

Pražská vysoká škola psychosociálních studií

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2017

Bc. MUSILOVÁ KATEŘINA

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



**Naplnění sexuálních potřeb klientů
v psychiatrických léčebnách s důrazem na
sexualitu**

Bc. Musilová Kateřina

Diplomová práce

Sociální práce se zaměřením na komunikaci a psychoterapii

Vedoucí práce: Mgr. Magdalena Koťová, Ph.D.

Prague College of Psychosocial Studies

**Fulfillment of sexual needs of clients in
psychiatric hospitals, with emphasis on sexuality**

Bc. Musilová Kateřina

Diploma Thesis

Diploma Thesis Work Supervisor: Mgr. Magdalena Koťová, Ph.D.

2017

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne

Podpis

Bc. Musilová Kateřina

ANOTACE

Diplomová práce se zabývá stále aktuální problematikou sexuálního života pacientů v psychiatrických nemocnicích. Jedná se o doposud nepříliš řešené téma, které se v odborné literatuře objevuje pouze okrajově. Práce je v teoretické části věnována duševním poruchám, současné psychiatrické péči v České republice a dotýká se také samotných lidských práv. Hlavním cílem práce je pomocí kvantitativního výzkumu zjistit, zda pacienti psychiatrických nemocnic mají možnost uspokojit své sexuální potřeby, plynoucí z přirozenosti každého člověka.

KLÍČOVÁ SLOVA: sexualita, pacient, psychiatrická nemocnice, duševní porucha

ABSTRACT:

This diploma thesis deals with the current issue of sexual life of patients in psychiatric hospitals. It is a topic which has not yet been solved, which is only marginally published in the literature. The theoretical part is devoted to mental disorders, present psychiatric care in the Czech Republic and also affects the human rights itself. The main objective of this work is to find out by quantitative research whether patients of psychiatric hospitals have the opportunity to satisfy their sexual needs arising from the nature of each person.

KEY WORDS: Sexuality, patient, psychiatric hospital, mental disorder

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji diplomovou práci vypracovala samostatně jen s použitím zdrojů uvedených v seznamu citované literatury.

V Praze 1. 7. 2017

.....
Bc. Kateřina Musilová

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat Mgr. Michaelle Častulíkové, za cenné rady, kterými mi byla při psaní diplomové práce nápomocná. A samozřejmě bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří se zúčastnili mé výzkumné části.

Obsah

ANOTACE	5
Obsah	8
ÚVOD.....	10
1 DUŠEVNÍ ZDRAVÍ.....	12
1.1 Duševní porucha	13
1.2 Možnosti dělení duševních nemocí.....	14
1.3 Příčiny vzniku duševních nemocí a způsoby léčby	16
2 VYBRANÉ TYPY DUŠEVNÍCH NEMOCÍ.....	19
2.1 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy	19
2.2 Vliv schizofrenie na běžný život jedince	21
3. ŽIVOTNÍ POTŘEBY	25
3.1 Sexuální potřeby a sexualita	29
3.1.1 Sex.....	31
3.1.2 Sebeuspokojování	31
3.1.3 Důvěrné sblížení	32
4. SEXUALITA A LIDSKÁ PRÁVA.....	33
4.1 Ochrana lidských práv v mezinárodních dokumentech.....	33
4.2 Sexuální a reprodukční práva.....	35
4.3 Ochrana lidských práv ve vnitrostátních dokumentech	36
5. Sexualita u lidí s duševním onemocněním	36
5.1 Oblasti obtíží lidí s duševním onemocněním	36
5.2 Sexuální dysfunkce	38
5.3 Organické příčiny.....	38
5.4 Funkční příčiny	40
5.5 Vliv psychofarmak na sexuální funkce.....	41
5.6 Problémy v sexuálním životě při některých psychiatrických poruchách..	41
5.6.1 Psychózy schizofrenního okruhu	41
5.6.2 Sexuální zneužívání u lidí s psychózou	42
6. PÉČE O OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM	43
6.1 Ambulantní péče	43
6.2 Komunitní péče	43
6.3 Lůžková péče	45

6.4 Personál pobytového zařízení	48
7. REFORMA PSYCHIATRIE V ČESKÉ REPUBLICE.....	52
8. VYMEZENÍ VÝZKUMNÉHO POJMU	54
8.1 Formulace hypotéz	54
9. METODY VÝZKUMU	55
9.1 Vlastní dotazník	55
9.2 Způsob distribuce dotazníku	55
9.3 Způsob zpracování dat	56
9.4 Charakteristika výzkumného souboru.....	56
10. VYHODNOCENÍ VÝZKUMU	57
10.1 Složení respondentů	57
Složení respondentů z hlediska pohlaví – klienti (Otázka č. 1).....	57
Tabulka č. 3: Složení respondentů (klienti) z hlediska pohlaví	57
10.2 Verifikace hypotéz	61
10.2.1 Hypotéza č. 1.....	61
10.2.2 Hypotéza č. 2.....	66
10.3 Diskuze.....	68
10.3.1 Hypotéza č. 1.....	68
10.3.2 Hypotéza č. 2.....	69
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	73
SEZNAM TABULEK	78
SEZNAM PŘÍLOH.....	79
PŘÍLOHA P1: DOTAZNÍK PRO KLIENTY	80
PŘÍLOHA P2: DOTAZNÍK PRO PRACOVNÍKY	83
BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE.....	86

ÚVOD

Jedním z nejčastěji diskutovaným tématem dnešní doby, je duševní onemocnění, které je bohužel především médií předkládáno s negací a obrazy vyvolávající strach. Důsledkem toho, přetrvává ve společnosti přesvědčení a víra v nutnost izolace lidí s duševním onemocněním, aby byl zbytek společnosti chráněn. Na druhou stranu, se ovšem objevují hlasy především odborníků, kteří vyvolávají diskuze zejména v souvislosti s chystanou reformou psychiatrické péče. Tyto hlasy poté volají po lepším financování psychiatrické péče či zvýšení počtu psychiatrů. Nedostatek lékařů a financí vede k tlaku na psychiatry a na snižování času, který pacient na pravidelné kontrole má k dispozici. Je totiž mnohem výhodnější ošetřit pět pacientů během hodiny, než dva, na které by bylo více času a tím více prostoru pro řešení jejich situace a okamžiků, do kterých se dostávají v průběhu své léčby. Není prostor, probrat se svým lékařem skutečnost, že psychiatrické léky ovlivňují sexuální život, potřeby a touhy, že zvyšují nebo snižují chuť k jídlu, mění nálady, způsobují silnou únavu a sami o sobě dělají pacientův život náročným.

Při psaní diplomové práce, jsem sociálním pracovníkem chráněného bydlení pro lidi s duševním onemocněním, především se schizofrenií, spadajícím pod neziskovou organizaci na jihu Čech. Náplní mé práce byla především snaha pomoci klientům s přechodem z ústavní péče zpět do běžného života. A právě s tímto přechodem byly spojeny i otázky týkající se sexuality, vlivu psychiatrických léků na sexuální potřeby, potřeba lásky či porozumění. Protože, jsem při plnění svých pracovních povinností pracovala především s lidmi se schizofrenií, vybrala jsem si toto onemocnění jako základní prvek svého empirického výzkumu. V souvislosti s výkonem svého povolání, jsem měla často pocity, že potřeby klientů jsou vlastně opomíjeny, respektive, že se jich jen málokdy někdo ptá, co by vlastně chtěli, co si přejí a hlavně, co by potřebovali. V první kapitole práce popisují duševní zdraví. Ve druhé se poté zaměřuji na vybrané typy duševních onemocnění. Následuje kapitola o životních potřebách. Ta je následována čtvrtou kapitolou, jenž obsahuje sexualitu a následně i lidská práva s ní spojená. Poté, v páté kapitole hovořím o sexualitě osob s duševním onemocněním. V šesté kapitole se zmiňuji o péči o osoby s duševním onemocněním. Tato kapitola je následována kapitolou o reformě psychiatrické péče. Praktickou část uvádím popisem zkoumaného vzorku, kterým byli respondenti s diagnózou schizofrenie, kteří byli v danou chvíli hospitalizováni v psychiatrických nemocnicích a mezi které jsem distribuovala 100

dotazníků. Druhou skupinou respondentů byli pracovníci v sociálních službách díky svému komplexnějšímu zapojení do péče o pacienta s psychiatrickým onemocněním. Mezi ty bylo distribuováno 70 dotazníků. Sběr dat probíhal v psychiatrických nemocnicích v Jižních Čechách a v psychiatrické nemocnici Dobřany. Důvodem výběru byla spolupráce Nemocnice České Budějovice a.s. (psychiatrické oddělení) s výše uvedenými zařízeními. To v důsledku znamená, že občané jižních Čech byli při propuknutí, rozvoji nebo zhoršení psychiatrického onemocnění odesíláni psychiatrickým oddělením do jedné z výše uvedených nemocnic. V praktické části rovněž popisují metodiku výzkumu a jeho výsledky.

1 DUŠEVNÍ ZDRAVÍ

„Pojem zdraví je základní kategorií medicíny i ošetřovatelství. Má aspekty biologické, psychologické a sociální, které vyjadřují sepětí člověka s prostředím.“¹

Autoři dále uvádí, že zdraví je podmínkou dobré fyzické a psychické pohody a dobré kvality života. Zdravý člověk je schopen seberealizace, umí se postarat sám o sebe, přizpůsobit prostředí, vykonávat svoji práci, plnit sociální role a není omezen žádnou nemocí. Světová zdravotnická organizace popsala v roce 1948 zdraví jako stav, který není jen o nepřítomnosti nemoci, poruchy či nějaké tělesné vady, ale definovala ho jako komplexní pohodu ve všech lidských aspektech. Tedy jako plnou tělesnou, sociální a duševní spokojenost.²

V roce 1977 se objevuje realističtější definice zdraví v souvislosti s celosvětovou kampaní „Zdraví pro všechny“. Zní tak, aby bylo pochopeno, že zdraví je o schopnosti vést sociálně a ekonomicky produktivní život. Definice zcela jasně vyjadřuje touhu člověka vést harmonický život. Zdraví je hodnota individuální, sociální, která ovlivňuje kvalitu života člověka.³

Výstižně to vyjádřil dr. Halfdan Mahler, bývalý generální ředitel WHO: „Zdraví není všechno, ale všechno ostatní bez zdraví nestojí za nic.“⁴ Což je dle mého názoru věta, pod kterou by se podepsali nejen pacienti s duševním onemocněním, ale každý člověk.

Duševně zdravý člověk, je schopen přijímat a adekvátně zpracovávat informace, řešit problémy, logicky myslet, umí plánovat a plány také uskutečňovat, je schopný podílet se na změnách a vytvářet kolem sebe nové věci. Také umí komunikovat a to nejen s okolím, ale také sám se sebou, aktivně se zúčastňuje dění kolem sebe, dobře se adaptuje na nové situace. Lze ho poznat podle citové vyrovnanosti, schopnosti zvládat své vlastní emoce a zároveň umění se uvolnit. Duševně zdravý člověk dokáže pracovat a je schopen si udržet

¹ MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ *Psychiatrická ošetřovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1151-6, st. 15.

² tamtéž

³ tamtéž

⁴ MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ *Psychiatrická ošetřovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1151-6, st. 16

partnerský život a zároveň má schopnost přizpůsobovat se situacím a přiměřeně na ně reagovat.⁵

1.1 Duševní porucha

„Kdo je to vlastně blázen. Slovo blázen bývá velmi často používáno hanlivě, ale nepravdivě. Když totiž odebereme od slova blázen čárku nad a, vzniká slovo blazen, a když přidáme ještě háček nad z, vzniká slovo blažen. Blazen, blažen je tedy blazen, blažen, tedy blazován, blažován z různých zdrojů, nevyjímajíc sebe. Slovo blázen mluvnicky významově tedy znamená prostě a jasně šťastný člověk.“⁶

Diplomová práce je zacílena na osoby s duševním onemocněním a proto považují za vhodné, na úvod práce uvést kapitolu zabývající se samotným pojmem „duševní onemocnění“. Definicí tohoto pojmu existuje celá řada. V současnosti však neexistuje celosvětově uznaná definice duševního onemocnění. Použiji proto definici, která je uvedena v Psychologickém slovníku. Duševní porucha je *„klinicky prokazatelná změna duševní činnosti, která vyřazuje člověka z práce, společenského života či zodpovědnosti při právních úkonech“*.⁷

WHO dále uvádí, že v dnešní době trpí některou z duševních poruch až 450 milionů lidí. Duševním onemocněním mohou trpět osoby z různých prostředí, všech věkových kategorií, pohlaví či společenského postavení. Diagnóza duševního onemocnění ovlivňuje kvalitu života nejen konkrétního pacienta, ale i jeho rodiny a blízkých a to především v oblastech zaměstnání, bydlení a sociálních vztahů.⁸

Definice duševního onemocnění jako samostatného celku je velmi důležitá, zároveň je však potřeba si uvědomit, že se pod tímto pojmem ukrývají jednotlivé duševní nemoci, se všemi svými charakteristikami, které je možno dále zařadit do různých kategorií. Proto v další kapitole uvedu tři hlavní možnosti rozdělení duševního onemocnění.

⁵ MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1151-6

⁶ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese* Vyd. 3, Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

⁷ HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000, s. 424.

⁸ WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The world health report 2001: mental health : new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization, 2001.

1.2 Možnosti dělení duševních nemocí

Pro účely diagnostiky se v České republice používá Mezinárodní klasifikace nemocí, tzn. MKN, publikovaná a přibližně po deseti letech aktualizovaná WHO. Zde jsou jednotlivé duševní nemoci řazeny do kategorií dle shodných znaků a symptomů.

MKN-104 (desátá revize) věnuje duševním nemocem V. kapitolu s názvem Poruchy duševní a poruchy chování F00 – F99. Tyto poruchy jsou poté pod písmenem F rozděleny následovně⁹:

F00–F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických

F10–F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek

F20–F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

F30–F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)

F40–F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

F50–F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

F60–F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

F70–F79 Mentální retardace

F80–F89 Poruchy psychického vývoje

F90–F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání

F99 Neurčená duševní porucha

MKN je ve velké míře ovlivňován podrobnější americkou klasifikací DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders), kterou vydává Americká psychiatrická asociace.

První verze, tedy DSM-I¹⁰ byl první využitelný manuál duševních poruch. V průběhu let došlo k několika aktualizacím až do současné podoby. Přestože je DSM rozšířením doplněním MKN, není v české praxi příliš používán. Oba tituly by měli být používány

⁹ SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE. MKN – 10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. 2. akt. vyd. Přeložil Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Praha: Bomton Agency, 2008.

¹⁰ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV. 4. ed., 4. print. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1995.

především k určení přesné diagnózy. Jako u všech manuálů, i zde jsou možná rizika, která je potřeba si uvědomit a to především že:

- každý pacient je individuální a je potřeba k tomu tak přistupovat, i když mají pacienti stejnou diagnózu. To, co jednomu vyhovuje, může mít na druhého negativní vliv
- duševní porucha je diagnostikována většinou za přispění určitých syndromů, které ale mohou mít více příčin ¹¹

Další variantou, jak lze dělit duševní onemocnění, je dle příčiny jejich vzniku a to na primární (funkční) a sekundární (organické).

¹²Organické duševní poruchy mohou vzniknout úrazem, poraněním či poškozením mozku, které je natolik závažné, že dojde k přechodné či trvalé mozkové dysfunkci. Do této kategorie můžeme zařadit různé typy demencí, mentální retardace či deliria. U organických poruch je tedy prokazatelně dáno, že vznikají vlivem somatického onemocnění, což u funkčních poruch prokázáno není. Neznamená to však, že by biologické faktory neměly vůbec žádný vliv na funkční poruchy. Jen je zřejmé, že nejsou primární příčinou jejich vzniku.

Třetí možnost jak rozdělit duševní onemocnění, je míra, s jakou je zasažena osobní integrita. Zde jsou dvě hlavní kategorie a to psychotické poruchy (neboli psychózy) a neurotické poruchy (neboli neurózy).

V Psychologickém slovníku se lze dočíst, že psychóza je pojem používaný především pro

„označení těžkých duševních chorob, při nichž je zpravidla

a) ztracen kontakt jedince s realitou,

b) vnímání, prožívání, cítění i vůle jsou těžce deformovány,

c) chybí vědomí nemoci.“¹³

¹¹ SMOLÍK, Petr. Duševní a behaviorální poruchy: Průvodce klasifikací, Nástin nozologie, Diagnostika. Praha: MaxdorfJessenius, 1996.

¹² VAŠINA, Lubomír. Základy psychopatologie a klinické psychologie. Brno: Institut mezioborových studií Brno, 2008.

¹³ HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. Psychologický slovník. Praha: Portál, 2000, s. 489

Tato definice jasně ukazuje, že psychózou lze označit závažnou duševní nemoc, pro kterou je charakteristické především narušení vnímání, myšlení a prožívání, přičemž dochází k tomu, že si nemocný svoji situaci neuvědomuje či vůbec nepřipouští. Psychóza tedy dokáže svojí závažností významně zasáhnout integritu osobnosti. Samotná deformace vnímání a prožívání se projevuje především častou či neustálou přítomností halucinací a pro poruchy myšlení je potom typická přítomnost bludů. Do kategorie psychóz můžeme zařadit především schizofrenii a afektivní poruchy.

U neuróz dochází pouze k částečnému zasažení osobnosti a to především v oblasti chování, myšlení zůstává nedotčené. Nejdůležitějším rozdílem je skutečnost, že v případě neurózy, si nemocný svoji nemoc připouští a uvědomuje, což u psychóz není možné. Mezi nejčastější neurózy patří úzkostné stavy a různé druhy fobií. ¹⁴

1.3 Příčiny vzniku duševních nemocí a způsoby léčby

Faktory, které ovlivňují vznik, vývoj a případnou léčbu duševního onemocnění, jsou biologické, psychologické a sociální. ¹⁵

Z biologického hlediska příčiny vzniku duševních nemocí lze říci, že vše úzce souvisí s postižením centrální nervové soustavy, ke kterému dochází zejména v případě poranění či poškození mozku. Konkrétní příčinou pak mohou být hypoxie mozku, zánět mozku, chronická intoxikace, závažné úrazy hlavy či metabolické a endokrinní poruchy. ¹⁶

Úroveň rizika vzniku duševního onemocnění ovlivňují do velké míry i genetické předpoklady, nicméně samotný způsob genetického přenosu je složitý. Genetické vlivy navíc velmi významně souvisí s životním stylem, tedy tomu, čemu je člověk vystaven (rodinné vztahy, onemocnění, zanedbávání, izolace či trauma). Rodové dispozice jsou

¹⁴ FOUCAULT, Michel. Psychologie a duševní nemoc. Přeložila Věra Dvořáková a Richard Vyhlídal. Praha: Dauphin, 1999.

¹⁵ PRAŠKO, Ján, Petr MOŤNÝ a Miloš ŠLEPECKÝ, a kol. Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch. Praha: Triton, 2007.

¹⁶ RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTOVÁ. Psychiatrie: minimum pro praxi. 4. rozš. vyd. Praha: Triton, 2006

důležité, ale i nadále platí fakt, že samotná predispozice k něčemu, se během života nemusí vůbec nikdy projevit.¹⁷

S vývojem, výchovou, sociálním prostředím a osobnostními předpoklady souvisí psychické a sociální faktory. Vznik duševního onemocnění může být ovlivněn charakterem, temperamentem, ale i událostmi, které člověka během života potkaly (životní tragédie, ztráta zaměstnání, dlouhodobé somatické onemocnění). Dále pak vývojovými procesy (puberta, odchod z rodiny) či stresovými faktory, mezi které patří především situace v rodině a partnerském vztahu. Důležitým sociálním faktorem je také ekonomická situace daného člověka a jeho rodiny. Sociální situace, může mít velmi výrazný vliv nejen na vznik duševního onemocnění, ale i na jeho následný průběh a případnou léčbu.¹⁸

Příčinami vzniku duševního onemocnění se zabývá i Mahrová.¹⁹ Ta říká, že na vzniku duševního onemocnění, se nejčastěji podílí komplexní souhrn faktorů. V současné době, však u některých nemocí nelze určit přesnou příčinu, a pokud je v anamnéze více možných faktorů pro vznik duševního onemocnění, je velmi problematické dohledat konkrétní a hlavní příčinu propuknutí duševní poruchy.

Nejen Mahrová²⁰ a Smolík²¹, ale zcela určitě i mnoho dalších autorů se shoduje na tom, že ke každému člověku s duševním onemocněním je nutno přistupovat individuálně. Shodná diagnóza neznamená stejné životy, stejnou prognózu, zázemí, silné a slabé stránky, osobnostní rysy a je proto naprosto nezbytné přistupovat ke každému jako k jedinečné bytosti.

Existuje hned několik možností léčby a i zde platí, že co je dobré pro jednoho, nemusí být dobré pro druhého.

