dítě totiž v žádném případě nemůžeme brát jako „zmenšeného dospělého“.

U dětí je nutné mnohem více zohledňovat věk a vývojovou fázi, ve které se nacházejí. Vrozená zranitelnost je kombinována s individuální odolností a nezdolností a konkrétním širším kontextem. Kromě faktorů vrozených hrají v dětském věku velmi významnou roli zejména faktory sociální, kumulace stresových událostí i možnost somatizace (vyjádření duševních problémů tělesnými příznaky).

Výsledné prožívání a chování dítěte (ve zdraví i nemoci) je určitou výslednicí spolupůsobení zejména faktorů biologických, psychických a sociálních.

Biologické faktory zahrnují mimo jiné jak obecnou stavbu lidského mozku, tak konkrétní (jedinečný a neopakovatelný) mozek jednoho jedince s jeho stavbou, funkcí, metabolismem a chemismem atd.

Psychické faktory pojímají mimo charakteru, temperamentu a řady jiných individuálních vlastností a vloh také vrozené dispozice k vitalitě, vášnivosti, akceschopnosti, míře snesitelného rizika a také potřebu vlivu a regulace aj.

Sociální faktory pokrývají oblast vztahů. K významným činitelům ze strany autorit (zejména rodičů) a vrstevníků patří mimo jiné přijetí, ocenění apod. (Orel, 2012, str. 176 - 177)

Dětská psychiatrie zahrnuje poruchy psychického vývoje a poruchy chování a emocí, které mají obvykle začátek v dětství a v adolescenci, a jednak duševní choroby v dětství, které jsou blízké duševním chorobám dospělých (schizofrenie v dětském a dorostovém věku, afektivní poruchy v dětském a dorostovém věku). (Raboch, 2006, str. 185)

1.4.1 Duševní poruchy v dětství, jejich význam a důsledky v dospělosti

Je – li dítě léčeno pedopsychiatrem, nemusí to znamenat, že onemocnění nebo porucha bude postupovat až do dospělosti. Některé jsou specifické pro dětský věk a v dospělosti je již nezachycujeme. Jiné mění svou formu a klinický obraz a bez podrobného anamnestického rozboru bychom nevěděli, že jedinec byl jako dítě psychiatricky léčen. Jen část po-

ruh a nemocí přechází kontinuálně do dospělého věku a mění se pouze v závislosti na celkovém vyzrání po stránce somatické i psychické, v návaznosti na sociální prostředí, životní podmínky a další faktory, které v průběhu života vstoupily do hry.

Chybí nám dostatečně validní longitudinální studie. Je však odhadováno, že 10 až 30% dětí, které se léčily u pedopsychiatra, bude později potřebovat psychiatrickou péči v dospělosti.

Z uvedeného rozptylu je zřejmé, že autoři těchto odhadů se značně rozcházejí. Současně však z těchto čísel vyplývá, že nejméně v 70% případů jde o poruchy specifické pro dětství a adolescenci a že tedy dětská psychiatrie má svou specifickou problematiku a oprávnění existovat jako samostatný obor v rámci psychologicko – psychiatrických věd.

Je nutné také vzít v úvahu rozdíl mezi anamnestickými a katamnestickými poznatky. V anamnézách dospělých pacientů nacházíme vyšší morbiditu v dětství a adolescenci. Katamnestické studie sledující vývoj dětí, u nichž byly diagnostikovány poruchy, vykazují psychiatrickou nemocnost v dospělém věku podstatně nižší.

Např. studie 50 chlapců, kterým v dětském věku přisoudili pedopsychiatři tu nejhorší prognózu, prokázala, že po 25 letech bylo více než 60% z nich psychiatricky nenápadných. (Kříž, 2004, str. 107)

1.5 Gerontopsychiatrie

Gerontopsychiatrie se zabývá diagnostikou, léčbou a rehabilitací duševních poruch u osob vyššího věku. Duševní poruchy ve stáří mají svá specifika oproti duševním poruchám dospělého věku.

Duševní poruchy vyššího věku jsou v zásadě dvojího původu:

1. Duševní poruchy byly přítomny u jedince již v raném či dospělém věku a nyní se jejich obraz modifikuje věkem (například bipolární afektivní poruchy, rekurentní deprese, závislosti na návykových látkách, úzkostné poruchy, schizofrenie).
2. Duševní poruchy dosud nebyly u jedince přítomny a vznikly až v souvislosti s přibývajícím věkem pacienta (například demence).

Duševní poruchy ve stáří se z hlediska psychopatologického projevují celou řadou symptomů z okruhu kognitivních i nekognitivních funkcí. Mezi kognitivní (poznávací) funkce v širším slova smyslu řadíme paměť, myšlení, intelekt, pozornost, úsudek, schopnost plá-

novat, organizovat a zpracovávat informace (vůle a motivace). Mezi nekognitivní funkce patří emoce, vnímání, pudy, osobnost. Integrální funkcí je pak vědomí, chování a jednání, které jsou podmíněny vzájemnou součinností kognitivních i nekognitivních funkcí. (Lužný, 2012, str. 11 - 12)

Psychotické poruchy ve stáří jsou velmi heterogenní skupinou duševních poruch rozdílné etiopatogeneze. Dominujícími příznaky jsou zde buďto izolované poruchy vnímání psychotického rázu (halucinace), nebo izolované poruchy myšlení (obsahové poruchy myšlení čili bludy, nebo formální poruchy myšlení psychotického charakteru), spolu s možností kombinované poruchy vnímání i myšlení, s přesahem do neadekvátního či nepřiléhavého chování. (Lužný, 2012, str. 111)

Specifikem stáří jsou organicky podmíněné poruchy, a to zvláště Alzheimerova nemoc a vaskulární demence. Není znám spouštěč, neexistuje léčba, s věkem výrazně stoupá riziko. Mezi psychiatrické pacienty patří někdy také ti, kteří mají sekundární postižení po cévní mozkové příhodě. Nejčastěji je ovlivněna řeč, orientace a motorika. Často opomíjenou skupinou mezi seniory jsou lidé závislí na návykových látkách. Mezi nejčastější závislosti patří závislost na lécích, která může být i náhodnou vzhledem k užívané medikaci např. u úzkostných, nediagnostikovaných klientů. (Mahrová, 2008, str. 111)

1.6 Právní aspekty psychických poruch

Základní listinou občanských práv je Všeobecná deklarace lidských práv a svobod. O znění této deklarace se opírá i Listina základních práv a svobod.

Práva nemocných jsou částečně zakotvena ve shora zmíněných dokumentech, v Ústavě a dalších právních normách. Ústřední etická komise MZ ČR dále schválila v roce 1992 Kodex práv pacientů.

Práv duševně nemocných se týkají mj. Deklarace lidských práv duševně nemocných a Deklarace lidských práv a duševního zdraví, které byly vyhlášeny Mezinárodní federací duševního zdraví. (Svoboda, 2006, str. 36)

1.6.1 Posuzování způsobilosti k právním úkonům u osob trpících duševní poruchou

Občanský zákoník říká, jestliže osoba není vůbec schopna pro duševní poruchu, která není přechodná, činit právní úkony, soud ji způsobilosti k právním úkonům zbaví. Pokud je osoba trpící duševní poruchou, která není jen přechodná anebo požívají nadměrně alkoholo-

lické nápoje nebo omamné prostředky nebo jedy, schopna činit jen některé právní úkony, soud její způsobilost k právním úkonům omezí a rozsah omezení stanoví v rozhodnutí.

Soud zbavení či omezení způsobilosti zruší nebo změní, změní – li se nebo odpadnou – li důvody, které k nim vedly. Posuzování způsobilosti k právním úkonům se pozastaví, pokud může dojít ke zlepšení.

Institut zbavení či omezení způsobilosti k právním úkonům sleduje ochranu osob s duševní poruchou, zejména ochranu majetkových práv a určitou ochranu společnosti. (Marková, 2006, str. 67)

Řízení o způsobilosti k právním úkonům probíhá podle občanského soudního řádu. Podnět na zahájení řízení o způsobilosti k právním úkonům (zbavení, omezení nebo navrácení způsobilosti k právním úkonům) může podat zdravotnické zařízení (ale i státní orgán, orgán sociální péče a ten, kdo byl zbaven způsobilosti k právním úkonům), které je potom účastníkem řízení, na podnět procesně způsobilých osob nebo na podnět soudu. Do určité lhůty je třeba předložit lékařskou zprávu o duševním stavu vyšetřovaného.

Návrh na vrácení způsobilosti k právním úkonům může podat i ten, kdo byl způsobilosti zbaven. Pokud soud jeho návrh zamítl a nedá – li se očekávat zlepšení jeho stavu, může soud rozhodnout, že mu toto právo po určitou dobu nepřísluší. Soud ustanoví k ochraně práv a zájmů dotyčné osoby opatrovníka. Může jím být příbuzný nebo jiná vhodná osoba. Osobám zbaveným způsobilosti k právním úkonům se odebírá občanský průkaz. Osoby omezené ve způsobilosti k právním úkonům mají rozsah tohoto omezení určený soudem. (Marková, 2006, str. 68)

1.7 Mýty o duševně nemocných

Psychiatrie se neustále potýká se stigmatizací oboru. Většina lidí se psychických chorob a psychiatrie bojí hlavně proto, že o problematice málo ví a stydí se s psychickými problémy svěřit, raději psychické potíže tajíme.

Je skutečností, že se situace pomalu mění, řada psychických chorob je již společensky akceptovatelná – například deprese. Schizofrenie je zatím stále spojována s něčím nepochopitelným, do určité míry katastrofickým a stigmatizujícím. (Češková, 2006, str. 35)

V laické veřejnosti se traduje řada mýtů o duševně nemocných:

1. Schizofrenie je nevyléčitelné onemocnění. V praxi se ukazuje, že přibližně jedna třetina nemocných prodělá jednotlivou ataku onemocnění a při příznivých podmínkách se

onemocnění nevrací. Druhá třetina nemocných prodělává v životě opakované ataky, které střídají fáze remise (úzdavy). Zde je obraz pestrý od poměrně lehkých projevů, které jsou střídány úplnou remisí, po klinické obrazy, v nichž remise úplná není, přetrvávají např. některé negativní příznaky. Takovýto klient je však v době remisi relativně adaptován. Poslední třetina má průběh nepříznivý, onemocnění se postupně více či méně plíživě zhoršuje a chronifikuje.

2. Pacienti se schizofrenií mají většinou sklon k násilí a jsou nebezpeční. Většina pacientů s duševní poruchou nikdy nespáchá násilný trestný čin. I když je u nemocných se schizofrenií mírně zvýšený počet násilných trestných činů, je to většinou u nemocných, kteří nejsou léčeni nebo nejsou léčeni správně. Tito lidé bývají také často oběťmi trestných činů.
3. Lidé se schizofrenií jsou nespolehliví a nemohou soustavně pracovat. Pracovní výkon a způsobilost nesouvisí přímo s intenzitou psychopatologie. Je pravda, že zaměstnávání osob s psychotickým onemocněním má svá specifika. Jsou dána především tím, že klinický obraz často kolísá, není tak stálý, jako např. u osob s mentálním postižením, což omezuje ochotu zaměstnavatelů je zaměstnávat. Nicméně velká část klientů je nějaké formy pracovního zařazení schopna. Řada z nich pak velmi kvalitně. (Mahrová, 2008, str. 126 – 127)

2 ORGANIZACE PÉČE O OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Péče o duševně nemocné stála v České republice až do 2. světové války stranou hlavního proudu vývoje medicíny. Teprve od padesátých let 20. století začala psychiatrie opouštět uzavřené a izolované ústavy a postupně počala stále více pronikat mezi ostatní medicínské obory. Teprve v současné době ale začíná být tuzemská koncepce péče o duševní zdraví ovlivňována moderními trendy vyspělého světa.

Moderní podoby péče zejména o dlouhodobě duševně nemocné jsou charakterizovány:

1. snahou o integraci nemocných do majoritní společnosti
2. zmenšováním a odstraňováním stigmatizovaného postavení psychiatrických nemocných ve společnosti, humanizaci
3. rušením velkých psychiatrických léčeben a jejich náhradou malým počtem akutních lůžek v psychiatrických odděleních nemocnic a zejména rozvětvenou sítí služeb intermediární péče (denní stacionáře, domácí péče, návštěvní služba, chráněné dílny a chráněné bydlení, kluby, svépomocné organizace). Intermediární péče začala u nás vznikat prakticky až v 80. letech. Od té doby se postupně rozvíjí – stejně jako její spolupráce s nezdavatnickými institucemi. (Praško, 2011, str. 325)

2.1 Postavení psychiatrie a psychologie v péči o duševně nemocné

Psychiatrie je v klasickém pojetí lékařskou vědou, která se zabývá příčinami, diagnózou, léčbou a prevencí duševních poruch a chorob. Ty se mohou vyskytovat v každém věku a projevují se různými změnami psychických funkcí (porucha myšlení, emocí atd.), verbálního a nonverbálního chování a jejich rozmanitými kombinacemi. Vznikají na podkladě poruch biologických funkcí, stejně jako pod vlivem nepříznivých psychologických nebo sociokulturních faktorů a jejich vzájemného působení. (Zvolský, 2003, str. 5)

Psychiatr je lékař – absolvent lékařské fakulty (u nás s titulem MUDr.), který se psychiatrií profesně zabývá. Atestaci (specializaci) v oboru psychiatrie získává lékař po absolvování povinné praxe a složení atestačních zkoušek. Profesně se pak může dále specializovat na jednotlivé dílčí oblasti a obory psychiatrie (např. dětskou a dorostovou psychiatrii, léčbu závislostí atd.).

Psychologie je věda zabývající se psychologickými aspekty lidského bytí – chováním, myšlením, prožíváním, city atd. Je opět oborem s teoretickým i praktickým zázemím.

V podobě klinické psychologie je přímo spojena se zdravotnictvím a je rovněž součástí zdravotnické péče.

Psycholog je absolventem jednooborového magisterského studia psychologie na filozofické fakultě (s titulem Mgr. nebo následně PhDr.), který se profesně zabývá psychologií. Rovněž psycholog se může specializovat v jednotlivých psychologických oborech a pokračovat v dalším vzdělávání a kariérním růstu (formou atestace z klinické psychologie, doktorandského studia apod.).

V péči o duševně nemocné považujeme profese psychologů a psychiatrů nikoli za „nadřazené a podřazené“, ale za doplňkové. Každý obor má své specifické pole působení a kompetencí, přičemž v některých oblastech se překrývají a jinde na sebe navazují.

Psychiatr může (a je-li to vhodné, dokonce musí) používat také metody medicínské diagnostiky (např. RTG, CT, laboratorní vyšetření) a biologické léčby (např. předpis léků, aplikace elektrokonvulzí). Psycholog používá naproti tomu pouze psychologické metody a prostředky diagnostiky a terapie (např. ve formě psychodiagnostiky, psychoterapie). (Orel, 2012, str. 13 – 14)

2.2 Sociální práce

Posláním sociální práce je poskytování sociálních služeb jednotlivcům, rodinám, skupinám nebo komunitám. Účelem těchto služeb je pomoci klientům vyrovnat se s nezměnitelnými problémy, omezit nebo odstranit problémy, které lze vyřešit, případně přispět ke zlepšení situace tam, kde je možná úprava sociálních poměrů.

