

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ

ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**Stigmatizace klientů s duševním onemocněním  
nepsychiatrickými zdravotníky**

Bakalářská práce

Autor práce: Mudrová Hana, DiS.

Vedoucí práce: Bc. Šlaisová Ivana

2008

**CHARLES UNIVERSITY OF PRAGUE**  
**MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ**

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE

DEPARTMENT OF NURSING

**Stigmatization of clients with mental illness by  
non-psychiatric health workers**

Bachelor's thesis

Autor: Mudrová Hana, DiS.

Supervisor: Bc. Šlaisová Ivana

**2008**

## **ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Stigmatizace klientů s duševním onemocněním nepsychiatrickými zdravotníky“ vypracovala samostatně a veškerou literaturu, kterou jsem použila, jsem uvedla v seznamu literatury.

V Praze 12.4.2008

.....

(podpis)

## **PODĚKOVÁNÍ**

Touto cestou bych ráda poděkovala za cenné rady a připomínky při vedení mé závěrečné práce Bc. Šlaisové Ivaně.

Děkuji pacientům, kteří byli ochotni se podělit o své zkušenosti a aktivně se podíleli na vyplnění dotazníků k empirické části mé bakalářské práce.

Dále děkuji své rodině za pochopení a podporu po celou dobu mého studia.

V Praze dne 12.4. 2008

.....

(podpis)

## **Motto**

„Místo co by hledali chybu v sobě, mívají lidé sklon hledat ji buď v celé společnosti, což je k ničemu nezavazuje, nebo v jiných lidech, považovaných za obzvláště škodlivé z nějakého snadno viditelného důvodu.“ (Girard, 1997)

# OBSAH

ÚVOD.....	8
<b>1. TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>9</b>
1.1 DUŠEVNÍ ZDRAVÍ A DUŠEVNÍ NEMOC .....	9
1.1.1 Duševní zdraví.....	9
1.1.2 Duševní nemoc .....	11
1.2 PSYCHIATRIE A STIGMA.....	13
1.2.1 Stigma.....	13
1.2.2 Stigmatizace .....	14
1.2.3 Stigmatizace duševně nemocných zdravotníků .....	17
1.2.4 Důsledky stigmatizace .....	19
1.2.5 Diskriminace .....	20
1.2.6 Destigmatizace .....	20
1.3 PSYCHIATRIE V PROUDU ČASU.....	22
1.3.1 Počátky léčitelství.....	22
1.3.2 Starověk .....	22
1.3.3 Středověk.....	23
1.3.4 Novověk .....	24
1.3.5 Psychiatrie v Čechách .....	24
1.4 ORGANIZACE PÉČE O OSOBY S DUŠEVNÍ PORUCHOU V ČR.....	27
1.4.1 Ambulantní péče.....	27
1.4.2 Lůžková péče.....	29
1.4.3 Intermediární péče.....	30
1.5 VZDĚLÁVÁNÍ V OBLASTI PSYCHIATRICKÉ PÉČE .....	33
1.5.1 Vzdělávání zdravotních sester v psychiatrii .....	33
1.5.2 Možnosti vzdělávání v oblasti psychiatrie pro ostatní zdravotníky.....	34
<b>2. EMPIRICKÁ ČÁST.....</b>	<b>35</b>
2.1 VÝCHODISKA VÝZKUMU .....	35
2.2 CÍLE A HYPOTÉZY VÝZKUMU.....	36
2.3 METODIKA VLASTNÍHO ŠETŘENÍ.....	37
2.4 VZOREK ŠETŘENÍ.....	38
2.5 REALIZACE VÝZKUMU .....	39
2.6 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ.....	40
2.6.1 Charakteristika respondentů.....	40
2.6.2 Zjišťování postojů respondentů k podstoupenému vyšetření/ošetření a vnímání chování zdravotníků při vyšetření/ošetření k jeho osobě.....	43

2.6.3	<i>Diskuse</i> .....	58
<b>ZÁVĚR</b> .....		<b>62</b>
<b>ANOTACE</b> .....		<b>63</b>
<b>LITERATURA A PRAMENY</b> .....		<b>65</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ:</b> .....		<b>68</b>
<b>SEZNAM TABULEK:</b> .....		<b>69</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH:</b> .....		<b>70</b>
<b>PŘÍLOHY</b> .....		<b>71</b>
<b>PŘÍLOHY</b> .....		<b>71</b>

# ÚVOD

Ke své bakalářské práci jsem si zvolila téma stigmatizace duševně nemocných pacientů ve zdravotnictví. Tedy konkrétně na nepsychiatrických pracovištích a to v ambulantní sféře.

Stigmatizace lidí s duševní poruchou ve společnosti existuje. Je to však téma málo diskutované. V České republice se tomuto tématu věnují především dvě organizace. Je to Sympathea (celonárodní sdružení příbuzných duševně nemocných) a Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. Důsledky stigmatizace psychiatrie a jejích pacientů jsou vesměs negativní. Snižují kvalitu života lidí s duševní poruchou i jejich rodin. Proto by měl být, v zájmu celé společnosti, tento jev minimalizován. Na postoji společnosti k duševně nemocným se nepodílejí však jen zdravotníci z oboru psychiatrie, ale i z jiných oborů. Jejich názor je pro veřejnost určující. Jejich postoj ovlivňuje chování společnosti k lidem s duševní poruchou. Lidé, u kterých se začíná projevovat některá z duševních poruch, hledají pomoc často nejdříve u praktického lékaře nebo jiných odborníků. Tedy i jejich postoj k psychiatrii má značný vliv na ochotu a důvěru pacienta k tomuto oboru.

Ve své práci vymezuji základní pojmy – stigmatizace, duševní zdraví, duševní porucha. Dále se zabývám historickými souvislostmi chápání duševně nemocných. Přibližuji také organizaci péče v oboru psychiatrie. V souvislosti s těmito tématy jsem využila výsledků již publikovaných průzkumů a v teoretické části své práce je také uvádím.

V druhé, tedy empirické, části své práce jsem pomocí dotazníkového průzkumu hledala odpovědi na následující otázky:

Existuje rozdíl v chování zdravotníků k duševně nemocným a duševně zdravým pacientům? Pociťují lidé, hospitalizovaní na psychiatrickém oddělení, stigmatizaci od zdravotníků při ošetření nebo vyšetření na nepsychiatrických zdravotnických pracovištích? Pokud ano, je míra stigmatizace v nějaké souvislosti s tím, jakou duševní poruchou nemocný trpí?



# 1. TEORETICKÁ ČÁST

## 1.1 Duševní zdraví a duševní nemoc

Hranice mezi duševním zdravím a duševní nemocí je velmi tenká. Pohled na to, kdo je duševně zdravý a kdo není, je ovlivněn dobou, kulturou společnosti a jednotlivce, úrovní vzdělanosti, zákonnými normami (tedy politikou státu) a osobními názory. Například i v dnešní době bychom se zřejmě dočkali bouřlivé diskuse na téma „je homosexualita nemoc?“. V 50. letech minulého století měli na tuto otázku jasnou odpověď – homosexualita nemoc je. V dnešní klasifikaci nemocí ovšem homosexualitu nenajdeme. Stejně tak si pamatují, jak pečlivě se přeučovali „leváci“ na „praváky“, aby dostáli děti jakési „normality“.

Světová zdravotnická organizace (WHO) uvedla ve svém dokumentu ZELENÁ KNIHA v roce 2005 (23), že v časovém rozmezí jednoho roku trpí některou z duševních poruch okolo 27% občanů. Je to tedy o něco málo víc, než jedna čtvrtina lidí žijících v Evropě. V důsledku sebevraždy umírá každoročně v Evropské unii 58 000 lidí. V České republice ukončí svůj život vlastní rukou ročně na 100 000 obyvatel 24 lidí (18) (viz příloha 1). Není proto téma duševního zdraví – duševní nemoci okrajovým tématem.

### 1.1.1 Duševní zdraví

Zdraví je definováno Světovou zdravotnickou organizací (1946) jako: „stav tělesné, duševní i sociální pohody, nikoliv jen absence nemoci či poruchy. Zdraví je fyzické (tělesné), psychické (duševní) a sociální prospívání (blaho)“ (15, s. 15).

Pakliže vycházíme z této definice, je duševní zdraví jednou ze tří neoddělitelných složek zdraví člověka. Jednotlivé komponenty zdraví jsou navzájem protknuté, nelze je od sebe oddělit. Z tohoto tvrzení vyplývá, že narušení jedné této složky vede k nerovnováze nebo k poruše v jiné složce zdraví.

Psychiku člověka tvoří dvě základní složky. Prožívání, jako vnitřní složka psychiky a chování, jako vnější složka psychiky člověka. Obě tyto složky jsou jak vědomé tak nevědomé.

Prožívání je jedním z výsledků funkcí mozku – respektive struktury a funkce centrálního nervového systému. Je to souhrn psychických procesů a stavů. Do psychických procesů zahrnujeme představy, vnímání, fantazii, ale také celé procesy paměti, řešení problémů, emoce, úsilí a další. Hovoříme-li o pozornosti a její kvalitě, o emocích a jejich intenzitě či trvání, mluvíme o psychických stavech.

Chování lze charakterizovat jako vnější projevy člověka. Lze ho pozorovat i měřit. Chování umíme objektivně popsat na rozdíl od prožívání, kde můžeme sledovat některé projevy např. rozrušení, ale jedinec subjektivně rozrušení nemusí prožívat. V chování můžeme sledovat například pohyby rukou, pozici těla, mimiku, ale také doprovodné projevy prožívání – výraz překvapení, zčervenání a podobně **(19)**.

Duševní zdraví tedy znamená pohodu celé osobnosti. Duševní zdraví není jen nepřítomnost duševní poruchy. Duševně zdravý člověk dokáže žít a reagovat na dění ve společnosti, komunikovat a účastní se dění kolem sebe. Dokáže přijímat a vyhodnocovat informace a reagovat na ně. Umí plánovat do budoucna, upravit své chování podle cílů a také cílů dosáhnout. Prožívá přiměřeně své životní situace, zvládá vlastní emoce. Adaptuje se na nové situace.

Na 51. světovém zdravotnickém shromáždění v květnu 1998 se členské státy Světové zdravotnické organizace usnesly na deklaraci, která formulovala základní politické principy péče o zdraví v jeho nejširších společenských souvislostech. Význam dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky „Zdraví 21 - zdraví pro všechny v 21. století“ **(25)** je v tom, že představuje racionální, dobře strukturovaný model komplexní péče společnosti o zdraví a jeho rozvoj. Jeden z cílů tohoto dokumentu se dotýká právě zlepšování duševního zdraví (příloha 2).

### 1.1.2 Duševní nemoc

Nemoc je porušení rovnováhy organismu – jeho fyzické, psychické či sociální složky. Nemoc je proces, kterému předchází období zdraví, má svůj průběh a lze ji léčebně ovlivnit.

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí je pojem duševní nemoc nepřesný a pracuje s označením duševní porucha. V poslední, tedy 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (z roku 1992), jsou duševní poruchy uvedeny společně s poruchami chování. Mezi duševní poruchy se řadí ty, které se týkají myšlení, prožívání nebo vztahu k jiným lidem. Duševní porucha je dána souborem klinicky rozpoznatelných příznaků nebo chování. Často jsou tyto příznaky doprovázené pocitem tísně nebo narušením funkce **(17)**.

Diagnostika duševních poruch přísluší odborníkům – lékařům specialistům – psychiatrům. V roce 2004 uveřejnil STEM/MARK, a.s. výsledky kombinované studie „Implementace koncepce psychiatrie z pohledu ambulantní péče“, která byla zpracována v rámci programu nazvaném „Národní program kvality zdravotní péče – Projekty podpory kvality zdravotní péče“ a byl dotován Ministerstvem zdravotnictví ČR. Z výsledků této studie vyplývá, že v ambulantní sféře dochází k nejčastějším prvozáchytům pacientů s duševní poruchou. U praktického lékaře to bylo v roce 2004 průměrně 41 pacientů na rok, u ambulantního psychiatra to bylo v uvedeném roce průměrně 264 pacientů **(10)**.

Profesor Jan Libiger uvádí: „Postiženým orgánem je při chorobách myslí mozek, ten je před důkladným vyšetřením svého stavu dobře chráněn. Symptomy psychiatrických poruch nelze zjišťovat pohledem, pohmatem, poklepem, poslechem ani jinou smyslovou aktivitou.“ Dále píše: „Onemocnění, v jejichž základu jsou jemné odchylky stavby a funkce tak složitého orgánu, lze diagnostikovat až podle důsledků těchto odchylek v prožívání a chování pacienta“ **(13)**. Psychiatři mají pro diagnostiku duševních poruch a poruch chování dva základní zdroje. Je to Mezinárodní klasifikace nemocí a Diagnostický a statistický manuál duševních poruch.

Mezinárodní klasifikace nemocí vyšla poprvé v roce 1900 a sloužila jako číselník kódů pro vyhodnocování příčin smrti. Světová zdravotnická organizace ji vzala za svou v roce 1949 a pod jejím vedením byla vydána její 6. revize **(9)**. Ta již byla pro praxi lékařů přínosnější. Toto vydání již lze využít pro určení diagnózy, také jsou kódy využívány poprvé jako pomůcka pro komunikaci se zdravotními pojišťovnami. V praxi je nyní

užívána poslední 10. revize a je označována MKN-10. Duševní poruchy a poruchy chování jsou řazeny pod písmenem F. Rozdělení duševních poruch a poruch chování podle této klasifikace uvádím v příloze č. 3.

Od roku 1952 vydává v USA Americká psychiatrická společnost klasifikaci DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (9). V České republice pod názvem Diagnostický a statistický manuál duševních poruch. Poslední aktualizace vyšla v roce 2000. Tento diagnostický a statistický manuál slouží k efektivnější diagnostice a lepší charakteristice duševních poruch a tím i včasnějšímu zachytu nemocných a jejich adekvátní léčbě.

## 1.2 Psychiatrie a stigma

Uvedla jsem, že v prožívání a jednání člověka lze najít určité odchylky – patologie, jimiž se zabývá psychiatrie. Prožívání a chování každého z nás se odehrává v rámci společenské skupiny. Dotýká se tedy společnosti. Tak jako sama společnost ovlivňuje prožívání a chování jednotlivce. Proto také psychiatrie věnuje pozornost společenským jevům, které jsou pro průběh a výsledek duševních poruch důležité. Jedním z těchto jevů je právě stigmatizace.

### 1.2.1 Stigma

Slovo stigma pochází z řečtiny a lze ho přeložit jako „stopa“ nebo „znak“, jež se ubírá nějakým směrem, nese určité poselství. Stigma, o kterém mluvíme v souvislosti s duševními poruchami, je znak domnělé méněcennosti, které vede k jisté formě odmítání (13).

V době Alexandra Velikého se označovaly jako „stigmata“ znaky, které byly vypalovány otrokům v thesalských dolech. Toto znamení označovalo otroka – provinilce, nesvobodného člověka, nehodného jakékoliv úcty.

V křesťanství nalézáme stigmata Kristova. Jsou to krvácející rány v místech, v kterých proťaly jeho kůži hřeby, když byl přibíjen na kříž. Tato znamení označovala člověka čistého, bez hříchu – světce (4).

V papežské bule „Kladivo na čarodějnice“ nalézáme návod, jak inkvizitor určí „stigmata diaboli“. Tedy ďáblova znamení. Tato znamení označovala člověka nečistého, nemorálního, nebezpečného – člověka, jenž se spolčil s ďáblem (4).

Pojďme v historii dál a podívejme se, jak se lidé dívali na stigma v psychiatrii na počátku 20. století. V roce 1901 napsal Doc. MUDr. Antonín Heverech: „Známám degenerovanosti říkáme stigmata. Jest jich plno, vše, co uchyluje se od normálnosti, může býti stigma, ale jedno takové stigma není již známkou degenerovanosti“ (6).

Se stigmaty se ovšem nepotýkali a nepotýkají pouze lidé s duševní poruchou, ale také lidé trpícími některou formou pohlavně přenosné nemoci, lidé, kteří onemocněli tuberkulózou, i lidé s tělesným hendikepem.

Vidíme, že jako stigmata můžeme označit rozličné znaky, které nemusí být vždy negativní. Označujeme tak společné znaky různých lidí, věcí, činů a přestáváme vnímat jejich individualitu a jedinečnost. Pro obecné znaky nevidíme rozličenosti. Označujeme tedy někoho nebo něco, zařadíme ho do jakési přihrádky a hodnocení je hotovo. Na základě takového hodnocení jednáme s nositelem stigmatu - člověkem. Pod vlivem hodnocení prožíváme jeho přítomnost, jeho chování. Pod vlivem tohoto hodnocení volíme také své chování k tomuto člověku.

### 1.2.2 Stigmatizace

Profesor Libiger o stigmatizaci napsal: „Je to proces, který umožňuje rozpoznání příslušnosti jedinců ke skupině. K té se potom ostatní chovají relativně jednotným, předvídatelným způsobem, který odpovídá předpokládaným skupinovým vlastnostem“ (13, s. 3).

Stigmatizací – tedy značkováním – se společnost svým způsobem chránila a chrání. Vypalování cejchů v antické době otrokům či zločincům, nebo vypalování cejchů ve středověku prostitutkám, či „čarodějnicím“ sloužilo jako varování pro ostatní občany. Pozor! Ten nebo ta jsou špatní...

U duševně nemocných se společnost brání něčemu neznámému, něčemu, čemu nerozumí. Vezmeme-li v úvahu, že každý čtvrtý dospělý Evropan někdy za svůj život navštíví psychologa nebo psychiatra kvůli psychickým problémům, těžkostem nebo vnitřním konfliktům a vzhledem k tomu, že každý z nás má kolem sebe 20-30 lidí, se kterými se setkává opakovaně skoro každý den, můžeme předpokládat, že jsme se všichni s někým s duševní poruchou setkali. Mnohdy nás ani nenapadne, že jsme v kontaktu s někým, kdo se třeba na psychiatrii léčí. Tak jak jsem vymezila projevy duševních poruch na poruchy prožívání a chování, tak je taky v rámci společenských kontaktů můžeme vnímat a zažívat. Mluvíme najednou s někým, komu ne zcela rozumíme, jsme z jeho chování někdy rozpačití, někdy vyděšení, ale hlavně velmi zmatení. Mnohdy jsou projevy duševní poruchy nesprávně chápány jako „nevychovanost“, „drzost“, „neomalenost“ a patřičně trestány – ve škole poznámkami nebo vyloučením, v zaměstnání propuštěním. Na druhou stranu se také setkáváme s různými označeními, například „blázen“, „magor“, „psychopat“, „šílenec“. Tímto označením někteří z nás častují své spolupracovníky či

blízké, třeba jen proto, že nesouhlasí s jejich názorem. Tato označení jsou ve společnosti také používána jako urážka někoho druhého.