¹⁷ WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The world health report 2001: mental health : newunderstanding, new hope*. Geneva: World Health Organization, 2001.

¹⁸ tamtéž

¹⁹ MAHROVÁ, Gabriela. *Psychiatrické minimum*. In: Gabriela MAHROVÁ, Martina VENGLÁŘOVÁ, a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008.

²⁰ tamtéž

²¹ SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy: Průvodce klasifikací, Nástin nozologie*, Diagnostika. Praha: MaxdorfJessenius, 1996.

V rámci svého zaměstnání a při vzdělávací přípravě na vznik center duševního zdraví, se nejen v této problematice ukázalo, že nejúspěšnější a nejideálnější léčbou je léčba komplexní. To znamená, že je do ní zahrnuta nejen **farmakoterapie**, ale také **psychoterapie** (důležitá pro pochopení nemoci, života s ní, vyřešení minulosti) a **socioterapie**, která se zaměřuje především na sociální problematiku. Důležitost každé léčby, by měla navazovat na individuální potřeby nemocného.

Farmakoterapie

V psychiatrii se v souvislosti s farmakoterapií požívá pojem psychofarmaka, což jsou léky, které ovlivňují psychický stav člověka. Dosud se neustálilo jednoznačné dělení, ale v současné době mají psychofarmaka čtyři kategorie – antipsychotika, antineurotika, antidepresiva a stimulantia. Na správný a pozitivní účinek psychofarmak mají vliv nejrůznější faktory. Je to především vztah člověka k lékům všeobecně, jak jsou jeho tělem přijímány, zda se u něj objevují pozitivní účinky nebo naopak velké množství nežádoucích účinků.²²

Psychoterapie a socioterapie

„Psychoterapie je zvláštní psychologická péče poskytovaná potřebným lidem, tedy lidem, kteří jsou vnitřně destabilizováni, či jim tato destabilizace hrozí.“²³ Cílem je odstranění či alespoň zmírnění obtíží, které přináší samotná duševní nemoc nebo na jejímž vzniku se podílí psychologické a sociální faktory, se kterými se dá v rámci psychoterapie pracovat. Psychoterapie by měla nemocnému umožnit vidět cesty, po kterých jít a také by mu měla ukázat, jak si poradit s překážkami, které na cestě potká.

Socioterapii může být společností považována za určitý druh léčebného působení, které se stává nedílnou součástí celého léčebného procesu. Do socioterapie můžeme zařadit především sociální rehabilitaci, která mimo jiné řeší oblasti bydlení (např. chráněné

²² VAŠINA, Lubomír. *Základy psychopatologie a klinické psychologie*. Brno: Institut mezioborových studií Brno, 2008.

²³ VYMĚTAL, Jan. *Úvod do psychoterapie*. Praha. 3.aktual. doplněné vydání. Grada, 2011.

bydlení), práce (pracovní terapie, práce v chráněných dílnách apod.) či volnočasové aktivity pomocí sociálně terapeutických dílen.²⁴

2 VYBRANÉ TYPY DUŠEVNÍCH NEMOCÍ

V úvodu této kapitoly je potřeba říci, že duševní poruchy, které se týkají psychického vývoje (F80-F89), poruch chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání (F90-F98) a mentální retardace (F70-F79), nejsou předmětem této práce a budou proto zcela vynechány. Diplomová práce je zacílena na dospělé osoby a proto se domnívám, že cílová skupina dětí a dospívajících je natolik specifická, že by bylo potřeba ji věnovat samostatnou a obsáhlou pozornost.

Protože si autorka této práce vybrala jako zkoumaný vzorek osoby s diagnózou schizofrenie, bude následující text zaměřen přímo na ní.

2.1 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

„Podle dnešních představ nejsou psychotické poruchy způsobené jedinou příčinou, ale spíše společným působením řady dílčích příčin. Některé z nich jsou vrozené, zděděné, jiné jsou způsobeny vlivem prostředí, v nichž nemocný žije a událostmi, které během života potkal.“²⁵

Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy jsou dle Vágnerové závažná duševní onemocnění, jež se projevují již chronickým narušením myšlení či vnímáním, poruchou emotivity a osobnostní integrity.²⁶

Jedním z předních autorů, kteří se příčinami vzniku schizofrenie zabývají, je Pavlovský²⁷. Ten v první řadě říká, že genetické vlivy vzniku onemocnění jsou nesporné. Za další možnou příčinu vzniku uvádí drobné anatomické anomálie v limbickém systému, na

²⁴ BUCHTOVÁ, Božena, a kol. *Nezaměstnanost: psychologický, ekonomický a sociální problém*. Praha: Grada, 2002

²⁵ PRAŠKO, Ján, Martin BAREŠ, Jiří HORÁČEK, Dagmar SEIFERTOVÁ a Jiří ŠÍPEK. *Psychotická porucha a její léčba: příručka pro nemocné a jejich rodiny*. Praha: Maxdorf, 2001. st. 17

²⁶ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese* Vyd. 3, Praha: Portál, 2004. 80-7178-802-3.

²⁷ PAVLOVSKÝ, Pavel. *Schizofrenie*. In: Jiří RABOCH, Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTOVÁ. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 4. rozš. vyd. Praha: Triton, 2006.

čemž se může podílet mnoho vedlejších faktorů, jedním z nich je například infekční onemocnění matky v průběhu těhotenství. Tyto anomálie se poté mohou projevit v době, kdy dochází v prenatálním stádiu k vývoji centrální nervové soustavy.

Dále také zmiňuje, že se schizofrenie velmi často vyskytuje u lidí z nižších společenských vrstev. Příčinou těchto skutečností může být fakt, že schizofrenie natolik ovlivní další život člověka (zaměstnání, partnerské vztahy, finanční situace, bydlení), že po propuknutí tohoto onemocnění dojde k propadu v sociálních rolích a společenském žebříčku.²⁸

Schizofrenie nemá zcela jasný klinický obraz a tak mohou být její symptomy velmi různorodé. Jednotlivé příznaky se mohou dělit na **pozitivní** (zkreslené vyjádření standartních funkcí) a **negativní** (úbytek standartních funkcí). Pozitivními symptomy můžeme označit bludy, halucinace či kontrolu chování. Pod negativními symptomy se ukrývá apatie, zpomalenost myšlení, či útlum emočních reakcí.²⁹

Mezi typy schizofrenie patří paranoidní schizofrenie, pro kterou je naprosto charakteristický izolovaný blud s paranoidním obsahem a halucinace. Nemocný je k celému svému okolí patologicky podezřívavý, je přesvědčen, že je sledován, pronásledován nebo že si o něm ostatní zjišťují informace. Často se objevují sluchové halucinace, které přikazují, co má dělat, jak se má chovat.³⁰

Dalším typem je hebefrenní schizofrenie, která zasahuje osobnost člověka v době, kdy dochází k jejímu vytváření a stabilizování. Ze začátku proto mnohdy vypadá pro okolí duševně nemocného člověka jako prodloužená puberta, kde je hlavním rysem chování neodpovídající věku, nemístné uvažování a porucha myšlení, která je obohaceno o pseudofilozofické myšlení, které není podloženo vlastními znalostmi. Velmi často také mají osoby s hebefrenní schizofrenií problémy s emočním prožíváním.³¹

Variantou schizofrenie, je i katatonní typ u něhož se rozlišují dvě formy. Produktivní, která se vyznačuje nadměrnou a nepřiměřenou pohybovou aktivitou, čili paradoxním chováním – opakování stejných slov, vět či pohybů a stuporózní forma, jenž je naopak

²⁸ PAVLOVSKÝ, Pavel. *Schizofrenie*. In: Jirí RABOCH, Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTOVÁ. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 4. rozš. vyd. Praha: Triton, 2006.

²⁹ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese* Vyd. 3, Praha: Portál, 2004. 80-7178-802-3.

³⁰ tamtéž

³¹ tamtéž

charakterizována celkovým zpomalením a útlumem veškeré pohybové aktivity. Pacienti například vydrží velmi dlouho v jedné poloze, nemluví či projevují odpor při pokusech o aktivizaci.

Posledním typem je simplexní schizofrenie, jenž má plíživý vznik. Na začátku je lehce zaměnitelná s poruchou osobnosti. Nemocní často nerespektují běžné sociální normy, jsou bez zájmu o cokoli, izolují se od společnosti. Jsou nápadní svojí neschopností plnit i jednoduché úkoly. Jejich myšlení postupně degraduje až na úroveň demence.³²

Toto rozdělení je ovšem pouze teoretické. V praxi se lze setkat s nakombinovanými variantami či s tím, že dojde k překrývání jednotlivých typů onemocnění.

2.2 Vliv schizofrenie na běžný život jedince

Potřeby jedinců se schizofrenií ovlivňují negativně kvalitu celého jejich života. Jedinci mají často problém v oblasti sociálního začleňování, financí, zaměstnání a především mezilidských vztahů. Kvalitu života pacientů můžeme posuzovat objektivním či subjektivním pohledem. Objektivní pohled pro nás může být životní úroveň nemocných, do čehož můžeme zahrnout finanční situaci, materiální zabezpečení a sociální situaci. Subjektivním pohledem jsou potom výpovědi konkrétních osob.³³

Důležitou roli pro vliv nemoci na člověka, však hraje i samotný charakter nemoci, její závažnost a případné spojení s následujícími problémy (alkohol, drogy, agresivita atd.). Rodič či partner/ka mohou trpět pocitem osamění, který se může ještě zhoršit podle kvality vztahu, který s pacientem má. Nedostatek potřebných znalostí napomáhá k pocitům beznaděje pro blízké každého pacienta. Některým pacientům lze pomoci snadno, ale u některých je pomoc složitější. Vše záleží na samotné osobnosti pacienta, příznacích, intervalu relapsů, apod. Každou atakou onemocnění dochází k významné změně postavení jednotlivých členů rodiny, vůči sobě samotným i vůči okolí. Samotný pacient, se dostává do stavů deprese, přestává být schopen vlastních podnětů a reakcí. Životy jeho

³² VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese* Vyd. 3, Praha: Portál, 2004. 80-7178-802-3.

³³ BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a František KOUKOLÍK. *Schizofrenie: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004, 437 s. ISBN 80- 7262-277-3.

blízkých se dostávají do koloběhu vzteku, vyčerpání, stresu. Velice často sami nevědí jak nemoc zvládat. Buď podceňují jednotlivé příznaky nemoci, nebo naopak obráceně, příznaky výrazně přeceňují. Rodina musí denně snášet komplikace a problémy, které postupem času s nemocí přichází. Trpí odmítáním okolí, diskriminací i samotou. Každý den vidí následky této nemoci, a to nejen z hlediska finančního, ale i z hlediska odpovědnosti vůči sobě a okolí. Každý nový den, pomalu učí jednotlivé členy rodiny zvládat nové situace, které plynou z nemoci jejich příbuzného.³⁴

Součástí duševního onemocnění bývá velmi často i neschopnost si svou nemoc uvědomit – chybí tzv. náhled na nemoc. Nedostatečný náhled pak může mít velmi negativní dopad na případnou léčbu a vůbec jakékoliv snahy změnit následky této nemoci.³⁵

Pavlovský³⁶ jednoduše shrnuje důležité problémové oblasti, které s sebou přináší schizofrenie. Mezi psychologické problémy řadí především narušené, zpomalené či nesouvislé myšlení, omezenou pozornost, emoční oploštělost, přecitlivělé reakce na stres a jakékoliv zátěžové situace, vysoké riziko propuknutí depresí nebo užívání jakýchkoliv návykových látek a suicidálního chování.

Veškeré projevy nemoci mohou mít vliv na vznik sociálních problémů, mezi které můžeme zařadit vysoké riziko nezaměstnanosti, s tím související potíže s hledáním vhodného zaměstnání, dále na problémy v souvislosti se sociálními vztahy a vlastním uplatněním se ve společnosti.³⁷

Vliv má především i to, v jakém stádiu nemoci se osoba zrovna nachází. Může být zrovna v atace – propuknutí příznaků nebo v remisi, při které dojde k vymizení příznaků nemoci a případně v relapsu, který se vyznačuje koncem remise a navrácením příznaků nemoci.

38

³⁴ GAY, Christian. *Bipolární porucha: rady pro rodiny a blízké osob s maniodepresivními stavy*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, 135 s. Rádcí pro zdraví. ISBN 978-80-7367-668-1.

³⁵ PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014.

³⁶ PAVLOVSKÝ, Pavel. Schizofrenie. In: Jiří RABOCH, Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTOVÁ. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 4. rozš. vyd. Praha: Triton, 2006.

³⁷ tamtéž

³⁸ LOVSKÝ, Pavel. Schizofrenie. In: Jiří RABOCH, Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTOVÁ. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 4. rozš. vyd. Praha: Triton, 2006.

Schizofrenie je těžká a složitá nemoc, mluvit a psát bychom o ní mohly hodiny a je otázkou, zda i to by stačilo. Pro nemocného a jeho rodinu, je výrazně stigmatizujícím onemocněním, které člověka naprosto zásadně ovlivňuje ve všech životních oblastech a má výrazný dopad na kvalitu jeho života.

Vaňurová³⁹ rozlišuje dvě nejzákladnější skupiny činitelů, které výrazně ovlivňují život jedince. Patří tam:

- Vnitřní činitel – „*somatické a psychické vybavení ovlivněné onemocněním, poruchou, defektem či defektivitami. Mezi vnitřní činitele patří všechny aspekty ovlivňující rozvoj a integritu osobnosti handicapovaného.*“
- Vnější činitel – „*představují podmínky jejich existence. Jedná se o ekologické, společensko-kulturní, výchovně vzdělávací, pracovní, ekonomické a materiálně technické faktory.*“

Myslím si, že je zároveň na místě říci, že duševní onemocnění a vlastně ani žádné jiné, nemusí být ze své podstaty negativní. Pro někoho, se totiž onemocnění může stát výzvou, životní překážkou, kterou je s pomocí všech dostupných sil nutno překonat. Takový bojovník, poté dělá vše proto, aby se negativní důsledky, vůbec nemohly projevit. I přesto, ho však může potkat mnoho překážek.⁴⁰

Jednou z nejvýraznějších je společenská izolace. Ta může mít příčinu nejen v samotné nemoci či v jejich charakteristických projevech, ale v dlouhodobé hospitalizaci v psychiatrické nemocnici, při které je člověk odtržen ze svého přirozeného prostředí a sociálního okolí.⁴¹

Při svém povolání jsem se denně setkávala s další velmi častou a mnohdy zásadní příčinou společenské izolace, které byly naši klienti vystaveni. Důvodem byly hluboce zakořeněné předsudky a stereotypy, panující o duševním onemocnění, které tak u našich klientů mnohdy vedly až k jejich diskriminaci. Pro tento stav je používáno především slovo „stigma“. Skutečnost, že duševní onemocnění je velmi stigmatizujícím onemocněním,

³⁹ In VAŇUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2005. s. 18.

⁴⁰ 3 VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2003.

⁴¹ ĎURECH, Oldřich. *Klient s duševním onemocněním v sociálních službách*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Benepal, 2014.

nelze popřít. Bohužel jsem se mnohokrát setkala s tím, že tím nebyli zasaženi jen sami nemocní, ale i jejich rodiny.

Ve společnosti bohužel stále přetrvávají obavy, strach a hlavně neznalost duševních nemocí, čímž je napomáháno vzniku mnohých mýtů. A byť se organizace věnující lidem s duševním onemocněním snaží o destigmatizační kampaně, jejich úsilí je ničeno médii. Ty podporují a vědomě rozšiřují mýty, při kterých duševní onemocnění spojují s velkým množstvím trestných činů.

Na druhou stranu je však potřeba říci, že jistě existují i lidé, kteří přemýšlejí o duševním onemocnění jinak a nejsou tak plni předsudků, ba naopak se ve velké míře snaží těmto lidem i jakýmkoliv způsobem pomoci. Nejednoho z nás napadne, otázka: „Co ale vlastně lidé s duševním onemocněním potřebují?“ WHO⁴² v této souvislosti popisuje potřebnou péči ve čtyřech oblastech:

- Lékařskou péči
 - Ve které je především včasné rozpoznání nemoci, dostatečná edukace o nemoci a možnostech léčby, kvalitní zdravotní péči nebo například psychologickou pomoc
- Rehabilitace
 - sociální podpora, možnosti vzdělávání, denní a dlouhodobá péče,...
- Komunitní péče
 - Destigmatizační kampaně, zapojení do společnosti, pomoc při uplatňování lidských práv
- Rodina
 - Finanční podpora, rodinná soudržnost, krizová pomoc, aj.

⁴² WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The world health report 2001: mental health : new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization, 2001. s. 60.

3. ŽIVOTNÍ POTŘEBY

*„Potřeby, pudy a touhy, motivují lidské bytosti k nejrůznějším typům chování“.*⁴³

Pokud bychom měli jen stručně charakterizovat pojem „životní potřeba“, dalo by se říci, že potřeba je na jedné straně buď něčeho nedostatek, nebo naopak něčeho přebytek. *„Potřeba je stav osobnosti odrážející rozpor mezi tím, co je dáno, a tím, co je nutné (nebo se jeví osobnosti jako nutné) pro přežití a rozvoj, stav podněcující osobnost k činnostem zaměřeným na odstranění tohoto rozporu“*⁴⁴.

Pokud budeme chtít vycházet z této definice, tak všeobecně platí, že jakákoliv energie, která se stává hnací silou k dosažení nějakého cíle, vzniká vlastně rozporem mezi tím, co je dáno a co je nutné. Definice pojmu potřeby je v psychologickém slovníku vysvětlena Hartlem⁴⁵ jako *„nutnost organismu něco získat, nebo něčeho se zbavit, též stav organismu člověka, který znamená porušení vnitřní rovnováhy nebo nedostatek ve vnějších vztazích osobnosti; opakem je stav rovnováhy, nepřítomnosti aktuální potřeby“*. Potřebu Čáp⁴⁶ však také vysvětluje jako *„vlastnost organismu, která pobízí k vyhledávání určité podmínky nezbytné k životu a k vyhýbání se nepříznivým podmínkám“*. Hned poté však upozorňuje na to, že se nejedná pouze o biologické uspokojování potřeb, ale i o potřeby, které nás pohánějí k aktivaci a zajištění podmínek pro rozvoj naší osobnosti.

Uspokojení základních životních potřeb, bývá mnohdy a mnohými chápáno jako hromadění různých předmětů, majetku, peněz. Nic z toho ale neuspokojuje základní potřeby, jimiž jsou ochrana a bezpečí, sounáležitost, respekt a v neposlední řadě svoboda rozvinout vlastní nadání či se realizovat ve svém vlastním já.⁴⁷

Maslow⁴⁸ zjistil, že pořadí životních potřeb není náhodné, ale jsou seřazeny podle biologické naléhavosti a jejich síla se stupňuje podle vnitřně nastavených priorit. Lze tedy říct, že pokud o uspokojení žádají dvě potřeby, uspokojena bude ta, jež má větší

⁴³ MASLOW, Abraham Harold. *O psychologii bytí*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262- 0618-7. st. 9

⁴⁴ SMĚKAL, Vladimír. *Pozvání do psychologie osobnosti*. Vyd. 2. Praha: Barrister & Princípál, 2004. ISBN 80-86598-65-9, st. 239

⁴⁵ HARTL, Pavel. *Psychologický slovník*. Vyd. 3. Praha: Jiří Budka, 1996. ISBN 80-901549-0-5. st. 151

⁴⁶ ČÁP, Jan, ČECHOVÁ, Věra, ROZSYPALOVÁ, Marie. *Psychologie. Obecná psychologie pro střední pedagogické školy*. Vyd. 3. Praha: H&H, 1998. ISBN 80-86022-36-6. st. 66

⁴⁷ MASLOW, Abraham Harold. *O psychologii bytí*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262- 0618-7

⁴⁸ tamtéž

naléhavost či sílu. Dřívější teorie tvrdily, že vyšší lidské motivy, jsou pouze sekundární, neboť se neobjevují u všech. Později se však zjistilo, že to, že se vyšší pohnutky neprojevují tak naléhavě jako jiné, neznamená, že musejí být pouze sekundární, ale že se mohou lišit jen mírou naléhavosti. Základní lidské potřeby jsou velmi rozmanité, od hladu či žízně, až po potřebu lásky nebo sebeúcty. Všechny mají něco společného. Jsou to totiž potřeby něčeho, co má motivační schopnost aktivovat nějaký deficit.