Sociální práce v sobě nese rysy jedinečnosti v rámci specifického přístupu ke každému klientovi. A současně rysy komplexnosti v přístupu k řešení sociální situace z hlediska ekonomického, psychologického, zdravotního, právního, sociologického a pedagogického. Cílem je pak podpora fungování klienta v jeho sociální situaci. Sociální práce se rovněž profesionálně zabývá lidskými vztahy v souvislosti s výkonem sociálních rolí. (Mahrová, 2008, str. 9)

2.2.1 Sociální práce jako profese

Národní asociace sociálních pracovníků USA v roce 1973 formulovala sociální práci jako profesionální aktivitu pomáhající jednotlivcům, skupinám či komunitám zvýšit nebo obnovit jejich schopnost sociálního fungování a vytvářet podmínky k plnění tohoto cíle. Praktická sociální práce pak sestává z profesionální aplikace hodnot sociální práce, principů a

technik. Cílem této profesionální práce je pomoci lidem získat hmotnou službu, poskytovat poradenství jednotlivcům, rodinám a skupinám. Dále je poskytována pomoc komunitám a skupinám při získávání nebo zlepšování sociálních a zdravotních služeb. Cílem je rovněž účast v legislativním procesu.

Praktická sociální práce vyžaduje znalosti vývoje člověka, jeho chování, znalost společenských, ekonomických a kulturních institucí a interakce mezi nimi.

Nejnovější mezinárodní definice sociální práce, na které se shodly Mezinárodní asociace sociálních pracovníků a Mezinárodní asociace škol sociální práce, určuje sociální práci jako profesi podporující změny, řešení problémů v oblasti mezilidských vztahů a umožňující lidem zvyšovat kvalitu jejich životů. Sociální práce se s využitím teorií lidského chování a sociálních systémů uplatňuje v situacích, kdy lidé a prostředí na sebe vzájemně působí. Základními principy sociální práce jsou lidská práva a sociální spravedlnost. (Mahrová, 2008, str. 14)

2.3 Sociální práce s duševně nemocnými

Existuje několik možností sociální práce s lidmi s různým druhem duševního onemocnění.

1. Sociální práce s člověkem s psychotickým onemocněním. Práce s lidmi

s psychotickým onemocněním je složitá, klade velké nároky na komunikaci, kvalitu vztahu a přístupu. Je potřeba orientovat se v základní psychopatologii duševní nemoci a brát ji při jednání s klientem s psychotickým onemocněním v úvahu.

Vždy je vhodné lépe vážít slova, počítat s tím, že klient může být zvýšeně vztahovačný a že to, co by v běžné komunikaci proběhlo bez povšimnutí, může být zdrojem tenze a nedorozumění.

V komunikaci s klientem s psychotickým onemocněním se přizpůsobujeme jeho možností a projevům. Jinak jednáme s klientem, který je stabilizovaný, adaptovaný, jinak s klientem, který přichází v akutní krizi, v akutní atace, či je u něj již přítomný postpsychotický defekt osobnosti.

V zásadě lze říci, že projevy lidí s psychotickým onemocněním mohou být velmi pestré. Někdy může být problematické navázat s nimi kontakt, mohou být nedůvěřiví, vztahovační. Jindy kontakt navazují až přehnaně ochotně, zahlcují v komunikaci strhujícím proudem slov, ve kterém je někdy obtížné se zorientovat, v takových případech bývá těžké, někdy až nemožné „držet se v rozhovoru věci“.

V sociální práci s lidmi s psychotickým onemocněním je potřeba brát v úvahu také mnohdy sníženou vůli řešit různé životní situace. Někdy se na ně zlobíme, že jsou líní, pomalí, nedůslední, zapomínají... Jsou u nich mnohdy omezeny i běžné činnosti (péče o sebe, strava, hygiena apod.). (Mahrová, 2008, str. 126 – 128)

2. Sociální práce s uživatelem návykových látek. Užívání návykových látek je stálým lidským problémem. Najdeme ho téměř kdekoli v naší historii i v jakémkoli společenském uspořádání. Je to natolik široká oblast, že dala vzniknout vědeckému oboru. Už samo užívání návykových látek s sebou nese řadu sociálních dopadů, jak na samotného uživatele, tak na jeho nejbližší vztahové okolí. Následná možnost závislosti na návykové látce pak představuje celospolečenský problém.

Mezi klienty sociálních pracovníků se uživatelé návykových látek objevují téměř ve všech věkových kategoriích, najdeme je ve všech společenských vrstvách. Užívání návykové látky může být primárním problémem nebo důsledkem tíživé sociální a vztahové situace. Závislost je dnes určována na velkém množství látek. Mezi ty základní patří nikotin, alkohol, kofein, barbituráty, heroin, kokain, rozpouštědla, amfetaminy, halucinogeny, konopí, steroidy, těkavé látky a další. (Mahrová, 2008, str. 135 – 136)

3. Sociální práce s dítětem s duševním onemocněním. Problematika duševního onemocnění dítěte je zvláště citlivé téma a zasahuje rodinu do hloubky. Rodina zajišťuje biologické potřeby, bezpečí, emoční zázemí, je prvním místem socializace a také místem, ve kterém se vytváří základy postojů, názorů, hodnotových systémů, přístupu ke světu a ostatním lidem. Současná rodina je postavena na dlouhodobějším partnerství osob opačného pohlaví, u nichž se předpokládá příbuzenství.

Pro práci s dítětem s duševním onemocněním potřebujeme vědět, kdo všechno v rodině výchovně ovlivňuje dítě a jak rodina plní svoje funkce. Z hlediska plnění funkcí rodiny ve vztahu k dítěti rozlišujeme rodinu funkční, rodinu problémovou, rodinu dysfunkční, rodinu afunkční, rodinu rekonstruovanou.

Pro sociální práci s dítětem s duševním onemocněním a jeho rodinou je nutné se orientovat v symptomatice a dynamice duševních onemocnění, terapeutických intervencích a vlivu medikace.

Nejen klienti s duševním onemocněním, ale i pracovníci, kteří jim poskytují pomoc, jsou ve společnosti objektem stigmatizace v důsledku přesvědčení, že duševně nemocní jsou nebezpeční, a proto nežádoucí. Pracovníci se s těmito projevy na rozdíl od jejich klientů

nejen dokážou vyrovnat, ale většinou se stanou jejich zastánci i mimo vlastní odborná pracoviště. (Mahrová, 2008, str. 101 – 102)

2.4 Sociální práce v různých typech zařízení

Sociální práce může probíhat v různých typech sociálního zařízení.

1. Sociální práce v léčebně dlouhodobě nemocných. Součástí psychiatrických léčeben může být léčebna dlouhodobě nemocných (LDN). Sociální pracovník v těchto zařízeních vede evidenci žádostí „Návrhů k hospitalizaci“, které vypisují ošetřující lékaři z obvodních ordinací či nemocnic. Lékaři z léčeben dlouhodobě nemocných návrhy posuzují a vyzývají pacienty k nástupu hospitalizace. Sociální pracovník průběžně aktualizuje evidenci žádostí. Po přijetí pacienta do léčebny provádí anamnézu ke zjištění rodinného zázemí, aktuálních i dlouhodobých potřeb pacienta. Snaží se vždy vyhledávat příbuzné, i když pacient tvrdí, že žádné nemá. Nebo vzhledem ke svému zdravotnímu stavu není schopen poskytnout na ně kontakt. Kontaktuje rodinu pacienta a motivuje ji ke spolupráci. Předběžně vyjednáva možnosti domácí či jiné péče po propuštění pacienta. Zařizuje výplatu starobních či invalidních důchodů pacientů do LDN. Obstarává nákupy rehabilitačních a ortopedických pomůcek, brýlí, oblečení na pobyt v LDN i pro případný nástup do domova důchodců. Žádá o uznání invalidity a přiznání invalidního důchodu nebo důchodu starobního, jde – li o pacienta důchodového věku, a pokud nemá tyto náležitosti zajištěné. Sociální pracovník zajišťuje rehabilitační pobyty. Podává žádosti o umístění do domova důchodců, Provádí sociální šetření v rodině a na jeho základě může doporučit propuštění pacienta z léčebny do domácí péče nebo umístění v jiném zařízení (nejčastěji domovy důchodců). Při propuštění do domácí péče zajišťuje pečovatelskou službu, home care apod. Organizačně připravuje kulturní akce pro pacienty na oddělení. Vede dokumentaci o činnostech, které vykonal. (Marková, 2006, str. 152)

2. Sociální práce na dětském a dorostovém oddělení lůžkové psychiatrie. Sociální pracovník podobně jako v zařízeních pro dospělé klientelu provádí anamnézu s dítětem či mladistvým, ze které vyplynou pacientovy potřeby sociálního charakteru. Spolupracuje s rodinou pacienta a provádí v ní sociální šetření. Spolupracuje s oddělením sociálně právní ochrany dětí a mládeže, s kurátory pro mládež, se školami, diagnostickými ústavami, někdy s policií a soudy. Zajišťuje umístění klienta do jiného zařízení, není – li možný návrat do jeho domácího prostředí. Vypracovává zprávy a vede dokumentaci o aktivitách, které vykonal pro pacienta. (Marková, 2006, str. 152 – 153)

3. Sociální práce v ambulantním zařízení. Sociální práce se liší podle typu zařízení (psychiatrická ambulance, pedopsychiatrická ambulance, OAT). Sociální pracovník zde vykonává obdobné činnosti jako v lůžkových zařízeních (anamnestická šetření, vyřizování dokladů, sociálních dávek, právní pomoc apod.). (Marková, 2006, str. 153)

4. Sociální práce v organizaci věnující se klientům s psychotickými poruchami. Lidé, kteří se léčí s psychotickým onemocněním, mívají bohužel většinou sociální situaci velmi problematickou. Sociální pracovník v takovém typu zařízení především pomáhá v zajišťování chráněných pracovních míst na základě konzultace s klienty o jejich pracovních schopnostech a možnostech, Asistuje při vyplňování potřebných formulářů. Zajišťuje bydlení v chráněných a sociálních bytech či komunitním bydlení, případně v komerčních ubytovnách, dovoluje – li to stav klienta. Plánuje společně s klientem jeho finanční výdaje. Provádí nácvik sociálních dovedností, hospodaření s peněžními prostředky. Informuje o službách plynoucích ze sociálního zabezpečení a zprostředkovává klientovi jejich dostupnost. Zabezpečuje sociálně právní poradenství. Spolupracuje s rodinou klienta, lékaři, opatrovníky, sociálními pracovníky z psychiatrických léčeben a dalšími podle aktuální situace klienta. Snaží se o prevenci vzniku a zhoršování sociálních problémů, o obnovu a zlepšení sociálního fungování klientů ve společnosti. Úloha sociálních pracovníků v péči o pacienty s psychotickými poruchami je velmi významná, protože někdy tvoří jediné pojítko mezi pacientem a okolním světem. (Marková, 2006, str. 153)

2.5 Systém sociálních služeb

Systém sociálních služeb by měl zahrnovat co největší pestrost služeb, které jsou cíleně mířeny na skupiny potřebných klientů. Tyto služby by měly být vzájemně propojeny, navazovat jedna na druhou a odpovídat potřebám jak klientů, tak společnosti. Dochází zde ke spolupráci různých rezortů – zdravotnictví, sociálních věcí, školství – a zároveň se prolíná státní a nestátní sektor. Cílem je vytvořit systém, který by působil ve všech sférách prevence a přispíval ke kvalitě života. (Mahrová, 2008, str. 39)

Sociální služby jsou specializované činnosti, které mají pomoci člověku řešit jeho nepříznivou sociální situaci. Poskytnutí sociální služby má člověka podporovat v jeho vlastním aktivním řešení nepříznivé sociální situace. Sociální služby se poskytují jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní.

Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízení sociálních služeb. Ambulantními službami jsou takové služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena

nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování. Terénní služby jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí.

2.5.1 Sociální poradenství

Sociální poradenství zahrnuje základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství. Základní sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Sociální poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb; poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit.

Odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, v poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí; zahrnuje též sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností. Součástí odborného poradenství je i půjčování kompenzačních pomůcek. Odborné poradenství obsahuje tyto základní činnosti: zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. (MPSV, 2006)

2.6 Služby sociální péče

Služby sociální péče jsou zaměřeny na to, aby napomáhaly lidem zajistit si fyzickou a psychickou soběstačnost. Nabízejí pomoc při zvládání úkonů péče o vlastní osobu a v soběstačnosti. (Mahrová, 2008, str. 41)

Zákon o sociálních službách upravuje čtrnáct druhů služeb sociální péče.

1. Osobní asistence je terénní služba poskytována osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje.

2. Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní služba poskytována osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba

poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb vyjmenované úkony.

3. Tísňová péče je terénní služba, kterou se poskytuje nepřetržitá distanční hlasová a elektronická komunikace s osobami vystavenými stálému vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života v případě náhlého zhoršení jejich zdravotního stavu nebo schopností.

4. Průvodcovské a předčitatelské služby jsou terénní nebo ambulantní služby poskytované osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy z důvodu věku nebo zdravotního postižení v oblasti orientace nebo komunikace, a napomáhá jim osobně si vyřídit vlastní záležitosti. Služby mohou být poskytovány též jako součást jiných služeb.

5. Podpora samostatného bydlení je terénní služba poskytována osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.

6. Odlehčovací služby jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek.

7. Centra denních služeb poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.

8. Denní stacionáře poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

9. Týdenní stacionáře poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

10. Domovy pro osoby se zdravotním postižením poskytují sociální služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

11. Domovy pro seniory poskytují sociální služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

12. Domovy se zvláštním režimem poskytují pobytové služby osobám, které mají

sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.

13. Chráněné bydlení je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení.

14. Sociální služby ve zdravotnických zařízeních ústavní péče poskytují pobytové sociální služby osobám, které již nevyžadují lůžkovou péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení lůžkové péče do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb. (MPSV, 2006)

2.7 Služby sociální prevence

Služby sociální prevence se zaměřují na jevy a situace, které mohou vést k sociálnímu vyloučení osob a nejsou způsobeny neschopností pečovat o sebe z důvodu věku či zdravotního stavu. Zaměřují se především na oblast tzv. sociálně negativních jevů (Mahrová, 2008, str. 41)

Zákon o sociálních službách upravuje osmnáct druhů služeb sociální prevence.

1. Raná péče je terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.

2. Telefonická krizová pomoc je terénní služba poskytovaná na přechodnou dobu osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života nebo v jiné obtížné životní situaci, kterou přechodně nemohou řešit vlastními silami.

3. Tlumočnické služby jsou terénní, popřípadě ambulantní služby poskytované osobám

s poruchami komunikace způsobenými především smyslovým postižením, které zamezuje běžné komunikaci s okolím bez pomoci jiné fyzické osoby.

4. Azylové domy poskytují pobytové služby na přechodnou dobu osobám v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení.

5. Domy na půl cesty poskytují pobytové služby zpravidla pro osoby do 26 let věku, které po dosažení zletilosti opouštějí školská zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, popřípadě pro osoby z jiných zařízení pro péči o děti a mládež, a pro osoby, které jsou propuštěny z výkonu trestu odnětí svobody nebo ochranné léčby. Způsob poskytování sociálních služeb v těchto zařízeních je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.

6. Kontaktní centra jsou nízkoprahová zařízení poskytující ambulantní, popřípadě terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách. Cílem služby je snižování sociálních a zdravotních rizik spojených se zneužíváním návykových látek.

7. Krizová pomoc je terénní, ambulantní nebo pobytová služba na přechodnou dobu poskytovaná osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života, kdy přechodně nemohou řešit svoji nepříznivou sociální situaci vlastními silami.