Co je zdrojem stigmatizace? Ze strany nemocného je to skutečná odlišnost. Zdrojem odlišnosti je samotný projev nemoci, kterému okolí nerozumí, jako například stereotypní pohyby, nápadný vzhled nemocného, nápadné a odlišné chování či prožívání nebo těžko srozumitelná přesvědčení o světě nemocného (13). Ale je to také chování, které vyplývá ze sociálního úpadku nebo třeba poruchy kognitivních funkcí, jež bývají i přes léčbu nemocí negativně ovlivněny. K nápadnosti pacienta, který se léčí na psychiatrii, přispívají ale také psychofarmaka. Nežádoucí účinky některých léků, podávaných zejména při léčbě psychických poruch, jsou zdrojem odlišnosti pacienta od normy. Jsou to například dyskinezy, hypokinéza, ale také přibývání na váze a následná obezita, třes rukou. Po diagnostice onemocnění mnohdy také pacient přijme roli dané nemoci. Tedy roli, kterou společnost svými názory a postoji připisuje člověku s tou kterou diagnózou. K izolaci nemocných tak přispívá jednak samotný proces nemoci, tak i často odmítavý postoj společnosti. Duševně nemocní proto často tají svou nemoc z obavy z odmítnutí. Někteří přijmou pasivní roli a postupně se stávají izolovaní.

Na straně společnosti jsou to nároky prostředí a hodnoty dané společností. Historické souvislosti. Předsudky. Kultura. Názory společnosti.

Z výsledků průzkumu agentury DEMA „Názory na schizofrenii“ (23), který se uskutečnil v roce 2004, vyplývá, že:

- pohled na duševně nemocné vychází z tradičních představ utvářených v minulosti a generačně předávaných. To s sebou nese určité stereotypy v hodnocení chování lidí a často iracionální neověřená tvrzení, jako „schizofrenik = nebezpečný a agresivní člověk“
- úvahy a rozpravy nad duševními poruchami jsou povrchní, jsou přecházeny nebo vytěsňovány
- informace o duševních poruchách a lidech, kteří jimi trpí, jsou povrchní, útržkovité a nedostatečné. Často se k občanům dostávají informace náhodně a jsou neúplné, a to především z médií.

- z výzkumu také vyplývá, že lidé, kteří mají kontakt s někým trpícím schizofrenií, tedy jednou z duševních poruch, mají pozitivnější vztah k takto nemocným
- analýza dat dokumentuje, že čím je člověk informovanější a má osobní zkušenost s takto nemocnými lidmi, tím větší má tendenci nemocného začleňovat do společnosti
- dotazovaní respektují názory odborníků – psychologů, psychiatrů i praktických lékařů.

Zaujaly mě výsledky tohoto výzkumu v části, která pátrala po tom, co by lidé o schizofrenii chtěli vědět. Na otázku: „Jaké informace, co hlavně by mělo být o schizofrenii sdělováno, aby o ní měla veřejnost širší povědomí?“ 29% dotázaných odpověděla, že nemají zájem o informace v této oblasti. Část z nich uvedla, že neví, na co se má zeptat, část uvedla, že vědět o schizofrenii nechtějí nic. Většina dotázaných – tedy 71% uvedla konkrétní dotazy, týkající se schizofrenie, na které by chtěli znát odpovědi. Dotazy se týkaly následujících oblastí: charakteristika onemocnění, konkrétní projevy poruchy, nebezpečnost lidí se schizofrenií, možnost léčby, možnosti pomoci od okolí a osvěta (23).

Z těchto výsledků lze, podle mého názoru, vyčíst, že společnost není chladná nebo odmítavá k informacím ohledně duševních poruch. Mnozí občané by se zájmem informace přijali, ale tyto informace nejsou dostupné. Pro ilustraci naleznete v příloze č. 4 - přehled zdrojů informací o duševních poruchách.

Stigmatizace nemocných s duševní poruchou vede často k diskriminaci těchto osob.

Nesmíme zapomenout, že stigmatizace v psychiatrii se netýká pouze samotných nemocných, ale i jejich rodin. V průzkumech se ukázalo, že rodiny na vesnicích a malých městech jsou stigmatizovány okolím dvakrát až třikrát více, než rodiny ve velkých městech. Také názory „starších občanů“ na duševně nemocné a jejich rodiny jsou mnohem přísnější a nekompromisnější než názory dnešních třicátníků (5). Tyto faktory se bohužel spolupodílejí na pozdějším vyhledávání odborné pomoci – tedy pomoci psychiatrické. To přispívá k horšímu průběhu léčby a také k horší prognóze nemocného. Protože, tak jako v jiných lékařských oborech, tak i v psychiatrii platí – čím včasnější léčba, tím větší šance návratu nemocného ke zdraví.



Stigmatizace se týká také pracovníků na psychiatrii. Ve filmových zpracováních bývá psychiatr často připodobněn k podivínovi, roztržitému chlápkuvi, který má sám se sebou spoustu starostí. Ve filmech se setkáváme i s psychiatry mocnými, kteří drží klíče od zamčených dveří proti vůli nemocného aplikují hrůzné léčebné metody. Sestra pracující na psychiatrii také nebývá vyobrazena v příliš růžovém světle – bývá to statná silná žena, která svým křikem srovná i toho nejméně poslušného pacienta. Tato vyobrazení neodpovídají realitě, ale jsou jako realita od společnosti přijímána.

Prestiž psychiatrického oboru je nevelká. Na svém pracovišti se setkávám velmi často s tím, že u nás mají zájem nastoupit sestry v důchodovém věku nebo zdravotní sestry, které hledají jistý odpočinek. Přicházejí s představou poklidné pomalé práce, bez nutnosti velké odborné sesterské zručnosti a odborných znalostí. Bohužel tyto uchazečky o zaměstnání musíme odmítnout. Vždyť dobrá zdravotní sestra pracující na psychiatrii musí být sociálně vyzrálou osobností, která umí dobře komunikovat s pacientem. Musí být manuálně zručná, pohotová, se smyslem pro zodpovědnost. A mohla bych ve výčtu dovedností psychiatrické sestry pokračovat.

Tímto chci poukázat především na to, že psychiatrická sestra musí mít stejné obecné dovednosti a schopnosti, jako sestry na odděleních s jinou specializací. Nechci opomíjet skutečnost, že mezi jednotlivými ošetrovatelskými specializacemi rozdíly v dovednostech a znalostech jsou. Důležité však je, mít na mysli, že tyto rozdíly jsou žádoucí a týkají se všech oborů.

### **1.2.3 Stigmatizace duševně nemocných zdravotníků**

Ke stigmatizaci přispívá mnoho faktorů, ty jsem již přiblížila. Jedním z důležitých faktorů je informovanost o duševních poruchách. Z tohoto pohledu lze předpokládat, že duševně nemocní nebudou zdravotníky stigmatizováni. Bohužel se duševně nemocní setkávají s nepochopením i ve zdravotnictví.

Karel Chromý uvádí, že v běžných sociálních situacích zaujímají zdravotníci pracující na psychiatrii vůči duševně nemocným největší odstup. Podkládá tuto myšlenku faktem, že mezi psychiatrickými pracovníky a duševně nemocnými dochází velmi zřídka k uzavírání sňatků (9).

Podívejme se na ostatní zdravotníky (tedy z nepsychiatrických oborů). Jsou to odborníci a neměli by tedy přistupovat k nemocnému neodborně a neinformovaně. Všichni zdravotníci by však měli znát a dodržovat práva duševně nemocných (příloha č. 5). Pravdou také je, že jsou to také lidé, kteří mají stejné obranné mechanismy jako celá společnost, jako každý z nás. Obecně můžeme říci, že nás znejišťují věci a situace, kterým ne zcela rozumíme.

Pakliže se podíváme na obor ošetrovatelství, z vlastní zkušenosti vím, že psychiatrii byla věnována na středních zdravotnických školách jen malá část výuky (r. 1996). Tedy byl to půl rok. Často také nevyučovali psychiatrii lékaři psychiatri, ale například neurolog. Do kontaktu s psychiatrickým pacientem jsme se nedostali. Na vysokých školách se situace zlepšila. Do výuky v oboru ošetrovatelství je psychiatrie zařazena a výuka mimo jiné probíhá na klinických pracovištích. Zdravotníci tak získají znalosti a dovednosti, které jsou specifické pro obor psychiatrie. Podíváme-li se ovšem na složení ošetrovatelského personálu na odděleních a ambulancích, zjistíme, že vysokoškolské vzdělání má jen malé procentu sester. Proto lze předpokládat, že je povědomí o duševních poruchách mezi sestrami neucelené a také jim chybí specifické dovednosti ke kvalitnímu ošetřování těchto nemocných.

Často má duševně nemocný také své zdravotní potíže z okruhu somatických onemocnění. Ty jsou důsledkem nesprávného životního stylu. Duševně nemocný v akutní fázi duševní poruchy často není schopen se o sebe adekvátně postarat. U duševně nemocných je také vyšší riziko úrazů. Bohužel negativní dopady má také léčba některými psychofarmaky (14). Vidíme tedy, že se duševně nemocní do kontaktu se zdravotníky dostávají častěji než jiní občané.

Ze zkušenosti z vlastní praxe musím bohužel konstatovat, že se duševně nemocní dostávají na příjem psychiatrického pracoviště se stavem, který vyžaduje například interní, ale i jinou zdravotní péči. Víím, že diagnostika je leckdy složitá. Musíme mít ale na paměti, že včasná péče u mnohých onemocnění může zachránit život pacienta nebo výrazně zkrátit dobu rekonvalescence a snížit riziko trvalých poškození. Proto je žádoucí, aby diagnostika proběhla rychle a správně. Je také tendence překládat duševně nemocné po operačních zákrocích na psychiatrická oddělení (tedy v tomto případě chápána jako oddělení pro následnou pooperační péči) dříve, než je tomu běžně v rámci nemocnice. Psychiatrická oddělení na péči o takového pacienta většinou nemají potřebné vybavení.

Americký lékař Angermeyer provedl v USA rozsáhlou studii, v níž se zabýval otázkou, zda je poskytována péče praktickým lékařem stejně duševně nemocným jako duševně zdravým. Zjistil, že u duševně nemocných praktičtí lékaři v průměru o 1/3 méně měří krevní tlak, vyšetřují EKG, indikují krevní testy a také je méně odesílají na specializovaná vyšetření. Srovnání proběhlo vždy u pacientů se stejnou diagnózou, tedy například u nemocných s vředovou chorobou žaludku, u nemocných po infarktu myokardu a podobně (1). Je tedy důvod se domnívat, že se duševně nemocným nedostává stejně a tedy adekvátní péče na somatických odděleních, jako se jí dostává ostatním nemocným.

#### 1.2.4 Důsledky stigmatizace

Podívejme se tedy, k čemu ve svém důsledku stigmatizace duševně nemocných vede:

- oddaluje zahájení adekvátní léčby
- zesiluje obranu nemocného proti akceptaci své nemoci (duševní nemoc je veřejností chápána jako rys méněcennosti, slabosti, nevléčitelnosti a zbytečnosti)
- oslabuje spolupráci nemocného
- oslabuje pocit vlastní osobní hodnoty nemocného
- vede k izolaci, stresu a diskriminaci
- zvyšuje riziko chronifikace

Důsledky stigmatizace nedopadají na lidi s duševní poruchou stejně. Obecně lze však říci, že čím větší míra odlišnosti chování a prožívání duševně nemocného v období nemoci od normy společnosti, tím větší stigmatizace od okolí a tím větší důsledky. Pochopitelně nelze přehlédnout nebo opomíjet individuální schopnosti každého jedince se s negativními vlivy vyrovnat.

Zajímavá jsou zjištění týkající se rozvinutých a rozvojových zemí uvedená v psychoedukačním programu PREDUKA, který nabízí například Psychiatrické centrum Praha pro své pacienty a jejich rodinné příslušníky. V rozvojových zemích je míra stigmatizace a diskriminace mnohem menší než v zemích rozvinutých. Lze to vysvětlit mírou každodenního stresu a nasazení člověka ve společnosti. Zatímco rozvinuté země

kladou důraz na výkon a hodnota člověka je posuzována dle jeho postavení v zaměstnání, v rozvojových zemích je člověk posuzován spíše rodinou a její soudružností. Podíváme-li se na úroveň psychiatrické péče např. v Indii či v Afrických státech, je kvalita psychiatrické péče na poloviční úrovni než u nás. Chybí léky, chybí kvalifikovaní lékaři i sestry, ale jejich nemocní mají šanci prožít další život bez relapsu nemoci o 2/3 vyšší než naši nemocní. Tento nepoměr se připisuje postavením duševně nemocných ve společnosti, možnost uplatnění duševně nemocného v zaměstnání a mírou každodenního stresu.

### **1.2.5 Diskriminace**

Pod vlivem neinformovanosti, předsudků, stigmatizace, ale i neochoty měnit zaběhlé zvyky a názory jsou duševně nemocní často obětí diskriminace. S diskriminací se duševně nemocní setkávají například při hledání zaměstnání.

5. listopadu 2007 uvedla psychiatrička a ředitelka Sdružení příbuzných duševně nemocných Sympathea pro ČTK: „Diskriminace spočívá v tom, že zaměstnavatelé ani nezkusí, zda pacient na tu práci má.“ Dodala, že přijímání lidí s duševními problémy do zaměstnání komplikuje i invalidní důchod. Osoby, které ho berou, totiž mohou pracovat jen omezenou dobu. Jinak o penzi přijdou. Pacienti ale obvykle potřebují delší čas, aby získali jistotu a ukázali, že na výkon zaměstnání mají. O možnosti pobírat důchod a současně pracovat jednala již Sympathea i se zástupci Ministerstva práce a sociálních věcí. Zatímco lidé díky lékům nemoc většinou dobře zvládají, psychické onemocnění není schopno "překousnout" spíše okolí (23).

Diskriminace duševně nemocných se netýká zdaleka jen tématu zaměstnanosti a uplatnění nemocných na trhu práce, ale také vzdělávání, kontaktu na úřadech, v nemocnicích a ambulancích lékařů. K diskriminaci dochází všude tam, kde je kontakt s lidmi. Míra diskriminace je přímo úměrná s mírou neinformovanosti a předsudků lidí, kteří se do kontaktu s duševně nemocnými dostanou.

### **1.2.6 Destigmatizace**

Destigmatizace je proces redukce a odstranění poškozujících nebo negativních hodnocení („nálepek“), a to jak u jednotlivců, tak i u skupin (pacientů, profesí). Do procesu destigmatizace je zahrnuto také zvyšování informovanosti, změna postojů, akceptace

rozdílů a v neposlední řadě zajištění práv jednotlivcům i skupinám. Destigmatizace by měla zmírňovat a postupně odstraňovat důsledky stigmatizace, tak jak jsem je uvedla v předešlé kapitole.

Programy, které jsou zaměřeny na destigmatizaci duševních poruch a duševně nemocných, jsou zpracovávány na mnoha úrovních. Existují programy vypracované a schválené:

- Evropskou unií – např. Zelená kniha – zlepšení duševního zdraví obyvatelstva podepsáno v Bruselu Evropskou komisí 14.10.2005
- Světovou zdravotnickou organizací – např. Zdraví 21 – zdraví pro všechny do 21. století
- celostátní programy, na něž navazují krajské aktivity - např. Komunitní plán sociálních služeb města Hradec Králové
- v návaznosti na tyto dokumenty jsou pak realizovány programy a aktivity psychiatrických pracovišť, jako jsou psychiatrické léčebny, kliniky a psychiatrická oddělení nemocnic - např. psychoedukační program PREDUKA pro nemocné a jejich příbuzné
- ale zejména jsou to aktivity občanských sdružení, která v této oblasti pracují s konkrétními lidmi a jejich konkrétními obtížemi a těžkostmi – např. Projekt ZMĚNA realizovaný občanským sdružením Stopstigma (příloha č. 2) nebo aktivity občanského sdružení Sympatheia.

### **1.3 Psychiatrie v proudu času**

Psychiatrická péče, jak teoretické znalosti, tak praktické dovednosti, byla vždy odrazem historického procesu vývoje společnosti. Proto, abychom lépe pochopili postavení duševně nemocných a i samotné psychiatrie v dnešní době, podíváme se na vývoj pohledu na duševně nemocné a jejich léčení v historii.

#### **1.3.1 Počátky léčitelství**

Počátky léčitelství mají své kořeny v pravěku, kdy si lidé nedokázali vysvětlit přírodní jevy, jako například blesk, hrom, oheň. Tyto jevy si vysvětlovali jako nadpřirozené jevy, magické síly. Lidé věřili, že pokud nadpřirozené moci rozhněvají, ty na ně poté sešlou neštěstí. A to jak v podobě přírodních jevů, tak i v podobě nemoci. Proto primitivní péče spočívala v nošení ochranných amuletů či talismanů a léčení probíhalo pomocí zaříkávání (11).

V dalším vývoji začínali lidé využívat zkušeností s různým použitím rostlin a jejich částí, nebo také některé látky ze zvířat – vnitřnosti nebo tuk. Tím byly položeny základy lidového léčitelství, které již využívaly jakési poznatky a ty se pak předávaly z generace na generace. Využívali je „šamani“, kteří měli, díky svým dovednostem a znalostem, výsostné postavení v tehdejší společnosti.

#### **1.3.2 Starověk**

Vývoj samotného lékařství lze dobře sledovat v Egyptě, Babylónii, Římě, Řecku, ale také například v Číně. Nedílnou součástí těchto historických poznatků jsou také zmínky o léčbě duševně nemocných. Zdrojem těchto poznatků jsou spisy tehdejších lékařů, ale také kroniky, zachycující společnost a rozhodnutí vladařů. Vzhledem k tomu, že v době starověku písmem vládl jen málokdo, jsou informace vázány na vladařovu rodinu. V některých spisech lze tedy sledovat dlouhá období duševní nemoci vladaře a vliv nemoci na jeho schopnost vládnout.

Z dob starého Egypta nalézáme například první zmínku a popis senilní demence, kterou tehdy léčili spánkem. Také se zde objevují chrámy výhradně pro duševně choré, v nichž léčba spočívala v pravidelném a dostatečně dlouhém spánku, tělesném cvičení, v tanci, zpěvu a dalších aktivitách. Léčbu měl na starosti kněží.

V Babylónii zavedli kněží-lékaři také chrámovou léčbu. Kde ale kromě vlastní praxe také vyučovali své následovníky. Kolem roku 1600 př. n. l. byl uveden v praxi zákoník lékařství krále Chammurapiho. Tento dokument stanovoval tresty a odměny lékařů. Z doby o tisíc let později se dochoval také z Babylónie popis duševní choroby krále Nebukadnezara. Nemoc zřejmě trvala sedm let a skončila plným uzdravením. Pod vlivem nemoci, která se projevovala zádumčivostí, nespavostí a záchvaty hněvu, však nechal popravit král několik desítek lidí.

Ať se podíváme kamkoliv, léčba duševních nemocí spočívala na počátku lékařství v zaříkávání a vyhánění démonů. Až později byla zavedena léčba režimem, či bylinami. Asi největší přínos v tomto časovém období přinesl řecký lékař a zakladatel vědeckého lékařství Hippokrates (žil asi 460-370 př. n. l.). Hippokrates příčinu nemocí, jak fyzických tak duševních, nehledal v nadpřirozených silách, ale v prostředí nemocného. Zkoumal vnitřní prostředí – tedy tělo, a vnější prostředí pacienta. Tvrdil také, že je třeba léčit celého nemocného, ne jen jeho jednu část. V této době se také duševní choroby začaly zařazovat do okruhu lékařství. V této době dochází k pozorování klinických příznaků duševních chorob a k jejich diagnostice. Od Hippokrata pochází také termíny – paranoia, histeria – i když se pod tyto termíny schovalo více nemocí, než bychom tam zařadili dnes. Vypozoroval také, že po porodu se u žen mohou objevit stavy úzkosti a paranoi, popsal také delirantní stavy. Jeho léčba spočívala v podávání dávidel, projímadel, pouštění žilou. Tyto techniky doplňoval zábaly a úpravou životosprávy (22).