Veškerý nedostatek má jedno stejné a tím je ovlivnění našeho vnímání skutečnosti. Také zkreslují naše vnímání reality, neboť nás nutí, abychom si dávali požadavky: „*Miluj mě! Respektuj mě!*“ Čím větší máme potřebu, tím více budeme jednat nejen se svým okolím, ale také sami se sebou podle toho, do jaké míry to všechno může urychlit naplnění našich potřeb. Je zcela jasně dokázáno, že součástí lidské bytosti, jsou nejen fyziologické, ale také psychologické potřeby. Lze je paradoxně považovat za nedostatky, které musí být naplněny, aby nevznikla nemoc či subjektivní strádání, protože:

- Deprivace způsobuje u člověka neustálou potřebu uspokojení
- Pokud nedojde k naplnění potřeb, člověk může vlivem nedostatku onemocnět
- Naplnění potřeb má žádoucí účinek na chorobu vzniklou deficitem⁴⁹

Níže uvedené potřeby spolu úzce souvisí hierarchickým a vývojovým způsobem a jsou uspořádány podle své síly a důležitosti. „*Bezpečí je silnější, naléhavější a životně důležitější potřebou než například láska, a potřeba potravy je obvykle silnější než obě uvedené potřeby.*“⁵⁰

Hierarchii potřeb bychom mohli nakreslit do trojúhelníku, přičemž jejich postavení je od základny po vrchol:

- Fyziologické potřeby – potřeba potravy, tekutin, vyměšování, kyslíku, spánku, odpočinku, sexuálního uspokojení, vyhnutí se bolesti
- Potřeby bezpečí – jistoty, stálosti, spolehlivosti, struktury, pořádku, pravidel a mezí, osvobození od strachu, úzkosti a chaosu
- Potřeby sounáležitosti – lásky, náklonnosti, shody a ztotožnění, potřeba někam patřit

⁴⁹ MASLOW, Abraham Harold. *O psychologii bytí*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262- 0618-7.

⁵⁰ Tamtéž str. 209

- Potřeby uznání – sebedůvěry, sebeúcty, prestiže
- Potřeby seberealizace – sebenaplnění, potřeba uskutečnit to, čím daná osoba potenciálně je⁵¹

Nejzákladnější lidské potřeby (fyziologické, bezpečí, sounáležitosti a úcty) jsou Maslowem označovány jako potřeby nedostatkové (potřeby deficiencie) a pátá kategorie, je pak označována jako potřeba růstová. Obecně však lze říci, že níže položené potřeby jsou pro člověka významnější a jejich alespoň částečné uspokojení je důležitou podmínkou pro vznik méně naléhavých a vývojově výše postavených potřeb. Nelze to však říci zcela bezvýhradně a je doloženo, že uspokojení vyšších potřeb (estetických, duchovních) může mnohdy napomoci v těžkých životních situacích, ve kterých je možnost uspokojení nižších potřeb něčím omezena. Za nejvyšší potřebu, je Maslowem považována potřeba seberealizace, jíž označuje lidskou snahu naplnit své nabyté schopnosti a záměry. „*Jsou-li potřeby lásky, pozice a seberealizace zablokované nebo jsou-li nějak narušené, neuspokojené či ohrožené, ať už tak subtilními frustracemi, jako je pokárání za nedbalost, nebo tím, že s námi druzí nepočítají, když se organizuje návštěva filmového představení, nebo tím, že nás nikdo neoceníl, když jsme odvedli dobrou práci, pak pocítujeme úzkost, neklid, napětí*“⁵².

Obecně lze potřeby rozdělit na tzv. biologické – primární nižší potřeby a na sekundární - vyšší potřeby. Mezi primární potřeby můžeme zařadit např. spánek, potravu, pocit bezpečí a jistoty, potřebu dýchání, vyprazdňování apod. Vyšší potřeby jsou potom již spojeny se samotnou socializací jedince. Helus⁵³ je člení do pěti nejzákladnějších skupin:

- **Potřeby poznávací** – sem můžeme zařadit potřebu získat informace, nové poznatky a zajímavosti či zkusit si sám řešit své vlastní problémy, stále se vzdělávat

⁵¹ HOLEČEK, Václav, Jana MIŇHOVÁ a Pavel PRUNNER. *Psychologie pro právníky*. 2., rozš. vyd. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2007. Právnícké učebnice (Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk). ISBN 978-80-7380-065-9. str. 130

⁵² SMÉKAL, Vladimír. *Pozvání do psychologie osobnosti*. Vyd. 2. Praha: Barrister & Principál, 2004. ISBN 80-86598-65-9. str. 246

⁵³ HELUS, Zdeněk. *Psychologie pro střední školy*. Praha: Fortuna, 1999. ISBN 80-7168-406-6.

- **Potřeby sociální** - například potřeba obliby, potřeba sociálního statusu, potřeba prestiže, dominance, potřeba imitace a identifikace.
- **Potřeby aktivity** – tato potřeba se může projevovat rozmanitými způsoby, např. potřeba odreagování nebo naopak potřeba pracovní činnosti, herní, sportovní, rekreační, zájmové.
- **Potřeby výkonové** – tyto potřeby jsou závislé na individualitě každého jedince podle jeho vytyčení si určitých cílů, kterých se snaží dosáhnout a vydobýt si tak uznání okolí a sebeuspokojení.
- **Potřeby existenciální** – tato potřeba je velmi důležitá, jedná se o potřebu smyslu života. Každý si totiž v určité životní etapě snaží vyřešit otázku smyslu vlastní existence a snaží se odpovídat na otázky, které mu život přinese. Neuspokojením této potřeby může dojít k životní krizi jedince.⁵⁴

Maslow⁵⁵ se také zmiňuje o možnosti definovat „základní potřebu“ i z hlediska psychopatogeneze. Položil si jednu základní otázku: „Proč jsou lidé neurotičtí?“ Odpověď, která může zaznít, je ta, že neuróza může vzniknout ve svém úplném počátku z nedostatku či uspokojení nějaké potřeby. Nepřítomnost naplnění nějaké důležité potřeby způsobuje nemoc. Při své praxi přišel na to, že když se zmíněné nedostatky odstraní, tak u většiny poruch dojde ke zlepšení, přičemž porucha ustoupí nebo úplně zmizí. Typické znaky dlouhodobého nedostatku základních potřeb jsou:

- Pokud nedostatek potřeb vyvolá nemoc
- Přítomnost uspokojených základních potřeb zabrání vzniku nemoci
- Jejich obnovení léčí nemoc
- V určité situaci s volnou možností výběru, dává deprivovaná osoba přednost uspokojení této potřeby před jiným typem uspokojení

⁵⁴ HELUS, Zdeněk. *Psychologie pro střední školy*. Praha: Fortuna, 1999. ISBN 80-7168-406-6.

⁵⁵ MASLOW, Abraham Harold. *O psychologii bytí*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0618-7.

3.1 Sexuální potřeby a sexualita

*„Je láska základním lidským motivem? Ne, pokud neslouží hlubším vlastním zájmům nebo sexualitě“.*⁵⁶

Nikoho by nenapadlo zpochybňovat prohlášení odborníků, že naše tělo potřebuje jod či vápník. Nesmíme však zapomínat na to, že existuje mnoho důkazů o tom, že potřeba lásky je pro člověka stejně životně důležitá jako cokoli jiného. Touha po lásce, je jednoznačně porucha pramenící z nedostatku. Zdravý člověk nedostatek nepocítuje, stačí mu přijímat lásku v pravidelných, malých a udržovacích dávkách. A také dokáže po určité období žít bez ní.⁵⁷

Maslow (2014) říká, že: *„uspokojená potřeba by měla vymizet, což znamená, že lidé žijící v uspokojivých láskyplných vztazích by měli s menší pravděpodobností dávat a přijímat lásku.“* Provedené studie ale naopak ukazují, že nasycení lidé mají menší potřebu lásku přijímat, ale o to více ji dokážou dávat.

Důvěrné vztahy a sexualita, jsou velmi důležitou a často opomíjenou oblastí zotavování. *„Naše současná sexuální morálka má své kořeny v židovsko-křesťanské kulturní tradici.“*⁵⁸

Abychom si ujasnili, co vlastně sexualita v lidském životě znamená, je nejprve nutné si ujasnit rozdíl mezi sexualitou a běžně používaným termínem sex. Samostatné slovo sex, je nejčastěji používáno ve smyslu pohlavního styku, což se stává zavádějícím, neboť by mělo být používáno pouze ve smyslu pohlaví.⁵⁹

Sexualita tak není tím stejným jako sex. Je neoddělitelnou součástí života každého jedince, kterého provází po celý jeho život. Vlastní pojem sexualita, zahrnuje pohlaví, genderovou identitu, sexuální orientaci, fantazie, postoje, životní hodnoty, role či vztahy. A přesto, že může zahrnovat všechny výše uvedené pojmy, nemusí být všechny naplněny či vyjádřeny. Sexualita je ovlivněna vzájemnou interakcí biologických, psychologických,

⁵⁶ MASLOW, Abraham Harold. *O psychologii bytí*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262- 0618-7. str. 9

⁵⁷ tamtéž

⁵⁸ ZVĚŘINA, Jaroslav. *Sexuologie (nejen) pro lékaře*. Brno: CERM, 2003. ISBN 80-7204-264-5. st. 11

⁵⁹ THOROVÁ, Kateřina a Hynek JÜN. *Vztahy, intimita a sexualita lidí s mentálním handicapem nebo s autismem*. Praha: Asociace pomáhající lidem s autismem, 2012. ISBN 978-80-87690-08-6.

sociálních, ekonomických, politických, kulturních, etnických, právních, historických a duchovních faktorů.⁶⁰

Lidská sexualita je od počátku mnoha způsoby regulována. V těch nejstarších dobách byla ovlivňována především tabuizací. Dodržování jasných pravidel bylo kontrolováno celou komunitou a za jejich porušení následoval dopředu stanovený trest prováděný přímo v komunitě, které se to týkalo. V době rozkvětu křesťanství bylo tabu nahrazeno hříchem, což bylo porušení nějakého zákazu nebo nařízení od autority. Provedení trestu poté bylo převáděno opět na autoritu. V době osvícenství byl objeven koncept rizika, které přesně vystihovalo roli „prokletí ve svobodě rozhodnutí“. Každý člověk tak musel racionálně uvážit možnou pravděpodobnost, s jakou by mohlo dojít k nežádoucím důsledkům jeho chování. V současnosti je pojetí sexuality propleteno všemi výše uvedenými pojmy. Tabu je o kolektivní dohodě, hřích je výsledek individuálního selhání a riziko je o individuální odpovědnosti.⁶¹ Spojení těchto pojmů je možným důvodem, proč je problematika lidské sexuality stále vnímána jako tak složitá.

Pro mnoho lidí, je myšlenka na sexualitu v rámci psychiatrické diagnózy nepředstavitelná. V rámci hospitalizace nebo následné léčby, dochází velmi často k třídění podle pohlaví a nedostatku soukromí. Mnoho lidí s duševním onemocněním pociťuje útoky na svoji sexualitu i formou vedlejších účinků léků, doporučením od psychiatrů nebo rodinných příslušníků na to, aby se vyhnuli důvěrným nebo sexuálním vztahům. Útoky na svoji sexualitu mohou pocítit však i chybějícím prostorem pro intimní záležitosti, či v mnoho dalších situacích, které podkopávají, snižují či ignorují sexualitu lidí s duševním onemocněním. „*Ta nejskvělejší a v maximální možné míře uzdravující služba, kterou lze nabídnout lidem a psychiatrickým onemocněním, je chovat se k nim s úctou a respektem jako k lidským bytostem. To znamená vážít si nás v našem plném člověčenství, včetně sexuality a touhy milovat a být milován*“ - Patricia E. Deegan, psychologka a propagátorka zotavování s vlastní zkušeností.⁶²

⁶⁰ Sexual and reproductive health. *World Health Organization* [online]. 2004 [cit. 2017-07-24]. Dostupné z: http://who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/sexual_health/en/

⁶¹ ŠULOVÁ, Lenka, Tomáš FAIT a Petr WEISS. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: MAXDORF, 2011. ISBN 978-80-7345-238-4.

⁶² RIDGWAY, Priscilla, Diane MCDIARMID, Lori DAVIDSON, et al. *Cesty k zotavení*. Přeložila Jitka CHARVÁTOVÁ. Lawrence: University of Kansas school of social welfare, 2014. ISBN 978-1-5031-7191-6.

3.1.1 Sex

V mnoha z nás už jen to slovo vzbuzuje celou řadu emocí a reakcí. Mnoho lidí se začne v tu chvíli cítit nepříjemně, pocitují stud a tlak a to především proto, že si vše spojí s vlastní sexualitou. Ač je všude kolem nás, stále je sexualita nepříjemné téma. Pro některé, je intimita a sexualita velmi složitá a tak je mnohem bezpečnější se jí vyhýbat. Lidé s duševním onemocněním se velmi často v dětství nebo dospělosti setkali s nějakým typem týrání. Jakékoliv sexuální zneužití nebo zneužívání, může způsobit nebo prohloubit duševní onemocnění. „*Pokud se dokážete poučit z tvrdých ran, dokážete se poučit i z jemných dotyků*“ - Carolyn Kenmore, americká modelka⁶³. Je velmi důležité se za svoji sexualitu nestydět a nedovolit, aby prožité zneužití nebo zneužívání zničilo schopnost být sexuální bytostí s jasnými potřebami, touhami a pocity. Vlastní otevřenost vůči všem svým potřebám, pocitům a vyjádření naší smyslnosti je velmi důležité pro překonání stigmatu a schopnosti hájit své potřeby.⁶⁴

3.1.2 Sebeuspokojování

Pokud mluvíme o sexualitě, vybaví se nám především párová aktivita. U lidí s duševním onemocněním, ale velmi často převažuje autostimulace. Sebeuspokojování je osobní způsob, jak se naladit sami na sebe a naučit se milovat nejen své tělo, ale i celé své já. Tím, že si dovolíme uspokojit své potřeby, pracujeme na svém plném zotavení. Americká spisovatelka Jennifer Louden píše ve své knize o věcech, které doporučuje mít a které nám v případě autoerotiky udělají dobře. Patří mezi ně například:

- Prostor, kde je absolutní soukromí
- Sexuální představy
- Hudba dle vlastního výběru
- Olejíčky či lubrikační gel⁶⁵

⁶³ tamtéž

⁶⁴ tamtéž

⁶⁵ RIDGWAY, Priscilla, Diane MCDIARMID, Lori DAVIDSON, et al. *Cesty k zotavení*. Přeložil Jitka CHARVÁTOVÁ. Lawrence: University of Kansas school of social welfare, 2014.

3.1.3 Důvěrné sblížení

Je to spojení s jinou osobou na mnohem hlubší úrovni, a to především v oblasti porozumění. Schopnost důvěrného sblížení je nezbytnou součástí duševního a fyzického zdraví každého člověka. Pod důvěrností si lze představit dotek ruky, úsměv, pohlazení, patří tam však i sdílení snů či nahoty. Důvěrnost jako taková, je součástí celé škály vztahů, ale to hlavní u čeho si ji představíme, je sexuální partner. „*Pamatujte na moc, kterou vytváří důvěrný vztah.*“ - Daphne Rose Kingma, americká duchovní učitelka a autorka⁶⁶.

Aby mohlo probíhat vše výše uvedené, je nutno mít sexuální zdraví, což je WHO⁶⁷ definováno jako stav naprosté komplexní pohody ve vztahu k samotné sexualitě, neznamená to však jen nepřítomnost onemocnění, poruchy nebo dysfunkce. Sexuální zdraví potřebuje pozitivní přístup nejen k samotné sexualitě, ale také k sexuálním vztahům a možnosti prožívat sexuální zkušenosti bez strachu, diskriminace, nátlaku či násilí. V sexuálním zdraví musí být zachována a plně respektována veškerá sexuální práva.

Sexualita je stejně jako samotné duševní onemocnění tabuizována a opředena mýty. Ovlivněna je médii a především společností, ve které nyní žijeme. Naplňování sexuálních potřeb je celá staletí podmiňováno společenskými pravidly a normami, ve kterých se hovoří o tom, co je správné a co je zakázané. Milostný cit k druhému člověku je ale pro každého člověka vysokou hodnotou a jinak tomu není ani u lidí s duševním onemocněním. Pojem lidské sexuální chování obsahuje všechny aktivity od výběru partnera, signály o zájmu, přes postupné sblížení až k samotnému pohlavnímu aktu a z něho případně plynoucího rodičovství. S intimním životem také velmi úzce souvisí vlastní životní styl, schopnost fungování ve vztahu či v rodině, role, které nemocný v životě zastává. Vnitřní stigmatizace začíná být v této chvíli velmi patrná, kdy příkladem mohou být lidé s psychózou, neboť ve chvíli kdy u nich dost často nastává první ataka

⁶⁶ tamtéž

⁶⁷ WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The world health report 2001: mental health : new understanding, new hope.* Geneva: World Health Organization, 2001

onemocnění, jejich vrstevníci zažívají první vážné vztahy a první seznámení se sexualitou.⁶⁸

4. SEXUALITA A LIDSKÁ PRÁVA

Ochrana lidských práv je pořád poměrně novým fenoménem. Do čela se začala dostávat až v polovině 20. století a to především jako reakce na 2. světovou válku. Od té doby, však vzniklo mnoho dokumentů, které chrání jak obecná lidská práva, tak ty sexuální a reprodukční. Speciálním znakem této problematiky je však přiznání objektivního charakteru lidských práv. To v podstatě znamená, že lidská práva nejsou poskytována přes zvláštní právní statut, který je možné zrušit, ale jsou spojena s lidskou bytostí jako takovou či s příslušností k některé z konkrétně definovaných skupin.⁶⁹

4.1 Ochrana lidských práv v mezinárodních dokumentech

Prvním mezinárodním dokumentem chránícím lidská práva, se roku 1948 stala všeobecná deklarace lidských práv, která byla vydána OSN. Tato deklarace mimo jiné vyhlásila, že se lidé rodí svobodní a sobě rovní co do důstojnosti a práv, že každý má všechna práva a všechny svobody bez jakéhokoliv rozlišování, všichni mají právo na stejnou ochranu proti diskriminaci a nikdo nemůže být vystaven svévolnému zasahování do soukromého života, ani útokům na svou čest a pověst.⁷⁰

Všeobecná deklarace se stala impulzem pro Radu Evropy, která v roce 1950 přijala Úmluvu o ochraně lidských práv a základních svobod. Její přijetí je podmínkou pro vstup států do Rady Evropy. I zde je zákaz diskriminace či garance práva na soukromý a rodinný život.⁷¹

Evropská unie nechala dlouho oblast lidských práv jen na radě Evropy, až v roce 1999 byla vypracována Listina základních práv Evropské unie. Právní závaznost získala v roce

⁶⁸ *Sexualita lidí s duševním onemocněním. Uc@bnaNET* [online]. Ing. Jiří Neuman, 2015 [cit. 2017-07-24]. Dostupné z: <https://ucebna.net/mod/resource/view.php?id=504>

⁶⁹ ČERNÁ, Dagmar. *Standart lidských práv v Evropě*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2009. ISBN 978-80-87146-21-7.