8. Intervenční centra – na základě vykázaní ze společného obydlí podle zvláštního právního předpisu je osobě ohrožené násilným chováním vykázané osoby nabídnuta pomoc nejpozději do 48 hodin od doručení kopie úředního záznamu o vykázaní intervenčnímu centru. Pomoc intervenčního centra může být poskytnuta rovněž na základě žádosti osoby ohrožené násilným chováním jiné osoby obývající s ní společné obydlí nebo i bez takového podnětu, a to bezodkladně poté, co se intervenční centrum o ohrožení osoby násilným chováním dozví. Sociální služby v intervenčním centru jsou poskytovány jako služby ambulantní, terénní nebo pobytové.

9. Nízkoprahová denní centra poskytují ambulantní, popřípadě terénní služby pro osoby bez přístřeší.

10. Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež poskytují ambulantní, popřípadě terénní služby dětem ve věku od 6 do 26 let ohroženým společensky nežádoucími jevy. Cílem služby je zlepšit kvalitu jejich života předcházením nebo snížením sociálních a zdravotních rizik souvisejících se způsobem jejich života, umožnit jim lépe se orientovat v jejich sociálním prostředí a vytvářet podmínky k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Služba může být poskytována osobám anonymně.

11. Noclehárny poskytují ambulantní služby osobám bez přístřeší, které mají zájem o využití hygienického zařízení a přenocování.

12. Služby následné péče jsou ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly lůžkovou péči ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu nebo se jí podrobují, nebo osobám, které abstínují.

13. Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi jsou terénní, popřípadě ambulantní služby poskytované rodině s dítětem, u kterého je jeho vývoj ohrožen v důsledku dopadů dlouhodobě krizové sociální situace, kterou rodiče nedokáží sami bez pomoci překonat, a u kterého existují další rizika ohrožení jeho vývoje.

14. Sociálně aktivizační služby pro osoby se zdravotním postižením a seniory jsou ambulantní, popřípadě terénní služby poskytované osobám v důchodovém věku nebo osám se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením.

15. Sociálně terapeutické dílny jsou ambulantní služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nejsou z tohoto důvodu umístitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce. Jejich účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie.

16. Terapeutické komunity poskytují pobytové služby i na přechodnou dobu pro osoby závislé na návykových látkách nebo osoby s chronickým duševním onemocněním, které mají zájem o začlenění do běžného života.

17. Terénní programy jsou terénní služby poskytované osobám, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy. Služba je určena pro problémové skupiny osob, uživatele návykových látek nebo omamných psychotropních látek, osoby bez přístřeší, osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách a jiné sociálně ohrožené skupiny. Cílem služby je tyto osoby vyhledávat a minimalizovat rizika jejich způsobu života. Služba může být osobám poskytována anonymně.

18. Sociální rehabilitace je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb. (MPSV, 2006)

3 LÉČBA DUŠEVNÍCH PORUCH

Základním stavebním kamenem ke stanovení správné diagnózy a zjištění pacientovy psychopatologie je správně a důkladně odebraná anamnéza od pacienta, zejména v případě akutního začátku onemocnění. Anamnézu nejprve získáme od samotného pacienta. Často je nutné a žádoucí doplnění a objektivizace informací od pacienta příbuznými, zejména co se týče počátku a průběhu. (Praško, 2011, str. 193)

Tak jako při jiných nemocech by měl být pacient s psychickou poruchou pravdivě informován o charakteru svého onemocnění, jeho příznacích, léčbě, vedlejších účincích léčby a jejich zvládnutí, pokud vzhledem k jeho stavu má informace smysl. (Praško, 2011, str. 198)

Současná psychiatrie je moderním lékařským oborem s řadou možností diagnostiky, léčby a prevence. Moderní léčebné postupy umí zdolávat řadu závažných stavů. Díky soustavné vědecké práci mají dnes používané léky mnohem méně nežádoucích a negativních účinků, než tomu bylo v minulosti. Psychiatrie tak nese moc zvládat a řešit dříve obtížně zvládnutelné a řešitelné. Umožňuje často znovu zařazení do života, které dříve nebylo možné.

Přes nesporné pokroky moderní medicíny se však nežádoucím účinkům terapie nemůžeme vyhnout. Některé choroby a stavy nedokáže ani moderní léčba dostatečně efektivně léčit (ani vyléčit). A tváří v tvář některým stavům zůstává i moderní psychiatrie 21. století zcela bezmocná. (Orel, 2012, str. 14)

3.1 Psychofarmakoterapie

Termínem psychofarmaka označujeme skupinu léků, jejichž hlavním předpokládaným účinkem je změna psychického stavu člověka, kterému je některý z těchto léků podán. Moderní psychofarmaka ovlivňující specificky určité oblasti a struktury CNS a působící léčivě na většinu duševních chorob byla objevena v období let 1949 – 1957. (Zvolský, 2003, str. 120).

Mezi psychofarmaka můžeme zařadit velkou skupinu léků. Vyjmenujeme si proto alespoň ty nejznámější.

1. Antidepresiva. Mezi antidepresiva patří velká skupina psychofarmak, která u nemocných odstraňují patologicky pokleslou depresivní náladu nebo úzkostné potíže. Antidepresiva patří k nejčastěji předepisovaným farmakům. Přispívá k tomu fakt, že deprese se řadí mezi pět nejčastějších onemocnění, která podstatně snižují pracovní schopnost pacientů, invalidizují je, nebo vedou k předčasnému úmrtí. Podstata účinku prakticky všech skupin

antidepresiv spočívá ve zlepšení neurotransmise monoaminů (serotoninu, noradrenalinu, dopaminu) v CNS, která je u deprese a úzkostných poruch narušena. (Praško, 2011, str. 207)

2. Antipsychotika. Antipsychotika se používají zejména v léčbě psychotických stavů, ale i stavů agitovanosti či závažnější mánie nebo deliria. Farmakoterapie psychotických symptomů je u různých případů obdobná, u symptomatických psychóz je však kauzální léčbou terapie základního onemocnění. (Praško, 2011, str. 216)

3. Kognitiva. Pro tuto skupinu psychofarmak jsou cílovou skupinou pacienti trpící demencí nebo tzv. lehkou poruchou poznávání. Kognitiva jsou látky, které zlepšují různými mechanismy centrální acetylcholinergní transmissi. (Praško, 2011, str. 235)

4. Stabilizátory nálady. Stabilizátory nálady jsou indikovány především u pacientů trpících bipolární afektivní poruchou, dále dalšími periodicky probíhajícími afektivními a schizoafektivními poruchami. Stabilizátory nálady snižují, popřípadě eliminují frekvenci a intenzitu manických, smíšených a depresivních epizod. (Praško, 2011, str. 239)

5. Psychostimulancia. Psychostimulancia na receptorové úrovni v CNS zvyšují koncentraci noradrenalinu a dopaminu a některá i serotoninu v synaptické štěrbině. Psychostimulancia zvyšují vigilitu vědomí především urychlením psychomotorického tempa, zvyšují nabídku představ, zrychlují myšlení a výbavnost paměti, i když na úkor přesnosti, zahánějí únavu, zkracují spánek, snižují chuť k jídlu. (Praško, 2011, str. 243)

3.1.1 Nežádoucí účinky psychofarmak

Na příbalových letácích léků je obvykle uvedena dlouhá řada různých nežádoucích účinků, které na citlivého pacienta působí někdy až děsivě a po přečtení tohoto seznamu obvykle odmítá lék užívat. Je nutno mu vysvětlit, že zdaleka ne všechny vedlejší účinky jsou časté a že v drtivé většině případů se nevyskytnou. Některé se však přece jen objevit mohou, a to prakticky u všech léků s větší či menší pravděpodobností. Na ty je třeba pacienta upozornit a poučit ho, aby jejich případný výskyt lékaři hlásil.

U jakéhokoliv léku se může vyskytnout alergická reakce, což je záležitost individuální a nelze ji předvídat. Některá antidepresiva, zejména ta starší, mohou způsobovat zvýšení krevního tlaku, tachykardii, poruchy jaterních funkcí, poruchy močení a zácpu. Některé léky, zejména ty budivé, mohou zvyšovat úzkost a způsobovat akatizii. Některá antipsychotika také mohou působit změny krevního obrazu, zvýšení transamináz a změny na EKG. Všechna psychofarmaka, některá více, jiná méně, mohou způsobovat zvýšení tělesné

hmotnosti u pacientů. U žen někdy antipsychotika mohou způsobovat poruchy menstruačního cyklu a galaktoreu (produkci mléka).

Vzdor těmto velmi nepříjemným a někdy až nebezpečným komplikacím, které se při podávání psychofarmak mohou objevovat, je léčba těmito léky relativně velmi bezpečná a potřebná. S nimi přece jen dokážeme upravit například těžké depresivní stavy a zmírňovat tíživé a někdy až bizarní příznaky schizofrenie. Není to sice ideální léčba, ale bez ní si současnou psychiatrii nedovedeme představit. V dnešní době má psychiatrie k dispozici moderní farmaka, která jsou nejen vysoce účinná, ale berou ohled i na spokojenost pacienta. (Kučerová, 2013, str. 74 - 76)

3.2 Psychofarmaka v dětské psychiatrii

Dětský věk je mimo jiné obdobím vývoje a zrání tělesných a psychických funkcí. Přístup k dětem musí být specifický jak v otázkách vyšetření a diagnostiky, tak terapie. Některé léky (běžně užívané a dobře tolerované dospělými) jsou pro dětský věk méně vhodné a jiné jsou zcela nevhodné.

V rámci dětské psychofarmakoterapie rozlišujeme období prenatální (zahrnuje de facto farmakoterapii těhotných žen), období perinatální, postnatální, období časného dětství, předškolního věku, školního věku a dospívání.

Ve vztahu k věku dítěte musí pedopsychiatr (dětský psychiatr) zvažovat nejen výběr a indikaci vhodného léku, ale také podávané množství. Dávky adekvátní dospělým je možno podávat nejdříve v 16 letech věku (pochopitelně s ohledem na další skutečnost – výšku, váhu apod.). (Orel, 2012, str. 213 - 214)

Při aplikaci psychofarmak u dětí a adolescentů existují jisté všeobecné zásady. Ordinovat je obezřetně a zvažovat, zda by se stav nedal zvládnout bez nich. Začínat poučením rodičů, získáním důvěry a náležitě informovat rodiče i pacienta o účinku léku. Je výhodné nasadit lék až po získání plné spolupráce pacienta a jeho rodiny. Počítat přitom s placeboefektem nasazeného léku. Tyto zásady platí především pro ambulantní praxi.

Výjimkou jsou stavy psychotické. Zde je nutno začít s medikamentózní léčbou ihned. Na ni pak musí navazovat psychoterapie a rehabilitace prostřednictvím dalších metodik (individuální a skupinová psychoterapie, arteterapie, pracovní a herní terapie). Po zvládnutí akutního stavu postupně klesat na medikaci udržovací. Ta bývá nízká a dlouhodobá.

U nepsychotických indikací (např. hyperkinetický syndrom, poruchy chování, epileptické povahové změny) hovoříme o medikaci regulativní. S její pomocí předcházíme mimořádným reakcím nebo dekompenzacím vyplývajícím ze základního onemocnění.

U většiny léků, zejména dlouhodobě podávaných, je nutno pravidelně sledovat krevní obraz a jaterní testy. Je nutné znát nevhodné kombinace i případné jejich následky. Zvažovat vliv léků při interkurentních somatických onemocněních, při konzumaci alkoholu nebo jiných psychoaktivních látek. Při nasazení léku nutno mít v rezervě jiný pro případ nesnášenlivosti, paradoxního účinku nebo evidentní neúčinnosti. Počítat s tím, že u většiny psychofarmak není účinek okamžitý, mají různou dobu latence. Po tuto dobu je nutné zařídit náležitou péči a dohled (ať již v rodině, nebo při hospitalizaci). Je – li to nutné, volit u akutních stavů úvodní aplikací injekční formou. (Kříž, 2004, str. 120 – 121)

3.3 Léčba duševních poruch vyššího věku

Na rozdíl od dětského věku lze ve stáří používat prakticky všechny léky určené pro dospělé populaci. Je ale třeba zohlednit, že proces stárnutí postihuje všechny tělesné systémy a funkce – tedy také např. ledviny, játra, krevní oběh – což může významně ovlivňovat výsledné hladiny léků v organismu.

V období stáří je zpravidla nutné začínat menšími dávkami a do cílové dávky lék navyšovat zvolna a postupně. Je vhodné podávat co nejméně medikamentů a v co nejjednodušším režimu (např. je – li možno, je výhodnější podávat lék jednou denně než třikrát denně). Samozřejmostí by mělo být opakovaně a srozumitelně poučit nejen pacienta, ale i rodinu nebo jiné pečující osoby. (Orel, 2012, str. 214)

Léčba duševních poruch ve stáří má být komplexní a má propojovat následující tři základní terapeutické pilíře: psychofarmakologickou léčbu, psychoterapii, rehabilitační a aktivizační postupy. Psychofarmakologie vyššího věku má několik zvláštností oproti psychofarmakologii mladšího a středního věku. (Lužný, 2012, str. 130)

Obecná doporučení pro psychofarmakologii vyššího věku zní:

1. Volba šetrných psychofarmak
2. Volba nejnižších terapeuticky účinných dávek psychofarmak – oproti dospělému věku vystačíme zpravidla s nižšími cílovými dávkami psychofarmak
3. Preference monoterapie před kombinovanou terapií psychofarmaky

4. Nutnost postupné titrace psychofarmak – platí pro postupné nasazování, ale i pro postupné vysazování psychofarmak
 5. Měníme-li psychofarmakia, pak je měníme postupně po jednom, nikoliv všechna naráz
 6. Vyhýbáme se anticholinergním léčivům
 7. Vyhýbáme se pokud možno benzodiazepinům – riziko závislosti, závažných odvykacích stavů
 8. Cíleně pátráme po „rizikových“ vedlejších účincích psychofarmakologické léčby
 9. Vždy revidujeme veškerou medikaci pacienta, včetně medikace somatické
 10. Dbáme zásad racionální farmakoterapie
 11. Zvažujeme finanční možnosti pacienta a jeho rodiny
 12. Vždy zvažujeme schopnost pacienta spolupráce při léčbě
 13. Vždy se důkladně seznámíme s farmakologickým profilem předepisovaného léku
- (Lužný, 2012, str. 131 – 132)

Problematika závislosti na alkoholu či na psychoaktivních látkách není ve vyšším věku nikterak vzácná. Prevalence závislosti na alkoholu se odhaduje na 2- 15% seniorů žijících v komunitě, u závislosti na psychoaktivních látkách pak převažuje závislost na lécích (nejčastěji se jedná o benzodiazepiny, analgetika a hypnotika). Dle statistik užívá až 30% seniorů léky s potenciálem ke vzniku závislosti. Častá je rovněž kombinace závislosti na alkoholu a lécích zároveň (18% seniorů závislých na lécích má komorbidní závislost na alkoholu). (Lužný, 2012, str. 104)

3.4 Psychoterapie

Psychoterapií rozumíme terapii psychologickými prostředky. Psychoterapie se uplatňuje ve všech medicínských oborech, ale u psychicky nemocných má největší léčebný význam. Může probíhat individuálně a skupinově, může mít formu verbální nebo nonverbální. (Marková, 2006, str. 141)

Individuální psychoterapie využívá tradiční situace v medicíně charakterizované interakcí ve vztahu lékař – pacient. Dlouhodobá individuální psychoterapie je náročná na čas a zkušenosti terapeuta. Je indikována u těch nemocných, u kterých byly jiné léčebné postupy nedostačující. Individuální psychoterapie obvykle probíhá ambulantní formou, a to krátkodobou (do 18 sezení) nebo střednědobou (3 – 6 měsíců při frekvenci setkání 1 – 2x týdně). Dlouhodobá individuální psychoterapie trvá déle než 6 měsíců.