### 1.3.3 Středověk

Ve středověku lze sledovat posun pozornosti k duševním nemocem od lékařů k církvi. Duševní nemoc je vnímána jako posedlost d'áblem, démony. Projevy nemoci byly chápány jako projevy nerozumu, šílenství, čarodějnictví. Pod vlivem církve byli tito nemocní upalováni nebo jinak fyzicky trestáni. Obecně lze sledovat snahu společnosti zbavit se těchto lidí, byli vyčleňováni, vyháněni do lesů nebo pro ně byli stavěny věže („věže bláznů“) či byli umísťovány na lodě („lodě bláznů“). Tam také ve strašných hygienických podmínkách a bez možnosti návratu zpět do společnosti umírali. O něco přijatelnější variantou z dnešního pohledu bylo zřizování jakýchsi špitálů či azylů, kde nemocní mohli přebývat. Z této doby jsou také dochovány výpovědi o pokusech léčení – u neklidných a agresivních nemocných byly používány studené koupele, často byli nemocní přivazováni

či spoutání okovy. U nemocných netečných byly naopak voleny metody pro jejich navrácení k životu, ale svou drastickou povahou si s předešlými nezdaly. Pacientům byly přikládány na tělo rozžhavené kovy, čichání pronikavých pachů či nasazování různých živočichů na kůži. Odhady historiků jsou otřesné. V průběhu 16. a 17. století, dle jejich odhadů, padlo čarodějnickým procesům za oběť několik set tisíc lidí. Bohužel se musíme domnívat, že velká část z nich trpěla některou z duševních nemocí.

#### **1.3.4 Novověk**

V době, kdy se feudalistická společnost postupně rozpadala, začaly vznikat osvícenecké reformy, do tohoto období také zasáhla Velká francouzská revoluce (r. 1789). Změna pohledu na celou společnost, její uspořádání a rozvoj sociálních ideálů vedla mimo jiné i ke změně zdravotní péče, jak o somaticky nemocné, tak o duševně nemocné. Největší přelom v psychiatrické péči znamenal akt lékaře Phillipa Pinela, který dne 11. září 1793 vyvedl prvních 12 duševně chorých z kopek pařížského blázince, který v té době čítal asi 200 nemocných. Nemocní tak po dlouhé době viděli slunce, měli možnost se umýt, ale hlavně jim byla přislíbena a také poskytnuta ošetrovatelská péče. Tam také dva následující roky působil a nadále psychiatrickou péči v tomto ústavu reformoval. Dále pak působil v psychiatrické věznici pro ženy. V obou „léčebnách“ zajistil lepší podmínky pro nemocné, změnil režim, pravidla léčby a hlavně pravidla omezování pohybu nemocných. Pinel stavěl duševně nemocné opět do role pacientů, nikoliv lidí posedlých ďáblem. Tento pařížský lékař také umístil obor psychiatrie mezi obory lékařské. Dal tedy těmto lidem naději na lepší zacházení a hlavně léčbu. Řetězy, chudé a nevyživné jídlo a drsné zacházení nahradil lékař vlídným slovem, pravidelným denním režimem, odpovídajícími hygienickými pravidly, zavedl léčbu prací. Jeho metody a názory přejímala celá Evropa (20).

#### **1.3.5 Psychiatrie v Čechách**

Počátky péče o duševně choré v Čechách můžeme položit do r. 1783. Tehdy císař Josef II. 19. března dvorním dekretem nařídil, aby při nemocnici Milosrdných bratří v Praze bylo zřízeno oddělení pro duševně choré kněze. O rok později byl v Praze zřízen ústav pro chorobomyslné u sv. Bartoloměje. Ten byl výhradně pro muže. Pro ženy byla vyhrazena část klášterní nemocnice „U alžbětinek“. V roce 1790 byl pražský ústav pro duševně nemocné perfektně vybaven, myslím i na dnešní poměry. Pokoje pro nemocné byly jedno



až dvoulůžkové a byl každý vybaven vlastním záchodem. Nemocným byla k dispozici i venkovní zahrada. Posun ve vzdělávání lékařů v této oblasti nastal v roce 1822 (považme, že je to necelých 200 let zpátky), kdy bylo nařazeno na pražské univerzitě vyučování „choromyslitelství“ s občasnými návštěvami azylu pro duševně nemocné. A jaké prostředky k léčbě se využívaly? Léčba zaměstnáváním, pravidelný režim, minimální omezování, farmakoterapie, vybavení estetické, a to jak pokojů, tak i společenských místností. Možnost navštěvovat knihovnu či hrát na hudební nástroje.

Po první světové válce bylo vybudováno několik psychiatrických klinik. Také dvě univerzity. Tím byly položeny základy pro vědeckou, ale i pedagogickou práci v psychiatrii. Psychiatrie se stávala víc a víc součástí lékařství a přestala být vyčleňována. Pokrok a rozvoj v psychiatrickém oboru zbrzdila druhá světová válka. V průběhu druhé světové války byli duševně nemocní posíláni do koncentračních táborů, stejně jako židé či Romové. Péče o duševně nemocné se za doby války vrátila o několik kroků zpět. Po jejím skončení bylo nutné navázat a opět se pustit do práce.

Ve společnosti však duševně nemocní nenalézali ani v minulém století příliš velkou oporu a přijetí. Tak jako samotní nemocní, tak i jejich rodiny byly společností do značné míry odmítány. Tento postoj společnosti se bohužel ještě prohloubil v dobách komunismu. Jak duševně nemocí, tak i tělesně hendikepovaní byli umisťováni do ústavů. Jejich rodiny tak měli možnost budovat naši zemi, nebyli omezení péčí o tyto své rodinné příslušníky. V této době byla psychiatrie bohužel také zneužívána režimem a na psychiatrii se dostávali někteří „za trest“, aniž by duševní nemocí trpěli. Snad i tím, že v těchto dobách, které si pamatuje většina naší dnešní společnosti, jsme neměli možnost se s takto nemocnými lidmi potkávat, máme k nim jako společnost odstup a nedůvěru.

Až v posledních 15ti letech se zdravotně postižení dostali do zorného pole společnosti. Společnost je otevřenější a vstřícnější, stále je ale neinformovaná a nejistá. V tomto období můžeme sledovat iniciativu odborníků, ale i veřejně známých lidí v odstraňování bariér. Aktivity vedoucí k lepšímu porozumění nemocným a zlepšení kvality života duševně nemocných lidí. V posledních letech se rozšiřují možnosti pomoci duševně nemocným, ale také podpora duševního zdraví a snaha o předcházení duševním nemocem. Je tendence zkracovat dobu hospitalizace na psychiatrických odděleních a poskytovat následnou péči již v rámci docházkových stacionářů, psychoterapeutických ambulancí. Je také urychlen a

zlepšen první kontakt s psychiatrickou pomocí. Společnost je více poučená, zaujímá méně odmítavý postoj **(8)**.

## **1.4 Organizace péče o osoby s duševní poruchou v ČR**

Kde všude je poskytována pomoc duševně nemocným? Uvádím zde stručný přehled organizace péče o duševně nemocné. Získání přehledu o této organizaci je užitečné jednak pro zdravotníky pracující v psychiatrickém oboru, ale také pro ostatní zdravotníky. Víme, že mnozí somaticky nemocní potřebují psychiatrickou péči a naopak mnozí duševně nemocní potřebují zdravotní péči i v jiných zdravotnických oborech. My, jako zdravotníci, bychom měli vědět, kam se obrátit o radu či pomoc pro našeho klienta. Měli bychom mít možnost navzájem spolupracovat a také této možnosti hojně využívat v zájmu našich klientů. V roce 2001 byla vytvořena nová koncepce psychiatrické péče, která vymezuje následující rozdělení péče v psychiatrii. K tomu, aby služby pro duševně nemocné byly kompletní, musí být poskytována ambulantní psychiatrická péče, lůžková psychiatrická péče a intermediární péče (7).

### **1.4.1 Ambulantní péče**

V ambulantní péči je poskytována diagnostika, léčba, poradenství, edukace, rehabilitace a resocializace. V ambulantní sféře pracují mimo ambulantních psychiatrů (všeobecných) také ambulantní psychiatričtí specialisté (15).

#### **Ordinace pro alkoholismus a (jiné) toxikomanie**

Tato pracoviště jsou zaměřena na prevenci, vyhledávání, diagnostiku a léčbu osob s rozvíjející se nebo již vzniklou závislostí. Na těchto pracovištích je poskytována také pomoc v rehabilitaci a resocializaci. Většina klientů těchto ambulancí jsou lidé závislí na alkoholu. Tyto ordinace naleznete také pod označením AT poradny/ordinace.

#### **Psychiatrické ambulance pro děti a dorost**

Tyto ambulance mají svou působnost, jak už z názvu vyplývá, u dětí a mládeže. Poskytují stejné služby jako ambulantní psychiatrii pro dospělé, vyjmenované již výše. Navíc ale poskytují rodinnou psychoterapii, rodičovskou psychoterapii, zprostředkovávají pedagogické a sociální služby.

### **Substituční centra**

Tato centra se řídí ustanovením ve Věstníku MZ ČR č. 4/2000 a č. 6/2001 a poskytují udržovací substituční léčbu lidem závislých na opioidech.

### **Ambulance psychiatrické sexuologie**

Sexuologická ambulance se zabývá prevencí, diagnostikou a léčbou sexuálních poruch. Kromě této role zastává ještě léčbu u lidí, kteří mají soudně nařízenou ambulantní sexuologickou péči.

### **Ambulance pro poruchy příjmu potravy**

V této ambulanci je poskytována diagnostika a léčba lidí s poruchou příjmu potravy. Nabízí také často péči pro rodiny klientů a také rodinné psychoterapie.

### **Ambulance gerontopsychiatrické**

Tyto ambulance jsou určeny pro jedince staršího věku (většinou platí nad 65 let). Zabývají se psychickými změnami vázaných na stáří. Poskytují diagnostiku a terapii. Podporu rodiny, edukaci rodinných příslušníků ohledně vhodného přístupu k jejich staršímu členovi rodiny.

### **Ambulance pro léčbu poruch paměti**

Ambulance pro léčby poruch paměti se zabývají jak reverzibilními, tak ireverzibilními poruchami. Valná většina klientů jsou starší lidé. Tyto ambulance taktéž poskytují podpůrnou terapii pro rodinné příslušníky, edukační programy. Výjimkou není ani práce v terénu – například v bytě klienta.

### **Ambulance klinického psychologa**

Ambulance klinického psychologa existují samostatně nebo jsou součástí některého zdravotnického zařízení. Klinický psycholog nabízí diagnostiku. Při diagnostice duševní poruchy nebo poruchy chování navrhuje následující postup. Poskytuje psychoterapii.

## **1.4.2 Lůžková péče**

Podle statistických údajů z roku 2001 je na psychiatrických pracovištích v České republice 11 400 lůžek. Ve valné většině, tedy asi 88%, jsou to lůžka v psychiatrických léčebnách. Zbytek, tedy 12%, pokrývají lůžka na psychiatrických odděleních nemocnic. Cílem nové koncepce psychiatrie je, aby se posílily počty lůžek pro akutní psychiatrickou léčbu a klesala lůžka pro následnou léčbu na psychiatrii. Následná péče by se měla přesouvat do domácí oblasti do intermediární sféry (15).

### **Psychiatrická oddělení**

Psychiatrická oddělení bývají zřizována v rámci nemocnic, ale mohou existovat i samostatně. Provádějí diagnostiku, terapii a rehabilitaci lidí s duševním onemocněním. Výhodou je, že mohou úzce spolupracovat i s jinými odděleními – jako například interním, chirurgickým, ale také třeba laboratořemi. Naopak zase pracovníci psychiatrického oddělení mohou poskytnout specializovanou pomoc ostatním oddělením, jako je třeba konziliární vyšetření. Psychiatrická lůžka pro akutní pomoc jsou součástí i některých krizových center a stacionářů.

### **Psychiatrické kliniky**

Speciálním typem psychiatrických oddělení jsou oddělení poskytující psychiatrickou pomoc ve fakultních nemocnicích. Poskytují vysoce odbornou psychiatrickou péči, zdravotní služby, konziliární vyšetření, výuku studentů a zabývají se klinickým výzkumem, vědou a vzděláváním.

### **Psychiatrické léčebny**

Psychiatrické léčebny poskytují téměř výlučně dlouhodobou péči. Pro akutní péči v léčebnách jsou vyčleněna zvláštní lůžka. V léčebnách se také uskutečňují soudně nařízené léčby tzv. ochranné léčení (protialkoholické, sexuologické aj.). V léčebnách jsou také hospitalizováni lidé, u kterých má být proveden soudně znalecký psychiatrický posudek. Psychiatrické léčebny jsou povětšinou situovány ve velkých klidných parcích na okrajích měst.

## **Gerontopsychiatrická oddělení**

Gerontopsychiatrická oddělení existují buď v rámci nemocnic nebo psychiatrických léčeben. Poskytují specializovanou péči pro starší lidi s potřebou psychiatrické pomoci. Poskytují také edukační programy pro rodiny a rodinným příslušníkům poskytují pomoc při nácviku v komunikaci a jednání se svým nemocným členem rodiny.

### **1.4.3 Intermediární péče**

Intermediární péče začala vznikat v 80. letech minulého století. Byla to reakce na snahy poskytovat kvalitní psychiatrickou péči, ale také poskytovat včasnou péči pro lidi, kteří jsou v akutní krizi a u nichž včasným zahájením pomoci nemusí k hospitalizaci dojít. Vznikající organizace, které jsou téměř výhradně z řad nestátních zdravotnických organizací, poskytují také následnou péči, rehabilitaci, nácvik sociálních dovedností, právní pomoc, sociální pomoc. Bohužel kapacita těchto organizací zatím nedosahuje poptávky a není tato péče dostupná na všech územích naší republiky. Mimoústavní péče zachovává dovednosti klientů, jejich styl života, nevytrhuje je ze sociálních vazeb, bojuje proti stigmatizaci (15).

### **Krizová centra**

Jsou to zařízení, která slouží k prvnímu kontaktu člověka, který aktuálně trpí nějakou formou psychické nepohody. Krizová centra mají charakter pohotovosti, nalezneme tedy pomoc v těchto centrech po celých 24 hodin. Součástí některých krizových center je i lůžková část. Pobyt klienta na lůžku zřízeným krizovým centrem je omezen na 5 dní. Některá centra nabízejí i intervenci v terénu. Pracovníci jsou vybaveni k cestám do domácího prostředí klienta.

### **Telefonická pomoc**

První linka důvěry vznikla již v roce 1964. Po roce 1989 se tyto služby podstatně rozšířily a po roce 1992 se rozšířila působnost i mimo hlavní město a linky důvěry mají zastoupení téměř ve všech velkých městech. Linky slouží lidem v náročných životních situacích. Linky důvěry zajišťují lékaři, psychologové a dobrovolníci, kteří jsou pro tento

druh intervence vyškolení. Tato pomoc je anonymní, což někteří klienti vítají. Linky důvěry jsou sdruženy v České asociaci linek důvěry, která si klade za cíl podporovat tyto služby, chránit pracovníky i klienty a zvyšovat odbornost a kvalitu této péče.

### **Centra denních aktivit a denní stacionáře**

Tato pracoviště poskytují léčebnou, ale především rehabilitační péči klientům. Práce s klienty je tu zaměřena na nácvik sociálních dovedností, nácvik každodenních praktických a pracovních dovedností. Poskytují také sociální a právní podporu klientovi. Cílem těchto zařízení je zamezit hospitalizaci klienta či hospitalizaci na psychiatrickém oddělení zkrátit. Je to asi nejvyužívanější forma následné péče po hospitalizaci klienta a tvoří most mezi hospitalizací a běžným životem. Většina stacionářů je specializována pro klienty s určitým druhem potíží (závislost, psychóza, porucha osobnosti).

### **Chráněné bydlení**

Cílem této formy pomoci je resocializace a to zejména těch, kteří byli dlouhodobě odtrženi od dění běžného života. Tedy pomoci připravit nemocného na soběstačný a samostatný život. Klienti musí splnit kritéria daná konkrétním poskytovatelem chráněného bydlení, a to včetně vstupního pohovoru. Chráněná bydlení se liší především intenzitou kontaktu s terapeutem. Klienti mají celodenně možnost terapeuta kontaktovat. S klientem je po vstupním pohovoru vypracován terapeutický plán, na němž se klient aktivně podílí a také ho dále se stále menší pomocí terapeuta vytváří, a to pro vlastní potřeby.

### **Chráněné dílny a program chráněného zaměstnání**

Tyto služby poskytují pomoc především v oblasti zaměstnání – nácvik pravidelné docházky do zaměstnání, plnění zadaných úkolů, spolupráce s pracovníky, schopnost dohodnout se se zaměstnavatelem. Na místo podporovaného zaměstnání jsou klienti přijímáni na dopředu stanovenou dobu. Během této doby, podle schopností klienta, si klient spolu s terapeutem hledá zaměstnání nebo pracovní uplatnění.

### **Case management – model komunitní péče**

Case managerem je odborník, který společně s klientem a dalšími odborníky vytváří léčebně rehabilitační plán. Je jakýmsi koordinátorem poskytování a konzumace služeb klientem. Tento odborník je jakýmsi důvěrníkem klienta, zná jeho podmínky jak doma, tak

třeba i v zaměstnání. Má přehled o jeho sociálních kontaktech. Má přehled o celkovém zdravotním stavu klienta a koordinuje i péči u jiných zdravotníků.

### **Domácí péče**

Domácí péče je poskytována povětšinou některou z domácích agentur. Snahy založit a udržet chod psychiatrické domácí péče jsou, i když zatím ne zcela, úspěšné. Tato snaha naráží nejvíce na neochotu pojišťoven tuto péči s poskytovateli nasmlouvat. Domácí péči může naordinovat nově psychiatr lůžkového oddělení na dobu 14 dnů po propuštění pacienta z tohoto oddělení. Následně, pokud je to potřeba, tuto péči indikuje praktický lékař. Prostřednictvím domácí péče lze poskytovat farmakoterapii (dohled nad pravidelným užíváním medikace či aplikace depotních injekčních léků), ošetrovatelskou péči či poskytování podpůrné psychoterapie. Psychiatrické domácí péče poskytují většinou také pomoc se sociálními záležitostmi (orientace na úřadech, žádosti o dávky atd.), ale také poskytují nácviky každodenních aktivit, jako je vaření, jízda hromadnou dopravou, orientace ve městě, nakupování.