⁷⁰ OSN: *Všeobecná deklarace lidských práv* [online]. [cit. 2017-07-26]. Dostupné z: http://www.osn.cz/knihovna/dokumenty/článek_1-12

⁷¹ *Evropská úmluva o ochraně lidských práv* [online]. [cit. 2017-07-26]. Dostupné z: http://www.echr.coe.int/Documents/Convention_CES.pdf

2009, kdy začala platnost Lisabonské smlouvy a ačkoliv není Listina její součástí, stala se součástí primárního práva a získala stejnou sílu jako zakládající smlouvy. Je nejrozsáhlejším dokumentem chránící lidská práva a z práv v ní uvedených, ve spojitosti s tématem diplomové práce, stojí především za zmínku konstatování, že lidská důstojnost je nedotknutelná a musí být respektována a chráněna. Garantováno je také právo na tělesnou a duševní integritu, respektování soukromého života a ochrana před diskriminací na základě věku, postižení či sexuální orientace.⁷²

⁷² *Charta základních práv Evropské unie* [online]. [cit. 2017-07-26]. Dostupné z: http://www.euroskop.cz/gallery/6/2090-charta_zakladnich_prav_1.pdf

4.2 Sexuální a reprodukční práva

V roce 1978 vznikla Světová asociace sexuologie, která se dnes jmenuje Světová asociace pro sexuální zdraví (World association for sexual Health, dále jen WAS). Ta byla založena nevládními organizacemi, které si daly za cíl podporovat sexuální zdraví a sexuální práva na celém světě. Od počátku svého založení se zabývá klinickou sexuologií či podporou zdraví. V současné době se zapojuje převážně do prosazování změn, týkající se uznání sexuálního zdraví jako jedné z klíčových složek komplexního zdraví.⁷³ V roce 1999 přijala WAS Deklaraci sexuálních práv, v níž mimo jiné uvádí, že sexualita je součástí každého jedince, že sexuální práva jsou univerzálním lidským právem, založeným na důstojnosti, svobodě a především rovnosti.⁷⁴ Členem WAS se stala i Česká sexuologická společnost, která se zavázala sepsanou Deklaraci dodržovat.⁷⁵

Na mezinárodním kongresu v Sydney 2007, který se týkal sexuálního zdraví, vyhlásila WAS Deklaraci sexuálního zdraví pro třetí tisíciletí. V ní vyzývá vlády, instituce i veřejnost k důsledné podpoře a zajištění sexuálních práv, která jsou nedílnou součástí základních lidských práv. Deklarace obsahuje osm cílů zahrnující:

- Podporu a ochranu sexuálních práv
- Genderovou rovnost a spravedlnost
- Odstranění všech forem diskriminace související se sexualitou
- Zajištění univerzálního přístupu ke komplexnímu vzdělání a informovanosti o sexualitě
- Zajištění programu reprodukčního zdraví jako hlavní součásti sexuálního zdraví
- Zastavení šíření HIV / AIDS a jiných sexuálně přenosných infekcí (STI)
- Zjišťovat a řešit sexuální obavy, dysfunkce a poruchy
- Dosáhnout uznání sexuálního potěšení jako součásti holistického zdraví a blahobytu

⁷³ *World Association for Sexual Health: History* [online]. 2013 [cit. 2017-07-26]. Dostupné z: <http://www.worldsexology.org/organisation/history/>

⁷⁴ *World Association for Sexual Health: Declaration of Sexual Rights* [online]. 2013 [cit. 2017-07-26]. Dostupné z: <http://www.worldsexology.org/resources/declaration-of-sexual-rights/>

⁷⁵ *Sexuologická společnost: Právní normy* [online]. [cit. 2017-07-26]. Dostupné z: <http://www.sexuologickaspolecnost.cz/pravni-normy>

Sexuální zdraví je více než absence choroby. Právo na sexuální potěšení by mělo být všeobecné.⁷⁶

4.3 Ochrana lidských práv ve vnitrostátních dokumentech

Základní lidská práva v České republice chrání Ústava České republiky a Listina základních práv a svobod. Jsme také vázáni řadou mezinárodních smluv, některé už byly výše zmíněny. Dohled na dodržování těchto dokumentů má Rada vlády, která se mimo jiné zabývá i ochranou zdravotně postižených občanů, rovností mužů a žen a sexuálními menšinami.⁷⁷ Velmi důležitým dokumentem je také antidiskriminační zákon č.198/2009 Sb. v aktuálním znění o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací.⁷⁸

5. Sexualita u lidí s duševním onemocněním

S postupným rozvojem péče o nemocné s duševní poruchou se čím dál častěji mluví o kvalitě jejich života. Mezi jednu z hlavních oblastí, která něco vypovídá o kvalitě života, je oblast vztahů, možnost rodičovství a intimní život. Po celá staletí panuje předsudek, že nemocný člověk zásadně nemá žádné sexuální potřeby a pokud je má, lze jejich uspokojení odložit na později. U chronických duševních onemocnění to však znamená odložit jejich řešení navždy. Současná otázka ohledně destigmatizace lidí s duševním onemocněním přináší celou řadu otázek, kterými je nutné se zabývat a které není možné nechat na později.⁷⁹

5.1 Oblasti obtíží lidí s duševním onemocněním

První oblastí je přímé ovlivnění sexuality nemocí a její následnou léčbou. Lidé, kteří jsou se svým onemocněním hospitalizováni na psychiatrickém oddělení či v psychiatrické nemocnici, často trpí ztrátou intimity. I když se psychiatrické nemocnice snaží zlepšovat podmínky svých pacientů, často jsou oddělení, kde se nachází pokoje až pro osm pacientů. Pacienti nemají rovněž s ohledem na prostor, ve kterém se nacházejí, soukromí pro kontakt s partnerem či partnerkou, neboť to v rámci psychiatrického zařízení není

⁷⁶ Sexual Health for the Millennium. World Association for Sexual Health [online]. [cit. 2017-07-27]. Dostupné z: <http://176.32.230.27/worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/millennium-declaration-english.pdf>

⁷⁷ Vláda České republiky [online]. [cit. 2017-07-27]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/cz/ppov/rlp-uvod-17537/>

⁷⁸ Zákony pro lidi: Antidiskriminační zákon [online]. 2015 [cit. 2017-07-27]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-198>

⁷⁹ tamtéž

téměř nikde možné. Je však důležité vidět sexuální chování člověka v celém nabízeném pojmu. Oblastí, která je také velmi důležitá, je vznik obtíží, které jsou způsobené sníženými kognitivními schopnostmi i možnostmi duševně nemocných. Mezi ty patří například sociální dovednosti jako je schopnost chápat kontext situace, či správná forma komunikace, které jsou důležité pro kvalitní fungování jakýchkoliv vztahů. Nemocní mnohdy netuší jak pracovat se svým tělem, se sexualitou, s intimní hygienou či se začínají objevovat zábrany v seznamování, případně vznikají naivní a nereálná očekávání.⁸⁰ Každý člověk má nárok na to, aby vedl uspokojivý sexuální život. Ten se u každého liší pouze projevy, možnostmi a touhami. Dle Deklarace sexuálních práv podle Světové sexuologické asociace existuje několik práv ve vztahu k sexuálnímu zdraví. Těmi jsou:

- Právo na rovnost a zákaz diskriminace
- Právo na život, svobodu a bezpečnost osoby. Každý má právo na život, svobodu a bezpečnost, která nemůže být libovolně ohrožena, omezena nebo odebrána z důvodů týkajících se sexuality.
- Právo na autonomii a tělesnou integritu - Každý má právo svobodně ovládat a rozhodovat o záležitostech týkajících se jejich sexuality a těla.
- Nikdo nesmí být vystaven mučení a krutému, nelidskému nebo ponižujícímu zacházení nebo trestu – v rámci sexuality - nucenou sterilizací či potratem a nelidského či ponižujícího zacházení z důvodů týkajících se sexu, pohlaví, sexuální orientace, genderové identity a tělesné rozmanitosti.
- Právo být osvobozen od všech forem násilí a nátlaku
- Každý musí být osvobozen od násilí a nátlaku spojeného se sexualitou - znásilnění, sexuálního zneužívání, sexuální vykořisťování a otroctví, panenství
- Každý má právo na soukromí související se sexualitou, sexuálním životem a volbami týkajícími se vlastního těla
- Každý má právo na nejvyšší dosažitelnou úroveň zdraví a blahobytu ve vztahu k sexualitě a na získání příjemných, uspokojujících a bezpečných sexuálních zážitků. To vyžaduje dostupnost a přijatelnost kvalitních zdravotních služeb a přístup k podmínkám, které ovlivňují a určují zdraví včetně sexuálního zdraví.
- Právo využívat přínos vědeckého pokroku a jeho aplikace

⁸⁰ tatmtěž

- Právo na informace - každý má přístup k vědecky přesným a srozumitelným informacím týkajících se sexuality, sexuálního zdraví a sexuálních práv prostřednictvím různých zdrojů.
- Právo na vzdělání a právo na komplexní sexuální výchovu
- Právo vstupovat a zrušit manželství a jiné podobné vztahy
- Právo rozhodnout se zda má mít děti
- Právo na svobodu myšlení, názoru a vyjádření -vyjádřit svou vlastní sexualitu například prostřednictvím vzhledu, komunikace a chování
- Právo na svobodu sdružování, pokojné shromažďování a demonstrování o sexualitě, sexuálním zdraví a sexuálních právech.
- Právo na účast ve veřejném a politickém životě
- Každý má právo na přístup ke spravedlnosti, nápravě a odškodnění za porušování jejich sexuálních práv.⁸¹

5.2 Sexuální dysfunkce

Sexuální dysfunkce zahrnují různé stavy, při kterých se osoba nemůže podílet na sexuálním vztahu takovou mírou, jakou by si přál. Postrádá zájem či uspokojení, chybí jí vlastní fyziologické reakce pro účinný sexuální vztah nebo nedokáže prožívat orgasmus. Sexuální reaktivitu lze chápat jako komplexní psychosomatický proces, ve kterém se na samotném vzniku vlastních poruch podílejí jak nejen psychologické, ale i somatické děje. Někdy lze snadno prokázat organickou a psychologickou etiologii, ale v mnoha případech je obtížné určit vlastní vliv psychologických a organických faktorů.⁸² U lidí s duševním onemocněním se často kombinuje psychosomatický podklad poruchy s vlivem psychofarmak.

5.3 Organické příčiny

Mezi organické příčiny můžeme zařadit anomálie pohlavních orgánů, zánětlivá onemocnění pohlavních orgánů, neurologické poruchy, endokrinní poruchy, vaskulární poruchy, toxické vlivy a diabetes mellitus.

⁸¹ World Association for Sexual Health: Declaration of Sexual Rights [online]. 2013 [cit. 2017-07-26]. Dostupné z: <http://www.worldsexology.org/resources/declaration-of-sexual-rights/>

⁸² KRATOCHVÍL, Stanislav. *Sexuální dysfunkce*. 3. doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-2476-8.

- anomálie pohlavních orgánů - nedostatečné vyvinutí pohlavního údu, úrazy či nemoci
- zánětlivá onemocnění pohlavních orgánů
- neurologické poruchy – nádory na páteři, úrazy páteře, mozkové léze a nádory
- endokrinní poruchy – výrazné změny v hladinách hormonů
- vaskulární poruchy – v současnosti mají největší význam, buď při nich dojde k ucpání nebo zúžení tepny nebo není dostatečně zablokované žilní odtékání a přitékající krev tak zase rychle odeče
- toxické a lékové vlivy – účinky alkoholu jsou známé, příležitostně zvyšuje libido, při dlouhodobém užívání snižuje erekci. Erektilita je však ovlivněna i některými léky, mezi které patří i psychofarmaka. V tomto ohledu je však důležitá velikost dávky a délka užívání samotného léku. Při dlouhodobém užívání se negativní účinky velmi často zvyrazňují a po vysazení se stav může vrátit do normálu.⁸³ Žourková⁸⁴ uveřejnila krátkou pětibodovou Arizonskou pětibodovou škálu sexuálních funkcí, ve které je každá položka posuzována šestibodovým skóre dle Likerta. V té nízké skóre ukazuje na nenarušené sexuální funkce a vysoké skóre naopak na jejich narušení. Celkový výsledek, který je vyšší než 18 ukazuje na sexuální dysfunkci, skóre vyšší než 5 v jedné položce nebo skóre vyšší než 4 ve třech položkách škály označují sexuální dysfunkci. Celkové skóre lze použít pro diagnostiku pacientů se sexuální dysfunkcí, způsobenou užíváním psychofarmak.
 - Zájem o sex
 - Snadnost dosažení sexuálního vzrušení
 - Schopnost dosažení a udržení erekce (ženy lubrikace)
 - Snadnost dosažení orgasmu
 - Uspokojení z orgasmu

Diabetes mellitus - způsobená potence neuropatií nervového systému v lumbální oblasti

⁸³ KRATOCHVÍL, Stanislav. *Sexuální dysfunkce*. 3. doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-2476-8.

⁸⁴ ŽOURKOVÁ, Alexandra. Měření poruch sexuálních funkcí při léčbě psychofarmaky. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2002, 2002, 3 [cit. 2017-07-25]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2002/02/02.pdf>

5.4 Funkční příčiny

Sexuální život ukazuje také na stav psychiky člověka, na jeho spokojenost v partnerství a vztahy v rodině. Vlivy konfliktů, stresů a traumatických zážitků tvoří základ pro vznik tzv. funkčních poruch. Mezi funkční poruchy tak lze zařadit:

a) Situační faktory – nevhodné či nepříznivé podmínky pro uskutečnění pohlavního styku, nedostatek soukromí, vlastní obavy z otěhotnění či nákazy.

b) Traumatizující zážitky – události spojené se sexuálním životem, které díky vzpomínkám vyvolávají strach, pocity studu, méněcennosti. Velmi závažné jsou následky sexuálních traumat – zneužívání a znásilnění.

c) Partnerské problémy – rozpory mezi partnery, hádky, nevěra, nepřátelské chování jednoho nebo obou partnerů, ochladnutí vztahu, nedostatek porozumění, domácí násilí.

d) Osobnostní problémy na straně muže nebo ženy. Špatné přijetí neúspěchu, očekávání nezdarů, úzkostné prožívání. Obtíže mohou způsobit také nejasnosti v sexuální orientaci, deviantní sexualita.⁸⁵

Základní projevy dysfunkcí u mužů

- Poruchy erekce (nedostatečná, chybějící)
- Poruchy ejakulace (předčasná, opožděná, chybějící)
- Poruchy apetence

Základní projevy dysfunkcí u žen

- Nezájem až odpor k sexuálnímu styku
- Bolestivý sexuální styk
- Poruchy orgasmu
- Vaginismus⁸⁶

⁸⁵ KRATOCHVÍL, Stanislav. *Sexuální dysfunkce*. 3. doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-2476-8.

⁸⁶ *Sexualita lidí s duševním onemocněním. Uc@bnaNET* [online]. Ing. Jiří Neuman, 2015 [cit. 2017-07-24]. Dostupné z: <https://ucebna.net/mod/resource/view.php?id=504>

5.5 Vliv psychofarmak na sexuální funkce

Antidepressiva mívají pozitivní dopad na onemocnění, nicméně jejich nežádoucím účinkem je především snížení apetence a poruchy orgasmu, stejně tak antipsychotika tlumí zájem o sex a reakci organismu na jakékoliv erotické podněty. Příznakem tohoto nežádoucího účinku je snížená lubrikace u žen a poruchy erekce u mužů. Společně s nimi, tlumí sexuální aktivitu a funkce také skupina anxiolytik. Ty mohou být velkým pomocníkem při stavech úzkosti a silných obav, neboť odpadne pocit strachu a napětí. Hypnotika tlumí veškeré reakce, a proto mohou být snadno zneužitelná při násilných sexuálních činech. Stimulancia zvyšují iniciativu nemocného. Zvětšují sexuální touhu i následnou aktivitu.⁸⁷

5.6 Problémy v sexuálním životě při některých psychiatrických poruchách

5.6.1 Psychózy schizofrenního okruhu

Počátek onemocnění začíná velmi často již na samém začátku období dospívání. Mladí lidé tak díky tomu neprožijí běžný vývoj vztahů, protože v době kdy vrstevníci zkoušejí první partnerský život, oni se nachází v psychiatrických nemocnicích či se učí žít s vědomím vlastní duševní nemoci. Po propuknutí psychózy se náhle objevuje řada faktorů, které úspěšně brání běžnému sexuálnímu vývoji a životu v páru.

Samo onemocnění je dost často dostatečnou bariérou pro navazování sociálních vztahů. Objevuje se úzkost, obavy z lidí a vlastní symptomy duševního onemocnění zaměstnávají pacienta natolik, že mu nezbývá síla na nic jiného. Obavy z lidí mohou dokonce nabýt takové intenzity, že není vůbec možné vztah vytvořit a nemocný se tak uzavírá v bludném kruhu osamění. Negativní symptomy, které přichází se zahájenou léčbou či samotnou nemocí (zvyšování hmotnosti, padání vlasů, změna kognitivních funkcí, apod.) navíc snižují atraktivitu nemocného pro případné partnery. Při propuknutí ataky přichází na řadu většinou dlouhodobá hospitalizace následovaná farmakologickou léčbou, která ve většině případů působí útlum sexuálního zájmu a další sexuální dysfunkce. Navíc pobyt v psychiatrickém zařízení neumožňuje běžný sociální kontakt a tak zde mohou vznikat vztahy pouze mezi pacienty. Není ani ojedinělý výskyt pacientů, kteří se zamilují do personálu.

⁸⁷ *Sexualita lidí s duševním onemocněním. Uc@bnaNET* [online]. Ing. Jiří Neuman, 2015 [cit. 2017-07-24]. Dostupné z: <https://ucebna.net/mod/resource/view.php?id=504>

Vše tak vypovídá o velké frustraci nejen sexuální, ale především o nenaplnění jedné ze základních životních potřeb a to důvěrného kontaktu či intimity sdílené s druhou osobou. Při rozhovorech s nemocnými se jako nejčastější přání objevuje nález zdravého partnera. Trvalá frustrace, pocit nízké vlastní hodnoty či omezené možnosti seznámení mohou vést k navazování nerovných vztahů nebo deprivaci.⁸⁸

5.6.2 Sexuální zneužívání u lidí s psychózou

Onemocnění většinou začíná v období dospívání. Tím vzniká deficit ve zkušenostech s poznáváním vztahů. Pocit nejistoty, osamělosti často vede k nejistotě a rizikovému chování v sexuálním životě, s jasně definovanou potřebou „vše dohnat“.

Nemocný může být snadno manipulovatelný, což je přitažlivé pro jedince s potřebou dominance. Nejde však jen o zneužití sexuální, ale například o výhody spojené s bydlením či financemi. Zneužívání může probíhat v rámci léčebného zařízení, rodiny, sociálního zařízení či přátel. Zvláště náročné je intervenovat v případech, kdy je pachatelem někdo pacientovi blízký, neboť je potom velký problém změnit prostředí nemocného, pro odpoutání se od zneuživatele.⁸⁹

⁸⁸ *Sexualita lidí s duševním onemocněním. Uc@bnaNET* [online]. Ing. Jiří Neuman, 2015 [cit. 2017-07-24].

Dostupné z: <https://ucebna.net/mod/resource/view.php?id=504>

⁸⁹ tamtéž

6. PÉČE O OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Péče o duševní zdraví, je v České republice poskytována různými formami. Jejich cílem je poskytování kvalitní péče v oblasti psychiatrické, ošetrovatelské, psychologické, ale i sociální. Psychiatrická zařízení jsou zřizována jako samostatná pracoviště nebo jako součást vyššího zdravotnického zařízení. Existují ale také kombinace různých nemocničních, intermediárních a ambulantních zařízení podle místní potřeby a podmínek. Jejich následným cílem je snaha zajistit potřebnou nabídku psychiatrických, psychologických, psychoterapeutických a sociálních služeb pro každý region. Tyto služby se vzájemně doplňují a koordinují činnost za účelem vytvoření funkčního celku.⁹⁰

Současný systém péče, můžeme rozdělit na péči extramurální, která je poskytována mimo zdi institucí, sem můžeme například zařadit různá denní centra, chráněné bydlení a na péči intramurální která je poskytována naopak v psychiatrických léčebnách.⁹¹

6.1 Ambulantní péče

Ambulantní péče je základním článkem psychiatrické péče. Jejím úkolem je prevence, diagnostika, léčba i rehabilitace, resocializace a posuzování duševních poruch. Součástí psychiatrické péče jsou dále ordinace pro alkoholismus a toxikomani, ambulance pro děti a dorost, psychiatrické sexuologie, ambulance pro osoby trpící poruchami příjmu potravy a v neposlední řadě gerontopsychiatrické ambulance.⁹²

6.2 Komunitní péče

Komunitní péče se v současné době dostává na výsluní a po zásluze začíná být považována za jednu z nejdůležitějších složek péče o osoby s duševním onemocněním. V jistém slova smyslu, může být komunitní péče považována společností za protiklad ústavní péče, přičemž po letech zkušeností a spolupráce, se ukazuje, že nejideálnější je jejich vzájemné propojení.

⁹⁰ VENGLÁŘOVÁ, Martina, Eva MARKOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1151-6.

⁹¹ tamtéž

⁹² tamtéž

Foitová ⁹³ rozděluje vývoj komunitní péče na tři etapy:

Nemocniční přístup

Tento model se rozvíjí především od konce 60. let – Evropa, USA a Kanada. Zde je péče poskytována profesionály a to především na psychiatrických odděleních nemocnic. Jedinec s duševním onemocněním je zde vnímán jako pacient. Nastává tak izolace od komunity a naopak ochrana komunity před nemocným jedincem.

Komunitní přístup

Komunitní přístup se rozvíjí od 70. a 80. let – Itálie, Velká Británie, Holandsko. Začínají se objevovat názory, že profesionální služby nejsou v péči o lidi s duševním onemocněním dostatečné, začínají se proto objevovat služby, které si klient volí podle své potřeby.

Integrační přístup

Tento přístup se vyvíjí až od 90. let a to převážně ve výše zmiňovaných zemích. Pacient se stává uživatel služby, je kladen důraz na jeho schopnosti a kapacitu, ne na nemoc a nedostatky. Profesionální služby sice stále zůstávají, ale do popředí se dostávají až ve chvíli, kdy běžné služby nejsou schopny poskytnout dostatečnou péči.

S pojmem komunitní péče, velmi úzce souvisí i další pojmy, jako je například komunita, komunitní přístup, komunitní psychiatrie, apod.

Samotné pojmosloví komunitní péče můžeme definovat jako komplexní soubor všech služeb, programů a zařízení, jejichž smyslem je pomáhat lidem s duševním onemocněním žít co nejvíc v běžném sociálním prostředí a umožnit jim tak uspokojit všechny životní potřeby. “ ⁹⁴

Hartl ⁹⁵ připomíná, že především díky komunitní psychiatrii byla ta tradiční psychiatrie rozšířena o poznatky sociologické, psychologické, filozofické, pedagogické i antropologické. Hlavním cílem celé komunitní péče, je především zkvalitnění života nejen lidem s duševním onemocněním, ale i jejich sociálnímu okolí.