Podpůrná psychoterapie patří mezi základní přístupy v léčbě nemocných a měl by ji umět poskytnout každý psychiatr, je prováděna většinou individuálně, ale řada kroků, jako je psychoedukace nebo nácvik relaxace, může probíhat i skupinově. Podpůrnou psychoterapii lze použít samostatně (např. u reaktivních a adaptačních poruch), nebo v kombinaci s psychofarmakou (obecně je kombinace psychoterapie a farmakologické léčby v indikovaných případech nejefektivnější z hlediska terapeutické změny a trvání v čase). Podpůrná psychoterapie se nepokouší měnit člověka, ale poskytuje porozumění, podporu a pomoc osobnosti takové, jaká je. Zdůrazňuje pozitivní rysy léčeného jedince, pomáhá konstruktivnímu myšlení a povzbuzuje důvěru ve vlastní síly, jak zvládnout aktuální příznaky a problémy.

Skupinová psychoterapie patří k nejrozšířenějším léčebným postupům s velkou indikační šíří. Jako základní terapeutická metoda se skupinová psychoterapie používá u neurotických a úzkostných poruch a poruchy osobnosti, jako podpůrná u afektivních poruch, psychóz a u osob s těžším somatickým postižením. Skupina je prostředí, které umožňuje jejím příslušníkům prožívat svoji individualitu a její změnu prostřednictvím reflexí a změn ostatních členů skupiny i přes změny skupiny samotné. Skupinová psychoterapie se tedy věnuje individuu ve skupině, také však individuu v rámci skupiny a také skupině jako celku. (Praško, 2011, str. 246 - 274)

3.4.1 Příklady technik psychoterapie

Psychogymnastika – slova jsou zde nahrazena mimikou, gesty, pohybem, reakce pacienta při této technice jsou mnohdy spontánnější a pravdivější, zvýrazňuje se emoční prožitek.

Psychodrama používá divadelních výrazových prostředků, při předvádění a hraní rolí umožní proniknout hlouběji do problému a umožní sdělovat pocity.

Psychomelodrama je varianta psychodramatu s hudbou, kdy pacientovo dramatické vyjádření je podporováno doprovázející hudbou ve volných klavírních improvizacích.

Relaxace vede k psychickému i fyzickému uvolnění, dochází k regeneraci organismu a ovlivnění fyziologických funkcí.

Arteterapie využívá projekce zážitků do výtvarného projevu – kreslení, malování, modelování, důraz je kladen na obsah, výraz a emoční doprovod, ne na umělecký výsledek.

Muzikoterapie využívá k terapeutickým účelům hudbu, může probíhat formou naslouchání hudbě a následně sdělováním prožitků, jiná forma představuje sdělování pocitů a prožitků formou zpěvu, hry na hudební nástroje nebo vytvářením rytmu.

Biblioterapie se zabývá prací s knihou jednak s úmyslem usměrnit myšlenky pacienta a jednak jako forma psychického uvolnění.

Socioterapie využívá sociálních faktorů s cílem zlepšení sociálních dovedností a sociálních vztahů nemocného. Využívají se zde různé formy, například terapeutické komunity, kluby, léčebně výrobní dílny apod.

Kineziterapie používá pohybové aktivity s prvky nonverbálních technik (pohybová muzikoterapie, sportovní hry, tělová terapie). Cílem kineziterapie je zlepšení nebo udržení optimálního duševního stavu působením vybraných cvičení. Cvičení jsou zaměřena na paměť, soustředění, myšlení, pozornost, zlepšení sebedůvěry, zlepšení komunikace a sociálních vztahů.

Hipoterapie je komplexní forma terapie pomocí koně ve smyslu byopsychosociální terapie. Hipoterapie má velký význam a vliv u psychiatricky nemocných osob. Provádí ji jen fyzioterapeut – specialista z oboru hipoterapie.

Animoterapie je terapie pomocí a částečně i prostřednictvím jakýchkoliv druhů zvířat. Lze se setkat i s názvem zooterapie.

Kulturní a rekreační činnost – patří sem návštěva divadelních představení, koncertů, filmových projekcí, výstav a dalších kulturních akcí.

Teatroterapie vznikla v 80. letech 20. století. Divadelní představení jsou hrána výlučně postiženými herci (sluchové, tělesné, mentální postižení, duševní poruchy).

Terapie s loutkou – jedná se spíše o formu psychoterapie než výtvarnou techniku. Loutka se stává prostředníkem kontaktu pacienta s okolím a s nemocí. Terapie se snaží o zlepšení sebepřijetí, sebedůvěry, přijetí faktu stárnutí a překoná pocitu osamění. (Marková, 2006, str. 141 – 144)

3.5 Rehabilitace

Rehabilitace je dnes považována za nedílnou součást moderní komplexní léčby. Týká se jak léčby řady tělesných, tak také duševních poruch.

Jedná se de facto o soubor postupů a opatření, které napravují narušené funkce a defekty, zvyšují soběstačnost a usnadňují tak návrat k celkové duševní, tělesné a pracovní výkonnosti. Cílem rehabilitace je zvýšení nebo obnovení celkové funkční zdatnosti a zvýšení kvality života.

Rehabilitace v psychiatrii se zaměřuje jak na újmy primární – postižení vlivem samotného psychického onemocnění (např. kognitivní deficit), tak na újmy sekundární – vznikající

následkem léčby (např. nežádoucí účinky psychofarmak) nebo jako důsledek psychického onemocnění (např. negativní postoj společnosti po návratu z psychiatrické léčby). (Orel, 2012, str. 233)

Mezi léčebné aktivity rehabilitace patří:

1. Fyzikální terapie. Je vhodným doplňkem psychiatrické léčby v lůžkových zařízeních, která mají návaznost na rehabilitační pracoviště, a také v lázních. Blahodárně působí různé vodoléčebné procedury, které se v obdobných formách prožívaly již ve starověku. V nedávné době můžeme připomenout působení Vincence Priessnitze (1799 – 1851) v Lázních Jeseník, jehož odkazu následujeme dodnes. Vhodné jsou také různé druhy masáží a některé druhy elektroléčby.

2. Léčebná tělesná výchova a sport. Pozitivní vliv tělesné výchovy a sportu na lidský organismus je všeobecně znám. Tělesnou výchovu a sport provozují zejména lidé zdraví, ale v přiměřené a přizpůsobené podobě je velmi vhodná i pro psychiatrické pacienty. Cvičení a sport podporuje především fyzickou kondici, ale má obrovský vliv také na posilování volných vlastností, na sebeuplatnění, sebedůvěru a rovněž na sociální vztahy. Vnímání druhých lidí a jejich vzájemná souhra nebo naopak soupeření jsou vynikající metodou léčby zejména v boji proti poruchám vůle u schizofrenie a proti celkové progresi této choroby do defektu osobnosti. Sociální složku tohoto působení můžeme pozorovat zejména u kolektivních míčových her.

3. Pracovní terapie. Provozuje se především v hospitalizačních zřízeních psychiatrických i jiných oborů a slouží k nácviku i uchování pracovních návyků pacientů. Spočívá v jednoduchých pracovních činnostech typu ručních prací (šití, pletení, zdobení předmětů), drobných řemeslných prací (výroba různých hraček a ozdob ze dřeva, z hlíny, z drátků), práce na zahradě apod. Jejím cílem je jednak procvičování rukou, ale také nácvik spolupráce mezi pacienty a získání pocitu uspokojení z tvůrčí činnosti. (Kučerová, 2013, str. 139 – 140)

3.6 Ochranná léčba

Ochranné léčení je jednou z forem zdravotnické péče nařízené soudem. U dětí a mladistvých se setkáváme ještě s nařízenou ochrannou výchovou, která by měla vytvořit podmínky pro dokončení vývoje dítěte. Ochranná výchova probíhá v zařízeních sociálního a peda-

gogického charakteru, ochranná léčba ve zdravotnických zařízeních. V oblasti psychiatrické indikace velkou část pacientů převezmou psychiatrické léčebny.

Ochrannou léčbu nařizuje soud na doporučení soudních znalců. Jde o situace, kdy samotný trest nesplní zcela požadovaný účel. Léčba je zaměřena především na prevenci opakování trestného činu či nevhodného jednání trestaného jedince. (Mahrová, 2008, str. 148)

Soud uloží ochrannou léčbu v těchto případech:

1. jestliže pachatel činu jinak trestného není pro nepřičetnost trestně odpovědný a jeho pobyt na svobodě je nebezpečný
2. jestliže pachatel trestný čin spáchal ve stavu zmenšené přičetnosti a jeho pobyt na svobodě je nebezpečný
3. jestliže pachatel, který se oddával zneužívání návykové látky, spáchal trestný čin pod jejím vlivem nebo v souvislosti s jejím zneužíváním

Ochrannou léčbu může soud uložit i vedle trestu nebo při upuštění od potrestání. Jestliže je ukládán trest odnětí svobody, ochranná léčba se začíná zpravidla po nástupu výkonu trestu v nápravně výchovném ústavu. Ochranné léčení trvá, dokud to vyžaduje jeho účel. O propuštění z ochranného léčení rozhoduje soud.

Druhy ochranné léčby jsou psychiatrická, sexuologická, protitoxikomanická, protialkoholní a kombinovaná.

Ochranné ústavní léčení lze vykonávat během výkonu trestu odnětí svobody v nápravně výchovném ústavu. Délka trvání ochranné léčby není v zákoně stanovena.

Ambulantní ochrannou léčbu nařizuje příslušný soud ambulantním zdravotnickým zařízením podle místa bydliště nebo pracoviště léčené osoby. (Marková, 2006, str. 62 – 64)

4 SHRUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI

Teoretická část bakalářské práce měla nahlédnout do problematiky duševního onemocnění, organizace péče o duševně nemocné a možností léčby duševních poruch.

První kapitola s názvem problematika duševního onemocnění ve svém úvodu stručně popsala historii vývoje duševních poruch. V následujících podkapitolách definovala pojmy duševní zdraví a duševní nemoc, popsala příčiny vzniku duševních poruch a jejich možnosti prevence, Mezinárodní klasifikaci duševních nemocí a její hlavní členění, zabývala se dětskou a dorostovou psychiatrií, gerontopsychiatrií, právními aspekty psychických poruch a posuzováním způsobilosti k právním úkonům. V závěru kapitoly jsou uvedeny tři hlavní společenské mýty o duševně nemocných lidech.

Druhá kapitola byla věnována organizaci péče o duševně nemocné. Srovnala postavení psychiatrie a psychologie v péči o duševně nemocné, zabývala se sociální prací, ve které popsala i sociální práci s lidmi s různými druhy duševních nemocí a sociální práci v různých typech zařízení. Dále se zaměřila na systém sociálních služeb a jeho součásti, kterými jsou sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Dle zákona o sociálních službách vyjmenovala jednotlivé druhy sociálních služeb.

Poslední, třetí kapitola, byla zaměřena na léčbu duševních poruch. V první části této kapitoly se zabývá psychofarmakologií, kde uvádí nejčastěji užívané psychofarmaka a jejich nežádoucí účinky, poukazuje na dětská psychofarmaka a léčbu duševních poruch vyššího věku. V druhé části se zabývá psychoterapií, jejím základním členěním, uvádí příklady technik psychoterapie, popisuje rehabilitaci a její léčebné aktivity. Na závěr uvádí možnost a způsob ochranné léčby.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU

V této kapitole se budu zabývat výzkumnou částí své bakalářské práce. Praktická část je zaměřena na názor společnosti na osoby s duševním onemocněním. Stanovuji zde cíl výzkumu, dílčí cíle a výzkumné otázky, pomocí kterých budu tento cíl zjišťovat. Popisuji zvolenou metodu výzkumu, techniku sběru dat a výzkumný vzorek. Podstatnou část této kapitoly zaujímá interpretace získaných dat. Závěr praktické části obsahuje shrnutí celého výzkumu.

5.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je zjistit názor, který zaujímají lidé v naší společnosti na osoby s duševním onemocněním. Tento cíl budu zjišťovat pomocí kvantitativního výzkumu formou dotazníků.

Dílčí cíle:

1. Zjistit, jak česká společnost vnímá osoby s duševním onemocněním. Tento cíl zjistíme pomocí otázky č. 8.
2. Zjistit, zda jsou podle naší společnosti duševně nemocní schopni pracovat. Tento cíl zjistíme pomocí otázky č. 13.
3. Zjistit, co si lidé myslí o možnosti samostatného bydlení duševně nemocných. Tento cíl zjistíme pomocí otázky č. 15.
4. Zjistit, zda by lidé souhlasili s výchovou dětí duševně nemocnými. Tento cíl zjistíme pomocí otázky č. 18.
5. Zjistit názor naší společnosti na možnosti vlastního rozhodování duševně nemocných. Tento cíl zjistíme pomocí otázek č. 11 a 20.

5.2 Výzkumné otázky

Na základě dílčích cílů výzkumu byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

1. Jak respondenti vnímají osoby s duševním onemocněním?
2. Co si respondenti myslí o pracovním zařazení duševně nemocných?
3. Zvládli by duševně nemocní samostatně bydlet?
4. Mohli by duševně nemocní vychovávat děti?
5. Mají být duševně nemocní omezeni ve své způsobilosti v rozhodování?

5.3 Metoda a technika výzkumu, výzkumný vzorek

Pro zpracování výzkumu byl použit kvantitativní výzkum. Pro získání potřebných informací byla zvolena forma pomocí dotazníku. Podstatou dotazníku bude soubor otázek, zkonstruovaných podle kritérií vědecké metodologie, předkládaný v písemné podobě (elektronická forma).

Výzkum byl realizován prostřednictvím dotazníkového šetření. Důvodem zvolení této techniky výzkumu byla možnost získání potřebných údajů od co největšího počtu respondentů a jeho anonymita.

Výzkumným vzorkem tohoto výzkumu byla veřejnost z celé České republiky. Výzkumný vzorek byl rozčleněn do pěti věkových kategorií: 1. méně než 20 let, 2. 21 – 35 let, 3. 36 – 45 let, 4. 46 – 60 let, 5. více než 60 let. Dotazník vyplnilo celkem 90 respondentů.

6 INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT

Otázky č. 1, 2, 3 – Pohlaví, věk, vzdělání

První tři otázky určují celkový charakter respondentů. První otázkou jsem zjišťovala, kolik mužů a žen odpovídalo na mé dotazníky. Z celkového počtu 90 respondentů odpovědělo 69 žen a 21 mužů. Ve druhé otázce byli respondenti rozdělení dle věku do pěti skupin. Respondentů, kterým bylo méně než 20 let, odpovědělo 10, ve věku 21 – 35 let odpovědělo 47, ve věku 36 – 45 let odpovědělo 12, ve věku 46 – 60 let odpovědělo 10 a respondentů ve věku od 60 let odpovědělo 11. Ve třetí otázce měli respondenti uvést své nejvyšší dosažené vzdělání. Základní vzdělání uvedlo 6 respondentů, vyučen/a 10, střední s maturitou 43, vyšší odborné vzdělání 14 a vysokoškolské vzdělání 17 respondentů. Pro lepší přehled jsem údaje z prvních třech otázek uvedla v následující tabulce.