## **1.5 Vzdělávání v oblasti psychiatrické péče**

Vzdělávání v psychiatrickém oboru je velmi důležité. Nejen, že je potřebné pro kvalitní péči, a to jak lékařskou tak ošetrovatelskou, ale je důležité, aby určité povědomí měli i zdravotníci z jiných oborů. Jistá úroveň vzdělání v psychiatrickém oboru zamezuje stigmatizaci duševně nemocných. První kontakt pacienta, u kterého propuká duševní onemocnění, může být v ordinaci jakéhokoliv lékaře, nejčastěji praktického. V ordinaci by od lékaře a sestry měl dostat alespoň základní informace a měl by být vhodným způsobem doporučen k psychiatrickému vyšetření. Přitom postoj lékaře a sestry může být rozhodující v další motivaci pacienta se k vyšetření dostavit.

### **1.5.1 Vzdělávání zdravotních sester v psychiatrii**

V současnosti pracují na psychiatrických pracovištích sestry s různými úrovněmi vzdělání:

- sestry s vysokoškolským vzděláním – tedy absolventky bakalářských ošetrovatelských oborů. Pro práci v psychiatrickém oboru nezískávají v rámci tohoto vzdělávání žádnou specializaci.
- sestry s vyšším vzděláním – tedy absolventky vyšších zdravotních škol. Z toho některé mají specializaci pro psychiatrii – diplomovaná sestra pro psychiatrii. Tato forma vzdělávání bohužel již není dostupná.
- sestry se specializací – jedna ze specializací, kterou je možné studovat v Národním centru ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, je sestra pro duševní zdraví.
- sestry všeobecné a sestry s některým jiným zaměřením

Dle mého názoru je třeba zvážit další možnosti vzdělávání sester v tomto oboru. Nyní zdravotní sestra získává kompetence pro budoucí povolání na vysoké škole v bakalářském programu. Pro zkvalitnění péče o klienty na psychiatrických pracovištích by bylo vhodné vzdělávání ve specializovaném programu právě pro sestry v psychiatrii na vysokých školách, například v magisterském programu.

Sestry na psychiatrii se dále vzdělávají. Absolvují psychoterapeutické výcviky, pořádají semináře nebo se jich účastní. Existují další možnosti vzdělávání v kurzech, které pořádají různá, převážně občanská, sdružení, jako například Psychoterapeutická a psychosomatická klinika ESET nebo sdružení pro péči o duševně nemocné VIAP. Tyto kurzy jsou povětšinou přístupné i sestřím a jiným pracovníkům z jiných oborů.

### **1.5.2 Možnosti vzdělávání v oblasti psychiatrie pro ostatní zdravotníky**

Zdravotníci z nepsihiatrických oborů projevují zájem o některé oblasti psychiatrie. Jaké mají možnosti? Účastnit se seminářů pořádaných psychiatrickými pracovišti, využít kurzy, které nabízejí různá občanská sdružení, kontaktovat psychiatrická pracoviště v rámci své nemocnice, ale i jinde, a požádat o odborný seminář na téma, které je zajímá. Máme velmi dobrou zkušenost s tím, že kontaktujeme pracovníky z jiných oborů a požádáme je o radu či odborný seminář. V době, kdy přijmeme na naše psychiatrické oddělení pacienta s onemocněním, které vyžaduje jistá specifika přístupu a péče a my s nimi nemáme zkušenosti, tak se nám tato mezioborová spolupráce velmi vyplácí. Tato forma vzdělávání a pomoci se bohužel málo využívá.

## 2. EMPIRICKÁ ČÁST

### 2.1 Východiska výzkumu

Lidé s duševní poruchou jsou, podle vyjádření Světové zdravotnické organizace z roku 2005, v naší společnosti zastoupeni cca 27% **(24)**. Tvoří tedy značnou část populace. Kromě péče psychiatrické, využívají také ostatní zdravotnickou péči – využívají tedy služeb i nepsychiatrických zdravotníků (lékařů, zdravotních sester, ošetřovatelů, rehabilitačních pracovníků atd.).

Ve společnosti se stále setkáváme se stigmatizací duševně nemocných, která je dána jednak historickým chápáním duševně nemocných a také nízkou mírou informovanosti o duševních poruchách a poruchách chování.

Stigmatizace má své negativní důsledky pro nositele duševní nemoci a zhoršuje prognózu jeho onemocnění.

Východiskem pro moje výzkumné šetření bylo několik dokumentů a průzkumů. Jednak to byl průzkum, který proběhl v roce 2004 v České republice pod názvem „Názory na schizofrenii“ **(23)**. Průzkum provedla agentura DEMA a jeho výsledky jsem prezentovala již v teoretické části této práce. Za další důležitý průzkum považuji práci amerického lékaře (psychiatra) Angermeyera, který v letech 2002 až 2004 provedl rozsáhlou studii ve třech amerických státech, ve které se zabýval přístupem praktických lékařů k duševně nemocným. Závěry obou těchto průzkumů ukázaly na nedostatečnou míru informovanosti – jak společnosti, tak praktických lékařů – o duševních nemocech. Odhalili také, že nedostatek informací o těchto poruchách vede ke stigmatizaci a diskriminaci lidí s duševní poruchou, a to jak od laické veřejnosti, tak i od zdravotníků.

Za nejdůležitější dokumenty v oblasti zlepšování péče o duševně nemocné považuji „Zelenou knihu – zlepšení duševního zdraví obyvatelstva“ **(24)** a „ZDRAVÍ 21 – zdraví pro všechny do 21. století“ **(25)**. Oba tyto dokumenty navazují na zjištění nedostatků v péči o duševní zdraví a vytyčují strategie a cíle pro zlepšení této péče.

Z odborné literatury a získaných podkladů od respondentů vychází tato empirická část mé práce.

## **2.2 Cíle a hypotézy výzkumu**

### **Za cíle výzkumu jsem si stanovila:**

- zjistit, zda pociťují lidé, hospitalizovaní na psychiatrickém oddělení, stigmatizaci od zdravotníků při ošetření nebo vyšetření na nepsychiatrických zdravotnických pracovištích,
- zjistit, zda se liší chování zdravotníků na nepsychiatrických pracovištích k duševně nemocným a duševně zdravým pacientům,
- zjistit, jak vnímají kvalitu vyšetření/ošetření na nepsychiatrických ambulancích pacienti s duševní poruchou.

### **Hypotézy výzkumu:**

- lidé hospitalizovaní na psychiatrickém oddělení se setkávají se stigmatizací od zdravotníků při vyšetřeních nebo ošetření na nepsychiatrických pracovištích,
- chování zdravotníků k duševně zdravým pacientům a k pacientům s duševní poruchou se liší,
- pacienti s duševní poruchou hodnotí péči na nepsychiatrických ambulancích hůře než ostatní pacienti.

## 2.3 Metodika vlastního šetření

Pro zjištění vytyčených cílů mé práce jsem zvolila metodu anonymního dotazníku (viz příloha). Tuto metodu jsem vybrala pro možnost rychlého a snadného získání podkladů pro výzkum a dále proto, že informace získané touto metodou zajišťují měřitelnost a srovnatelnost.

Při tvorbě dotazníků jsem vycházela z Veronské škály spokojenosti se službami (VSSS – 54 – Verona Service Satisfaction Scale 1993) (3) a z modelu sledování, hodnocení a zkvalitňování komunitní péče o duševně nemocné (IGA MZČR NU/6656-3) (3). Dále jsem přihlížela k současnému fungování systému zdravotní péče o duševně nemocné v České republice a k systému fungování spolupráce psychiatrických pracovišť s ostatními zdravotnickými zařízeními.

Dotazník jsem vypracovala ve dvou verzích. Jedna byla určena pro respondenty, kteří podstoupili v rámci psychiatrické hospitalizace vyšetření nebo ošetření na jiném než psychiatrickém zdravotnickém pracovišti a jeho doprovod (dále označena jako skupina A a skupina „doprovod“). Druhý dotazník byl určen respondentům, kteří podstoupili vyšetření nebo ošetření ve zdravotnických zařízeních a nebyli léčeni pro žádnou duševní poruchu nebo poruchu chování (dále označeni jako skupina B). Vzhledem k tomu, že jsem z větší části nebyla u vyplňování dotazníku přítomna, jeho úvodní část objasňovala smysl, instrukce pro vyplnění a poděkování respondentům. Dotazník byl koncipován tak, že odpovědi, se kterými respondenti souhlasili, označili křížkem, nebo mohli popsat jinou, než danou, variantu svými slovy.

Další část dotazníku jsem rozdělila na dvě hlavní části: na obecnou a speciální část. Speciální část jsem rozdělila (jen v případě dotazníku určených pro respondenty hospitalizovaných na psychiatrickém oddělení) ještě na část 2 a 3.

Obecná část (část 1) obsahovala tři otázky, týkající se sociometrických údajů - pohlaví, věk a vzdělání respondentů.

Speciální část byla zaměřena na zjištění postoje respondenta k podstoupenému vyšetření/ošetření a vnímání chování zdravotníků při vyšetření/ošetření k jeho osobě. Druhá část dotazníku obsahuje devět otázek. Tato speciální část je společná jak pro respondenty ze skupiny A, tak pro respondenty ze skupiny B. Třetí část dotazníku je

určena pro vyplnění doprovodem respondenta ze skupiny A, tedy skupinu „doprovod“. Tuto část jsem volila pro objektivizaci odpovědí těchto respondentů a má tři otázky – dvě shodné s dotazy na pacienty a jeden dotaz (otázka č. 12) je mířen na skutečnost, kterou posoudí lépe informovaný zdravotnický doprovod než pacient (přílohy 7 a 8).

## **2.4 Vzorek šetření**

V tomto šetření jsem se snažila zachytit zkušenosti a názory respondentů hospitalizovaných v Psychiatrickém centru Praha. Tyto výpovědi jsem srovnávala se zkušenostmi a názory respondentů náhodně oslovených po jejich absolvování stejných vyšetření, které podstoupili respondenti hospitalizovaní na psychiatrickém oddělení Psychiatrického centra Praha. Pro zjišťování údajů pro svůj výzkum pouze na jednom pracovišti jsem se rozhodla z důvodu nutnosti zapojit do průzkumu i doprovod respondenta. To se nesešlo s kladným postojem ve dvou dalších oslovených psychiatrických pracovištích.

Dopředu nebyl stanoven přesný počet vyplněných dotazníků, které budou zapotřebí pro vyhodnocení. Skupině A jsem rozdala celkem 101 dotazníků, z toho 81 dotazníků se vrátilo (80% z celkového počtu rozdaných dotazníků pro skupinu A, z toho 73 z těchto respondentů mělo doprovod – skupina „doprovod“). Skupině B bylo rozdáno 60 dotazníků, z toho 51 dotazníků se vrátilo řádně vyplněných (85% z celkového počtu rozdaných dotazníků pro skupinu B). Všechny tyto vrácené dotazníky jsem využila pro svůj výzkum.

## 2.5 Realizace výzkumu

Výzkum probíhal v únoru a březnu 2008.

Část výzkumného šetření jsem realizovala za pomoci mých kolegyň a kolegů z Psychiatrického centra Praha, které jsem náležitě instruovala.

U dotazovaných jsem se setkala převážně s ochotou a pochopením. Ze svých zkušeností s oslovováním respondentů a podle informací od kolegů, kteří dotazník také distribuovali, mohu konstatovat, že jsme se neselekali s odmítavým postojem k vyplňování dotazníků.

**Poznámka:** procentuální vyhodnocení otázek bylo zaokrouhleno na celá čísla. Hodnoty v tabulkách jsou uvedeny v počtech respondentů.

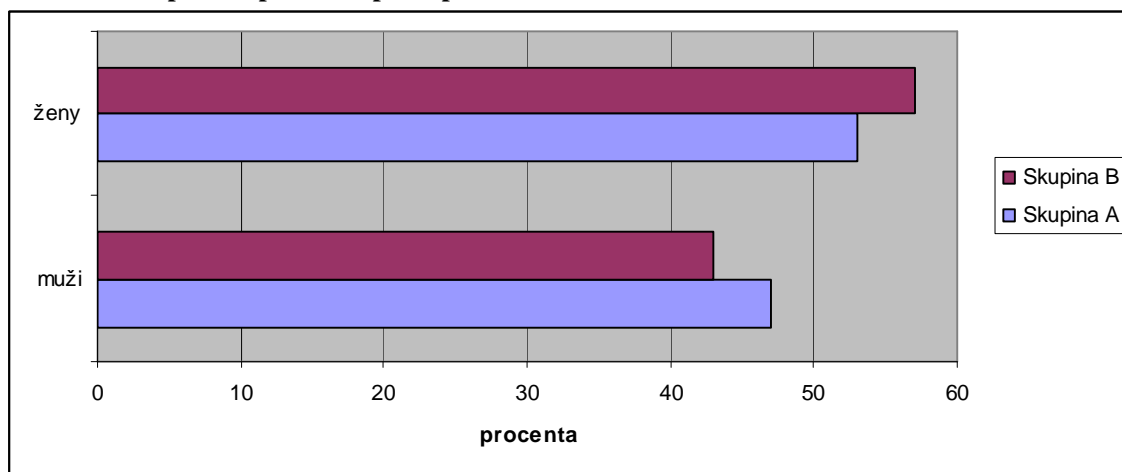
## 2.6 Výsledky šetření

### 2.6.1 Charakteristika respondentů

#### Otázka č. 1: Jste -

.. muž .. žena

Graf 1: Zastoupení respondentů podle pohlaví



Tabulka 1: Počet respondentů podle pohlaví

Pohlaví respondentů	Skupina A	skupina B
muži	38	22
ženy	43	29

#### Komentář:

Skupina A: z 81 dotazníků bylo 38 (47%) vyplněno muži a 43 (53%) ženami.

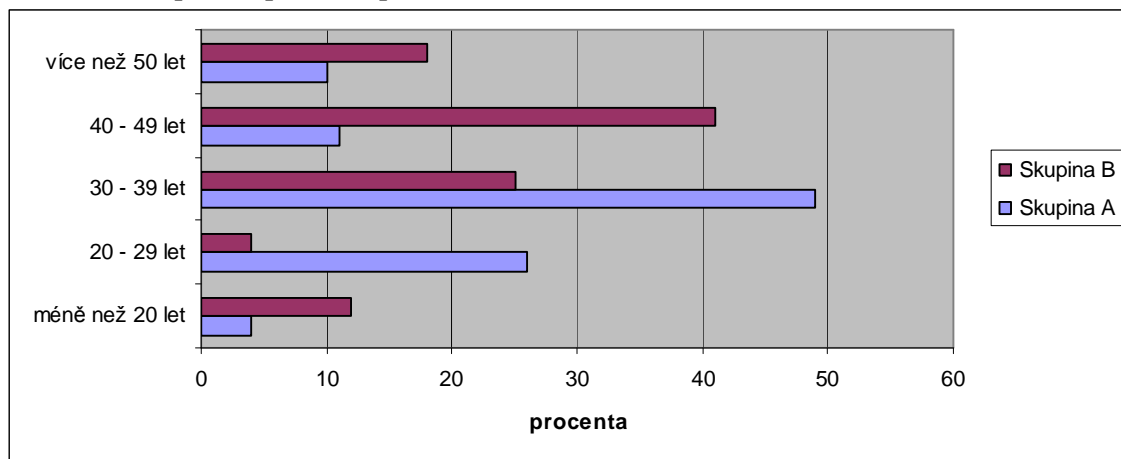
Skupina B: z 51 dotazníků bylo 22 (43%) vyplněno muži a 29 (57%) ženami.



## Otázka č. 2: Do jaké věkové kategorie patříte?

.. méně než 20    .. 20-29    .. 30-39    .. 40-49    .. více než 50

**Graf 2: Zastoupení respondentů podle věku**



**Tabulka 2: Počet respondentů podle věku**

Věk respondentů	Skupina A	Skupina B
méně než 20 let	3	6
20 – 29 let	21	2
30 – 39 let	40	13
40 – 49 let	9	21
více než 50 let	8	9

### Komentář:

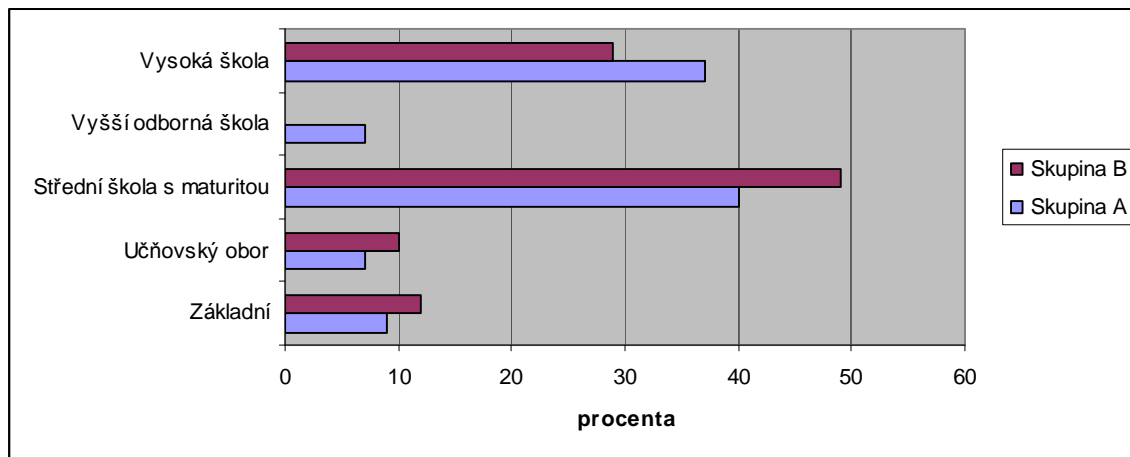
Skupina A: šetření v této skupině se zúčastnilo 81 respondentů, z toho mladších než 20 let bylo 3 (4%), od 20ti do 29ti let bylo 21 (26%), od 30ti do 39ti let bylo 40 (49%), od 40ti do 49ti let bylo 9 (11%) a starších než 50 let bylo 8 (10%).

Skupina B: šetření v této skupině se zúčastnilo 51 respondentů, z toho mladších než 20 let bylo 6 (12%), od 20ti do 29ti let bylo 2 (4%), od 30ti do 39ti let bylo 13 (25%), od 40ti do 49ti let bylo 21 (41%) a starších než 50 let bylo 9 (18%).

### Otázka č. 3: Vaše nejvýše dosažené vzdělání je:

- .. základní                      .. učňovský obor                      .. střední škola s maturitou  
.. vyšší odborná škola                      .. vysoká škola

Graf 3: Zastoupení respondentů podle vzdělání



Tabulka 3: Zastoupení respondentů podle vzdělání

Nejvyšší ukončené vzdělání respondentů	Skupina A	Skupina B
Základní	7	6
Učňovský obor	6	5
Střední škola s maturitou	32	25
Vyšší odborná škola	6	0
Vysoká škola	30	15

#### Komentář:

Skupina A: z celkových 81 respondentů v této skupině bylo 7 (9%) respondentů se základním vzděláním, 6 (7%) s učňovským vzděláním, 32 (40%) se středoškolským vzděláním s maturitou, 6 (7%) s ukončenou vyšší odbornou školou a 30 (37%) s vysokoškolským vzděláním.