⁹³ FOITOVÁ, Zuzana. *Komunitní péče, aneb Aby péče o duši neztratila duši*. In: Ondřej Pěč a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009.

⁹⁴ PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. s. 184 – 185

⁹⁵ HARTL, Pavel. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997. Studijní texty

Principem komunitní péče se stává mobilita a zejména propojenost služeb s ohledem na všechny potřeby klientů.

Oblasti potřebné péče

Komunitní péči můžeme v současné době rozdělit na služby intermediární a meziresortní.

96

Intermediární

Jedná se o služby, které se nachází na hranici mezi lůžkovou a ambulantní péčí a spadají svým zaměřením do resortu zdravotnictví. Jsou to především denní stacionáře, krizová centra, krizové mobilní týmy, chráněná bydlení a komunitní psychiatrické sestry.

Meziresortní

Meziresortní služby spadají do sociálních služeb, ale jejich činnost je zaměřená na sociálně-zdravotní problematiku. Konkrétními příklady může být case management, sociálně terapeutické služby, případové vedená, služby na podporu práce a zaměstnání. Skupina těchto služeb, je z velké části poskytována nestátními neziskovými organizacemi.⁹⁷

6.3 Lůžková péče

Ústavní péče by měla plnit následující funkce:⁹⁸

- Podpora a péče
 - když jiná péče nedostačuje nebo není dostupná
- Léčba, výchova, resocializace
 - náprava chování, úprava zdravotního stavu
- Omezení, izolace a represe
 - ochrana společnosti
- Ústavy s rekreační funkcí o
 - zejména ozdravovny, lázně aj.

Samostatné modely ústavní péče můžeme rozdělit dle délky hospitalizace, respektive dle závažnosti onemocnění klienta. Typický model je pro krátkodobé hospitalizace, jsou to především pobyty v běžných nemocnicích. Rehabilitační model je pro lidi, jejichž

⁹⁶ VENGLÁŘOVÁ, Martina, Eva MARKOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1151-6.

⁹⁷ PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. s. 184 – 185

⁹⁸ VRTIŠKOVÁ, Marie. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Tribun EU, 2009

zdravotní stav je závažnější a model pečovatelský je určený pro lidi, jejichž nemoc je trvalého charakteru.⁹⁹

Matoušek¹⁰⁰ upozorňuje na to, že pro pacienty se ústavní zařízení stává dočasnou nebo trvalou náhradou jejich dosavadního života. Největší problém v celém systému uvádí, že pacienti jsou zaměstnanci vnímání jenom jako objekty jejich práce, kdežto samotní pacienti by si přáli být subjekty.

S ohledem na to, co ústavní zařízení poskytuje, jsem se i ve svém zaměstnání setkala s fenoménem posledních let - hospitalismem.

„Pojmem hospitalismus označujeme stav dobré adaptace na umělé ústavní podmínky v souvislosti se snižující se schopností adaptace na podmínky neústavní,“¹⁰¹

Jsem toho názoru, že zejména u dlouhodobých hospitalizací lze zpozorovat změny v chování pacientů na začátku a v průběhu hospitalizace. Během svého zaměstnání jsem se mnohokrát setkala s tím, že jedinec v ústavní péči najednou ztratil přehled o reálném světě, přišel o pracně vybudované sociální vazby a hlavně o zájem o okolní dění. Po návratu do naší služby, bylo zřejmé, že plně „rezignoval“. V ústavní péči byl zvyklý na určitý „servis“, kdy původně aktivní člověk tzv. „z pohodlně“ a dostačující pro něj bylo to, že se má kde vyspat a má co jíst a že i o jeho další program je v podstatě postaráno. Návrat do komunitní péče byl poté velmi komplikovaný a ve většině případů se hospitalizace v pravidelných intervalech opakovaly.

Součástí lůžkové péče jsou **psychiatrická oddělení**, která jsou obvykle součástí nemocnic, ale mohou existovat i samostatně. Jsou určena pro krátkodobou a většinou dobrovolnou hospitalizaci pacientů s akutní duševní poruchou nebo s dekompenzací chronické duševní poruchy. Přijímají však i pacienty k nedobrovolné hospitalizaci, pro kterou ovšem musí být splněny zákonem stanovené podmínky. Ve spolupráci s dalšími službami provádějí diagnostiku, terapii, rehabilitaci a posuzování duševních poruch.¹⁰²

⁹⁹ VRTIŠKOVÁ, Marie. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Tribun EU, 2009

¹⁰⁰ MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. Přepřac. a rozš. 2. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. Studijní texty.

¹⁰¹ VRTIŠKOVÁ, Marie. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Tribun EU, 2009. s. 72

¹⁰² VENGLÁŘOVÁ, Martina, Eva MARKOVÁ a Míra BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1151-6.

Typem lůžkové péče v České republice jsou také **psychiatrické kliniky**, které jsou speciální skupinou poskytující vysoce odbornou psychiatrickou péči, zdravotnické služby, konziliární služby, pregraduální i postgraduální výuku studentům vysokých škol a zabývající se výzkumnou činností. Slouží k propojení klinické praxe oboru psychiatrie s klinickým výzkumem, vědou a vzděláváním.

Nedílnou součástí lůžkové péče jsou zajisté **psychiatrické léčebny**, které poskytují zejména dlouhodobou léčbu a rehabilitaci osob s duševním onemocněním všech věkových kategorií.¹⁰³

Pro hospitalizované pacienty je zajištěna i péči odborníků z jiných medicínských oborů, mezi které patří například neurologie, gynekologie, zubní lékař, kožní, gastroenterologie a jiné.

Principem péče je především:¹⁰⁴

- **Funkční systém**, ve kterém má sestra jasně rozvržené úkoly po celou pracovní dobu, pracuje průběžně se všemi nemocnými a plní úkoly, která jsou na ní delegovány staniční sestrou. V tomto celku je značně nepřehledné vnímání nemocného jako jedinečné bytosti.
- **Skupinový systém**, jehož princip spočívá v zodpovědnosti za přidělenou skupinu nemocných, o kterou pečuje sestra po celou pracovní dobu. Výhodou tohoto systému je užší kontakt sestry a pacienta, zlepšuje se přehlednost ošetrovatelské péče a tím vzrůstá důvěra pacientů v ošetrovatelský tým.
- **Systém primárních sester**, přičemž sestra provází pacienta po celou dobu hospitalizace. Nese zodpovědnost za ošetrovatelský proces, deleguje další pracovníky týmu a stává se pro nemocného osobou, na kterou se může obracet. Tento systém zajišťuje nemocným individualizovanou péči a vytváří vztah důvěry mezi sestrou a pacientem, avšak klade na sestru velké nároky ohledně samostatnosti, schopnosti hájit svá stanoviska, odborné znalosti a jiné.

¹⁰³ tamtéž

¹⁰⁴ VENGLÁŘOVÁ, Martina, Eva MARKOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1151-6.

- **Case management**, jenž je zaměřený na potřeby pacienta a jeho rodiny. Case manažer koordinuje péči pacienta tak, aby bylo dosaženo žádoucích výsledků. Pracovníci jednotlivých oborů spolupracují, vzájemně se informují a společně s rodinou nemocného směřují ke zlepšení stavu pacienta. Tento systém překračuje rámec hospitalizace pacienta v lůžkovém zařízení. Je proto velmi vhodný například pro pacienty s chronickým onemocněním.

6.4 Personál pobytového zařízení

Každý člen ošetrovatelského týmu má své specifické poslání a náplň práce. Účelnou koordinací jejich činností je zajišťováno poskytování komplexní ošetrovatelské péče, při níž je každý člen ošetrovatelského týmu nenahraditelným. **Vrchní sestra** je nezbytně důležitým pracovníkem v každém zařízení lůžkové péče. Je nejdůležitějším členem nelékařských pracovníků v jakémkoliv zařízení. Jejím úkolem je řešit vzniklé problémy či konflikty, rozplánovat a koordinovat zdravotní a ošetrovatelskou péči poskytovanou v daném zařízení, popřípadě navrhnout zlepšení kvalit zajišťovaných služeb.¹⁰⁵

Dalším důležitým členem je **všeobecná sestra**. V současném systému zdravotní péče pracují sestry s různou úrovní vzdělání a dělí se tak na – sestry s vysokoškolským vzděláním, sestry s vyšším vzděláním a zdravotní sestry se specializací. Podle dosaženého vzdělání, může na sestru klást zaměstnavatel rozdílné požadavky. Povinností všeobecné sestry je vykonávat odbornou zdravotní a ošetrovatelskou péči, zajišťovat vedení dokumentace a spolu s pracovníkem v sociálních službách, zdravotním asistentem nebo sanitářem poskytovat pomoc při hygieně, aplikovat léky a injekce, provádět odběry, sledovat příjem a výdej tekutin, zajišťovat převazy, provádět vstupní pohovor, vyplňovat žádané formuláře a podílet se na poskytování informací dalším členům týmu či rodině pacienta. V neposlední řadě je též odborným dohledem nad zdravotnickým asistentem.

106

Členem týmu je také **pracovník v sociálních službách**, kterého lze popsat takto: pracovník v sociálních službách je člověk, který vykonává přímou práci s klienty

¹⁰⁵ MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3.

¹⁰⁶ tamtéž

v ambulantních či pobytových službách. Jeho činnosti spočívají například v pomoci při hygieně, podpoře soběstačnosti, při zapojování do společenských kontaktů, doprovodu na aktivity, příjmem potravy.¹⁰⁷

Potřebným členem týmu je sociální pracovník, jenž pracuje na základě práv a povinností, které jsou velmi jasně vymezeny českým právním systémem, zaměstnavatelem a jasnými pracovními standardy. Rámec hranic a povinností je velmi důležitý, protože sociální pracovník se mnohdy podílí a leckdy i rozhoduje o významných změnách v životě klienta.

108

S ohledem na možný dopad jeho rozhodnutí, je i zákonnou povinností pracovníků se dále vzdělávat a upevňovat tak své dosud získané zkušenosti.¹⁰⁹

Těžká práce sociálního pracovníka vyžaduje z jeho strany velkou míru zodpovědnosti, která může způsobit vnitřní konflikty jeho vlastní role. Kvůli možnému konfliktu rolí se uvádí defenzivní a reflexivní praxe a její rozdíly.

- Defenzivní praxe, v té sociální pracovník postupuje ve svých povinnostech přesně podle jasných předpisů, které má zadané nejen svým zaměstnavatelem, ale také zákonem. Tyto jasně určené hranice jsou pro něj sice omezující, na druhou stranu jsou pro něj také velkou ochranou.
- Reflexivní praxe, je naopak praxe, ve které je sociální pracovník schopen reflektovat vlastní praxi a dokáže identifikovat etická dilemata, jenž ho během výkonu povolání potkají. Při své praxi využívá získané znalosti, hodnoty a dovednosti, je schopen nést riziko a vyrovnat se s jistou nejistotou, která je prací sociálního pracovníka provázena.¹¹⁰

K tomuto přístupu se vztahuje i typové rozdělení sociálních pracovníků z pohledu na jejich přístup k praxi.

- Angažovaný sociální pracovník ve své praxi uplatňuje své morální hodnoty „*a vychází z toho, že sociální pracovník by měl opravdově pečovat o své klienty*

¹⁰⁷ tamtéž

¹⁰⁸ MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ (eds.). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.

¹⁰⁹ SOKOL, Radek a Věra TREFILOVÁ. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb: výklad je zpracován k právnímu stavu ke dni 1. 1. 2008*. Praha: ASPI, 2008. Meritum. ISBN 978-80-7357-316-4.

¹¹⁰ MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ (eds.). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.

a jednat s nimi jako s přáteli.“ Mezi největší problémy, které k tomuto přístupu patří, jsou ty, že by sociální pracovník mohl být nařčen z nadržování některým klientům a mohlo by dojít k vytvoření osobního pouta s klientem. S ohledem na velkou aktivitu pracovníka by mohlo dojít snáze k vyhoření pracovníka.¹¹¹

- Radikální sociální pracovník, vkládá do celé své praxe vlastní osobní hodnoty, ale snaží se především o změnu zákonů, které se mu nelíbí a nevyhovují mu, než o samotnou péči o klienty.
- Byrokratický sociální pracovník dokáže oddělit své osobní hodnoty od těch profesních a zaměstnaneckých. „*Cílem sociální práce je manipulace s lidmi v zájmu jejich změny.*“¹¹²
 - Profesionální sociální pracovník je profesionál ve všech ohledech. Je plně vzdělaný v oboru, řídí se předepsaným kodexem a jeho hlavní prioritou jsou práva a zájmy jeho klientů.

Sociální pracovník ví, že musí během své praxe vykonávat řadu rolí, které se navzájem prolínají. Životní role jsou chování, které je očekávané od jedince v určité sociální pozici a které určují kdy, kde a co má vykonat.¹¹³

Existuje několik typů rolí sociálního pracovníka.

- *Pečovatel nebo poskytovatel služeb pomáhá klientům v jejich životě, tam kde sami nezávládnou vykonávat důležité činnosti.*
- *Zprostředkovatel služeb zajišťuje kontakt s potřebnými zařízeními nebo jinými zdroji pomoci.*
- *Cvičitel sociální adaptace pomáhá klientům měnit své chování tak, aby dokázali účinně vyřešit své problémy.*
- *Poradce nebo terapeut se snaží pomoci klientům získat nadhled na jejich postoje, pocity a jednání, tak aby to vedlo k jejich osobnímu růstu a adaptabilnějšímu jednání.*

¹¹¹ Tamtéž str.46

¹¹² MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ (eds.). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0. str.46

¹¹³ MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ (eds.). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.

- *Případový manažer usiluje o zajištění, koordinaci, vhodný výběr a souvislé poskytování služeb, hlavně u osob s velkým rozsahem sociálních a zdravotních potřeb.*
- *Manažer pracovní náplně v zařízení plánuje načasování, dávkování intervence, sleduje kvalitu poskytovaných služeb a průběžně zpracovává získané informace.*
- *Personální manažer zajišťuje výcvik, výuku, supervizi, konzultace a řízení pracovníků zařízení.*
- *Administrátor je vedoucí zařízení nebo ředitel a plánuje, rozvíjí a zavádí způsoby práce, služby a programy sociálních služeb.*
 - *Činitel sociálních služeb je sociální pracovník, který se snaží zlepšit podmínky klientů angažováním se ve správní, legislativní a politické oblasti.*¹¹⁴

¹¹⁴ ŘEZNÍČEK, Ivo. *Metody sociální práce: podklady ke stážím studentů a ke kazuistickým seminářům*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1994. Studijní texty (Sociologické nakladatelství), sv. 5. ISBN 80-85850-00-1. str. 63

7. REFORMA PSYCHIATRIE V ČESKÉ REPUBLICE

Reforma psychiatrické péče je v současné chvíli velmi aktuálním tématem, a proto je jí věnována samostatná kapitola. Systém psychiatrické péče v České republice je už delší dobu pokládán za značně nevyhovující, což se následně odráží na kvalitě života osob s duševním onemocněním.

Jarolínek ¹¹⁵v této souvislosti uvádí několik zásadních problémů:

- lůžková péče je směřována do velkých psychiatrických nemocnic, které jsou v mnohém nevyhovující
- nedostatečná kapacita psychiatrických ambulancí (mnoho pacientů, málo psychiatrů)
- neuspokojivá dostupnost komunitní péče v přirozeném prostředí duševně nemocných – příkladem mohou být hospitalizace ze sociálních důvodů
- nedostatečné zajištění ochrany práv
- špatná dostupnost psychoterapie
- nedostatečné finanční prostředky pro zajištění psychiatrické péče atd.

Cílem současné podoby reformy psychiatrické péče je:

- zlepšení kvality, dostupnosti a provázanosti zdravotních služeb (vznik Center duševního zdraví, podpora rozšířených ambulantních pracovišť, vznik psychiatrických oddělení v rámci všeobecných nemocnic)
- zkvalitnění podmínek v současných psychiatrických nemocnicích či odděleních
- sociální integrace osob s duševním onemocněním a snaha o zamezení stigmatizace těchto osob¹¹⁶

Plánem, jak dosáhnout těchto cílů je rozvoj Center duševního zdraví, světovými aktivitami zacílenými na destigmatizaci, legislativními změnami, vzděláváním pracovníků a to i těch, kteří nejsou přímo součástí psychiatrické péče (např. policie, školství, úřady aj.). Reforma se má také velmi úzce dotýkat psychiatrických nemocnic.

¹¹⁵ JAROLÍMEK, Martin. *Na cestě ke komunitní psychiatrii: Transformace psychiatrické péče*. Pardubice: Občanské sdružení Péče o duševní zdraví, 2010.

¹¹⁶ Proč to děláme? *Reforma psychiatrie* [online]. [cit. 2017-07-25]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/proc_reformujeme/#.WXepJlyhPY

Zásadním způsobem se vlivem komunitní péče sníží počet lůžek a díky tomu bude moci dojít k systémovým a strukturálním změnám.¹¹⁷

¹¹⁷ Proč to děláme? *Reforma psychiatrie* [online]. [cit. 2017-07-25]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/proc_reformujeme/#.WXepjlyhPY

8. VYMEZENÍ VÝZKUMNÉHO POJMU

V teoretické části jsem se zabývala osobami s duševním onemocněním, jejich potřebami, sexualitou, jejich právy a případnou ústavní léčbou. V současné době je téma duševního onemocnění na vrcholu a to nejen díky psychiatrické reformě, ale také díky pověstem, které se s duševním onemocněním pojí. Každá bytost má práva, duševně nemocní v ústavní péči nejsou a nemohou být výjimkou.

V praktické části se proto pokusím odpovědět na výzkumný problém „Umožňuje současná psychiatrická ústavní péče svým pacientům plnohodnotné naplnění sexuálních potřeb?“

8.1 Formulace hypotéz

Pro účely výzkumu jsem zformovala následující hypotézy:

H1 – Předpokládám, že v psychiatrických léčebnách v jihozápadních Čechách není pacientům věnována pozornost v edukaci o vlivu duševní nemoci na sexuální život.

H2 – Předpokládám, že v psychiatrických léčebnách v jihozápadních Čechách pacienti v průběhu hospitalizace nemají možnost uspokojit své sexuální potřeby.

9. METODY VÝZKUMU

V praktické části diplomové práce jsem se rozhodla zvolit kvantitativní výzkum. Jeho velikou předností je efektivita, díky čemuž je možno v krátkém čase oslovit co nejvíce respondentů a zaručit jim plnou anonymitu, včetně anonymního odevzdání vyplněného dotazníku.

9.1 Vlastní dotazník

Názory jednotlivých respondentů jsem zjišťovala pomocí vlastního dotazníku.¹¹⁸ Dotazník pro pacienty jsem poskládala ze dvou částí. První část obsahovala tři identifikační otázky – pohlaví, věk a víru. Odpovědi na tyto otázky, byly využity pro zjištění, jakým způsobem výše uvedené ovlivňuje názory respondentů na otázky položené ve druhé části. Otázka na délku nynější hospitalizace včetně hospitalizace na psychiatrickém oddělení nemocnice, měla za cíl vymezit odpovědi respondentů nacházejících se ve fázi akutní psychiatrické ataky, jejichž odpovědi by totiž nemuseli být relevantní. Druhá část obsahovala otázky týkající se názorů respondentů na edukaci o vlivu psychiatrické diagnózy a užívaných medikamentů na sexuální život, dále na možnost naplnění sexuálních potřeb a možnostech rozhodovat o své sexualitě a svém těle. Dotazník pro pracovníky v sociálních službách jsem poskládala také ze dvou částí. První část obsahovala identifikační otázky – pohlaví, věk, víru a délku současného zaměstnání. I zde byly odpovědi na tyto otázky využity pro zjištění, jakým způsobem výše uvedené ovlivňuje názory respondentů na otázky položené ve druhé části. Druhá část dotazníku obsahovala otázky týkající se názorů respondentů na sexualitu psychiatrických pacientů, množství poskytovaných informací v psychiatrických nemocnicích či možnostech naplnění sexuálních potřeb klientů psychiatrických nemocnic.

9.2 Způsob distribuce dotazníku

Před distribucí dotazníků jsem v psychiatrických nemocnicích udělala předvýzkum, abych se domluvila na jejich distribuci a následném sběru. S pověřeným pracovníkem jsem se domluvila na předání dotazníků skupinám a jejich následný sběr pro včasné vyhodnocení. Samotný sběr dat probíhal v únoru a březnu roku 2017.