Tab. 1. Pohlaví, věk, vzdělání

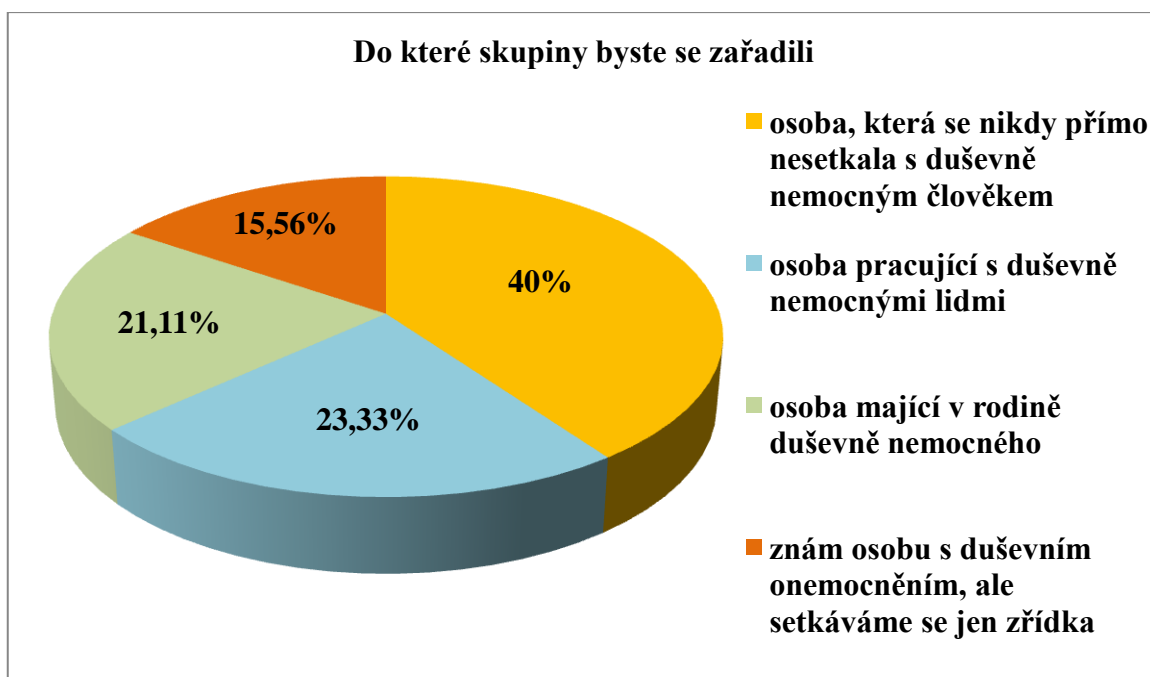
Pohlaví	Věk					Vzdělání				
	< 20	21-35	36-45	46-60	> 60	ZŠ	SŠ	SŠ s maturitou	VOŠ	VŠ
Žena	6	45	10	2	6	3	6	31	14	15
Muž	4	2	2	8	5	3	4	12	0	2

Otázka č. 4: Do které skupiny byste se zařadili

Ve čtvrté otázce jsem zjišťovala, kolik respondentů má nebo nemá alespoň nějaké zkušenosti s duševně nemocnými. Z výzkumu vyplývá, že se s duševně nemocnými nikdy přímo nesetkalo 21 respondentů. Předpokladem těchto odpovědí by mohla být malá informovanost o duševních nemocech, respondenti v mnoha případech nemuseli vědět, že dotyčná osoba trpí duševní nemocí. Osob pracujících s duševně nemocnými bylo 19. Převážně to byly ženy ve věku 21 – 35 let. Tuto odpověď uvedli i dva muži ve věku 46 – 60let. Osob majících v rodině duševně nemocného bylo 14 a osob alespoň znajících někoho s duševním onemocněním bylo 36.

Tab. 2. Zkušenost s duševně nemocnými

Skupina	Počet
Osoba, která se nikdy přímo nesešla s duševně nemocným člověkem	21
Osoba pracující s duševně nemocnými lidmi	19
Osoba mající v rodině duševně nemocného	14
Znám osobu s duševním onemocněním, ale setkáváme se jen zřídka	36



Obr. 1. Zkušenost s duševně nemocnými

Otázka č. 5: Co je podle Vás hlavní podstatou duševního onemocnění

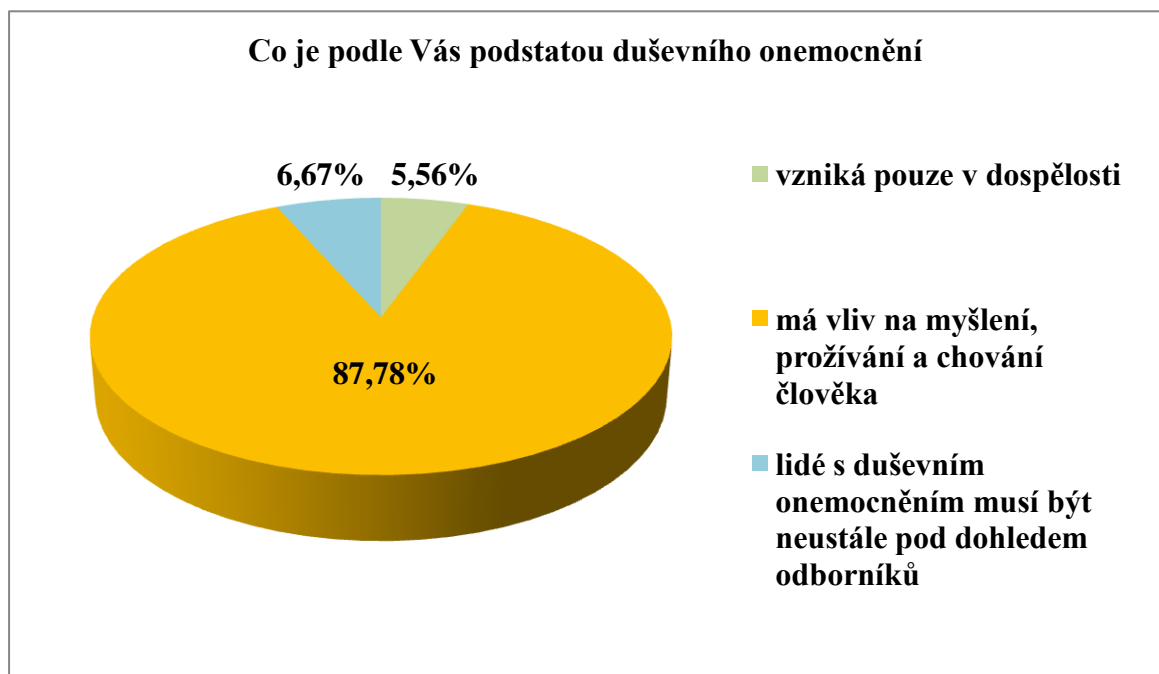
U páté otázky jsem chtěla zjistit, zda lidé vědí, co je podstatou duševního onemocnění. Správnou odpovědí bylo, že má duševní onemocnění vliv na myšlení, prožívání a chování člověka. Tuto odpověď uvedlo 79 respondentů. Odpověď, že duševní nemoc vzniká pouze

v dospělosti, uvedlo 5 respondentů a odpověď, že lidé s duševním onemocněním musí být neustále pod dohledem odborníků 6 respondentů.

Překvapením byla odpověď jednoho respondenta, pracujícího s duševně nemocnými, že by duševně nemocní měli být neustále pod dohledem. Dalo by se to vysvětlit jedině snad tím, že omylem přeskočil řádek. Zajímavým faktem je, že správnou odpověď uvedla i spousta respondentů, kteří v předešlé otázce odpověděli, že se s duševně nemocnými přímo nese- tkali. Je to důkazem skutečného zamyšlení se nad touto otázkou.

Tab. 3. Podstata duševního onemocnění

Podstata duševního onemocnění	Počet
Vzniká pouze v dospělosti	5
Má vliv na myšlení, prožívání a chování člověka	79
Lidé s duševním onemocněním musí být neustále pod dohledem odborníků	6



Obr. 2. Podstata duševního onemocnění

Otázka č. 6: Co podle Vás patří mezi duševní poruchy

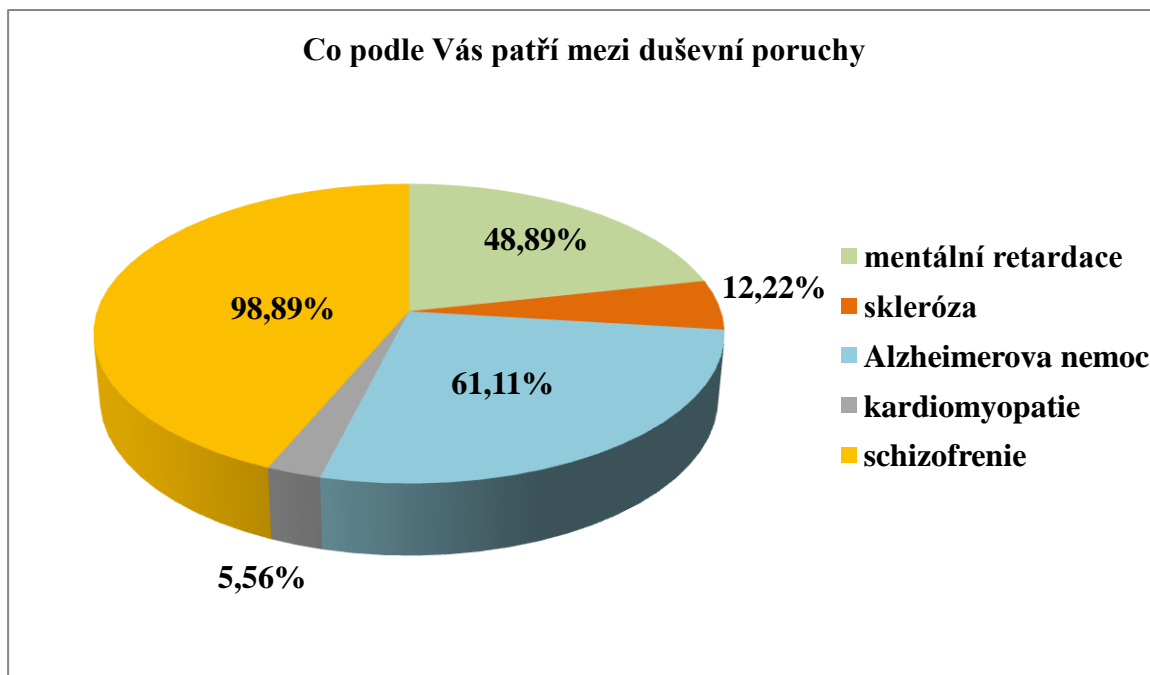
V šesté otázce respondenti určovali nemoci, o kterých si mysleli, že patří do duševních poruch. Měli možnost uvést více odpovědí. Správnými odpověďmi jsou mentální retardace, Alzheimerova nemoc a schizofrenie. Odpověď, že do duševních poruch patří mentální retardace, uvedlo 44 respondentů, sklerózu 11, Alzheimerovu nemoc 55, kardiomyopatii 5 a schizofrenii 89 respondentů.

Respondentů, kteří označili všechny tři správné odpovědi, bylo 27. Těch, kteří uvedli dvě správné odpovědi a žádnou špatnou, bylo také 27. A 22 respondentů uvedlo jednu správnou odpověď.

Z odpovědí v této otázce vyplývá, že pojem schizofrenie je stále nejčastěji známým pojmem. Oproti tomuto pojmu stojí kardiomyopatie, která s duševními nemocemi nemá vůbec nic společného a i přesto byla několikrát uvedena. Dokonce ji uvedl jeden respondent, který patří do skupiny pracujících lidí s duševně nemocnými. Snad jen opět omylem.

Tab. 4. Nemoci patřící mezi duševní poruchy

Duševní porucha	Počet
Mentální retardace	44
Skleróza	11
Alzheimerova nemoc	55
Kardiomyopatie	5
Schizofrenie	89



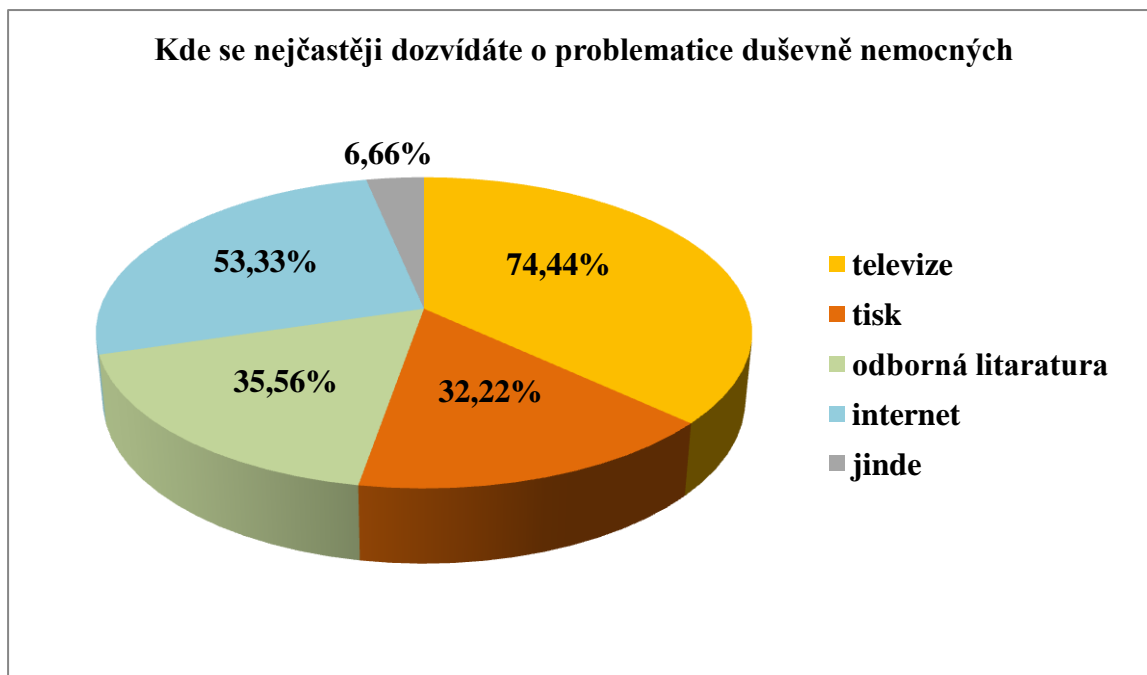
Obr. 3. Nemoci patřící mezi duševní poruchy

Otázka č. 7: Kde se nejčastěji dozvídáte o problematice duševně nemocných

V sedmé otázce respondenti uváděli, kde se nejčastěji dozvídají o problematice duševně nemocných. I v této otázce měli možnost uvést více odpovědí a dokonce i vlastní odpověď mimo nabízené možnosti. Televizi uvedlo 67 respondentů, tisk 29, odbornou literaturu 32 a internet 48. V možnosti „jinde“ respondenti uvedli, že se o problematice duševně nemocných dozvěděli na praxi, ve škole a v práci, na kurzech, v běžném životě nebo od známých. Z odpovědí tedy vyplývá, a je to jen dobře, že i v dnešní době stále existuje spousta lidí, kteří netráví svůj čas jen u televize nebo internetu, ale rádi si i něco přečtou.