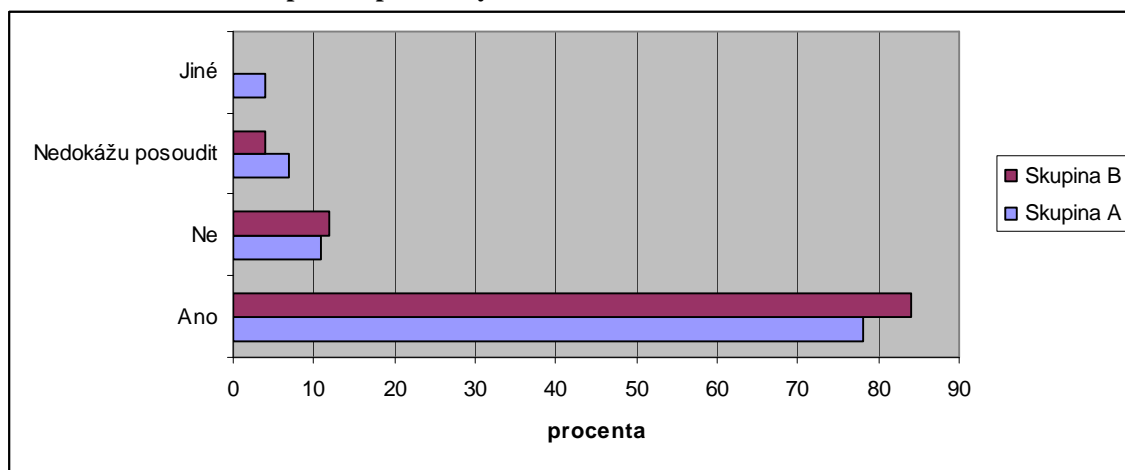
Skupina B: z celkových 51 respondentů v této skupině bylo 6 (12%) respondentů se základním vzděláním, 5 (10%) s učňovským vzděláním, 25 (49%) se středoškolským vzděláním s maturitou, 0 (0%) s ukončenou vyšší odbornou školou a 15 (29%) s vysokoškolským vzděláním.

## 2.6.2 Zjišťování postojů respondentů k podstoupenému vyšetření/ošetření a vnímání chování zdravotníků při vyšetření/ošetření k jeho osobě

### Otázka č. 1: Bylo podstoupení vyšetření/ošetření z vašeho pohledu žádoucí?

.. ano      .. ne      .. nedokážu posoudit      .. jiné.....

Graf 4: Názor o nutnosti podstoupeného vyšetření



Tabulka 4: Názor o nutnosti podstoupeného vyšetření

Bylo podstoupení vyšetření nutné?	Skupina A	Skupina B
Ano	63	43
Ne	9	6
Nedokážu posoudit	6	2
Jiné	3	0

### Komentář:

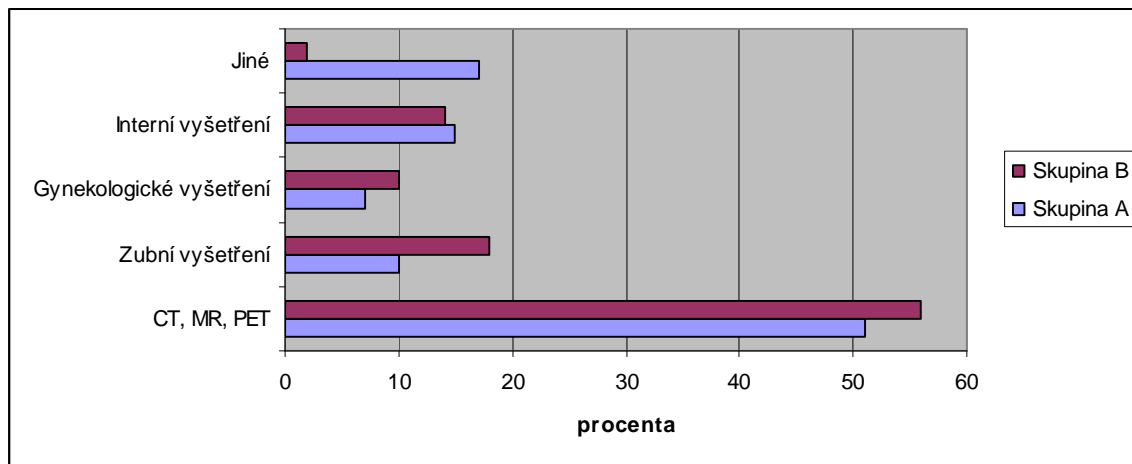
Skupina A: z celkového počtu respondentů v této skupině, tj. 81, 63 (78%) uvedlo, že bylo vyšetření žádoucí, 9 (11%) respondentů podstoupené vyšetření hodnotilo tak, že nebylo nutné. 6 (7%) respondentů uvedlo, že nedokáže posoudit nutnost provedení tohoto vyšetření, 3 (4%) respondentů uvedlo, že by raději podstoupili jiné vyšetření, než toto.

Skupina B: z celkového počtu respondentů v této skupině, tj. 51, 43 (84%) uvedlo, že bylo vyšetření žádoucí, 6 (12%) respondentů podstoupené vyšetření hodnotilo tak, že nebylo nutné. Pouze 2 (4%) respondentů uvedlo, že nedokáže posoudit nutnost provedení tohoto vyšetření. Nikdo z respondentů ze skupiny B nevyužil možnost odpovědi „jiné...“.

## Otázka č. 2: Jaké vyšetření jste podstoupil/a?

- .. vyšetření CT, MR, PET
- .. gynekologické ošetření/vyšetření
- .. interní
- .. zubní ošetření
- .. jiné – jaké.....

Graf 5: Zastoupení respondentů podle druhu podstoupeného vyšetření/ošetření



Tabulka 5: Zastoupení respondentů podle druhu podstoupeného vyšetření/ošetření

Druh podstoupeného vyšetření/ošetření	Skupina A	Skupina B
CT, MR, PET	41	28
Zubní vyšetření	8	9
Gynekologické vyšetření	6	5
Interní vyšetření	12	7
Jiné	14	1

### Komentář:

Skupina A: v této skupině podstoupilo 41 (51%) respondentů zobrazovací vyšetření (CT, MR a PET). Dále to byla vyšetření interní 12 (15%), zubní ošetření 8 (10%) a gynekologická vyšetření 6 (7%). Ve výčtu „jiných“ vyšetření či šetření byla kožní vyšetření, chirurgická ošetření a sonografická vyšetření v celkovém počtu 14 (17%). Celkový počet dotazovaných bylo 81.

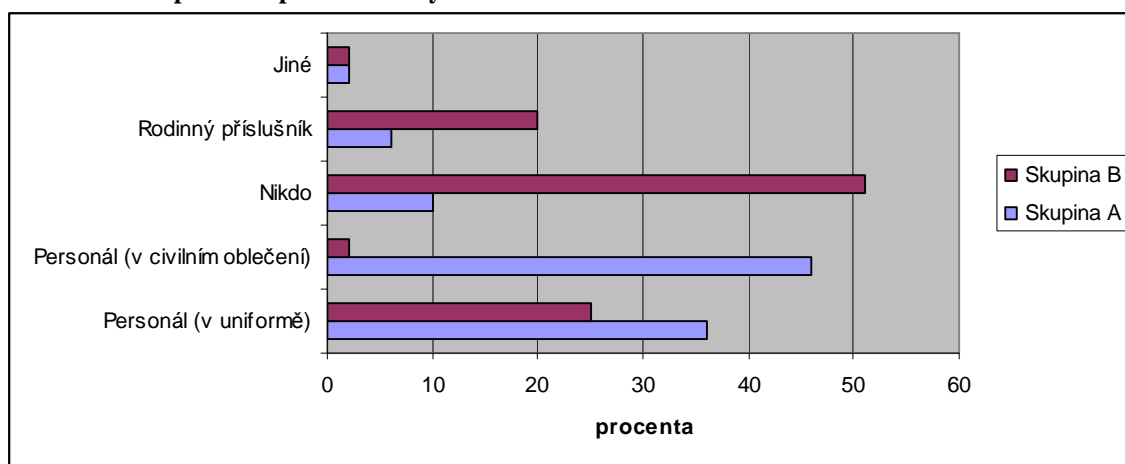
Skupina B: v této skupině podstoupilo 28 (56%) respondentů již zmíněná zobrazovací vyšetření. Dále to byla zubní ošetření 9 (18%), interní vyšetření 7 (14%) a gynekologická vyšetření 5 (10%). Položka „jiné“ byla zastoupena 1 (2%) respondentem. Uvedl, že byl ošetřen v ambulanci kožní lékařky. Celkový počet dotazovaných byl 51.

### Otázka č. 3: Kdo Vás na vyšetření doprovázel?

- .. personál z psychiatrického oddělení (v civilním oblečení)
- .. personál z psychiatrického oddělení (v pracovním oblečení - uniformě)
- .. nikdo
- .. rodinný příslušník
- .. jiné.....

**Poznámka:** v případě dotazníku pro skupinu B byla použita formulace: „personál z oddělení, kde jste hospitalizován/a“

**Graf 6: Kdo doprovázel pacienta na vyšetření/ošetření?**



**Tabulka 6: Kdo doprovázel pacienta na vyšetření/ošetření?**

Doprovod pacienta	Skupina A	Skupina B
Personál (v uniformě)	29	13
Personál (v civilním oblečení)	37	1
Nikdo	8	26
Rodinný příslušník	5	10
Jiné	2	1

### Komentář:

Skupina A: v této skupině byla většina – tedy 66 (82%) – dotazovaných doprovázena personálem psychiatrického oddělení. Z toho 29 (36%) osob z personálu doprovázelo pacienta v uniformě a 37 (46%) v civilním oblečení. Jen 8 (10%) pacientů šlo na vyšetření bez doprovodu, 5 (6%) pacientů doprovázel někdo z rodiny. Pouze 2 (2%) pacienti využili možnosti volby „jiné“ – jeden byl doprovázen přítelkyní, jeden kamarádem. Celkový počet dotázaných byl 81.

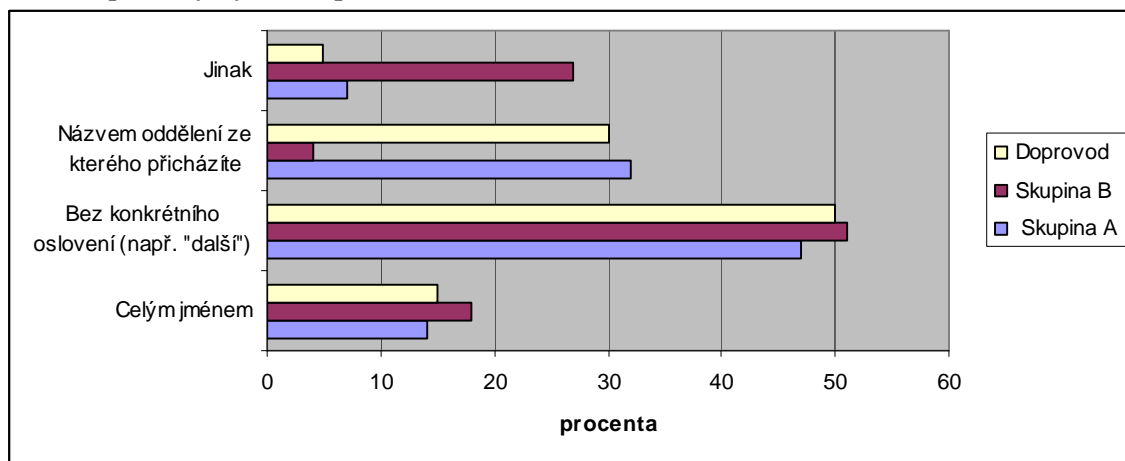
Skupina B: oproti skupině A dotazovaní volili nejvíce možnost „nikdo“, tedy, že byly na vyšetření bez doprovodu, a to v 26 (51%) případech. Dále následuje možnost „personál v uniformě“ ve 13 (25%) případech. O něco nižší zastoupení bylo v možnosti „rodinný příslušník“, a to v 10 (20%) případech. Pouze 1 (2%) dotazovaný byl doprovázen zdravotnickým personálem v civilním oblečení a 1 (2%) byl doprovázen přítelkyní. Celkový počet dotázaných byl 51.

#### Otázka č. 4: Jak jste byl/a vyzván/a ke vstupu do ordinace?

- .. celým jménem
- .. bez konkrétního oslovení (např. „další“)
- .. názvem oddělení, ze kterého přicházíte („pojd'te si vy z psychiatrie“ apod.)
- .. jinak, napište jak .....

**Poznámka:** tato otázka byla pro „doprovod“ očíslována jako 10.

**Graf 7: Způsob výzvy ke vstupu do ordinace**



**Tabulka 7: Způsob výzvy ke vstupu do ordinace**

Způsob vyzvání ke vstupu do ordinace	Skupina A	Skupina B	Doprovod
Celým jménem	14	18	15
Bez konkrétního oslovení (např. "další")	47	51	50
Názvem oddělení ze kterého přicházíte	32	4	30
Jinak	7	27	5

#### Komentář:

Skupina A: v této skupině převládalo vyzvání ke vstupu do ordinace bez konkrétního oslovení – tedy „další“ apod. Takto odpovědělo 38 (47%) dotazovaných. Následuje 26 (32%) vyzvání ke vstupu s označením pacienta oddělením, ze kterého byl na vyšetření vyslán. 11 (14%) dotázaných bylo ke vstupu do ordinace vyzváno celým jménem, 6 (7%) bylo vyzváno jinak: „paní“, „mladý muži“. Celkový počet dotázaných byl 81.

Skupina B: polovina respondentů 26 (51%) byla volána do ordinace bez konkrétního oslovení. 14 respondentů uvedlo, že byli vyzváni ke vstupu do ordinace jinak – tedy například „paní“, „pane“, „babičko“, „slečno“, „mladíku“. Celým jménem zdravotníci

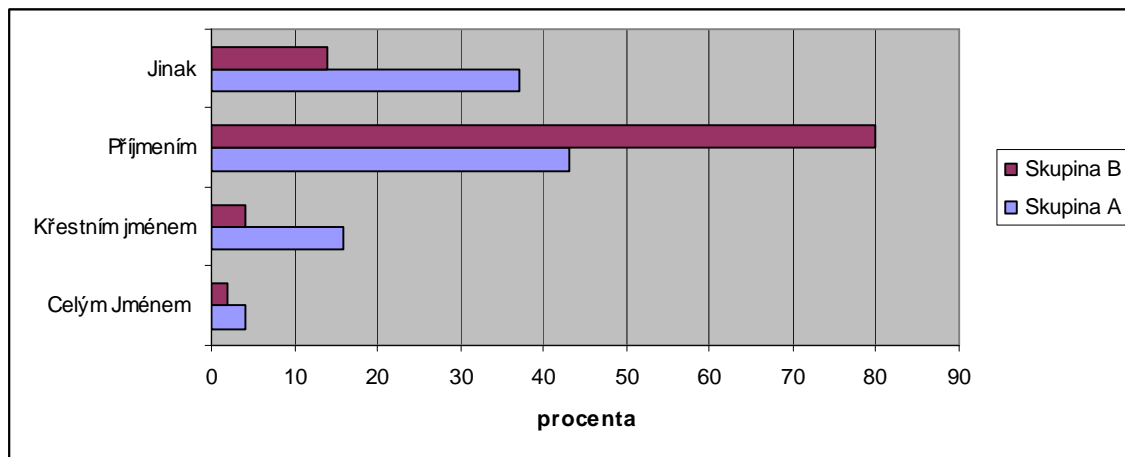
vyzvali pouze 9 (18%) dotazovaných. Nejméně, tedy 2 (4%) jich v této skupině bylo vyzváno názvem oddělení, ze kterého byli vysláni. Celkový počet dotázaných byl 51.



## Otázka č. 5: Jak jste byl/a oslovená během rozhovoru s lékařem?

.. celým jménem .. křestním jménem .. příjmením .. jinak, napište jak.....

**Graf 8: Způsob oslovení v průběhu vyšetření/ošetření**



**Tabulka 8: Způsob oslovení v průběhu vyšetření/ošetření**

Oslovení	Skupina A	Skupina B
Celým Jménem	3	1
Křestním jménem	13	2
Příjmením	35	41
Jinak	30	7

### Komentář:

Skupina A: jako nejčastější oslovení, a to v 35 (43%) případech, bylo použito příjmení pacienta. 30 (37%) dotázaných uvedlo, že byli oslovovali „jinak“ a to: „paní“, „pane“, „kamaráde“, „slečno“. Křestním jménem bylo oslovováno 13 (16%) dotázaných, z toho 6 z nich uvedlo, že jim lékař nebo sestra tykala. Celým jménem byli osloveni 3 (4%) z dotázaných. Celkový počet dotázaných byl 81.

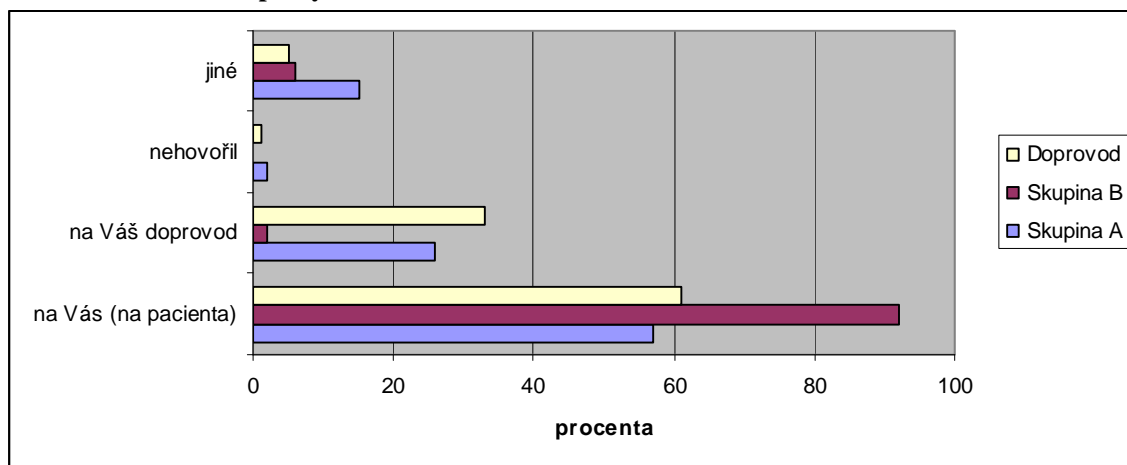
Skupina B: v této skupině převládalo oslovení dotázaných jejich příjmením – ve 41 (80%) případech. 7 (14%) dotázaných uvedlo, že byli oslovovali „jinak“ a to: „paní“, „pane“, „sluníčko“. 2 (4%) byly oslovovali křestním jménem a 1 (2%) byl oslovoval celým jménem. Celkový počet dotázaných byl 51.

### Otázka č. 6: Hovořil lékař:

.. na Vás      .. na Váš doprovod      .. nehovořil      .. jiné.....