¹¹⁸ Příloha č. 1

9.3 Způsob zpracování dat

Vyhodnocení každé hypotézy proběhlo ve dvou krocích. Nejprve byla každá hypotéza vyhodnocena z hlediska respondentů bez přihlídnutí k identifikačním otázkám. Tato část je ve formě tabulek, z nichž každá obsahuje počet odpovědí na jednotlivé možnosti a jejich procentuální zastoupení. Ve druhém kroku jsem dopovědi obodovala jako ve škole. Čím víc práv nebo potřeb bylo zvoleno, tím menší počet bodů a naopak. Nejvíce bodů měla odpověď „nevím, nezajímám se o to“. Z těchto bodů byl poté vypočítán průměr zvlášť pro všechny dotazníky a následně i pro vybrané podskupiny podle identifikačních otázek. Porovnání průměrů poté ukázalo názorové rozdíly.

9.4 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořili respondenti s psychiatrickou diagnózou schizofrenie. Bylo mezi ně distribuováno 100 dotazníků. Důvodem pro výběr tohoto výzkumného vzorku byla skutečnost, že osoby se schizofrenií jsou nejpočetnější skupina v psychiatrických nemocnicích a také to, že byly jednou z cílových skupin naší organizace, což mi s ohledem na téma přišlo důležité a v neposlední řadě důležitým důvodem pro tento výběr byla skutečnost, že při prováděných depistážích v psychiatrických léčebnách jsme zjistili, že tato skupina je jediná, která má validní vzorek.

Dalším výzkumným souborem byly pracovníci v sociálních službách. Ti se stali výzkumným vzorkem z důvodu komplexnější péče o pacienty než ostatní personál. Mezi ty bylo distribuováno 70 dotazníků.

10. VYHODNOCENÍ VÝZKUMU

Celkem se vrátilo 82 dotazníků do klientů, přičemž 7 jich bylo vyřazeno. Důvodem pro vyřazení byla skutečnost, že respondenti v otázce č. 4 – Jaká je nynější délka Vaší hospitalizace včetně pobytu v nemocnici? Vybrali odpověď za a) do jednoho měsíce, což je příliš krátká doba na to, aby začala účinkovat léčba a respondenti se tak mohli nacházet ve fázi akutní ataky.

	Celkem odevzdáno	Použito	Vyřazeno
Počet dotazníků	82	75	7
Počet dotazníků v %	100%	91,46	8,53%

Tabulka č. 1: Počet použitých a vyřazených dotazníků od klientů

Od pracovníků v sociálních službách bylo vybráno celkem 61 dotazníků, avšak 6 jich bylo vyřazeno pro neúplné údaje.

	Celkem odevzdáno	Použito	Vyřazeno
Počet dotazníků	61	55	6
Počet dotazníků v %	100%	90,16	9,83%

Tabulka č. 2: Počet použitých a vyřazených dotazníků od pracovníků

10.1 Složení respondentů

Složení respondentů z hlediska pohlaví – klienti (Otázka č. 1)

	Celkem	Muži	Ženy
Počet dotazníků	75	55	20
Počet dotazníků v %	100%	73,33%	26,66%

Tabulka č. 3: Složení respondentů (klienti) z hlediska pohlaví

Výzkumného šetření se zúčastnilo 55 mužů (73,33%) a 20 žen (26,66%). Je tedy zřejmé, že mužští klienti byli ochotnější odpovídat na otázky vztahující se k sexualitě a naplnění svých sexuálních potřeb.

Složení respondentů z hlediska pohlaví – pracovníci (Otázka č. 1)

	Celkem	Muži	Ženy
Počet dotazníků	55	13	42
Počet dotazníků v %	100%	23,63%	76,36%

Tabulka č. 4: Složení respondentů (pracovníci) z hlediska pohlaví

Výzkumného šetření se zúčastnilo 13 mužů (23,63%) a 42 žen (76,36%). Zde je zřejmé, že ženy byly ochotnější odpovídat na otázky vztahující se k sexualitě klientů a jejich sexuálním potřebám, což je pravděpodobně také dáno tím, že i ve zdravotnictví převažuje ženské pohlaví.

Složení respondentů z hlediska věku – klienti (Otázka č. 2)

	Celkem	Méně než 35 let	35 let a více
Počet dotazníků	75	41	34
Počet dotazníků v %	100%	54,66%	45,33%

Tabulka č. 5: Složení respondentů z hlediska věku

Z výzkumu je patrné, že větší zastoupení má skupina respondentů do 35 let (54,66%), druhá skupina je zastoupená 34 respondenty (45,33%). Není tedy příliš velký rozdíl ve věku respondentů. Důvodem asi bude také to, že duševní onemocnění si v současné době příliš nevybírání a postihuje všechny věkové kategorie.

Složení respondentů z hlediska věku – pracovníci (Otázka č. 2)

	Celkem	Méně než 35 let	35 let a více
Počet dotazníků	55	24	31
Počet dotazníků v %	100%	43,63%	56,36%

Tabulka č. 6: Složení respondentů z hlediska věku

Respondenti z řad pracovníků, měli větší zastoupení ve skupině 35 let a více, kterých bylo 31 (56,36%). Ve skupině méně než 35 let bylo 24 lidí (43,63%).

Složení respondentů z hlediska víry – klienti (Otázka č. 3)

	Celkem	Věřící	Nevěřící
Počet dotazníků	75	28	47
Počet dotazníků v %	100%	37,33%	62,66%

Tabulka č. 7: Složení respondentů z hlediska víry

V této kategorii jednoznačně převažují nevěřící osoby s 62,66% tj. 47 respondentů. Za věřící se považuje 28 osob tj. 37,33%. Tato otázka byla ve výzkumu použita proto, aby se ukázalo, zda příslušnost k církvi ovlivňuje názory na otázku sexuality a vlastních sexuálních potřeb.

Složení respondentů z hlediska víry – pracovníci (Otázka č. 3)

	Celkem	Věřící	Nevěřící
Počet dotazníků	55	12	43
Počet dotazníků v %	100%	21,81%	78,18%

Tabulka č. 8: Složení respondentů z hlediska víry

I v této kategorii respondentů převažují nevěřící osoby, kterých je 43 tj. 78,18%. Oproti tomu, k věřícím se dle své volby řadí 12 respondentů (21,81%).

Složení respondentů z hlediska délky hospitalizace – klienti (Otázka č. 4)

	Celkem	Do dvou měsíců	Dva měsíce až půl roku	Půl roku a více
Počet dotazníků	75	37	24	14
Počet dotazníků v %	100%	49,33%	32,00%	18,66%

Tabulka č. 9: Složení respondentů z hlediska délky hospitalizace

Nejvíce respondentů je hospitalizovaných do dvou měsíců. Celkově se jedná o 37 respondentů, tj. 49,33%. Druhou nejvíce zastoupenou skupinou jsou respondenti hospitalizovaní do půl roku. Jednalo se o 24 respondentů, tj. 32%. Nejméně zastoupená

skupina byli respondenti hospitalizováni déle jak půl roku. Celkově se jednalo o 14 respondentů, tj. 18,66%. Tato otázka byla položena proto, aby se ukázalo, zda má délka hospitalizace vliv na sexualitu či na naplňování sexuálních potřeb

Složení respondentů z hlediska délky současného zaměstnání – pracovníci (Otázka č. 4)

	Celkem	Do půl roku	Do jednoho roku	Do pěti let	Pět a více
Počet dotazníků	55	15	28	7	5
Počet dotazníků v %	100%	27,27%	50,90%	12,72%	9,09%

Tabulka č. 10: Složení respondentů z hlediska délky současného zaměstnání

Nejvíce respondentů pracuje v psychiatrických léčebnách do jednoho roku. Celkově se jedná o 28 respondentů, tj. 50,90%. Druhou nejvíce zastoupenou skupinou jsou pracovníci zaměstnaní v psychiatrické léčebně do půl roku. Jednalo se o 15 respondentů, tj. 27,27%. Ve skupině zaměstnaných do pěti let je 7 respondentů (12,72%) a 5 respondentů (9,09%) pracuje v psychiatrické léčebně více jak pět let.

10.2 Verifikace hypotéz

10.2.1 Hypotéza č. 1

Předpokládám, že v psychiatrických léčebnách v jihozápadních Čechách není pacientům věnována pozornost v edukaci o vlivu duševní nemoci na sexuální život.

Verifikace hypotézy ze strany klientů

Pro ověření této hypotézy jsem použila celkem tři otázky z dotazníku, které se respondentů postupně dotazovaly, zda se domnívají, že se k nim dostává dostatečné množství informací o vlivu diagnostikovaného duševního onemocnění a nastavené léčby (medikamentů), na jejich sexuální život. Či zda o tyto informace mají respondenti zájem a pokud ano, tak kde mohou tyto informace získat. Jednalo se o **otázky č. 5** - Máte zájem o informace týkající se vlivu Vašeho onemocnění a jeho léčby na Váš sexuální život? **Otázky č. 6** - Domníváte se, že se k Vám dostává dostatek informací o vlivu Vašeho onemocnění na Váš sexuální život? **Otázky č. 7** – Domníváte se, že máte k dispozici dostatek informací o vlivu Vámi užívaných léků na libido, erekci, hormonální a tělesné změny? Přičemž na každou z těchto otázek bylo možno odpovědět ano (1 bod), spíše ano (2 body), spíše ne (3 body), ne (4 body) a nevím, nezajímám se o to (5 bodů).

		Otázka č. 5		Otázka č. 6		Otázka č. 7	
Možnosti	Body	Počet odpovědí	%	Počet odpovědí	%	Počet odpovědí	%
Ano	1	35	46,66%	7	9,33%	12	16%
Spíše Ano	2	19	25,33%	6	8%	14	18,66%
Spíše Ne	3	11	14,66%	18	24%	27	36%
Ne	4	4	5,33%	39	52%	15	20%
Nevím, nezajímám se o to	5	6	8%	5	6,66%	7	9,33%
Celkem		75		75		75	
Průměr	3	2,02		3,38		2,88	

Tabulka č. 11: Postoj respondentů (klientů) na předpoklad, že v psychiatrických léčebnách není dostatečná edukace o vlivu duševního onemocnění na sexuální život.

Hypotéza by mohla být verifikována za podmínky, že průměr z bodového hodnocení byl větší než aritmetický průměr, tedy 3,0. Verifikace hypotézy o nedostatečné edukaci v psychiatrické léčbě o vlivu duševního onemocnění na sexuální život byla ze strany klientů potvrzena výsledkem, kterého bylo dosaženo v otázce číslo 6., kdy byl průměr 3,38.

Verifikace hypotézy ze strany pracovníků

Pro ověření této hypotézy jsem použila celkem dvě otázky z dotazníku, které se respondentů postupně dotazovaly, zda se domnívají, že se ke klientům dostává dostatečné množství informací o vlivu diagnostikovaného duševního onemocnění a nastavené léčby (medikamentů), na jejich sexuální život. Jednalo se o **otázky č. 5** - Domníváte se, že mají klienti psychiatrických léčeben dostatek informací týkajících se vlivu jejich onemocnění a jeho léčby na svůj sexuální život? A **otázky č. 12** – Domníváte se, že klienti psychiatrické léčebny potřebují informace o vlivu jejich onemocnění a užívaných medikamentů na jejich sexuální život?

Přičemž na každou z těchto otázek bylo možno odpovědět ano (1 bod), spíše ano (2 body), spíše ne (3 body), ne (4 body) a nevím, nezajímám se o to (5 bodů).

		Otázka č. 5		Otázka č. 12	
Možnosti	Body	Počet odpovědí	%	Počet odpovědí	%
Ano	1	15	27%	9	16,36%
Spíše Ano	2	8	14,54%	13	23,63%
Spíše Ne	3	11	20,00%	17	31%
Ne	4	17	31%	13	23,63%
Nevím, nezajímám se o to	5	4	7,27%	3	5,45%
Celkem		55		55	
Průměr	3	2,76		2,78	

Tabulka č. 12: Postoj respondentů (pracovníků) na předpoklad, že v psychiatrických léčebnách není dostatečná edukace o vlivu duševního onemocnění na sexuální život.

Hypotéza by mohla být verifikována za podmínky, že průměr z bodového hodnocení byl větší než aritmetický průměr, tedy 3,0. Verifikace hypotézy o nedostatečné edukaci v psychiatrické léčbě o vlivu duševního onemocnění na sexuální život byla ze strany

pracovníků falzifikována, neboť nedošlo k získání potřebných hodnot. Z výsledků je patrné, že se více než 27% tj. 15 respondentů domnívá, že je klientům psychiatrických léčeben poskytováno dostatečné množství informací o vlivu duševní nemoci a užívaných medikamentů na jejich sexuální život. Zajímavým zjištěním je skutečnost, že více než 54 % pracovníků se domnívá, že klienti s duševním onemocněním nepotřebují informace o vlivu léčby na sexuální život. (Započítané odpovědi ne, spíše ne)

K edukaci klientů v psychiatrických léčebnách se vztahuje i **otázka č. 8** - Z jakých zdrojů získáváte při hospitalizaci v psychiatrické léčebně informace o vlivu Vaší nemoci a užívaných léků na Váš sexuální život? (Můžete vybrat i více odpovědí.)

Otázka č. 8													
	Celkem	Informační brožura/ leták/ nástěnka		Literatura/časopis		Internet		Rozhovor s pracovníky léčebny		Rodina/přátelé		O ničem nevím	
		Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Všichni respondenti	75	41	54,66%	11	14,66%	38	50,66%	17	23%	12	16%	7	9,33%
Muži	55	27	49,09%	2	3,63%	21	38,18%	10	18%	3	5,45%	4	7,27%
Ženy	20	14	70%	9	45%	17	85%	7	35%	9	45%	3	15%
Méně než 35 let	41	32	78,04%	4	9,75%	25	60,97%	13	31,70%	7	17,07%	5	12,19%
35 let a více	34	9	26,47%	7	20,58%	13	38,23%	4	11,76%	5	14,70%	2	5,88%
Věřící	28	12	42,85%	6	21,42%	14	50%	9	32,14%	9	32,14%	1	3,57%
Nevěřící	47	29	61,70%	5	10,63%	24	51,06%	8	17,02%	3	6,38%	6	12,76%
Do dvou měsíců	37	19	51,35%	5	13,51%	11	29,72%	8	21,62%	8	21,62%	3	8,10%
Dva až půl roku	24	16	66,66%	4	16,66%	19	79,16%	7	29,16%	3	12,50%	2	8,33%
Půl roku a více	14	6	42,85%	2	14,28%	8	57,14%	2	14,28%	1	7,14%	2	14,28%

Tabulka č. 13: Varianty, z kterých lze získat informace o vlivu léčby na sexuální život.

Respondenti mohli vybírat z více variant a mohli taktéž zvolit více možností. Pro vyhodnocení této tabulky nebylo zvoleno bodové hodnocení, ale byla vypracována procentuálním zastoupením, přičemž bylo zajímavé porovnávat výsledky dle orientačních otázek – muž či žena, věk, věřící či nevěřící a délka hospitalizace.

Nadpoloviční většina respondentů získává informace o vlivu nemoci a užívaných léků z informačních letáků, brožur nebo nástěnky (54,66%, tj. 41 respondentů). Více toho využívají muži než ženy. Naopak ženy zase více využívají zkušenosti nebo radu od rodiny (45%, tj. 9 žen). Věřící nejčastěji využívají internet (50%, tj. 14 respondentů). Rozhovor

s pracovníky volí 17 respondentů (23%) ze všech dotázaných a v nadpoloviční většině to jsou muži 18%, tj. 10 respondentů), jedinci mladší než 35 let (13 respondentů, tj. 31,70%), věřící (32,14 %, tj. 9 respondentů) a hospitalizovaní do dvou měsíců (21,62%, tj. 8 respondentů).

Otázka ohledně získávání informací k edukaci byla položena i pracovníkům – **otázka č. 8-** Z jakých zdrojů mohou klienti při hospitalizaci v psychiatrické léčebně získat informace o vlivu jejich nemoci a užívaných léků na svůj sexuální život?

Otázka č. 8													
Všichni respondenti	Celkem	Informační brožura/ leták/ nástěnka		Literatura/Časopis		Internet		Rozhovor s pracovníky léčebny		Rodina/přátelé		O ničem nevím	
		Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Všichni respondenti	55	36	65,40%	24	43,63%	42	76,36%	18	33%	27	49%	9	16,36%
Muži	13	8	61,53%	5	38,46%	12	92,30%	4	31%	8	61,53%	6	46,15%
Ženy	42	28	67%	29	69%	30	71%	14	33%	19	45%	3	7%
Méně než 35 let	24	12	50,00%	8	33,33%	22	91,66%	7	29,16%	14	58,33%	4	16,66%
35 let a více	31	24	77,41%	16	51,61%	20	64,51%	11	35,48%	13	41,93%	5	16,12%
Věřící	12	4	33,33%	4	33,33%	10	83,33%	8	66,66%	6	50,00%	1	8,33%
Nevěřící	43	32	74,41%	20	46,51%	32	74,41%	10	23,25%	21	48,83%	8	18,60%
do půl roku	15	10	66,66%	8	53,33%	13	86,66%	6	40,00%	10	66,66%	2	13,33%
do jednoho roku	28	19	67,85%	11	39,28%	21	75,00%	10	35,71%	11	39,28%	1	3,57%
do pěti let	7	4	57,14%	4	57,14%	5	71,42%	4	57,14%	2	28,57%	4	57,14%
pět a více	5	3	60,00%	1	20,00%	3	60,00%	1	20,00%	4	80,00%	2	40,00%

Tabulka č. 14: Varianty odkud mohou klienti získat informace o vlivu léčby na sexuální život.

Respondenti mohli v této otázce vybírat z více variant a mohli taktéž zvolit více možností. Pro vyhodnocení této tabulky nebylo zvoleno bodové hodnocení, ale byla vypracována procentuálním zastoupením, přičemž bylo zajímavé porovnávat výsledky dle orientačních otázek – muž či žena, věk, věřící či nevěřící a délka současného zaměstnání.

Nadpoloviční většina pracovníků se domnívá, že většina klientů získává informace o vlivu nemoci a užívaných léků z internetu (76,36%, tj. 42 respondentů). Tuto variantu vybralo více žen (30 respondentů, tj. 71%). 1 respondent (20%), pracující v psychiatrické léčebně déle než pět let vybral pro získávání informací rozhovor s pracovníkem. Z celkového počtu 52 respondentů, si 9 respondentů (16,36%) vybralo variantu, že neví

o ničem, z čeho by klienti mohli získat informace o vlivu duševní nemoci na sexuální život. A 27 všech zúčastněných (49%) se domnívá, že informace k této problematice, získávají nemocní od své rodiny či přátel.

10.2.2 Hypotéza č. 2

Předpokládám, že v psychiatrických léčebnách v jihozápadních Čechách pacienti v průběhu hospitalizace nemají možnost uspokojit své sexuální potřeby.

Verifikace hypotézy ze strany klientů

Pro ověření této hypotézy jsem použila celkem čtyři otázky z dotazníku, které se respondentů (klientů) postupně dotazovaly, zda se domnívají, že jim psychiatrická léčebna umožňuje dostatečné naplnění jejich sexuálních potřeb. Jednalo se o **otázky č. 9** - Domníváte se, že máte v psychiatrické léčebně dostatek bezpečného prostoru pro naplnění Vašich sexuálních potřeb? **Otázky č. 10** – Je ve Vaší psychiatrické léčebně možnost nákupu ochranných pomůcek pro bezpečný sexuální styk? **Otázky č. 11** – Domníváte se, že máte v rámci psychiatrické léčebny možnost navázat sexuální vztah? **Otázky č. 12** - Domníváte se, že Vám je umožněn sexuální kontakt s pohlavím, které preferujete?

Přičemž na každou z těchto otázek bylo možno odpovědět ano (1 bod), spíše ano (2 body), spíše ne (3 body), ne (4 body) a nevím, nezajímám se o to (5 bodů).

		Otázka č. 9		Otázka č. 10		Otázka č. 11		Otázka č. 12	
Možnosti	Body	Počet odpovědí	%	Počet odpovědí	%	Počet odpovědí	%	Počet odpovědí	%
Ano	1	7	9%	5	6,66%	11	14,66%	22	29,33%
Spíše Ano	2	6	8,00%	16	21,33%	9	12%	11	14,66%
Spíše Ne	3	17	22,66%	29	39%	18	24%	17	22,66%
Ne	4	42	56%	13	17,33%	31	41,33%	14	18,66%
Nevím, nezajímám se o to	5	3	4,00%	12	16,00%	6	8%	11	14,66%
Celkem		75		75		75		75	
Průměr	3	3,373		3,146		3,16		2,7	

Tabulka č. 15: Postoj respondentů (klientů) na předpoklad, že v psychiatrických léčebnách není dostatečný prostor pro uspokojení sexuálních potřeb.