Tab. 5. Zdroje informací o duševně nemocných

Kde	Počet
Televize	67
Tisk	29
Odborná literatura	32
Internet	48
Jinde	6



Obr. 4. Zdroje informací o duševně nemocných

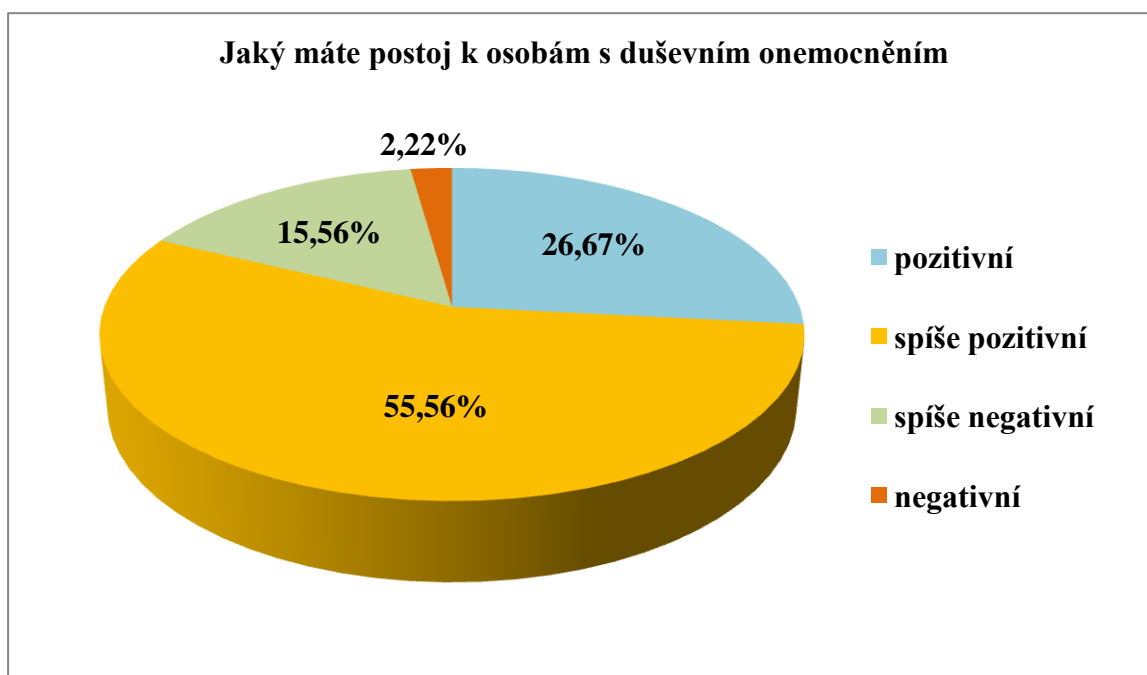
Otázka č. 8 a 9: Jaký máte postoj k osobám s duševním onemocněním, zdůvodněte svoji odpověď

V osmé otázce jsem zjišťovala, jaký lidé zaujmají postoj k osobám s duševním onemocněním. Pozitivní postoj zaujímá 24 respondentů, spíše pozitivní postoj 50, spíše negativní postoj 14 a negativní postoj 2 respondenti.

Respondenti s pozitivním postojem nejčastěji uvedli, že si člověk přece nemoc nevybírání a nemůže za ni, že tito lidé potřebují naši pomoc a léčbu, podporu a ulehčení návratu do běžného života, že mají právo žít stejně jako zdraví lidé, že není důvod se k nim stavět odmítavě a dělat mezi nimi rozdíly. Respondenti s negativním postojem uváděli, že jsou duševně nemocní nebezpeční, často nevědí, co dělají, mají nepředvídatelné chování, člověk nikdy neví, co se jim právě honí hlavou, že se necítí dobře v jejich společnosti, že nejsou užiteční pro společnost a většina z nich by měla žít v léčebnách kvůli bezpečnosti jak jich, tak ostatních. Často se také objevovali odpovědi, že je hodně co zlepšovat v informovanosti o těchto osobách a ve způsobu komunikace s nimi. Co mě ale opravdu zarazilo, byla odpověď, že pokud jejich stav nevznikl nějakou nehodou, není důvod jejich existence.

Tab. 6. Postoj respondentů k osobám s duševním onemocněním

Postoj	Počet
Pozitivní	24
Spíše pozitivní	50
Spíše negativní	14
Negativní	2



Obr. 5. Postoj respondentů k osobám s duševním onemocněním

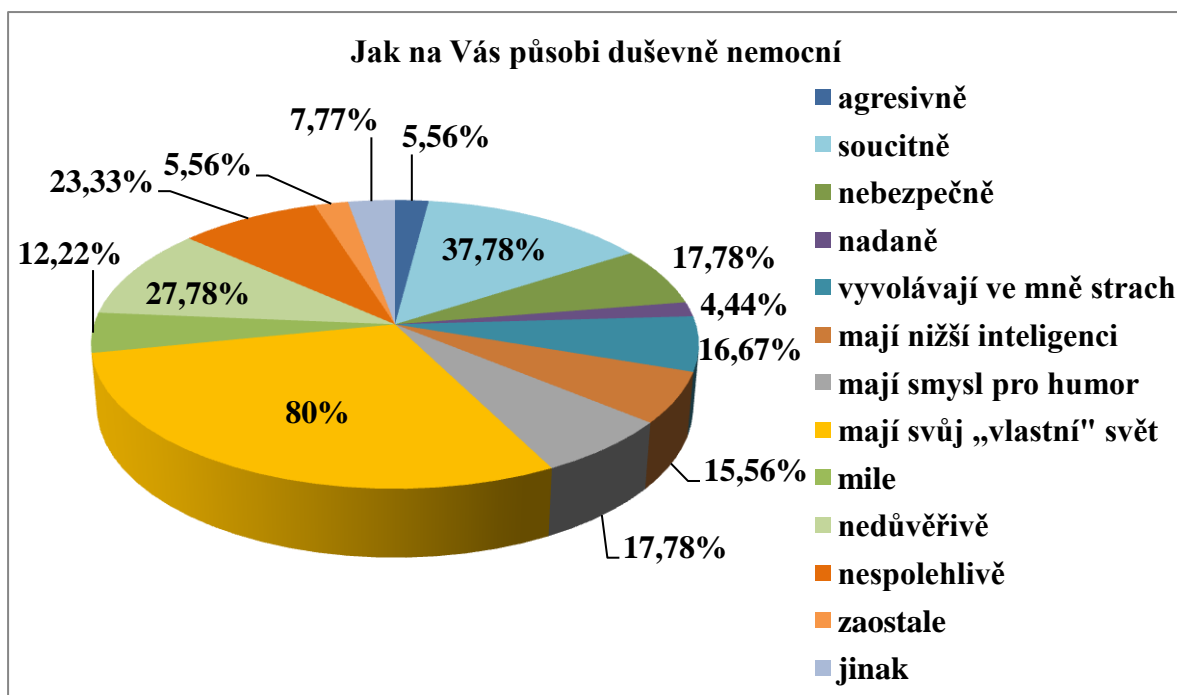
Otázka č. 10: Jak na Vás působí duševně nemocní (možnost více odpovědí)

V otázce č. 10 měli respondenti uvést, jaké pocity v nich vyvolávají lidé s duševním onemocněním. Měli jak možnost více odpovědí, tak i vlastní odpověď. Nejčastější odpovědí bylo, že lidé s duševním onemocněním mají svůj „vlastní“ svět, kterou uvedlo 72 respondentů. Dále v lidech vyvolávají hlavně pocity soucitu (34 respondentů), nedůvěry (25 respondentů) a nespolehlivosti (21 respondentů). Že mají tyto lidé nižší inteligenci si myslí 14 respondentů a s tím spojenou zaostalost uvedlo 5 respondentů. Mile mě překvapilo, že byly uvedeny i kladné pocity jako je smysl pro humor (16 respondentů), milost (11 respondentů) a nadanost (4 respondenti). Bohužel oproti tomu byla i často uvedena nebezpečnost (16 respondentů), pocity strachu (15 respondentů) a agresivita (5 respondentů).

V možnosti „jinak“ respondenti odpověděli, že v nich lidé s duševním onemocněním vyvolávají nejistotu a nepředvídatelnost, ve čtyřech případech bylo uvedeno, že záleží na druhu onemocnění a zda berou léky, nelze to proto jednoznačně určit, jeden respondent uvedl, že ho duševně nemocní nezajímají.

Tab. 7. Emoce vyvolané duševně nemocnými

Působení	Počet
Agresivně	5
Soucitně	34
Nebezpečně	16
Nadaně	4
Vyvolávají ve mně strach	15
Mají nižší inteligenci	14
Mají smysl pro humor	16
Mají svůj „vlastní“ svět	72
Mile	11
Nedůvěřivě	25
Nespolehlivě	21
Zaostale	5
Jinak	7



Obr. 6. Emoce vyvolané duševně nemocnými

Otázka č. 11 a 12: Myslíte si, že jsou duševně nemocní schopni se ve všem samostatně rozhodovat, zdůvodněte svoji odpověď

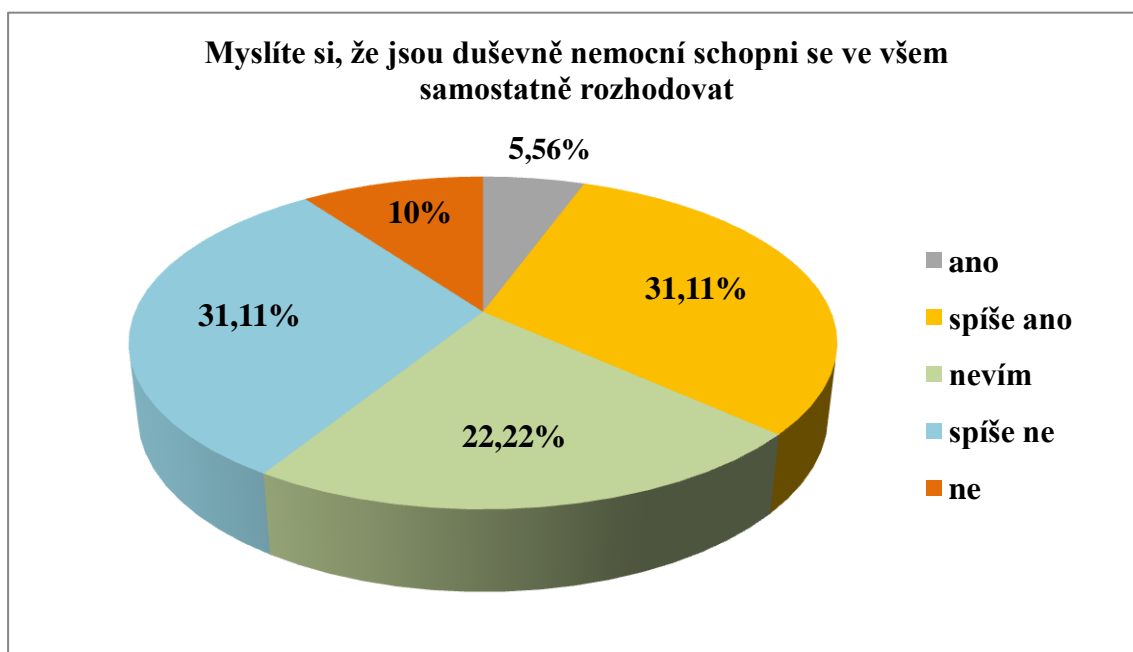
Otázka č. 11 měla zjistit, co si lidé myslí o schopnosti duševně nemocných ve všem se samostatně rozhodovat. Kladně odpovědělo celkové 33 respondentů, z toho pro úplné samostatné rozhodování bylo jen 5 respondentů. Odpověď nevím zvolilo 20 respondentů. Záporně odpovědělo celkem 37 respondentů, z toho úplně proti bylo respondentů 9.

Nejčastějším zdůvodněním kladné odpovědi bylo, že hodně záleží na druhu a závažnosti onemocnění, že si někdy duševně nemocní nemusí uvědomovat co je dobré a co je zlé, že by měli mít možnost poradit se s odborníkem a pokud jsou schopni, nemělo by se jim ubírat práva samostatného rozhodování. Negativní odpovědi byly zdůvodněny tím, že nejsou schopni samostatně se rozhodovat, protože často nežijí v realitě, svou nemoc si často neuvědomují, mohli by být nebezpeční pro sebe i pro okolí, měli by být pod kontrolou, nedovedou rozlišovat dobré a zlé, často nejsou schopni starat se o sebe, tak by se ani neměli sami rozhodovat, nemají správný úsudek.

Tab. 8. Schopnost samostatného rozhodování duševně nemocných

Možnost samostatného rozhodování	Počet
Ano	5

Spíše ano	28
Nevím	20
Spíše ne	28
Ne	9



Obr. 7. Schopnost samostatného rozhodování duševně nemocných

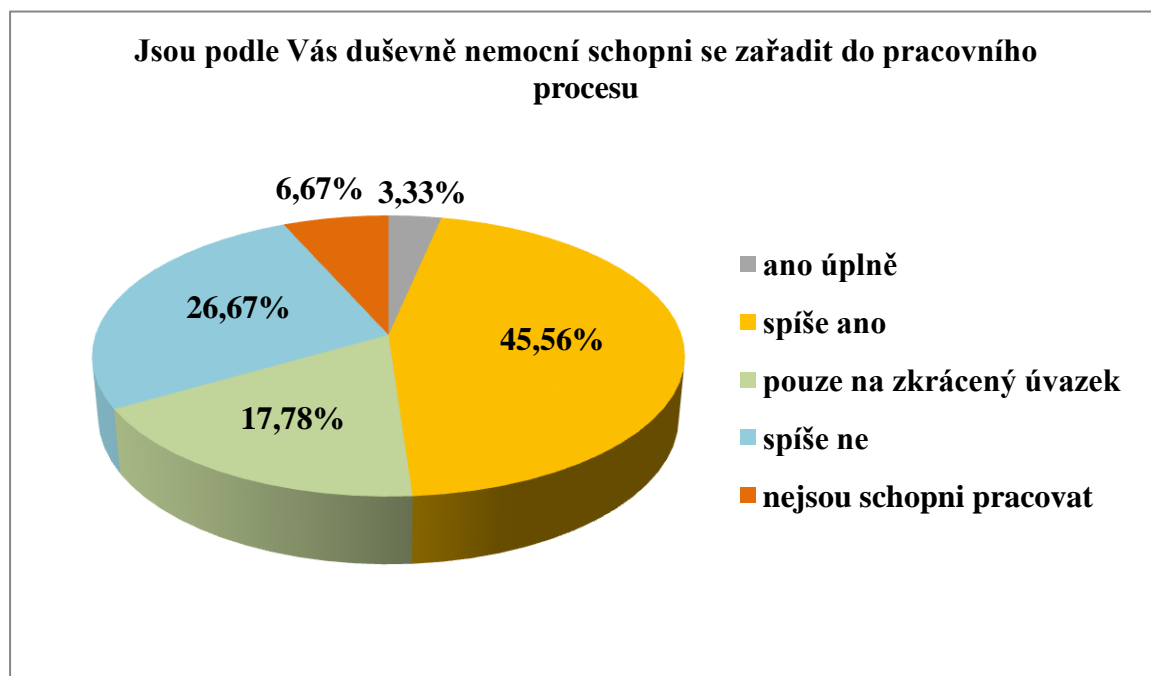
Otázka č. 13 a 14: Jsou podle Vás duševně nemocní schopni se zařadit do pracovního procesu, zdůvodněte svoji odpověď?