**Poznámka:** tato otázka byla pro „doprovod“ očíslována jako 11.

**Graf 9: Na koho lékař při vyšetření/ošetření hovořil?**



**Tabulka 9: Na koho lékař při vyšetření/ošetření hovořil?**

Hovořil lékař	Skupina A	Skupina B	Doprovod
na Vás (na pacienta)	57	92	61
na Váš doprovod	26	2	33
nehovořil	2	0	1
jině	15	6	5

### Komentář:

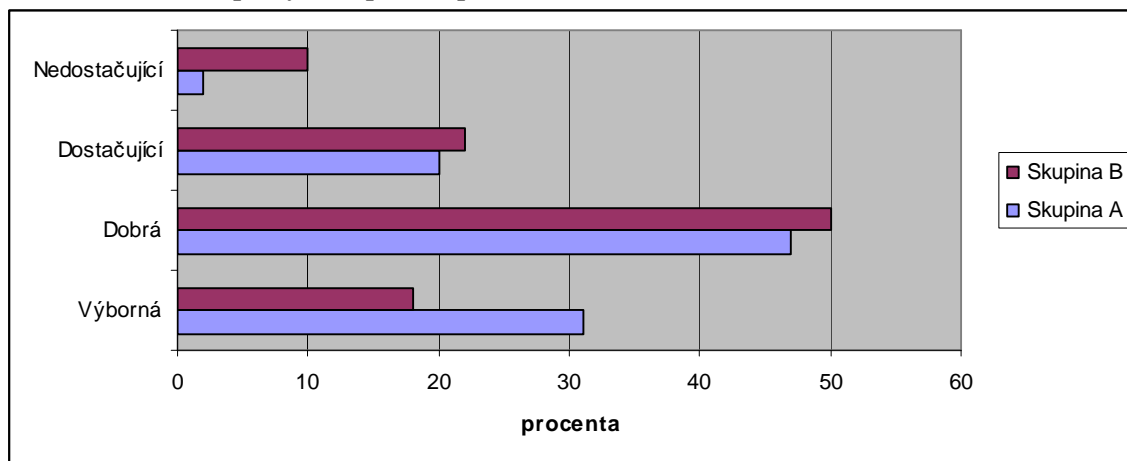
Skupina A: 46 (57%) dotázaných uvedlo, že lékař hovořil přímo na ně, 21 (26%) dotázaných uvedlo, že lékař hovořil na jejich doprovod, 12 (15%) dotázaných uvedlo, že lékař hovořil na někoho jiného - uvedli: všeobecná sestru, laborantku, uklízečku, telefonoval. 2 (2%) označili možnost, že lékař nehovořil. Celkový počet dotázaných byl 81.

Skupina B: 47 (92%) dotázaných uvedlo, že lékař hovořil přímo na ně, 3 (6%) dotázaní uvedli, že lékař hovořil na někoho jiného - uvedli: zdravotní sestru. 1 (2%) uvedl, že lékař hovořil na jejich doprovod. Celkový počet dotázaných byl 51.

**Otázka č. 7: Jak byste celkově ohodnotil/a péči, která Vám byla při ošetření/vyšetření poskytnuta?**

.. výborná                      .. dobrá                      .. dostačující                      .. nedostačující

**Graf 10: Hodnocení poskytnuté péče respondentem**



**Tabulka 10: Hodnocení poskytnuté péče respondentem**

Hodnocení	Skupina A	Skupina B
Výborná	25	9
Dobrá	38	26
Dostačující	16	11
Nedostačující	2	5

**Komentář:**

Skupina A: jako výbornou označilo poskytnutou péči 25 (31%) dotázaných. Jako dobrou 38 (47%) a jako dostačující 16 (20%) dotázaných. Pouze 2 (2%) dotázaní, označili jim poskytnutou péči jako nedostačující. Celkový počet dotázaných byl 81.

Skupina B: jako výbornou označilo poskytnutou péči 9 (18%) dotázaných. Jako dobrou 26 (50%) a jako dostačující 11 (22%) dotázaných. Jako nedostačující označilo péči hned 5 (10%) dotázaných. Celkový počet dotázaných byl 51.

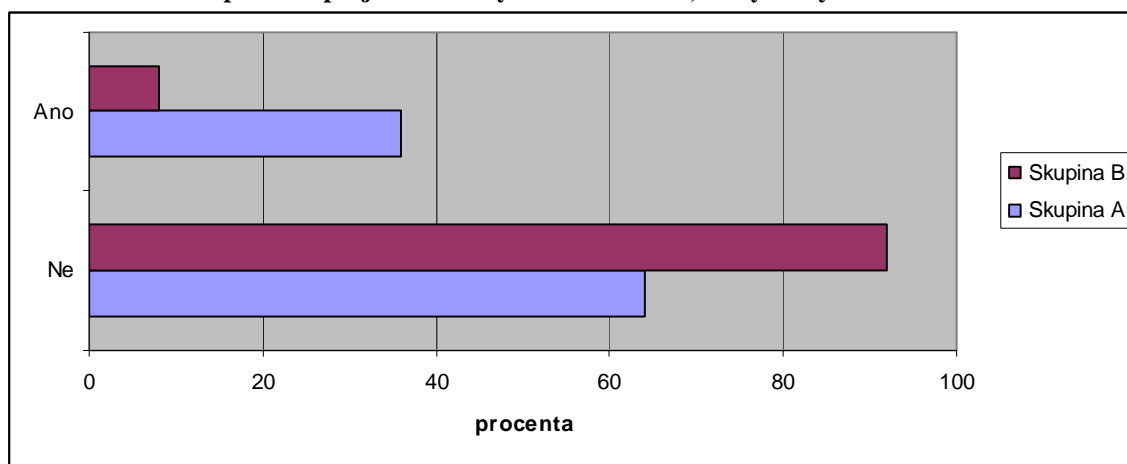
### Otázka č. 8:

**Pro skupinu A: Pocítil/a jste nějaký projev nedůvěry vůči Vaší osobě v souvislosti s tím, že jste hospitalizován/a na psychiatrickém oddělení?**

**Pro skupinu B: Pocítil/a jste nějaký projev nedůvěry vůči vaší osobě?**

.. ne .. ano – popište, jak se nedůvěra vůči Vám projevila.....

**Graf 11: Pocítil respondent projev nedůvěry od zdravotníka, který ho vyšetřoval?**



**Tabulka 11: Pocítil respondent projev nedůvěry od zdravotníka, který ho vyšetřoval?**

Nedůvěra	Skupina A	Skupina B
Ne	52	47
Ano	29	4

### Komentář:

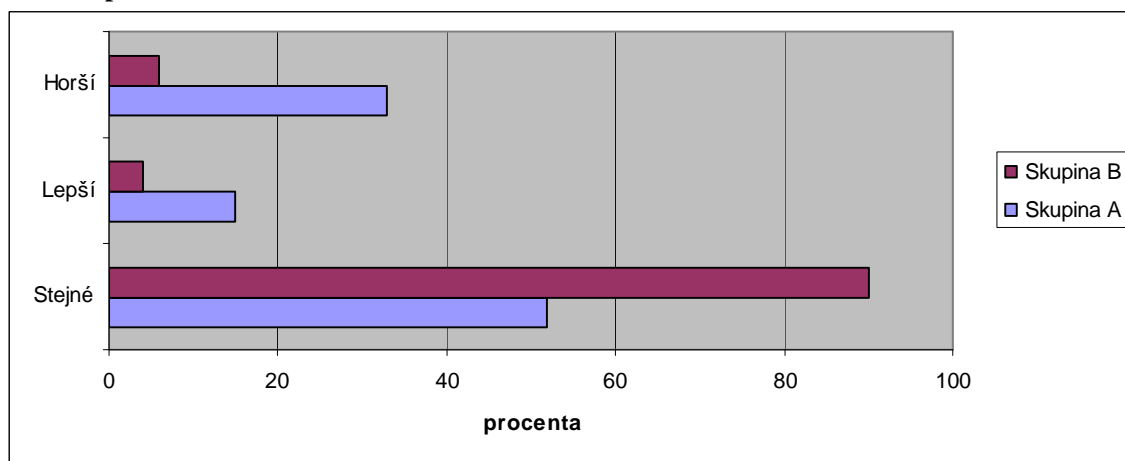
Skupina A: 52 (64%) dotázaných odpovědělo, že nepocíťovala žádnou nedůvěru od zdravotníka ke své osobě. 29 (36%) uvedlo, že nedůvěru pocítili. Projev nedůvěry dotázaní popsali: „lékař/sestra nehovořili se mnou, ale s mým doprovodem“ a to v 16 (20%) případech. Dále uváděli: „opakované vysvětlování jednoduchých věcí“ v 5 (6%) případech. Ve 2 (2%) případech dotázaní uvedli že: „průběh vyšetření popsali mému doprovodu a vyžadovali, ať on to vysvětlí mně“. „Výsledky vyšetření mi nesdělili, ale sdělili je mému doprovodu“ ve 2 (2%). „Měli pochybnosti, zda vydržím ležet na lehátku – ani se mě nezeptali a řešili to mezi sebou“ v 1 (2%). „Ptali se mého doprovodu, zda jsem klidná – a to přede mnou“ v 1 (2%) případě. 2 (2%) dotázaní zaškrtnuli možnost „ano“ ale nepopsali blíže, proč tento pocit měli. Celkový počet dotázaných byl 81.

Skupina B: většina – 47 (92%) – dotázaných uvedla, že nepocítovali žádný projev nedůvěry. Jen 4 (8%) dotázaných uvedlo, že projev nedůvěry pocítili. Projev nedůvěry popsali: „sestra mi řekla, že stejně nebudu jejich doporučení dodržovat“ – 1 (2%) dotázaný. „Lékař mi vynadal, že neumím chvíli vydržet na místě“ – 1 (2%) dotázaný. „Řekli mi, že si nepamatuji, na čem jsme se domluvili při posledním vyšetření, přitom jsem všechno, co řekli, dodržovala“ – 1 (2%) dotázaný a „řekli mi, že jsem zfetovanej“ – 1 (2%). Celkový počet dotázaných byl 51.

**Otázka č. 9: Popsal/a byste chování zdravotníků provádějící ošetření/vyšetření k vaší osobě**

- .. stejné, jako k ostatním pacientům na vyšetření
- .. lepší, než k ostatním pacientům a pokud ano, v čem .....
- .. horší, než k ostatním pacientům a pokud ano, v čem.....

**Graf 12: Jak pocívali respondenti chování zdravotníku vůči své osobě s porovnáním s chováním vůči ostatním pacientům**



**Tabulka 12: Jak pocívali respondenti chování zdravotníku vůči své osobě s porovnáním s chováním vůči ostatním pacientům**

Chování zdravotníků	Skupina A	Skupina B
Stejně	42	46
Lepší	12	2
Horší	27	3

**Komentář:**

Skupina A: 42 (52%) dotázaných uvedlo, že chování zdravotníků vůči své osobě považuje za stejné, jako chování zdravotníků vůči ostatním pacientům. 12 (15%) dotázaných hodnotilo chování zdravotníků jako „lepší“, než k ostatním pacientům. Mezi důvody, z čeho tak usuzují, uvedli: „podrobně mi vše vysvětlili“, „nabídli mi kávu“, „vzali mě na vyšetření hned po příchodu a ostatní tam čekali“, „pořád se ptali, jestli to ještě vydržím, byli starostliví“. Ale celá třetina – 27 (33%) – dotázaných měla pocit, že chování zdravotníků k jeho osobě považovali za „horší“ než k ostatním. Mezi důvody, z čeho tak usuzují, uvedli: „dlouhé čekání“, neosobní přístup“, „nic mi nevysvětlili – prý to nemá smysl“, „vzali mě přednostně – prý ať se tam nerozjedu“, „vykřikovali – kde je ten z té psychiatrie“, „omylem jsem jim shodila něco ze stolu – říkali, že od blázna není co očekávat“. Celkový počet dotázaných byl 81.

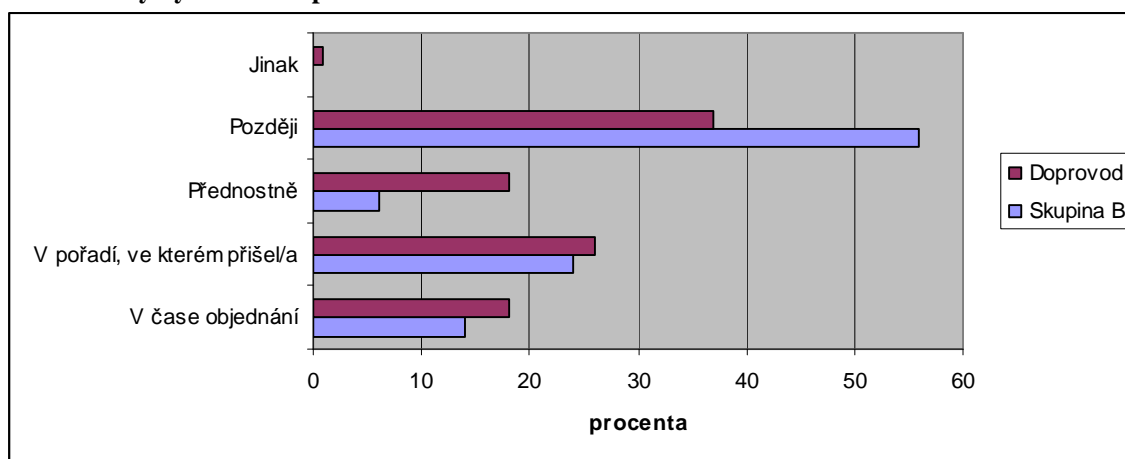
Skupina B: většina dotázaných – 46 (90%) – v této skupině uvedla, že chování zdravotníků ke své osobě je stejné jako k ostatním pacientům. 2 (4%) dotázaní uvedli, že chování zdravotníků k jejich osobě bylo lepší, než k ostatním. Konkrétně uvedli: „sestřička na mě byla moc milá, dokonce mi nabídla kapesník“, „pan doktor mě opravdu pečlivě vyšetřil, ostatní pacienti byli raz dva venku.“ Jako „horší“ hodnotili chování zdravotníků k jejich osobě 3 (6%) dotázaní. Konkrétně uvedli: „sestra na mě křičela“, „strašně dlouho jsem čekal a některé pacienty brali hned“, „nic mi nevysvětlili“. Celkový počet dotázaných byl 51.

### Otázka č. 12: Na vyšetření/ošetření byl/a pacientka volán/a

- .. v čase, na který byl/a objednán/a
- .. v pořadí, ve kterém pacienti do ordinace dostavili
- .. přednostně, pokud víte, napište proč .....
- .. později, pokud víte, napište proč .....
- .. jinak, napište jak .....

**Poznámka:** otázku hodnotila skupina B a doprovod pacienta ze skupiny A

**Graf 13: Kdy byl/a volán/a pacient/ka do ordinace**



**Tabulka 13: Kdy byl/a volán/a pacient/ka do ordinace**

	Skupina B	Doprovod
V čase objednání	7	13
V pořadí, ve kterém přišel/a	12	19
Přednostně	3	13
Později	29	27
Jinak	0	1

### Komentář:

Skupina B: 29 (56%) respondentů uvedlo, že byli voláni do ordinace později, než byli objednáni, 12 (24%) respondentů bylo ošetřených/vyšetřených v pořadí, ve kterém přišli, 7 (14%) z nich uvedlo, že byli voláni do ordinace v čase, na který byli objednáni, a 3 (6%) uvedli, že je lékař vzal přednostně. Možnost komentáře respondenti nevyužili. Celkový počet dotázaných byl 81.

Skupina „Doprovod“: také tato skupina hodnotících uvedla, že pacienti, které doprovázeli, byli voláni do ordinace později, než byli objednáni a to ve 27 (37%) případech. 19 (26%) pacientů bylo voláno do ordinace v pořadí, ve kterém se na vyšetření/ošetření dostavili. 13



(18%) z doprovázených pacientů bylo voláno do ordinace v čase objednání a stejně, tedy 13 (18%), jich vzali zdravotníci na ošetření/vyšetření přednostně. V 1 (1%) případě, bylo vyšetření zrušeno, kvůli poruše přístroje. Celkový počet dotázaných byl 51.

### 2.6.3 Diskuse

Šetření se zúčastnilo téměř shodné procento žen a mužů. Největší procento respondentů (57%) bylo ve věku od 20 do 39 let. Téměř 80% respondentů bylo se středoškolským a vysokoškolským vzděláním. Z celkového počtu 132 (100%) dotazovaných mělo 57 (43%) respondentů středoškolské vzdělání zakončené maturitou a 45 (34%) vysokoškolské vzdělání.

Pracoviště, na kterých probíhala vyšetření u dotazovaných, byla v obou skupinách totožná. Procentuelní zastoupení těchto vyšetření jsou ve skupinách A i B podobná. Lze tedy využít výsledky z dalších položek dotazníku pro srovnání vnímání přístupu zdravotníků ke skupině A a skupině B.

Ze srovnání odpovědí skupiny A a skupiny B vyvozují, že ve vnímání nutnosti podstoupení vyšetření není rozdíl mezi duševně zdravými a duševně nemocnými pacienty.

Ze šetření vyplynulo, že je mnohem nižší procento psychiatrických pacientů, kteří by na vyšetření byli z oddělení vysíláni samotní (90% z nich mělo na vyšetření/ošetření doprovod). Můžeme to chápat jako obavy ošetřujících lékařů, zda vyšetření bez doprovodu zvládnou, nebo nízkou důvěrou ve schopnosti pacienta. Také byla tato situace dána aktuálním stavem pacienta, který ale nelze z tohoto dotazníku určit a tedy porovnat se skupinou B.

Porovnáním odpovědí skupiny A a B jsem zjistila, že psychiatrickí pacienti jsou osmkrát častěji vyzýváni ke vstupu do ordinace názvem oddělení (tedy psychiatrickým), než pacienti přicházející na doporučení jiných než psychiatrických odborníků. Toto se děje před ostatními lidmi v čekárně.

Ze srovnání odpovědí na otázku č. 4 (Jak jste byl/a vyzván/a ke vstupu do ordinace?) a odpovědí na otázku č. 3 (Kdo vás na vyšetření/ošetření doprovázel?) vyplývá, že byli až třikrát častěji osloveni respondenti názvem oddělení, ze kterého na vyšetření přišli, pokud je doprovázel personál v uniformě, než ti, které doprovázel někdo v civilním oblečení. Toto srovnání je zjevné především ve skupině A. Ve skupině B to bylo dvakrát častěji.

Z porovnání odpovědí na otázku č. 5 (Jak jste byl/a oslovována během rozhovoru s lékařem?) jsem zjistila, že psychiatričtí pacienti jsou více než dvakrát častěji oslovováni bez použití jejich jména – tedy „jinak“. Na rozdíl od pacientů duševně zdravých. Křestním jménem bylo oslovováno třikrát více pacientů z psychiatrického oddělení, než pacientů doporučených z jiných oborů. Z toho téměř polovině z nich zdravotníci provádějící vyšetření/ošetření tykali. Pakliže jsem srovnala věk respondentů ve skupině A i B a odpovědi na tuto otázku, našla jsem souvislost mezi oslovováním respondentů křestním jménem a nižším věkem respondenta. Všichni, kteří byli oslovováni křestním jménem, byli mladší 30ti let.

Vzhledem k tomu, že je nepoměr mezi počtem doprovázených pacientů ve skupině A a ve skupině B (ve skupině A bylo doprovázených 82% dotázaných, kdežto ve skupině B pouze 45%), nelze otázku č. 6 (Hovořil lékař na ...) hodnotit pouhým srovnáním počtů či procent. Přesto považuji výsledek u skupiny A u možnosti „lékař hovořil na doprovod“ za ukazatel toho, že se zdravotníci ve čtvrtině případů vyhnuli bližšímu kontaktu s duševně nemocným a raději vysvětlili vše jeho doprovodu.