Hypotéza by mohla být verifikována za podmínky, že průměr z bodového hodnocení by byl větší než aritmetický průměr, tedy 3,0. Verifikace hypotézy o nedostatečném prostoru pro naplnění sexuálních potřeb v průběhu hospitalizace byla ze strany klientů potvrzena výsledkem, kterého bylo dosaženo v otázce číslo 9, kdy byl průměr 3,373. Avšak i

v dalších dvou otázkách, došlo k tomu, že průměr z bodového hodnocení byl větší než aritmetický průměr. Stalo se tak v otázkách č. 11 (3,16) a č. 10 (3,146).

Verifikace hypotézy ze strany pracovníků

Pro ověření této hypotézy jsem použila celkem čtyři otázky z dotazníku, které se respondentů (pracovníků) postupně dotazovaly, zda se domnívají, že psychiatrická léčebna umožňuje klientům dostatečné naplnění jejich sexuálních potřeb. Jednalo se o **otázky č. 6** - Domníváte se, že mají osoby s duševním onemocněním právo na uspokojování sexuálních potřeb? **Otázky č. 7** – Je navazování sexuálních vztahů řešeno vnitřním řádem Vaší psychiatrické léčebny? **Otázky č. 9** – Domníváte se, že je v psychiatrické léčebně dostatek bezpečného prostoru pro naplnění sexuálních potřeb Vašich klientů? **Otázky č. 10** - Je ve Vaší psychiatrické léčebně možnost nákupu ochranných pomůcek pro bezpečný sexuální styk? A **otázky č. 11** - Povoluje vnitřní řád psychiatrické léčebny klientům, aby navazovaly sexuální vztahy? (Na tuto otázku odpovězte, pokud jste v otázce č. 7 odpověděli kladně)

Přičemž na každou z těchto otázek bylo možno odpovědět ano (1 bod), spíše ano (2 body), spíše ne (3 body), ne (4 body) a nevím, nezajímám se o to (5 bodů).

		Otázka č. 6		Otázka č. 7		Otázka č. 9		Otázka č. 10		Otázka č. 11	
Možnosti	Body	Počet odpovědí	%	Počet odpovědí	%	Počet odpovědí	%	Počet odpovědí	%	Počet odpovědí	%
Ano	1	9	16,36%	28	50,90%	3	5,45%	11	20%	1	3%
Spíše Ano	2	7	12,72%	4	7,27%	9	16,36%	8	14,54%	2	6,25%
Spíše Ne	3	11	20%	9	16%	13	23,63%	5	9,09%	7	22%
Ne	4	24	43,63%	13	23,63%	26	47,27%	24	43,63%	19	59%
Nevím, nezajímám se o to	5	4	7,27%	1	1,81%	4	7,27%	7	12,72%	3	9,38%
Celkem		55		55		55		55		32	
Průměr	3	3,12		2,181		2,18		3,145		3,656	

Tabulka č. 16: Postoj respondentů (pracovníků) na předpoklad, že v psychiatrických léčebnách není dostatečný prostor pro uspokojení sexuálních potřeb.

Hypotéza by mohla být verifikována za podmínky, že průměr z bodového hodnocení byl větší než aritmetický průměr, tedy 3,0. Verifikace hypotézy o nedostatečném prostoru pro naplnění sexuálních potřeb v průběhu hospitalizace byla ze strany potvrzena výsledkem, kterého bylo dosaženo v otázce číslo 10, kdy byl průměr 3,145. Avšak i v dalších dvou otázkách, došlo k tomu, že průměr z bodového hodnocení byl větší než aritmetický průměr.

10.3 Diskuze

10.3.1 Hypotéza č. 1

H1 - Předpokládám, že v psychiatrických léčebnách v jihozápadních Čechách není pacientům věnována pozornost v edukaci o vlivu duševní nemoci na sexuální život. – pohled klientů - hypotéza byla **verifikována**.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že klienti v psychiatrických léčebnách stojí o informace to tom, jaký vliv má jejich diagnostikované onemocnění a jeho následná léčba, vliv na jejich sexuální život. Zároveň však mají pocit, že jim tyto informace nejsou dostatečně poskytovány. Tabulka č. 8 také ukázala, že ke zjišťování informací ohledně vlivu léčby na sexuální život, používají klienti převážně informační letáky, nástěnku anebo brožuru. K osobnímu rozhovoru s lékařem, však překvapivě přistupují otevřeněji spíše muži než ženy.

H1 - Předpokládám, že v psychiatrických léčebnách v jihozápadních Čechách není pacientům věnována pozornost v edukaci o vlivu duševní nemoci na sexuální život. – pohled pracovníků – hypotéza byla **falzifikována**.

Naproti tomu, pracovníci psychiatrických léčeben, jsou přesvědčeni, že klienti dostávají dostatečné množství informací o vlivu duševního onemocnění a následné léčby na jejich sexuální život. Na druhou stranu více než 54% z nich je přesvědčeno, že klienti informace o vlivu léčby na sexuální život nepotřebují.

Otázkou zůstává, proč tomu tak je. Změny v sexuálním životě, se dotýkají každého z nás a není příliš velký rozdíl v tom, zda jsme či nejsme nemocní. Náš psychický stav to poznamená v každém případě. U osob s duševním onemocněním, se mi edukace jeví velmi důležitě. Ze své pracovní zkušenosti vím, jak náročné je pro klienty zjištění, že užívaná medikace ovlivňuje jejich potřeby, erekci, libido. Mnohdy klienti přestali užívat léky nebo se snažili docílit změny nátlakem na sebe nebo své okolí. Nedostatečná edukace o vlivu užívaných léků, může mít mnohdy velmi silný dopad na průběh léčby. Bohužel, dnešní psychiatrická péče je nastavena jiným směrem, při kterém jde klient stranou. Nedostatek psychiatrů, nárůst jedinců s duševním onemocněním, podfinancováním péče,

nedostatečná podpora neziskových organizací pečující o osoby s duševním onemocněním a klient se dostává do bludného kruhu, ze kterého je těžká cesta ven.

10.3.2 Hypotéza č. 2

H2 - Předpokládám, že v psychiatrických léčebnách v jihozápadních Čechách pacienti v průběhu hospitalizace nemají možnost uspokojit své sexuální potřeby. – pohled klientů – hypotéza byla **verifikována**.

Hypotéza byla verifikována proto, že došlo ke splnění podmínky, že průměr z bodového hodnocení bude větší než aritmetický průměr, tedy 3,0. Verifikace hypotézy o nedostatečném prostoru pro naplnění sexuálních potřeb v průběhu hospitalizace potvrzena výsledkem, kterého bylo dosaženo v otázce číslo 10, kdy byl průměr 3,145. I v dalších dvou otázkách však došlo k bodovému hodnocení, které bylo větší než aritmetický průměr. Klienti tak ukázali, že nemají možnost naplnit své sexuální potřeby. Ze svých pracovních zkušeností vím, že k uspokojování sexuálních potřeb klientů v psychiatrických léčebnách dochází, ale dle mého názoru takovým způsobem, který není příliš důstojný. Jedinec by měl mít možnost uspokojit své potřeby lidským a důstojným způsobem, na bezpečném a soukromém místě a nemělo by příliš záležet na tom, jakou nemocí daný člověk trpí. Sexuální potřeby má každý z nás, každý v jiné míře a sexuálních preferencích.

H2 - Předpokládám, že v psychiatrických léčebnách v jihozápadních Čechách pacienti v průběhu hospitalizace nemají možnost uspokojit své sexuální potřeby. – pohled pracovníků – hypotéza byla **verifikována**.

I pohled pracovníků hypotézu verifikoval. Bohužel zde se ukazuje pojetí psychiatrické péče v plném rozsahu. V současné chvíli, jsou i pracovníci v psychiatrických léčebnách uvězněni pod tunami pravidel, které není možné změnit. Důvodem je pravděpodobně stagnace v normách a příkazech, které jsou však mnohdy mnoho desítek let staré. V průběhu výzkumu jsem se dostala ke spolupráci s úžasnou lékařkou, která měla vizi, chtěla něco změnit. Bohužel, již to tak není. Byla systémem donucena přestat dělat změny, neboť to nebylo finančně výhodné. Nyní jsou léčebny financovány dle počtu obsazených lůžek a tak na nic jiného není prostor a vlastně chybí i ta snaha. Proč se o něco snažit, když to nic nezmění? Možná by došlo ke změně, pokud by již lékaři a

zdravotnický personál na školách byl veden k tomu, co je běžná a základní potřeba. Možná by všemu pomohla základní změna v přístupu.

Práce s touto cílovou skupinou je nesmírně náročná a možná proto, došlo k nastavení pravidel ohledně sexuálních vztahů. Tato pravidla byla vepsána do vnitřních řádů: Proč tomu tak je? Proč je jedna ze základních lidských potřeb oplocena hranicemi? Proč se finance staly důležitějším ukazatelem než lidství?

ZÁVĚR

Sexualita je a bude navždy nedílnou součástí lidského života. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že klienti v psychiatrických léčebnách stojí o podání informací o vlivu nemoci a následné léčby na svůj sexuální život. Bohužel však mají pocit, že se jim nedostává dostatečné množství informací. Pokud nějaké získají, většinou jsou to informace u internetu nebo informačních letáků. Není prostor ani čas na to, mluvit s klienty o tom, co je čeká a jaký dopad bude mít na celý jejich život diagnostikované duševní onemocnění. Mnoho z nich onemocnělo v produktivním věku, kdy věří, že najdou partnera/ku. V případě, že se u nich projeví jakékoliv problémy v sexuálním životě, dochází potom velmi často k tomu, že klienti tlačí nejen na sebe, ale také na své okolí. Nezřídka se stane, že si vysadí léčbu, neboť mají problémy s erekcí či libidem.

Bohužel se ukázalo, že pracovníci mají představu, že lidé s duševním onemocněním informace o vlivu léčby nepotřebují a pokud si myslí, že ano, tak se domnívají, že informace které jsou jim poskytovány, jsou dostatečné.

V případě uspokojování sexuálních potřeb, došlo k tomu, že se skoro polovina klientů domnívá, že nemají dostatečně bezpečný a soukromý prostor pro uspokojení svých sexuálních potřeb. V psychiatrických nemocnicích nemají možnost zakoupit ochranné pomůcky pro bezpečný sex, byť věřím, že sexualita klientů v těchto zařízeních je veřejným tajemstvím. Bohužel, hranice omezování svobody v této problematice došla tak daleko, že jsou sexuální vztahy zaneseny v rádech psychiatrických léčeben. Ze své praxe vím, klienti se tím nikdy netajili, že v případě zjištění o sexuálním vztahu, je jednomu z nich ukončena v nejbližší možné době hospitalizace a následně je omezen v návratu, pokud by došlo ke zhoršení zdravotního stavu. Pokud nelze klienta propustit, je sexuální vztah rozpuštěn přesunutím na různá oddělení, aby se co nejvíce omezilo možnosti dalšího stýkání. Je to dle mého názoru nesmírné upírání svobody v něčem tak důležitém, jako je sexuální potřeba. Bohužel, ne za všechno můžou pracovníci. Leckde je toto nastavení v platnosti již mnoho desítek let. Legislativa psychiatrické péče se mění stále pomalu, můžeme jen doufat, že reforma, která nyní budí takový rozruch, opravdu bude mít takové následky, jaké slibuje. Dokud nedojde ke zvýšení financí, dokud pojišťovny a někteří lékaři nebudou k péči přistupovat jinak, dokud nenastane změna zákonů a neomezí se lůžka v nemocnici, nic se nezmění. Současný stav ubližuje všem zúčastněným. Klienti jsou v psychiatrických léčebnách, ve kterých jsou rozděleni jako ve

vězení, nemají možnost uspokojovat své potřeby nebo je svobodně vyjádřit, je jen málo psychiatrů a pokud se jich zdá být dost, tak mají takový příval klientů, že další už nepřijímají. Čekací lhůty na vyšetření jsou mnohaměsíční, není dostatek chráněných bydlení, lékaři snažící se o změnu jsou systémem donuceni přestat se snažit a začít fungovat finančně výhodně. Pacient má jen málo prostoru se bavit se svým lékařem o všem co ho trápí a co potřebuje řešit. Věřme, že psychiatrická reforma opravdu přinese tu pozitivní změnu, na kterou Česká republika v oblasti psychiatrie tolik čeká.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ Psychiatrická ošetrovatelská péče. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1151-6, st. 15.
- [2] VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese Vyd. 3, Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
- [3] HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. Psychologický slovník. Praha: Portál, 2000, s. 424.
- [4] WORLD HEALTH ORGANIZATION. The world health report 2001: mental health : new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001.
- [5] SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE. MKN – 10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. 2. akt. vyd. Přeložil Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Praha: Bomton Agency, 2008.
- [5] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV. 4. ed., 4. print. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1995.
- [6] SMOLÍK, Petr. Duševní a behaviorální poruchy: Průvodce klasifikací, Nástin nozologie, Diagnostika. Praha: MaxdorfJessenius, 1996.
- [7] VAŠINA, Lubomír. Základy psychopatologie a klinické psychologie. Brno: Institut mezioborových studií Brno, 2008.
- [8] FOUCAULT, Michel. Psychologie a duševní nemoc. Přeložila Věra Dvořáková a Richard Vyhlídal. Praha: Dauphin, 1999.
- [9] PRAŠKO, Ján, Petr MOŤNÝ a Miloš ŠLEPECKÝ, a kol. Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch. Praha: Triton, 2007.
- [10] RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTOVÁ. Psychiatrie: minimum pro praxi. 4. rozš. vyd. Praha: Triton, 2006
- [11] MAHROVÁ, Gabriela. Psychiatrické minimum. In: Gabriela MAHROVÁ, Martina VENGLÁŘOVÁ, a kol. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 2008.
- [12] VYMĚTAL, Jan. Úvod do psychoterapie. Praha. 3.aktual. doplněné vydání. Grada, 2011.
- [13] BUCHTOVÁ, Božena, a kol. Nezaměstnanost: psychologický, ekonomický a sociální problém. Praha:Grada, 2002

- [14] PRAŠKO, Ján, Martin BAREŠ, Jiří HORÁČEK, Dagmar SEIFERTO VÁ a Jiří ŠÍPEK. Psychotická porucha a její léčba: příručka pro nemocné a jejich rodiny. Praha: Maxdorf, 2001. st. 17
- [15] PAVLOVSKÝ, Pavel. Schizofrenie. In: Jiří RABOCH, Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTO VÁ. Psychiatrie: minimum pro praxi. 4. rozš. vyd. Praha: Triton, 2006
- [16] BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a František KOUKOLÍK. Schizofrenie: neurobiologie, klinický obraz, terapie. 1. vyd. Praha: Galén, 2004, 437 s. ISBN 80-7262-277-3.
- [17] GAY, Christian. Bipolární porucha: rady pro rodiny a blízké osob s maniodepresivními stavy. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, 135 s. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-668-1.
- [18] PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly. Praha: Portál, 2014.
- [19] In VAĎUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. Kvalita života: teoretická a metodologická východiska. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2005. s. 18.
- [20] VOTAVA, Jiří. Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením. Praha: Karolinum, 2003.
- [21] ĎURECH, Oldřich. Klient s duševním onemocněním v sociálních službách. 2. rozš. a přeprac. vyd. Benepal, 2014.
- [22] MASLOW, Abraham Harold. O psychologii bytí. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0618-7. st. 9
- [23] SMĚKAL, Vladimír. Pozvání do psychologie osobnosti. Vyd. 2. Praha: Barrister & Principál, 2004. ISBN 80-86598-65-9, st. 239
- [24] ČÁP, Jan, ČECHOVÁ, Věra, ROZSYPALOVÁ, Marie. Psychologie. Obecná psychologie pro střední pedagogické školy. Vyd. 3. Praha: H&H, 1998. ISBN 80-86022-36-6. st. 66
- [25] HOLEČEK, Václav, Jana MIŇHOVÁ a Pavel PRUNNER. Psychologie pro právníky. 2., rozš. vyd. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2007. Právnícké učebnice (Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk). ISBN 978-80-7380-065-9. str. 130
- [26] HELUS, Zdeněk. Psychologie pro střední školy. Praha: Fortuna, 1999. ISBN 80-7168-406-6.

- [27] ZVĚŘINA, Jaroslav. Sexuologie (nejen) pro lékaře. Brno: CERM, 2003. ISBN 80-7204-264-5. st. 11
- [28] THOROVÁ, Kateřina a Hynek JŮN. Vztahy, intimita a sexualita lidí s mentálním handicapem nebo s autismem. Praha: Asociace pomáhající lidem s autismem, 2012. ISBN 978-80-87690-08-6.
- [29] Sexual and reproductive health. World Health Organization [online]. 2004 [cit. 2017-07-24]. Dostupné z:
http://who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/sexual_health/en/
- [30] ŠULOVÁ, Lenka, Tomáš FAIT a Petr WEISS. Výchova k sexuální reprodukčnímu zdraví. Praha: MAXDORF, 2011. ISBN 978-80-7345-238-4.
- [31] RIDGWAY, Priscilla, Diane MCDIARMID, Lori DAVIDSON, et al. Cesty k zotavení. Přeložila Jitka CHARVÁTOVÁ. Lawrence: University of Kansas school of social welfare, 2014. ISBN 978-1-5031-7191-6.
- [32] Sexualita lidí s duševním onemocněním. Uc@bnaNET [online]. Ing. Jiří Neuman, 2015 [cit. 2017-07-24]. Dostupné z: <https://ucebna.net/mod/resource/view.php?id=504>
- [33] ČERNÁ, Dagmar. Standart lidských práv v Evropě. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2009. ISBN 978-80-87146-21-7.
- [34] OSN: Všeobecná deklarace lidských práv [online]. [cit. 2017-07-26]. Dostupné z: http://www.osn.cz/knihovna/dokumenty/článek_1-12
- [35] Evropská úmluva o ochraně lidských práv [online]. [cit. 2017-07-26]. Dostupné z: http://www.echr.coe.int/Documents/Convention_CES.pdf
- [36] Charta základních práv Evropské unie [online]. [cit. 2017-07-26]. Dostupné z: http://www.euroskop.cz/gallery/6/2090-charta_zakladnich_prav_1.pdf
- [37] World Association for Sexual Health: History [online]. 2013 [cit. 2017-07-26]. Dostupné z: <http://www.worldsexology.org/organisation/history/>
- [38] World Association for Sexual Health: Declaration of Sexual Rights [online]. 2013 [cit. 2017-07-26]. Dostupné z: <http://www.worldsexology.org/resources/declaration-of-sexual-rights/>
- [39] Sexuologická společnost: Právní normy [online]. [cit. 2017-07-26]. Dostupné z: <http://www.sexuologickaspolecnost.cz/pravni-normy>
- [40] Sexual Health for the Millennium. World Association for Sexual Health [online]. [cit. 2017-07-27]. Dostupné z: <http://176.32.230.27/worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/millennium->

declaration-english.pdf

[41] Vláda České republiky [online]. [cit. 2017-07-27]. Dostupné z:

<https://www.vlada.cz/cz/ppov/rlp-uvod-17537/>

[42] Zákony pro lidi: Antidiskriminační zákon [online]. 2015 [cit. 2017-07-27].

Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-198>

[43] Světová deklarace sexuálních práv. Masaryk University [online]. 2004 [cit. 2017-07-24]. Dostupné z:

https://is.muni.cz/el/1423/podzim2004/SPP713/um/10t_Svetova_deklarace_sexualnich_prav.pdf

[44] KRATOCHVÍL, Stanislav. Sexuální dysfunkce. 3. doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-2476-8.

[45] ŽOURKOVÁ, Alexandra. Měření poruch sexuálních funkcí při léčbě psychofarmaky. Psychiatrie pro praxi [online]. 2002, 2002, 3 [cit. 2017-07-25].

Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2002/02/02.pdf>

[46] FOITOVÁ, Zuzana. Komunitní péče, aneb Aby péče o duši neztratila duši. In: Ondřej Pěč a Václava PROBSTOVÁ. Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče. Praha: Triton, 2009.

[47] PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly. Praha: Portál, 2014. s. 184 – 185

[48] HARTL, Pavel. Komunita občanská a komunita terapeutická. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997. Studijní texty

[49] VRTIŠKOVÁ, Marie. Teorie a metody sociální práce. Brno: Tribun EU, 2009

[50] MATOUŠEK, Oldřich. Ústavní péče. Přeprac. a rozš. 2. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. Studijní texty

[51] MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3.

[52] MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ (eds.). Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.

[53] SOKOL, Radek a Věra TREFILOVÁ. Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb: výklad je zpracován k právnímu stavu ke dni 1. 1. 2008. Praha: ASPI, 2008. Meritum. ISBN 978-80-7357-316-4.