Ve 13. otázce respondenti odpovídali, zda jsou podle nich duševně nemocní schopni zařadit se do pracovního procesu. Pro úplné pracovní zařazení byly jen tři respondenti, pro odpověď spíše ano 41 respondentů. Zkrácený úvazek zvolilo 16 respondentů, odpověď spíše ne 24, a neschopnost pracovat odpovědělo 6 respondentů.

Respondenti se často shodli v tom, že je málo pracovních možností pro osoby s duševním onemocněním, a že sice jsou schopni pracovat, ale že by běžnou pracovní dobu nezvládli. V mnoha odpovědích se objevovala možnost pracovního uplatnění v chráněných dílnách nebo ve firmách, zaměstnávajících duševně nemocné. Bohužel jich však není mnoho. Respondenti vidí v možnosti práce šanci pro duševně nemocné dostat se do nového prostředí a zvýšit si tak sebevědomí. A naopak, mnozí z respondentů si myslí, že duševně nemocní nejsou schopni pracovat, mohou být nebezpeční a potřebovali by stálý dozor, nezvládli by práci fyzicky ani psychicky.

Tab. 9. Možnost pracovního uplatnění duševně nemocných

Možnost pracovního uplatnění	Počet
Ano úplně	3
Spíše ano	41
Pouze na zkrácený úvazek	16
Spíše ne	24
Nejsou schopni pracovat	6



Obr. 8. Možnost pracovního uplatnění duševně nemocných

Otázka č. 15 a 16: Dokázali by podle Vás duševně nemocní samostatně bydlet, zdůvodněte svoji odpověď

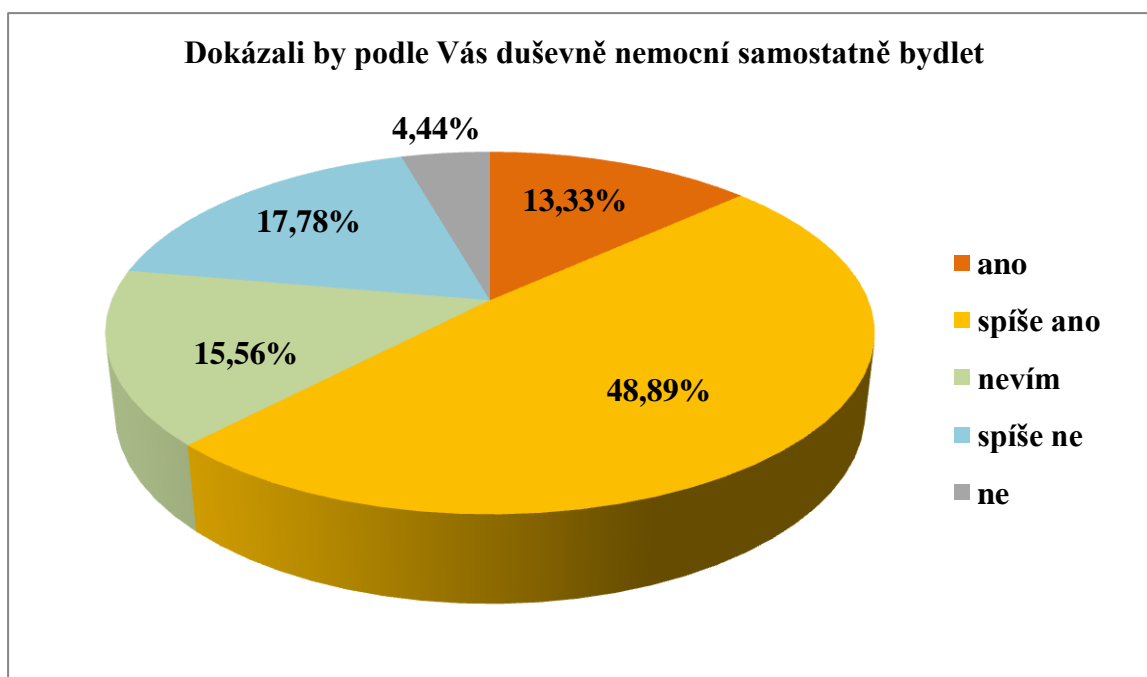
V 15. otázce měli respondenti určit, zda si myslí, že mohou duševně nemocní samostatně bydlet. Kladně odpovědělo 12 respondentů, spíše ano 44. Odpověď nevím zvolilo 14 respondentů. Spíše ne uvedlo 16 respondentů a záporně odpověděli 4 respondenti.

Mnoho respondentů uvedlo, že je bohužel velmi malé procento těch, kteří by mohli bydlet úplně samostatně. Měl by na ně sice někdo dohlížet, chodit za nimi na kontroly, ale když se jim vše potřebné vysvětlí, není důvod, aby museli zůstat v zařízení nebo v léčebně a přijít tak o možnost žít samostatně. Na předchozí otázku navazuje následující otázka, kde

se respondenti v převaze vyjádřili, že by jim nevadilo mít za souseda duševně nemocného. Objevily se však i opačné názory, že jsou duševně nemocní nebezpeční pro sebe i okolí a proto by měli zůstat pod úplným dozorem a samostatně nebydlet.

Tab. 10. Možnost samostatného bydlení duševně nemocných

Možnost samostatného bydlení	Počet
Ano	12
Spíše ano	44
Nevím	14
Spíše ne	16
Ne	4



Obr. 9. Možnost samostatného bydlení duševně nemocných

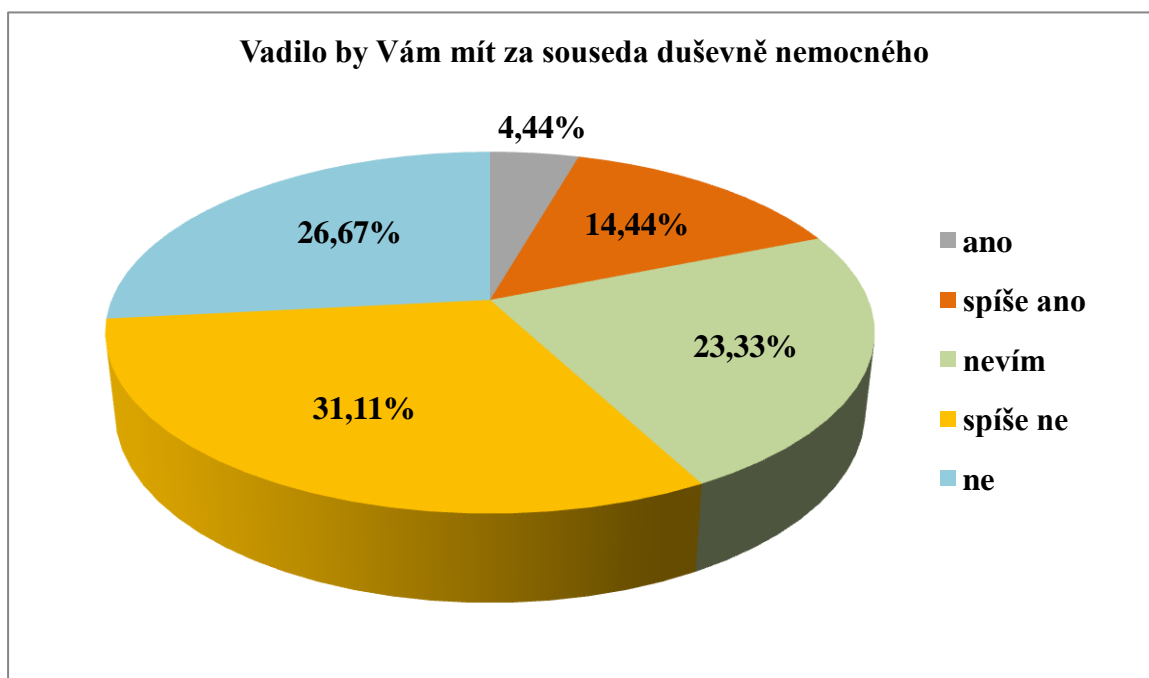
Otázka č. 17: Vadilo by Vám mít za souseda duševně nemocného

V otázce č. 17 jsem zjišťovala, zda by lidem vadilo mít za souseda člověka s duševním onemocněním. Úkolem této otázky bylo ukázat, zda si odpovědi budou či naopak nebudou tak trochu protirečit s odpověďmi v předchozí otázce. Mít za souseda duševně nemocného by vadilo pouze 17 respondentům, za to 52 respondentům by to nevadilo vůbec. Odpověď nevím zvolilo 21 respondentů.

Z odpovědí tak vyplývá, že by těm, kteří jsou pro samostatné bydlení duševně nemocných, nevadilo mít takového člověka za souseda.

Tab. 11. Akceptace duševně nemocného jako souseda

Vadilo by mít za souseda dušev.nemoc.	Počet
Ano	4
Spíše ano	13
Nevím	21
Spíše ne	28
Ne	24



Obr. 10. Akceptace duševně nemocného jako souseda

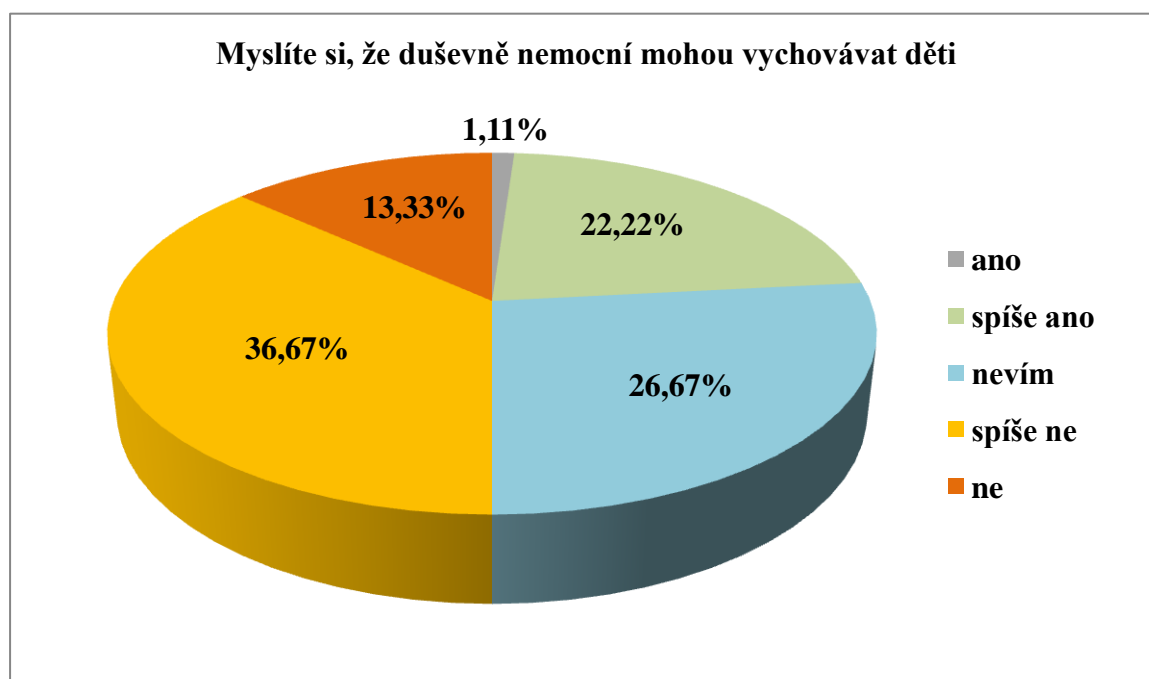
Otázka č. 18 a 19: Myslíte si, že duševně nemocní mohou vychovávat děti, zdůvodněte svoji odpověď

V otázce č. 18 měli lidé odpovědět, zda podle nich duševně nemocní mohou vychovávat děti. Odpovědi u této otázky byly také spíše negativní, takto odpovědělo 45 respondentů. Kladně odpovědělo 21 respondentů, odpověď nevím uvedlo 24 respondentů.

Respondenti uvedli, že by to nebylo vhodné, aby duševně nemocní vychovávali děti, že je velká pravděpodobnost dědičnosti, že by je nedokázali správně vychovat a že mají často problémy sami se sebou, proto by výchovu nezvládli. V kladných odpovědích se nejčastěji objevovalo, že by duševně nemocní mohli vychovávat děti jen za předpokladu pomoci a podpory rodiny nebo odborníků.

Tab. 12. Možnost výchovy dětí duševně nemocnými

Výchova dětí	Počet
Ano	1
Spíše ano	20
Nevím	24
Spíše ne	33
Ne	12



Obr. 11. Možnost výchovy dětí duševně nemocnými

Otázka č. 20 a 21: Měli by být podle Vás duševně nemocní omezeni ve své způsobilosti, zdůvodněte svoji odpověď

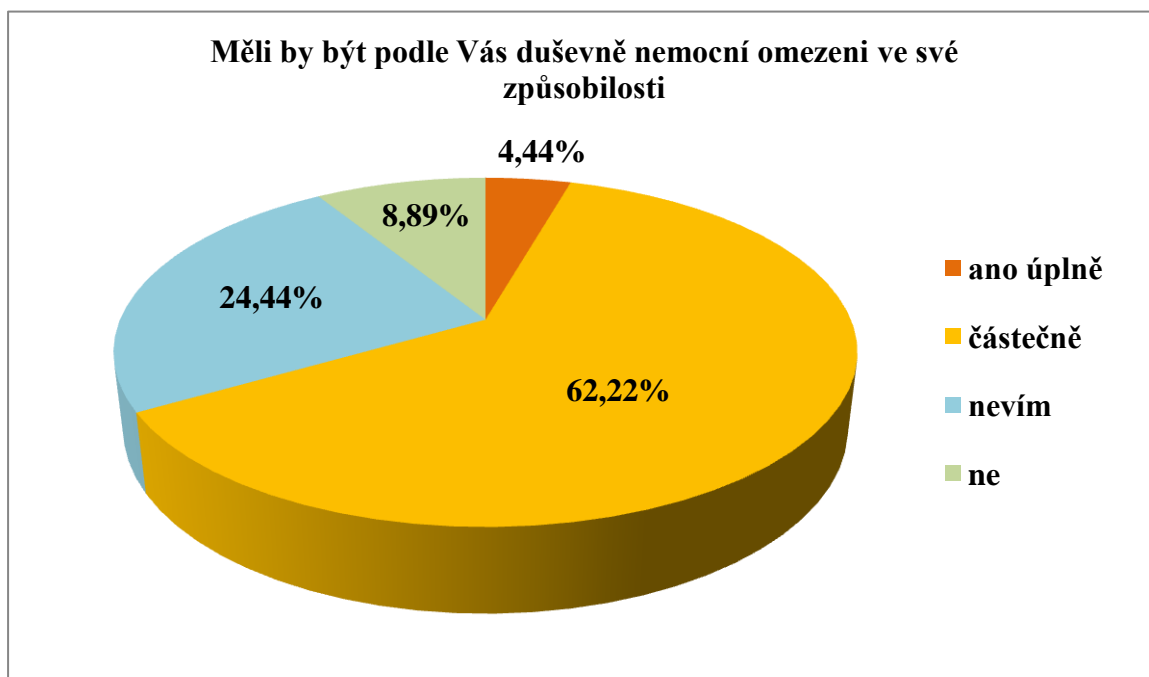
V otázce č. 20 měli respondenti odpovědět, zda by měli být podle nich duševně nemocní omezeni ve své způsobilosti. Pouze 4 respondenti odpověděli, že by měli být úplně omeze-

ni ve své způsobilosti, záporně odpovědělo 8 respondentů. Odpověď částečně uvedlo 56 respondentů a možnost nevím 22 respondentů.