Podle srovnání výsledků obou skupin se domnívám, že duševně zdraví pacienti jsou o něco kritičtější, než pacienti s duševní poruchou, kteří péči celkově hodnotili pozitivněji. Zde také nalézám souvislost s nejvyšším dosaženým vzděláním respondenta. Čím vyšší vzdělání respondenta, tím kritičtější postoj zaujímá.

Respondenti ze skupiny A pocítují čtyřikrát více nedůvěru vůči své osobě od zdravotníků. Z porovnání projevů nedůvěry vyplývá, že pacienti ze skupiny B, kteří uvedli, že projev nedůvěry pocítili, se od zdravotníků dověděli konkrétní důvody nedůvěry. Zatímco pacienti ze skupiny A se setkali s tím, že nedůvěra v jejich osobu byla tlumočena jejich doprovodu. Nacházím tu ale souvislost, tentokrát pouze ve skupině A, mezi vzděláním a negativním vnímáním nedůvěry od zdravotníka k osobě dotazovaného. Čím vyšší vzdělání, tím větší procento dotazovaných uvádělo, že vnímali pocit nedůvěry.

Ve skupině B je menší procento respondentů, kteří by hodnotili péči jako „odlišnou od péče, která je poskytována jiným pacientům“, než ve skupině A.

Při srovnání výsledků odpovědí z obou skupin jsem shledala, že pacienti ze skupiny B byli častěji voláni do ordinace později, než pacienti ze skupiny A. Ti naopak byli voláni dvakrát častěji do ordinace přednostně. V komentářích, které vypisovali lidé

doprovázejícího pacienta, byly uvedeny tyto vnímané důvody: „báli se, aby pacient nebyl neklidný“, „vzali nás okamžitě, jak jsem předložil dekurz“, „ptali se odkud jsme, poté, co jsem řekl, že z psychiatrie, vzali nás okamžitě“, „nevím proč, ale vzali nás hned“.

**Hypotéza:** lidé hospitalizovaní na psychiatrickém oddělení se setkávají se stigmatizací od zdravotníků při vyšetření nebo ošetření na nepsychiatrických zdravotnických pracovištích.

Otázky týkající se způsobu chování zdravotníků k respondentům – tj. otázky č. 4, 5, 6, 8 a 9 – byly zodpovězeny respondenty ze skupiny A i ze skupiny B. Respondenti ze skupiny A – tedy lidé toho času hospitalizovaní na psychiatrickém oddělení – uváděli, že:

- byli vyzváni ke vstupu do ordinace názvem oddělení, ze kterého na vyšetření/ ošetření přicházeli, a to ve 32 %,
- byli osloveni křestním jménem, a to v 16%, z toho polovina uvedla, že jim zdravotník tykal, přesto, že šlo o dospělé osoby,
- lékař hovořil s jejich doprovodem, nikoliv s ním, a to ve čtvrtině případů,
- pocítili nedůvěru ke své osobě v souvislosti s tím, že byli toho času hospitalizovaní na psychiatrickém oddělení. Toto tvrzení uvedlo 36% dotazovaných.

Konkrétní projevy, které byly chápány jako stigmatizující, jsem uvedla v komentáři u otázky č. 8. Tyto výsledky podporují moji hypotézu, že psychiatrickí pacienti jsou stigmatizováni od zdravotníků.

**Hypotéza:** chování zdravotníků k duševně zdravým pacientům a k pacientům s duševní poruchou se liší.

Z porovnání odpovědí skupiny A a skupiny B jsou patrné rozdíly, které ukazují na to, že respondenti ze skupiny A (tedy ti, kteří byli hospitalizovaní na psychiatrickém oddělení):

- byli častěji osloveni křestním jménem,
- častěji mluvili zdravotníci s jejich doprovodem,

- byli vyzváni ke vstupu do ordinace názvem oddělení,
- byli častěji vyzváni přednostně do ordinace – důvodem byla nejistota a obavy zdravotníků z projevů psychiatricky léčeného pacienta.

Tyto výsledky podporují mou hypotézu, že se přístup zdravotníků k duševně nemocným a duševně zdravým lidem liší.

**Hypotéza:** pacienti s duševní poruchou hodnotí péči na nepsychiatrických ambulancích hůře, než ostatní pacienti.

Z výsledků odpovědí na otázku č. 7 vyplývá, že duševně nemocní hodnotí péči celkově příznivěji, než duševně zdraví pacienti. Tyto výsledky vyvrací moji hypotézu, že pacienti s duševní poruchou hodnotí péči zdravotníků hůře, než ostatní pacienti.

## ZÁVĚR

Současná moderní doba je obdobím zvyšování životní úrovně, ale i dobou prudkého životního tempa a vzrůstajícím tlakem na každého jednotlivce. Tento tlak se pak nejvíce odráží na lidech se zdravotním hendikepem. Tedy i na lidech s duševní poruchou. Tato práce přibližuje, jak jsou lidé s duševní poruchou chápáni a přijímáni v naší společnosti a ve společnosti zdravotníků.

Cílem teoretické části práce bylo seznámení s hlavními pojmy této práce: duševní zdraví, duševní porucha, stigmatizace, destigmatizace. Dále jsem se v teoretické části práce zabývala historickými souvislostmi psychiatrické péče a vůbec chápání duševně nemocných ve společnosti. Přiblížila jsem organizaci psychiatrické péče – tedy druhy psychiatrických pracovišť, kam se mohou lidé obracet, ale také je tam může nasměrovat právě zdravotník z jiného oboru.

Cílem empirické části bylo zjistit kvantitativním výzkumným šetřením, zda dochází ke stigmatizaci lidí s duševním onemocněním při vyšetřeních nebo ošetřeních v jiných, než psychiatrických zdravotnických ambulantních zařízeních. Výzkum byl proveden za pomoci anonymního dotazníku.

Jednu skupinu respondentů tvořili lidé, kteří v rámci hospitalizace na psychiatrickém oddělení podstoupili ošetření nebo vyšetření v jiném ambulantním zdravotnickém zařízení. Druhou skupinou respondentů byli lidé bez duševní poruchy, kteří podstoupili ošetření nebo vyšetření na stejných pracovištích, jako první skupina.

Z výsledků šetření vyplývá, že se liší chování zdravotníků k lidem s duševní poruchou a k lidem bez duševní poruchy.

Výsledky šetření chci využít v připravovaném edukačním programu pro zdravotníky, který se bude týkat právě problematiky psychiatricky léčených pacientů a přístupu k nim.

## ANOTACE

<b>Autor:</b>	Hana Mudrová
<b>Instituce:</b>	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetřovatelství
<b>Název práce:</b>	Stigmatice klientů s duševním onemocněním nepsychiatrickými zdravotníky
<b>Vedoucí práce:</b>	Bc. Šlaisová Ivana
<b>Počet stran:</b>	84
<b>Počet příloh:</b>	8
<b>Rok obhajoby:</b>	2008
<b>Klíčová slova:</b>	stigmatizace, psychiatrie, duševní zdraví, duševní nemoc

Bakalářská práce pojednává o postavení duševně nemocných osob ve zdravotnictví. Poukazuje na stigmatizaci, se kterou se lidé s duševní poruchou setkávají. Důraz je kladen na negativní důsledky stigmatizace pro tyto osoby.

Těžiště práce tvoří kvantitativní výzkumné šetření chování zdravotníků v ambulantní sféře zdravotnictví k lidem s duševní poruchou. Šetření porovnává chování zdravotníků k duševně nemocným a k duševně zdravým pacientům. Zkoumaný vzorek tvoří dvě skupiny pacientů. Pacienti, kteří v rámci hospitalizace na psychiatrickém oddělení podstoupili ošetření nebo vyšetření v jiné, než psychiatrické ambulanci. A pacienti duševně zdraví, kteří podstoupili ošetření nebo vyšetření na stejných ambulantních pracovištích.

Bachelor thesis describes status of peoples with mental illness in public health. It adverts to stigmatization which patient with mental illness meet with. Thesis put the accent to negative effect of this stigmatization.

The goal of bachelor thesis is in quantitative research of health workers behavior to people with mental illness. The investigation compares behavior of health worker to patient with some mental illness and to patients without any mental anamnesis. Research based on two different groups of patients. First group consists of psychiatric hospitalized patients visited non-psychiatric ambulances. Second group consists of patients with no mental anamnesis visited the same ambulant station.



## LITERATURA A PRAMENY

- (1) Angermeyer, J., *Quality of life in people with severe mental illness*. (online). (cit. 2008-1-9). Dostupné na [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16195135?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultsPanel.Pubmed\\_DiscoveryPanel.Pubmed\\_Discovery\\_RE](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16195135?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RE)
- (2) Baštecký, J., *Psychiatrie, právo a společnost: postavení duševně nemocného ve společnosti a v právních předpisech*. 1. vyd. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-45-0
- (3) *CAN: Camberwellské šetření potřeb: komplexní metoda šetření potřeb závažně duševně nemocných*: manuál. (česká verze Probstová, V.). Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2006. ISBN 80-239-8056-4
- (4) Goffman, E., *Stigma*. Praha. Sociologické nakladatelství, 2003. ISBN 80-86429-21-0
- (5) Hauser, M., *Duševně nemocný mezi námi*. 4. vyd. Praha: AVICENUM, 1981. ISBN 08-068-82
- (6) Heverech, A., *O podivínech a lidech nápadných*. Praha: Hejda a Tuček, 1901. s. 159
- (7) Hosáková, J., *Ošetřovatelská péče v psychiatrii*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetřovatelství, 2007. ISBN 978-80-7248-442-3
- (8) Höschl, C., *Psychiatrie pro praktické lékaře*. 1. vyd. Jinočany: HaH, 1996. ISBN 80-85-787-96-2
- (9) Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J., *Psychiatrie*. Praha: TIGIS, spol. s r.o., 2002. ISBN 80-900130-1-5
- (10) *Implementace koncepce oboru psychiatrie z pohledu ambulantní péče (2004)*. (online). (cit. 2008-02-03). Dostupné na [http://www.cmhcd.cz/dokumenty/STEMMARK\\_Bariery\\_psychiatrie\\_zaverecna\\_zprava%20\(2\).pdf](http://www.cmhcd.cz/dokumenty/STEMMARK_Bariery_psychiatrie_zaverecna_zprava%20(2).pdf)

- (11) Janík, A., *Veřejnost a duševně nemocný*. Praha: AVICENUM, 1987. ISBN 08-073-87
- (12) Křivohlavý, J., *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2002. ISBN 80-47-0179-0
- (13) Libiger, J., *Psychiatrie a stigma*. (online). (cit. 2008-01-04). Dostupné na [http://www.sanquis.cz/clanek.php?id\\_clanek=63](http://www.sanquis.cz/clanek.php?id_clanek=63)
- (14) Malý, R., Masopust, J., Konupčíková, J., Stanovení rizika a možnosti prevence žilní tromboembolické nemoci u psychiatrických nemocných. *Psychiatrie*. Praha: ISSN. 2006. roč.10, č.4, s.216-219
- (15) Marková, E., Venglářová, M., Babiaková, M., *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1151-6
- (16) *Mental Health Services in Pilot Study Areas: Report on a European study*. Copenhagen: EHO, 1987. ISBN 92-890-1046-0
- (17) *Mezinárodní klasifikace nemocí (10. revize)*. Duševní poruchy a poruchy chování. Praha: psychiatrické centrum Praha, 1992. ISBN
- (18) Mihalco, Z., *Česká psychiatrie je v krizi. Nemocných přibývá*. (online). (cit. 2008-01-05). Dostupné na [http://aktualne.centrum.cz/domaci/spolecnost/clanek\\_phtml?id=447044](http://aktualne.centrum.cz/domaci/spolecnost/clanek_phtml?id=447044)
- (19) Nekonečný, M., *Psychologie osobnosti*. 1.vyd. Praha: Academia, 1995. ISBN 80-200-0525-0
- (20) Styx, P., *O psychiatrii: jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-828-7
- (21) Škoda, C., *Potřeba psychoterapie u pacientů všeobecného lékaře*. Praha: Výzkumný ústav psychiatrický, 1990. ISBN 80-85121-72-7
- (22) Venkovský, E., *Čtení o psychiatrii*. 1. vyd. Praha: AVICENUM, 1983. ISBN 08-067-83

(23) Wenigová, B., *Stigma duševně nemocných v České republice*. (online). (cit. 2008-01-05). Dostupné na <http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/index.php>

(24) *Zelená kniha*. (online). (cit. 2008-02-12). Dostupné na [http://www.cabrnoch.cz/media/com2005\\_0484cs01.pdf](http://www.cabrnoch.cz/media/com2005_0484cs01.pdf)

(25) *Zdraví 21 – zdraví do 21. století*. Světová zdravotnická organizace, regionální úřadovna pro Evropu (ministerstvo zdravotnictví ČR, Praha) ISBN 80-85047-15-2

## SEZNAM GRAFŮ:

GRAF 1: ZASTOUPENÍ RESPONDENTŮ PODLE POHLAVÍ.....	40
GRAF 2: ZASTOUPENÍ RESPONDENTŮ PODLE VĚKU .....	41
GRAF 3: ZASTOUPENÍ RESPONDENTŮ PODLE VZDĚLÁNÍ .....	42
GRAF 4: NÁZOR O NUTNOSTI PODSTOUPENÉHO VYŠETŘENÍ.....	43
GRAF 5: ZASTOUPENÍ RESPONDENTŮ PODLE DRUHU PODSTOUPENÉHO VYŠETŘENÍ/OŠETŘENÍ.....	44
GRAF 6: KDO DOPROVÁZEL PACIENTA NA VYŠETŘENÍ/OŠETŘENÍ?.....	45
GRAF 7: ZPŮSOB VÝZVY KE VSTUPU DO ORDINACE.....	47
GRAF 8: ZPŮSOB OSLOVOVÁNÍ V PRŮBĚHU VYŠETŘENÍ/OŠETŘENÍ .....	49
GRAF 9: NA KOHO LÉKAŘ PŘI VYŠETŘENÍ/OŠETŘENÍ HOVOŘIL? .....	50
GRAF 10: HODNOCENÍ POSKYTNUTÉ PÉČE RESPONDENTEM.....	51
GRAF 11: POCÍTL RESPONDENT PROJEV NEDŮVĚRY OD ZDRAVOTNÍKA, KTERÝ HO VYŠETŘOVAL? .....	52
GRAF 12: JAK POCIŤOVALI RESPONDENTI CHOVÁNÍ ZDRAVOTNÍKU VŮČI SVÉ OSOBE S POROVNÁNÍM S CHOVÁNÍM VŮČI OSTATNÍM PACIENTŮM.....	54
GRAF 13: KDY BYL/A VOLÁN/A PACIENT/KA DO ORDINACE .....	56

## SEZNAM TABULEK:

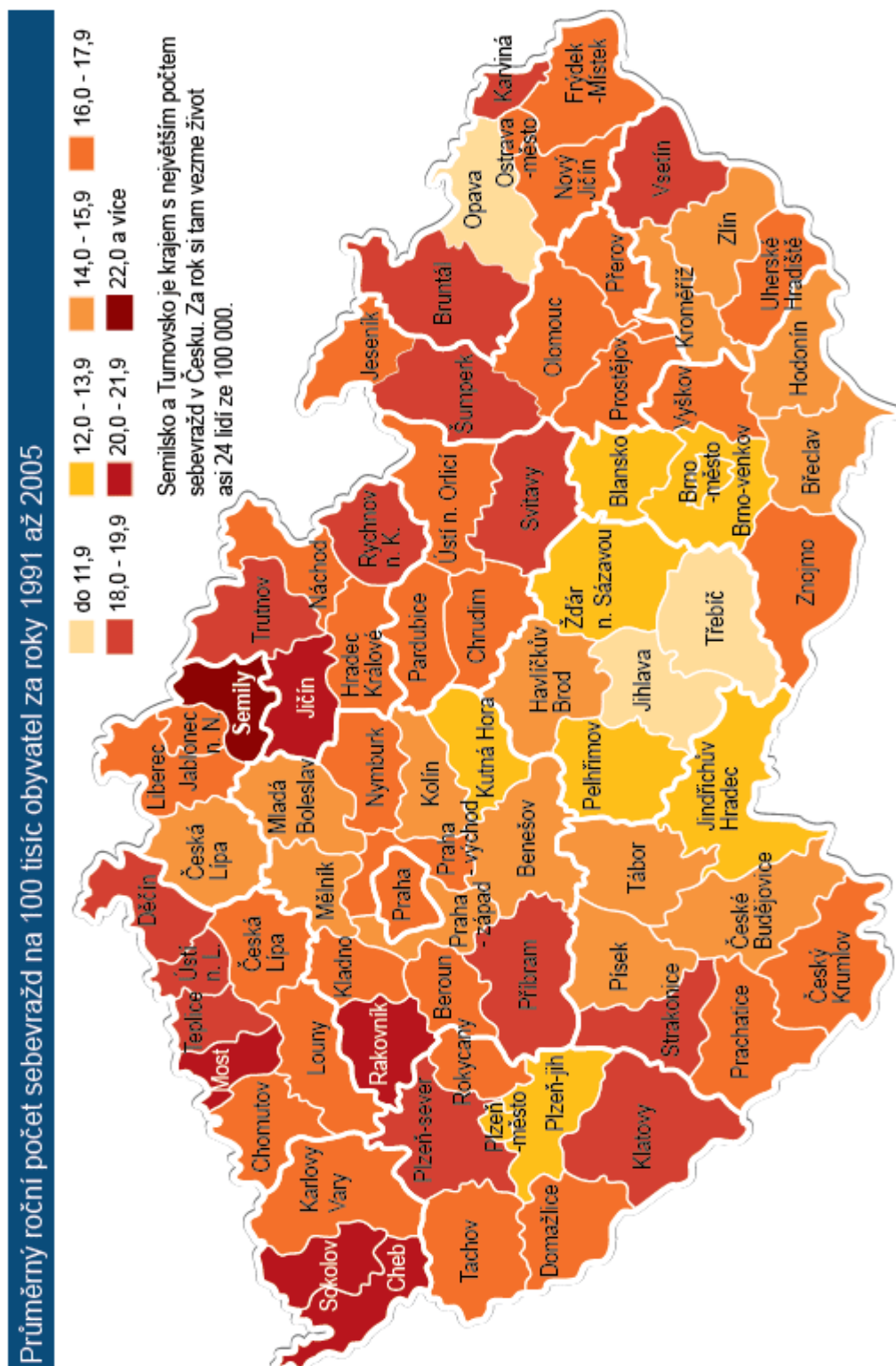
TABULKA 1: POČET RESPONDENTŮ PODLE POHLAVÍ .....	40
TABULKA 2: POČET RESPONDENTŮ PODLE VĚKU .....	41
TABULKA 3: ZASTOUPENÍ RESPONDENTŮ PODLE VZDĚLÁNÍ .....	42
TABULKA 4: NÁZOR O NUTNOSTI PODSTOUPENÉHO VYŠETŘENÍ .....	43
TABULKA 5: ZASTOUPENÍ RESPONDENTŮ PODLE DRUHU PODSTOUPENÉHO VYŠETŘENÍ/OŠETŘENÍ.....	44
TABULKA 6: KDO DOPROVÁZEL PACIENTA NA VYŠETŘENÍ/OŠETŘENÍ?.....	45
TABULKA 7: ZPŮSOB VÝZVY KE VSTUPU DO ORDINACE.....	47
TABULKA 8: ZPŮSOB OSLOVOVÁNÍ V PRŮBĚHU VYŠETŘENÍ/OŠETŘENÍ .....	49
TABULKA 9: NA KOHO LÉKAŘ PŘI VYŠETŘENÍ/OŠETŘENÍ HOVOŘIL? .....	50
TABULKA 10: HODNOCENÍ POSKYTNUTÉ PÉČE RESPONDENTEM.....	51
TABULKA 11: POCÍTL RESPONDENT PROJEV NEDŮVĚRY OD ZDRAVOTNÍKA, KTERÝ HO VYŠETŘOVAL? .....	52
TABULKA 12: JAK POCÍŤOVALI RESPONDENTI CHOVÁNÍ ZDRAVOTNÍKU VŮČI SVÉ OSOBE S POROVNÁNÍM S CHOVÁNÍM VŮČI OSTATNÍM PACIENTŮM.....	54
TABULKA 13: KDY BYL/A VOLÁN/A PACIENT/KA DO ORDINACE .....	56