Většina respondentů byla pro částečné omezení ve způsobilosti. Nebylo to však pokaždé jen proto, že nejsou schopni reálně uvažovat a jsou nebezpeční sami sobě i okolí. Převážně to bylo z toho důvodu, aby nebyli zneužiti a nestali se terčem podvodníků. Respondenti také často uváděli, že by měli být omezení jen v těch důležitých a podstatnějších věcech. Neomezení způsobilosti bylo zdůvodněno tím, že duševně nemocní mají stejná práva jako zdraví lidé, že kolem nás žije spousta lidí s takovým onemocněním a ani to často netušíme, že jsou schopni spoustu věcí zvládnout sami a proto není důvod je omezovat.

Tab. 13. Omezení způsobilosti duševně nemocných

Omezení způsobilosti	Počet
Ano úplně	4
Částečně	56
Nevím	22
Ne	8



Obr. 12. Omezení způsobilosti duševně nemocných

6.1 Shrnutí výsledků výzkumu

Praktická část bakalářské práce popisuje názory společnosti na osoby s duševním onemocněním. V úvodu této kapitoly jsme si stanovili dílčí cíle a výzkumné otázky, které dále postupně rozebereme a zhodnotíme dle odpovědí respondentů v dotazníkovém šetření.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit, jak společnost vnímá osoby s duševním onemocněním. Na výsledky této odpovědi jsem byla dost zvědavá. Váhala jsem, zda se respondenti ve většině případů nechají ovlivnit informace z televize nebo tisku, kde často zveličují trestné činy duševně nemocných, nebo budou nad touto otázkou více přemýšlet a odpoví popravdě, tak jak si to myslí a cítí. Proto mě výsledky mile překvapily. Velkou převahou zvítězil pozitivní postoj, přesněji tak odpovědělo 74 respondentů.

Druhý dílčí cíl se zabýval tím, jak lidé nahlíží na pracovní uplatnění duševně nemocných. Respondenti si nemyslí, že by duševně nemocní nebyli schopni pracovat. Jen by nedokázali pracovat v zaměstnání s běžnou pracovní dobou, kterou by nemuseli zvládnout jak fyzicky, tak psychicky. I já sama zastávám názor, a potvrzuje mi to i vlastní zkušenost, že i když duševně nemocní nezvládají běžnou pracovní dobu, jsou jinak naprosto schopni pracovat. Jsem ráda, že existují chráněné dílny pro tyto osoby, kde se mohou plně věnovat tomu, co je baví a zajímá. Jejich výrobky často vypadají mnohem hezčí než ty z obchodů.

Třetím dílčím cílem bylo zjistit, co si respondenti myslí o samostatném bydlení duševně nemocných. Více jak polovina respondentů uvedla pozitivní názor na tuto otázku. Většina z nich však k odpovědi dodala podmínku, že se musí duševně nemocným vše potřebné okolo samostatného bydlení vysvětlit z důvodu bezpečnosti jak vůči sobě tak okolí. S tímto dílčím cílem byla spojena i otázka, zda by lidem vadilo mít za souseda duševně nemocného člověka. V této otázce se většina vyjádřila také kladně.

Čtvrtý dílčí cíl spočíval ve zjištění názoru společnosti na výchovu dětí duševně nemocnými. V této otázce byli respondenti spíše proti. Hodně z nich psalo o obavě z dědičnosti, a že by výchovu duševně nemocní nezvládli. Co se týká dědičnosti, mají pravdu, v těch závažnějších typech onemocnění by se to mohlo stát. Ale to lidé, kteří žijí „pouze“ s depresí, která navíc třeba propukla až v dospělosti z důvodu nějakého velkého stresu? Myslím si, že v této otázce byli respondenti ovlivněni tím, že z duševních nemocí znají jen pojem schizofrenie nebo psychóza a to díky televizi nebo tisku. S lehčími formami duševního onemocnění se podle mě děti vychovávat dají.

Poslední, pátý dílčí cíl, měl za úkol zjistit, zda si respondenti myslí, že by měli být duševně nemocní omezeni v jejich způsobilosti samostatně se rozhodovat. V této otázce se většina

respondentů shodla, že by duševně nemocní měli být omezeni jen částečně. Nebylo to však hlavně z toho důvodu, že by byli nebezpeční, ale proto, že by se často mohli stát oběťmi podvodníků a že často neví, co je správné a co ne. Často se objevovala odpověď omezení v oblasti financí. Bohužel se ovšem našli i ti, kteří by nejraději omezili duševně nemocné úplně ve všem.

Na závěr hodnocení musím bohužel říci, a vyplývá to i z mnoha odpovědí respondentů, že je velmi malá informovanost o duševních nemocech. Spousta lidí si představuje člověka s duševním onemocněním jako nebezpečné individuuum, které by mělo být neustále pod dohledem, nejlépe v léčebném zařízení. Duševní onemocnění si nejčastěji spojují s pojmem schizofrenie, protože je nejznámější. Myslím si, že spousta lidí ani netuší, že mezi duševní nemoci patří například i fobie nebo noční můry. A tím se opět jen a jen potvrzuje malá a podstatně nedostatečná informovanost o této problematice. Záleží však, zda by lidé měli zájem o větší informovanost o duševních nemocech, zda jim to v dnešní době připadá důležité. Když se totiž rozhlédnu kolem sebe, vidím jen samou nespokojenost. Lidé nadávají na politiku nebo ekonomiku naší země. Často řeší jen své problémy a pomalu se ani nezastaví, aby viděli i problémy jiných. Nemají na to prostě čas. A proto se dost často stává, že si vlastní názory vytváří jen podle toho, co kde slyší nebo čtou. A o problémech a závažnostech nemocí, nejen těch duševních, se zajímají až tehdy, když se do nich dostanou jejich blízcí nebo oni sami.

ZÁVĚR

V dnešní době můžeme kolem sebe vidět spoustu společenských změn. Ať už se jedná o politiku, ekonomiku, vědu a techniku nebo medicínu. Vše z toho nás ovlivňuje v každodenním životě. V životě, ve kterém každý stále někam spěchá a zastaví se, až když je to nutné.

Duševní poruchy jsem si jako téma své bakalářské práce vybrala úmyslně. Mým hlavním záměrem bylo poukázat na problematiku duševního onemocnění a zjistit názor společnosti na osoby trpící duševními poruchami. A to proto, že si myslím, že je společnost velmi málo informována o této problematice a často si vytváří mylné názory. Bohužel i v dnešní době přetrvávají dávné představy, které ovládají lidské myšlení a chování k lidem s duševním onemocněním. Tyto představy vycházejí ze strachu z duševních chorob a možné nebezpečnosti lidí s tímto onemocněním.

Teoretická část práce byla rozdělena na tři hlavní kapitoly – problematika duševního onemocnění, organizace péče o osoby s duševním onemocněním a léčba duševních poruch. První kapitola byla zaměřena na bližší seznámení s duševními poruchami, jejich příčinami a rozdělením dle MKN-10. Druhá kapitola se věnovala sociální práci s lidmi s různým typem duševního onemocnění a v různých druzích zařízení, popsala možnosti péče a služeb pro duševně nemocné. Třetí kapitola zahrnovala možnosti farmakologické a nefarmakologické léčby.

Druhou částí této bakalářské práce je část praktická, která je realizována pomocí výzkumu, který byl proveden kvantitativně. Byla zvolena forma dotazníků a to proto, aby bylo možno oslovit větší množství respondentů a byla zajištěna jejich anonymita. Před samotnou realizací výzkumu byly stanoveny dílčí cíle a dílčí otázky, na které byl dotazník zaměřen. Výsledky výzkumu popisují názor „zdravých“ lidí na osoby s duševním onemocněním. Jelikož několik otázek obsahovalo i zdůvodnění odpovědí respondentů, mohl být zjištěn ucelenější názor a respondenti se tak mohli konkrétněji vyjádřit a neodpovídali jen kroužkováním.

Mé doporučení do budoucna pro praxi je jediné. Zajímejme se. Je opravdu nejvyšší čas překonat dávné a do dnešní doby přetrvávající představy o lidech s duševním onemocněním. Je čas změnit přesvědčení o nevléčitelnosti těchto nemocí. Zajímejme se proto o tuto problematiku, získávejme informace o duševních nemocech vlastním aktivním přičiněním. A hlavně nebojme se. Není k tomu důvod.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.
- [2] KRŽIŽ, Josef. *Duševní poruchy a poruchy chování u dětí a mladistvých*. Vyd. 2. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích – zdravotně sociální fakulta, 2004. ISBN 80-7040-724-7.
- [3] KUČEROVÁ, Helena. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4733-0.
- [4] LUŽNÝ, Jan. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-2.
- [5] MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.
- [6] MARKOVÁ, E., M. VENGLÁŘOVÁ, M. BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1151-6.
- [7] MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.
- [8] OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3737-9.
- [9] PRAŠKO, Ján a kol. *Obecná psychiatrie*. Univerzita Palackého Olomouc, 2011. ISBN 978-80-244-2570-2.
- [10] RABOCH, J., P. PAVLOVSKÝ a D. JANOTOVÁ. *Psychiatrie – minimum pro praxi*. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-746-1.
- [11] SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy*. Vyd. 2. Praha: Maxdorf, 2002. ISBN 80-85912-18-x.
- [12] SVOBODA, M., E. ČEŠKOVÁ a H. KUČEROVÁ. *Psychopatologie a psychiatrie*. Vyd. 4. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9.
- [13] ZVOLSKÝ, Petr a kol. *Obecná psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-7184-494-2.
- [14] ZVOLSKÝ, Petr a kol. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-7184-203-6.

[15] Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2006. MPSV: *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách* [online]. MPSV, © 2006 [cit. 2014-02-10]. Dostupné z:
http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z_108_2006.pdf

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

APA	Americká psychiatrická asociace
Apod.	A podobně
CNS	Centrální nervový systém
DSM	Diagnostický a statistický manuál duševních nemocí
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
Např.	Například
Obr.	Obrázek
Str.	Strana
Tab.	Tabulka
Tzv.	Takzvaně
WH	Mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organisation)

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1. Zkušenost s duševně nemocnými	47
Obr. 2. Podstata duševního onemocnění.....	48
Obr. 3. Nemoci patřící mezi duševní poruchy	50
Obr. 4. Zdroje informací o duševně nemocných	51
Obr. 5. Postoj respondentů k osobám s duševním onemocněním	52
Obr. 6. Emoce vyvolané duševně nemocnými	54
Obr. 7. Schopnost samostatného rozhodování duševně nemocných	55
Obr. 8. Možnost pracovního uplatnění duševně nemocných.....	56
Obr. 9. Možnost samostatného bydlení duševně nemocných.....	57
Obr. 10. Akceptace duševně nemocného jako souseda	58
Obr. 11. Možnost výchovy dětí duševně nemocnými	59
Obr. 12. Omezení způsobilosti duševně nemocných.....	60

SEZNAM TABULEK

Tab. 1. Pohlaví, věk, vzdělání.....	46
Tab. 2. Zkušenost s duševně nemocnými	47
Tab. 3. Podstata duševního onemocnění.....	48
Tab. 4. Nemoci patřící mezi duševní poruchy	49
Tab. 5. Zdroje informací o duševně nemocných	50
Tab. 6. Postoj respondentů k osobám s duševním onemocněním	52
Tab. 7. Emoce vyvolané duševně nemocnými	53
Tab. 8. Schopnost samostatného rozhodování duševně nemocných	54
Tab. 9. Možnost pracovního uplatnění duševně nemocných.....	56
Tab. 10. Možnost samostatného bydlení duševně nemocných.....	57
Tab. 11. Akceptace duševně nemocného jako souseda	58
Tab. 12. Možnost výchovy dětí duševně nemocnými	59
Tab. 13. Omezení způsobilosti duševně nemocných.....	60

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha PI: Dotazník

PŘÍLOHA PI: DOTAZNÍK

Dotazník: „Názor společnosti na osoby s duševním onemocněním“

Vážená paní, vážený pane,

jsem studentkou oboru sociální pedagogika na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně a ráda bych vás poprosila o vyplnění mého dotazníku, který bude sloužit jako podklad k mé bakalářské práci na téma „Názor společnosti na osoby s duševním onemocněním“.

Dotazník je anonymní a bude sloužit jen pro studijní účely, proto Vás prosím o pravdivé zodpovězení otázek. Za vyplnění dotazníku předem moc děkuji.

1. Pohlaví

- žena
- muž

2. Věk

- méně než 20 let
- 21 – 35 let
- 36 – 45 let
- 46 - 60 let
- více než 60 let

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

- základní
- vyučen/a
- střední s maturitou
- vyšší odborné vzdělání
- vysokoškolské

4. Do které skupiny byste se zařadili

- osoba, která se nikdy přímo nesetkala s duševně nemocným člověkem
- osoba pracující s duševně nemocnými lidmi
- osoba mající v rodině duševně nemocného
- znám osobu s duševním onemocněním, ale setkáváme se jen zřídka

5. Co je podle Vás hlavní podstatou duševního onemocnění

- vzniká pouze v dospělosti
- má vliv na myšlení, prožívání a chování člověka

- lidé s duševním onemocněním musí být neustále pod dohledem odborníků

6. Co podle Vás patří mezi duševní poruchy (možnost více odpovědí)

- mentální retardace
- skleróza
- Alzheimerova choroba
- kardiomyopatie
- schizofrenie

7. Kde se nejčastěji dozvídáte o problematice duševně nemocných

- televize
- tisk
- odborná literatura
- internet
- jinde:

8. Jaký máte postoj k osobám s duševním onemocněním

- pozitivní
- spíše pozitivní
- spíše negativní
- negativní

9. Zdůvodněte, proč jste v předchozí otázce takto odpověděli

10. Jak na Vás působí duševně nemocní (možnost více odpovědí)

- agresivně
- soucitně
- nebezpečně
- nadaně
- vyvolávají ve mně strach
- mají nižší inteligenci
- mají smysl pro humor
- mají svůj „vlastní“ svět
- mile
- nedůvěřivě
- nespolehlivě
- zaostale

- Jinak:

11. Myslíte si, že jsou duševně nemocní schopni se ve všem samostatně rozhodovat

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

12. Zdůvodněte, proč jste v předchozí otázce takto odpověděli

13. Jsou podle Vás duševně nemocní schopni se zařadit do pracovního procesu

- ano úplně
- spíše ano
- pouze na zkrácený úvazek
- spíše ne
- nejsou schopni pracovat

14. Zdůvodněte, proč jste v předchozí otázce takto odpověděli

15. Dokázali by podle Vás duševně nemocní samostatně bydlet

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

16. Zdůvodněte, proč jste v předchozí otázce takto odpověděli

17. Vadilo by Vám mít za souseda duševně nemocného

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

18. Myslíte si, že duševně nemocní mohou vychovávat děti

- ano
- spíše ano
- nevím

- spíše ne
- ne

19. Zdůvodněte, proč jste v předchozí otázce takto odpověděli

20. Měli by být podle Vás duševně nemocní omezeni ve své způsobilost

- ano úplně
- částečně
- nevím
- ne

21. Zdůvodněte, proč jste v předchozí otázce takto odpověděli