## SEZNAM PŘÍLOH:

PŘÍLOHA 1 - PRŮMĚRNÝ ROČNÍ POČET SEBEVRAŽD NA 100 TISÍC OBYVATEL ZA ROKY 1991 AŽ 2005.....	71
PŘÍLOHA 2 - PŘEHLED CÍLŮ TÝKAJÍCÍCH SE DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ VYMEZENÝCH V PROGRAMU ZDRAVÍ 21 .....	72
PŘÍLOHA 3 - ZÁKLADNÍ ROZDĚLENÍ DUŠEVNÍCH PORUCH A PORUCH CHOVÁNÍ PODLE MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ (10. REVIZE).....	74
PŘÍLOHA 4 - ZDROJE INFORMACÍ O PSYCHICKÝCH ONEMOCNĚNÍCH.....	75
PŘÍLOHA 5 - PRÁVA DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH.....	76
PŘÍLOHA 6 - PROJEKT ZMĚNA .....	76
PŘÍLOHA 7 - ANONYMNÍ DOTAZNÍK – VERZE PRO SKUPINU A.....	79
PŘÍLOHA 8 - ANONYMNÍ DOTAZNÍK – VERZE PRO SKUPINU B.....	82

# PŘÍLOHY

Příloha 1 - Průměrný roční počet sebevražd na 100 tisíc obyvatel za roky 1991 až 2005



## ***CÍL 6: ZLEPŠENÍ DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ***

### **DO ROKU 2020 ZLEPŠIT PODMÍNKY PRO PSYCHOSOCIÁLNÍ POHODU LIDÍ A PRO LIDI S DUŠEVNÍMI PORUCHAMI ZAJISTIT DOSTUPNOST KOMPLEXNÍCH SLUŽEB**

Podstatně omezit výskyt a nežádoucí zdravotní důsledky duševních poruch a posílit schopnost vyrovnávat se stresujícími životními okamžiky.

V rámci systému zvyšování kvality péče vytvořit standardy diagnostických a terapeutických postupů se zohledněním lidských práv.

Začlenit nové přístupy a formy péče o duševně nemocné do pregraduálních, postgraduálních a kontinuálních systémů vzdělávání a dle potřeby vytvářet nové programy pro odpovídající poskytovatele péče.

Snížit počet sebevražd alespoň o jednu třetinu.

Nejméně o 50% zvýšit podíl osob nad 80 let, které dosahují v domácím prostředí takovou úroveň zdraví, která jim umožňuje uchovat si soběstačnost, sebeúctu a své místo ve společnosti.

Zkvalitnění a restrukturalizace lůžek následné péče v psychiatrických léčebnách celkovou humanizací psychiatrických léčeben, zvýšení kapacit a kvality socio-rehabilitačních programů. Zvýšení návaznosti péče v PL na mimonemocniční /komunitní/ péči a přesun části kapacit následné péče do komunitní péče tak, aby celková kapacita následné péče v psychiatrických léčebnách nepřesahovala 5000- 6000 lůžek a aby pokud možno žádná z psychiatrických léčeben neměla kapacitu větší než 500 lůžek.

Zvýšit zapojení služeb komunitní a primární péče do prevence a do péče o duševní zdraví /včetně duševně nemocných/.

Podstatně omezit výskyt a nežádoucí zdravotní důsledky duševních poruch a posílit schopnost vyrovnávat se stresujícími životními okamžiky.



V rámci systému zvyšování kvality péče vytvořit standardy diagnostických a terapeutických postupů se zohledněním lidských práv.

Zajistit racionální využívání stávajících finančních zdrojů tak, aby systém péče o duševně nemocné byl motivován k transformaci a zajištění regulérního financování nově zaváděných služeb.

Transformace systému přesunem většiny akutní psychiatrické péče z psychiatrických léčeben do psychiatrických oddělení všeobecných nemocnic, domácí péče a systému krizových center.

Zvýšit zapojení služeb komunitní a primární péče do prevence a do péče o duševní zdraví /včetně duševně nemocných/.

Začlenit nové přístupy a formy péče o duševně nemocné do pregraduálních, postgraduálních a kontinuálních systémů vzdělávání a dle potřeby vytvářet nové programy pro odpovídající poskytovatele péče.

Zlepšení a zvýšení efektivity psychiatrických služeb rozšířením sítě Krizových center linek důvěry a psychiatrických oddělení nemocnic vybudování sítě proti alkoholních poraden (AT) a zlepšení dostupnosti inovativních psychofarmak.

Snížení stigmatu psychicky nemocných a odstranění jejich diskriminace.

Opětné zavedení evidence sebevražedných pokusů.

**Příloha 3 - Základní rozdělení duševních poruch a poruch chování podle Mezinárodní klasifikace nemocí (10. revize)**

<b>Číselné označení</b>	<b>Charakteristika</b>
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 poruchami
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 v adolescenci
F99	Nespecifikovaná duševní porucha

**Příloha 4 - Zdroje informací o psychických onemocněních**

	Určení podílu %	Nejdůležitější zdroje v %	Druhé nejdůležitější zdroje v %
Škola	93,0	57,6	16,7
Televize a filmy	65,8	3,3	15,6
Informační relace v televizi	51,8	7,6	21,1
Rodiče, starší sourozenci	50,0	12,0	11,1
Novinové články	42,1	6,5	7,8
Seriály v televizi	38,6	-	3,3
Romány a divadelní kusy	28,9	4,3	4,4
Kontakt s psychicky nemocnými	28,9	6,5	15,6
Přátelé, známí	19,3	1,1	2,2
Jiné	6,1	1,1	2,2
	100,0	100,0	100,0

## **Příloha 5 - Práva duševně nemocných**

## **Příloha 6 - Projekt ZMĚNA**

**CÍL PROJEKTU:** Zlepšení péče o duševně nemocné v ČR

### 1. cíl - Osvěta o duševních poruchách (destigmatizace)

Cílová skupina je veřejnost

Cílem této aktivity je:

Zvýšení povědomí a znalostí o původu duševních poruch a možnostech jejich léčby. Pomocí webových stránek, letáků, příruček, diskusních pořadů v mediích chceme dodávat adekvátní informace o původu, průběhu a léčení duševních poruch (schizofrenie, deprese, mánie atd.) odborníkům rodinám i uživatelům samotným.

Zlepšení přístupu veřejnosti k těm, kdo onemocněli duševní poruchou a také jejich rodinám. Pomocí systematické a dlouhodobé spolupráce s médii (tiskové zprávy, rozhovory, veřejné debaty, odborné diskuze s novináři) chceme upozorňovat na problémy duševně nemocných, kteří trpí stigmatem, nezaměstnaností, sociální izolací, bezdomovectvím, zejména v důsledku diskriminace ve společnosti.

Vyvíjení aktivit namířených na prevenci a odstranění diskriminace a předsudků. Pomocí výše zmíněných aktivit chceme dodávat veřejnosti, odborníkům i samotným uživatelům a jejich rodinám relevantní informace o nemoci a vyvracet lživé mýty, které jsou zejména se schizofrenií spojené. Nabouráváním mýtů pak chceme ukázat na lidi s duševní poruchou jako na nemocné, vyžadující pomoc a nikoliv odsouzení od ostatních.

### 2. cíl - Přeměna systému psychiatrie v ČR (transformace)

Cílová skupina je státní správa, kraje, pojišťovny, lékařská komora, lékařské společnosti

Cílem této aktivity je:

Zvýšení povědomí a znalostí o psychiatrických poruchách a jejich léčbě v řadách státní správy na centrální i regionální úrovni. Pomocí systematické spolupráce se zastupiteli jednotlivých krajů ČR, vybudováním odborných poradních sborů na každém kraji a informacemi o závažnosti, výskytu a ekonomické zátěži duševních poruch chceme pomoci sloučení zájmů odborníků a vůle politiků a pomoci s transformací psychiatrie na lokální úrovni.

Systematické upozorňování na nedostatky v péči o psychiatrické pacienty. Pomocí informací o nedostatcích v léčbě (hygienické podmínky, autonomie pacientů, prostorové a životní podmínky hospitalizovaných nemocných, dostupnos nezdravotnických profesionálů , osobních asistentů atp.) chceme upozorňovat státní správ i odborníky na nutnost ekonomických a legislativních změn v rámci péče o duševně nemocné.

Umožnění lidem s psychiatrickou poruchou vyhnout se stigmatizujícímu vlivu psychiatrické diagnózy a hospitalizace. Pomocí informací pro krajské orgány, cyklu seminářů, věnujícím se tématu transformace oboru psychiatrie a lobování chceme podporovat přesun finančních a personálních kapacit do optimálních forem lůžkové a ambulantní péče, posílení následné péče o duševně nemocné v komunitě a přesun těžiště léčby akutních stavů do oblastí nemocniční a ambulantní. Posilovat povědomí o provázanosti medicínské péče, časně rehabilitace a socioterapie, tedy vzájemně se doplňujících zdravotnických a sociálních postupů v léčbě a prevenci psychóz.

Posilování povědomí o postavení a potřebách psychiatrie a psychiatrických pacientů v moderní medicíně. Pomocí cyklu seminářů, práce s médii a lobování chceme upozorňovat na zátěž duševních poruch a odstraňovat rozdíly mezi financováním péče o duševního zdraví , vědy a výzkumu v psychiatrii a ostatními medicínským obory. Chceme také diskutovat o koncepčně nevyjasněném směřování prostředků v rámci samotné psychiatrie, které ztěžuje pružnou péči o akutní pacienty na úrovni nemocničních oddělení, ambulancí a v komunitě.



## Příloha 7 - Anonymní dotazník – verze pro skupinu A

### DOTAZNÍK

Vážený pane/ vážená paní,

prosím Vás o vyplnění tohoto anonymního dobrovolného dotazníku.

Dotazník je určen pro pacienty, kteří v rámci hospitalizace na psychiatrickém oddělení byli odesláni k lékařskému vyšetření/ošetření na jiném než psychiatrickém zdravotnickém pracovišti. Poslední tři otázky vyplní, prosím, osoba doprovázející pacienta.

Získané údaje mi, po statistickém zpracování, poslouží jako podklady pro bakalářskou práci na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové – obor Ošetrovatelství a pedagogika ve zdravotnictví.

Téma práce: STIGMATIZACE KLIENTŮ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM NEPSYCHIATRICKÝMI ZDRAVOTNÍKY

#### Pokyny k vyplnění dotazníku:

Označte, prosím, Vaši odpověď ve čtverečkovém políčku křížkem, případně doplňte dalším slovním vysvětlením. Je-li to zapotřebí, můžete zvolit i více než jednu odpověď.

Hodnotíte Vaši poslední zkušenost s lékařským (nepsychiatrickým) ošetřením/vyšetřením, které proběhlo v době vaší hospitalizace na psychiatrickém oddělení.

Část 1 a 2 vyplňte prosím sami. O vyplnění části 3 požádejte prosím osobu, která vás na vyšetření doprovázela.

Mnohokrát děkuji za spolupráci.

Hana Mudrová

---

#### ČÁST 1 - CHARAKTER RESPONDENTŮ

1. Jste -  muž  žena

2. Do jaké věkové kategorie patříte?  méně než 20  
 20-29  
 30-39  
 40-49  
 více než 50

3. Vaše nejvýše dosažené vzdělání:  základní  
 učňovský obor  
 střední škola s maturitou  
 vyšší odborná škola  
 vysoká škola

## ČÁST 2 - VYPLNÍ PACIENT

- 1) Bylo podstoupení vyšetření/ošetření z vašeho pohledu žádoucí?
  - .. ano
  - .. ne
  - .. nedokážu posoudit
  - .. jiné.....
  
- 2) Jaké vyšetření jste podstoupil/a?
  - .. vyšetření CT (počítačová tomografie), MR (magnetická rezonance), PET (pozitronová emisní tomografie)
  - .. zubní ošetření
  - .. gynekologické ošetření/vyšetření
  - .. interní
  - .. jiné – jaké.....
  
- 3) Kdo Vás na vyšetření doprovázel?
  - .. personál z psychiatrického oddělení (v civilním oblečení)
  - .. personál z psychiatrického oddělení (v pracovním oblečení - uniformě)
  - .. nikdo
  - .. rodinný příslušník
  - .. jiné.....
  
- 4) Jak jste byl/a vyzván/a ke vstupu do ordinace?
  - .. celým jménem
  - .. bez konkrétního oslovení (např. „další“)
  - .. názvem oddělení, ze kterého přicházíte („pojdte si vy z psychiatrie“ apod.)
  - .. jinak, napište jak.....
  
- 5) Jak jste byl/a oslovována během rozhovoru s lékařem
  - .. celým jménem
  - .. křestním jménem
  - .. příjmením
  - .. jinak, napište jak.....
  
- 6) Hovořil lékař:
  - .. na Vás
  - .. na Váš doprovod
  - .. nehovořil
  - .. jiné.....



- 7) Jak byste celkově ohodnotil/a péči, která Vám byla při ošetření/vyšetření poskytnuta?
- .. výborná
  - .. dobrá
  - .. dostačující
  - .. nedostačující
- 8) Pocítil/a jste nějaký projev nedůvěry vůči Vaší osobě v souvislosti s tím, že jste hospitalizován/a na psychiatrickém oddělení?
- .. ne
  - .. ano, popište jak se nedůvěra vůči Vám projevila.....
  - .....
- 9) Popsal/a byste chování zdravotníků provádějící ošetření/vyšetření k vaší osobě
- .. stejné, jako k ostatním pacientům na vyšetření
  - .. lepší, než k ostatním pacientům a pokud ano, v čem
  - .....
  - ...
  - .. horší, než k ostatním pacientům a pokud ano, v čem.....
  - .....

### ČÁST 3 - VYPLNÍ DOPROVOD PACIENTA

- 10) Jak byl/a pacientka, kterou jste doprovázel/a volán/a do ordinace?
- .. celým jménem
  - .. bez konkrétního oslovení (např. „další“)
  - .. názvem oddělení, ze kterého přicházíte („pojdte si vy z psychiatrie“ apod.)
  - .. jinak, napište jak.....
- 11) Hovořil lékař:
- .. na vás
  - .. na pacienta
  - .. nehovořil
  - .. jiné.....
- 12) Na vyšetření/ošetření byl/a pacientka volán/a
- .. v čase, na který byl/a objednána
  - .. v pořadí, ve kterém pacienti do ordinace dostavili
  - .. přednostně, pokud víte napište proč.....
  - .. později, pokud víte, napište proč.....
  - .. jinak, napište jak.....

## Příloha 8 - Anonymní dotazník – verze pro skupinu B

### DOTAZNÍK

Vážený pane/vážená paní,

prosím Vás o vyplnění tohoto anonymního dobrovolného dotazníku.

Dotazník je určen pro pacienty, kteří byli odesláni k lékařskému vyšetření/ošetření na jiném než psychiatrickém zdravotnickém pracovišti.

Získané údaje mi, po statistickém zpracování, poslouží jako podklady pro bakalářskou práci na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové – obor Ošetrovatelství a pedagogika ve zdravotnictví.

Téma práce: STIGMATIZACE KLIENTŮ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM NEPSYCHIATRICKÝMI ZDRAVOTNÍKY

#### Pokyny k vyplnění dotazníku:

Označte, prosím, Vaši odpověď ve čtverečkovém políčku křížkem, případně doplňte dalším slovním vysvětlením. Je-li to zapotřebí, můžete zvolit i více než jednu odpověď.

Hodnotíte Vaší poslední zkušenost s lékařským ošetřením/vyšetřením.

Mnohokrát děkuji za spolupráci.

Hana Mudrová

---

#### ČÁST 1 - CHARAKTER RESPONDENTŮ

1. Jste -  muž  žena

2. Do jaké věkové kategorie patříte?  méně než 20  
 20-29  
 30-39  
 40-49  
 více než 50

3. Vaše nejvýše dosažené vzdělání:  základní  
 učňovský obor  
 střední škola s maturitou  
 vyšší odborná škola  
 vysoká škola

## ČÁST 2 - VYPLNÍ PACIENT

1) Bylo podstoupení vyšetření/ošetření z vašeho pohledu žádoucí?

- .. ano
- .. ne
- .. nedokážu posoudit
- .. jiné.....

2) Jaké vyšetření jste podstoupil/a?

- .. vyšetření CT (počítačová tomografie), MR (magnetická rezonance), PET (pozitronová emisní tomografie)
- .. zubní ošetření
- .. gynekologické ošetření/vyšetření
- .. interní
- .. jiné – jaké.....

3) Kdo Vás na vyšetření doprovázel?

- .. zdravotnický personál (v civilním oblečení)
- .. zdravotnický personál (v pracovním oblečení - uniformě)
- .. nikdo
- .. rodinný příslušník
- .. jiné.....

4) Jak jste byl/a vyzván/a ke vstupu do ordinace?

- .. celým jménem
- .. bez konkrétního oslovení (např. „další“)
- .. názvem oddělení, ze kterého přicházíte („pojdte si vy z „chirurgie“ apod.)
- .. jinak, napište jak.....

5) Jak jste byl/a oslovována během rozhovoru s lékařem

- .. celým jménem
- .. křestním jménem
- .. příjmením
- .. jinak, napište jak.....

6) Hovořil lékař:

- .. na Vás
- .. na Vaš doprovod
- .. nehovořil
- .. jiné.....

7) Jak byste celkově ohodnotil/a péči, která Vám byla při ošetření/vyšetření poskytnuta?

- .. výborná
- .. dobrá
- .. dostačující
- .. nedostačující

8) Pocítil/a jste nějaký projev nedůvěry vůči Vaší osobě?

- .. ne
- .. ano, popište jak se nedůvěra vůči Vám projevila.....

9) Popsal/a byste chování zdravotníků provádějící ošetření/vyšetření k vaší osobě

- .. stejné, jako k ostatním pacientům na vyšetření
- .. lepší, než k ostatním pacientům a pokud ano, v čem.....
- ...
- .. horší, než k ostatním pacientům a pokud ano, v čem.....
- .....