- [54] ŘEZNÍČEK, Ivo. Metody sociální práce: podklady ke stážím studentů a ke kazuistickým seminářům. Praha: Sociologické nakladatelství, 1994. Studijní texty (Sociologické nakladatelství), sv. 5. ISBN 80-85850-00-1. str. 63
- [55] JAROLÍMEK, Martin. Na cestě ke komunitní psychiatrii: Transformace psychiatrické péče. Pardubice: Občanské sdružení Péče o duševní zdraví, 2010.
- [56] Proč to děláme? Reforma psychiatrie [online]. [cit. 2017-07-25]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/proc_reformujeme/#.WXepjIjyhPY

SEZNAM TABULEK

- Tabulka č. 1: Počet použitých a vyřazených dotazníků od klientů
- Tabulka č. 2: Počet použitých a vyřazených dotazníků od pracovníků
- Tabulka č. 3: Složení respondentů (klienti) z hlediska pohlaví
- Tabulka č. 4: Složení respondentů (pracovníci) z hlediska pohlaví
- Tabulka č. 5: Složení respondentů (klienti) z hlediska věku
- Tabulka č. 6: Složení respondentů (pracovníci) z hlediska věku
- Tabulka č. 7: Složení respondentů (klienti) z hlediska víry
- Tabulka č. 8: Složení respondentů (pracovníci) z hlediska víry
- Tabulka č. 9: Složení respondentů (klienti) z hlediska délky hospitalizace
- Tabulka č. 10: Složení respondentů z hlediska délky současného zaměstnání
- Tabulka č. 11: Postoj respondentů (klientů) na předpoklad, že v psychiatrických léčebnách není dostatečná edukace o vlivu duševního onemocnění na sexuální život.
- Tabulka č. 12: Postoj respondentů (pracovníků) na předpoklad, že v psychiatrických léčebnách není dostatečná edukace o vlivu duševního onemocnění na sexuální život.
- Tabulka č. 13: Varianty, z kterých lze získat informace o vlivu léčby na sexuální život.
- Tabulka č. 14: Varianty, z kterých lze získat informace o vlivu léčby na sexuální život.
- Tabulka č. 15: Postoj respondentů (klientů) na předpoklad, že v psychiatrických léčebnách není dostatečný prostor pro uspokojení sexuálních potřeb.
- Tabulka č. 16: Postoj respondentů (klientů) na předpoklad, že v psychiatrických léčebnách není dostatečný prostor pro uspokojení sexuálních potřeb.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P1: dotazník pro klienty

Příloha P2: dotazník pro pracovníky

PŘÍLOHA P1: DOTAZNÍK PRO KLIENTY

Naplnění sexuálních potřeb klientů v psychiatrických léčebnách s důrazem na sexualitu

Vážená paní, vážený pane,

Ráda bych Vás touto cestou požádala o pomoc při výzkumu týkajícího se naplnění sexuálních potřeb klientů v psychiatrických léčebnách.

Dotazník je zcela anonymní a informace z něj budou použity pouze v mé diplomové práci.

Děkuji Vám za ochotu a čas strávený vyplněním dotazníku. Musilová Kateřina

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- a) žena
- b) muž

2. Uved'te kolik je Vám let(v celých letech):

3. Považujete se za věřícího?

- a) ano
- b) ne

4. Jaká je délka Vaší nynější hospitalizace včetně pobytu v nemocnici?

- a) do jednoho měsíce
- b) do dvou měsíců
- c) dva měsíce až půl roku
- d) půl roku a více

5. Máte zájem o informace týkající se vlivu Vašeho onemocnění a jeho léčby na Váš sexuální život?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím, nezajímám se o to

6. Domníváte se, že se k Vám dostává dostatek informací o vlivu Vašeho onemocnění na Váš sexuální život?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím, nezajímám se o to

7. Domníváte se, že máte k dispozici dostatek informací o vlivu Vámi užívaných léků na libido, erekci, hormonální a tělesné změny?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím, nezajímám se o to

8. Z jakých zdrojů získáváte při hospitalizaci v psychiatrické léčebně informace o vlivu Vaší nemoci a užívaných léků na Váš sexuální život?

Můžete vybrat i více odpovědí.

- a) informační brožura/leták/nástěnka
- b) literatura/časopis
- c) internet
- d) rozhovor s pracovníky léčebny (lékař, zdravotní sestra, sociální pracovník)
- e) rodina/přátelé
- f) o ničem nevím

9. Domníváte se, že máte v psychiatrické léčebně dostatek bezpečného prostoru pro naplnění Vašich sexuálních potřeb?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím, nezajímám se o to

10. Je ve Vaší psychiatrické léčebně možností nákup ochranných pomůcek pro bezpečný sexuální styk?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím, nezajímám se o to

11. Domníváte se, že máte v rámci psychiatrické léčebny možnost navázat sexuální vztah?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím, nezajímám se o to

12. Domníváte se, že Vám je umožněn sexuální kontakt s pohlavím, které preferujete?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím, nezajímám se o to

PŘÍLOHA P2: DOTAZNÍK PRO PRACOVNÍKY

Naplnění sexuálních potřeb klientů v psychiatrických léčebnách s důrazem na sexualitu

Vážená paní, vážený pane,

Ráda bych Vás touto cestou požádala o pomoc při výzkumu týkajícího se naplnění sexuálních potřeb klientů v psychiatrických léčebnách.

Dotazník je zcela anonymní a informace z něj budou použity pouze v mé diplomové práci.

Děkuji Vám za ochotu a čas strávený vyplněním dotazníku. Musilová Kateřina

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- a) žena
- b) muž

2. Uved'te kolik je Vám let(v celých letech):

3. Považujete se za věřícího?

- a) ano
- b) ne

4. Jaká je délka Vašeho současného zaměstnání?

- a) do půl roku
- b) do jednoho roku
- c) do pěti let
- d) pět a více

5. Domníváte se, že mají klienti psychiatrických léčeben dostatek informací týkajících se vlivu jejich onemocnění a jeho léčby na svůj sexuální život?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím, nezajímám se o to

6. Domníváte se, že mají osoby s duševním onemocněním právo na uspokojování sexuálních potřeb?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím, nezajímám se o to

7. Je navazování sexuálních vztahů řešeno vnitřním řádem Vaší psychiatrické léčebny?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím, nezajímám se o to

8. Z jakých zdrojů mohou klienti při hospitalizaci v psychiatrické léčebně získat informace o vlivu jejich nemoci a užívaných léků na svůj sexuální život?

Můžete vybrat i více odpovědí.

- a) informační brožura/leták/nástěnka
- b) literatura/časopis
- c) internet
- d) rozhovor s pracovníky léčebny (lékař, sociální pracovník, zdravotní sestra)
- e) rodina/přátelé
- f) o ničem nevím

9. Domníváte se, že je v psychiatrické léčebně dostatek bezpečného prostoru pro naplnění sexuálních potřeb Vašich klientů?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím, nezajímám se o to

10. Je ve Vaší psychiatrické léčebně možnost nákupu ochranných pomůcek pro bezpečný sexuální styk?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím, nezajímám se o to

11. Povoluje vnitřní řád psychiatrické léčebny klientům, aby navazovaly sexuální vztahy? Na tuto otázku odpovězte, pokud jste v otázce č. 7 odpověděli kladně

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím, nezajímám se o to

12. Domníváte se, že klienti psychiatrické léčebny potřebují informace o vlivu jejich onemocnění a užívaných medikamentů na jejich sexuální život?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím, nezajímám se o to

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autora/ky: **Bc. Kateřina Musilová**

Studijní program: **Sociální práce se zaměřením na komunikaci a psychoterapii**

Název práce: **Naplnění sexuálních potřeb klientů v psychiatrických léčebnách s důrazem na sexualitu**

Počet stran (bez příloh): **79**

Celkový počet stran s přílohami: **85**

Počet titulů české literatury a pramenů: **50**

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: **6**

Počet internetových odkazů: **14**

Vedoucí práce: **Mgr. Magdalena Koťová, Ph.D.**

Rok dokončení práce: **2017**

**Posudek vedoucí diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Bc. Kateřina Musilová

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Naplnění vybraných sexuálních potřeb klientů v psychiatrických léčebnách s důrazem na sexualitu

Vedoucí práce: PhDr. Magdalena Kořová, Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 70? (chybí údaje od autorky)

Počet stránek příloh: ?

Počet titulů v seznamu literatury: 22

Zahraniční literatura: 0!

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	X			
--	---	--	--	--

Oborová příléhavost tématu

	X			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

			X	X
--	--	--	---	---

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

			X	
--	--	--	---	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

			X	X
--	--	--	---	---

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		X	X	
--	--	---	---	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

			X	X
--	--	--	---	---

Využití výzkumných empirických metod

			X	X
--	--	--	---	---

Využití praktických zkušeností

	X	X		
--	---	---	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

X				X
---	--	--	--	---

Naplnění cílů práce

			X	
--	--	--	---	--

		X		
--	--	---	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výběrně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Vyváženost teoretické a praktické části
v daném tématu

Návaznost kapitol a subkapitol

		X		
--	--	---	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost
výsledků v praxi

			X	
--	--	--	---	--

Vhodnost prezentace závěrů práce
(publikace, referáty, apod.)

X				
---	--	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jaká zlepšení péče o pacienty psychiatrických nemocnic by autorka (vzhledem k tématu práce) navrhovala?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autorka se v textu diplomové práce zabývá tématem naplnění sexuálních potřeb u pacientů psychiatrických nemocnic. V teoretické části práce pojednává o klasifikaci duševních poruch, systému psychiatrické péče v ČR a sexualitě. V empirické části textu předkládá autorka výzkumnou sondu, v níž se za pomoci dotazníkového šetření pokouší mapovat možnosti a meze naplnění sexuálních potřeb u pacientů PN. Zkoumá též pohled personálu léčeben na otázku naplnění potřeb pacientů.

Text je psán velmi jednoduchým jazykem, největším problémem je stylistika. Mnoho vět nedává smysl, autorce se plete význam slov, chybně umisťuje čárky, hojně se vyskytují věty bez přísudku. Stylisticky je problematický již samotný název práce. Anglický text by si zasloužil podstatnou revizi. Autorka uvádí mnohdy nevhodnou formu citací, mnoho jich chybí zcela a ne všechny tituly v seznamu literatury jsou v textu citovány. Zcela chybí zahraniční literatura.

Autorka se v teoretické části práce zcela zbytečně zabývá klasifikací duševních nemocí (pojednání o jednotlivých diagnostických skupinách není vztaheno k tématu práce a jedná se o jednoduchý kompilát základní literatury, bez kritického zpracování), za relativně zbytečnou považují i část textu věnovanou systému psychiatrické péče v ČR. Definice pojmů (termínů) nejsou zcela adekvátní a jasné, autorce dělá potíž jasně a logicky vystavět text a pracovat s pojmy (jejich definice jsou mnohdy zmatečné – viz láska, potřeba atp.).

Otázky v empirické části (jsou to otázky??) jsou nevhodně formulovány, otázka „B“ například vyznívá v tom smyslu, že autorka zamýšlí zkoumat naplnění životních potřeb pacientů prostřednictvím sexuálních vztahů s personálem. Autorka nedefinuje metodu výzkumu, pouze jeho typ, a to chybně. Vhodnější by byl jednoznačně kvantitativní výzkum. Není schopna popsat jasně a srozumitelně jednotlivé kroky učiněné v rámci realizace výzkumné sondy. Chybí: popis vzorku respondentů a popis výběru vzorku a jeho typ (zcela nejasný výběr má velký vliv na validitu studie, která je nulová), popis zajištění validity a reliability, postup zpracování výzkumných dat (data nejsou zpracována nijak, pouze jsou dána do tabulek). Velikost vzorku je malá. Přílohy jsou umístěny uvnitř textu. Zcela chybí důkladný závěr výzkumné sondy a diskuse (pokud by byla obsáhlá, mohla by alespoň mírně vyvážit hluboké nedostatky výzkumné sondy).

Na závěr posudku je nutné poznamenat, že autorka práci vypracovala zcela samostatně, což a priori nemusí být problémem, ale občas „to nevyjde“. Domnívám se, že je schopna dobře kriticky myslet, čemuž i napovídá samotný výběr tématu. Téma je skvělé, a to vzhledem k oboru studia i aktuální situaci v psychiatrických nemocnicích. Je škoda, že je zpracováno zřejmě pod vlivem „tlaku času“.

Doporučení k obhajobě: nedoporučuji

Navrhovaná klasifikace: nedostatečně

Datum, podpis: 9.9. 2016

PhDr. Magdalena Kořová, Ph.D.

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'M' followed by a cursive 'k' and 'o', with a horizontal line above the 'M'.

**Posudek oponenta diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Kateřina Musilová

Obor studia: Sociální práce NMgr

Název práce: Naplnění vybraných sexuálních potřeb klientů v psychiatrických léčebnách s důrazem na sexualitu

Vedoucí/oponent práce: Ing. Mgr. Ivana Dvořáková

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 74

Počet stránek příloh: 5

Počet titulů v seznamu literatury: 31

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

		x		
--	--	---	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

			x	
--	--	--	---	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		x		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

			x	
--	--	--	---	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

				x
--	--	--	--	---

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

				x
--	--	--	--	---

Využití výzkumných empirických metod

				x
--	--	--	--	---

Využití praktických zkušeností

		x		
--	--	---	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

--	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

			x	
--	--	--	---	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

			x	
--	--	--	---	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěš/a

Návaznost kapitol a subkapitol

		x		
--	--	---	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

			x	
--	--	--	---	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

				x
--	--	--	--	---

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě: (v případě, že se autorka k obhajobě rozhodne)

Proč autorka v teoretické části zmiňuje jen Maslowovu teorii potřeb?

Co konkrétně myslí autorka tvrzením, které uvádí v anotaci práce a co toto tvrzení opírá?
(„*Tato metoda pomohla k tomu, aby se došlo k závěru a to skutečnosti, že současné nastavení psychiatrické péče, prozatím neumožňuje plnohodnotné naplnění sexuálních potřeb klientů v psychiatrických nemocnicích*“)

Jaký rozdíl vidí autorka mezi kvantitativní a kvalitativní metodologií?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autorka diplomové práce „Naplnění vybraných sexuálních potřeb klientů v psychiatrických léčebnách s důrazem na sexualitu“ se snaží ve své práci odpovědět na otázku, jakým způsobem jsou naplňovány sexuální potřeby nejen klientů, ale i pracovníků psychiatrických léčeben.

Z celé práce je patrný osobní autorčin zájem o danou problematiku a snaha dotknout se témat, která jsou dle autorčina mínění palčivá.

První část práce autorka práce rozdělila do logických oddílů, ve kterých se věnuje popisu jednotlivých duševních poruch, psychiatrické péči v ČR a tématu sexuality. Bohužel však tuto část označuje jako praktickou, ačkoli se jedná o část teoretickou.

Vzhledem k cíli práce, který si autorka zadala, se podstatné tematiky týká jen velmi malá část práce. Autorka v teoretické části zabíhá do podrobností, které s tématem práce souvisí jen okrajově, nebo jejich souvislost není z práce zřejmá (např. str. 21 kde podrobně popisuje postup úchopů při nedobrovolné hospitalizaci pacientů) a na druhé straně opomíjí významná teoretická východiska (kapitoly 1.4 životní potřeby a 1.5 sexuální potřeby - jsou podpořena jen teorií A.H.Maslowa). Zároveň rozsah těchto kapitol je v poměru k celé teoretické části nevyvážený, vzhledem k tomu, že se jedná o nosné téma celé práce.

Oddíl 3 je věnován tématu sexuality. Autorka většinu tvrzení opírá pouze o internetový zdroj „ucebna.net“. Zcela postrádám odkazy na výzkumy, které se dané oblasti dotýkají.

Odkaz na internetový zdroj, který autorka uvádí jak v textu, tak v seznamu použité literatury neodpovídá požadavkům statní normy o bibliografických citacích; stejně je tomu i o ostatních citovaných internetových zdrojů uvedených v seznamu použité literatury.

V úvodu empirické části autorka uvádí výzkumné otázky:

- 1) Zjistit, jak pracovníci ve zdravotnickém zařízení vnímají možnost naplnění životních potřeb klientů v psychiatrických léčebnách se zaměřením na sexualitu. – zde nerozumím odklonu od „naplnění sexuálních potřeb“ – jak je uvedeno v názvu práce a i v anotaci.
- 2) Zjistit jak klienti vnímají možnost naplnění životních potřeb v psychiatrických léčebnách se zaměřením na sexualitu ze strany zdravotnického zařízení. – zde nerozumím odklonu od původního záměru zjišťování a taktéž zde není srozumitelný význam zdravotnického zařízení.

V části metodologie autorka uvádí : „...*k naplnění cílů a vyřešení výzkumné otázky, jsem použila kvalitativní výzkum*“. Celá praktická část je však zpracovaná kvantitativní metodou. Dotazníky obsahují jen uzavřené otázky; komplexní a holistický obraz, na který se autorka odkazuje na s. 46 v žádném případě nemohla získat.

Taktéž zmiňovaná použitá tematická a obsahová analýza (s.47) nemohla při tomto zpracování dat najít uplatnění. Popsaná metoda neodpovídá vůbec způsobu zpracování. Výsledky, které autorka zjistila, pečlivě graficky zpracovala a okomentovala. Tento dílčí výsledek může být částečně přínosný k dokreslení obrazu, který se dané problematice týká. V práci postrádám soupis bibliografických údajů, který je povinou součástí práce. Taktéž přílohy, které autorka začlenila přímo do práce (s.52-53; s. 59-61) je vhodné zařadit na konec práce, do zvláštního oddílu „přílohy“.

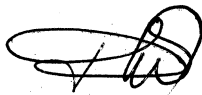
V závěru práce autorka uvádí tvrzení, které nelze jako obecně platné závěry přijmout. (např.: s.69 „...*v široké společnosti stále převládá názor, že lidé s duševním onemocněním nemají nebo nepotřebují uspokojovat své sexuální a intimní potřeby*“; s.70 „*Ač si společnost myslí, že lidé s duševním onemocněním nemají nebo nepotřebují intimitu a sex, výsledky výzkumu ukázaly, že většina dotázaných nejen že sex a intimitu potřebuje, ale také že ji i přes další okolnosti spojené s léčbou má.*“)

Ačkoli autorka zvolila vhodné a společensky významné téma, zpracování práce vykazuje základní nedostatky, které pro závěrečnou práci magisterského studia nejsou přijatelné. K obhajobě nelze doporučit.

Doporučení k obhajobě: ~~doporučuji~~/nedoporučuji*

Navrhovaná klasifikace: nedostatečně

Datum, podpis: 9.9.2016

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a final flourish.

*
nehodící se, škrtněte

Posudek vedoucí diplomové práce na Pražské vysoké škole psychosociálních studií

Jméno a příjmení studentky: Bc. Kateřina Musilová

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Naplnění sexuálních potřeb klientů v psychiatrických léčebnách s důrazem na sexualitu

Vedoucí práce: PhDr. Magdalena Koťová, Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 79

Počet stránek příloh: 6

Počet titulů v seznamu literatury: 56

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	X			
--	---	--	--	--

Oborová přílehlavost tématu

	X			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

			X	
--	--	--	---	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

			X	
--	--	--	---	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

		X		
--	--	---	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		X		
--	--	---	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	X	X		
--	---	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

			X	
--	--	--	---	--

Využití praktických zkušeností

	X			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

				X
--	--	--	--	---

Naplnění cílů práce

		X		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části

		X	X	
--	--	---	---	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

v daném tématu

Návaznost kapitol a subkapitol

		X	X	
--	--	---	---	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	X			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

--	--	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jak autorka zpracovávala sebraná data?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Diplomová práce Kateřiny Musilové se zabývá tématem naplnění sexuálních potřeb lidí hospitalizovaných v psychiatrických léčebnách (zde se sluší poznamenat, že od roku 2013 se používá slovní spojení psychiatrická nemocnice). Autorka se v teoretické části práce zabývá mnoha tématy - duševní zdraví, duševní nemoci, životní potřeby, sexualita či lidská práva, péče o osoby s duševním onemocněním nebo reforma psychiatrické péče. V empirické části práce předkládá kvantitativní výzkumnou sondu (dotazníkové šetření), zaměřenou na otázku sexuálních potřeb a jejich naplnění.

Téma, které si autorka zvolila, považuji za velmi důležité a aktuální, jeho volbu oceňuji, ve zpracování textu však nacházím určité problémy. Je nutné poznamenat, že od loňského roku autorka text vylepšila, je patrná snaha o předložení práce, která odpovídá požadavkům. Je možná škoda, že autorka text nekonzultovala i s interním zaměstnancem školy, mohla se možná vyhnout jistým problémům.

S mnoha tvrzeními a úvahami, které autorka předkládá, souhlasím a souzním, text je však psán nepřiliš kvalitně, čtivost výrazně snižuje stylistika a zejména velké množství zcela nelogicky umístěných čárek, skloňování atp. Text je kostrbatý, členění do odstavců nevhodné. Citace jsou místy špatně zpracovány. Seznam literatury je vypracován chybně. Některé názvy kapitol by bylo vhodné specifikovat.

Koncepční výtka směřuje ke skutečnosti, že autorka popisuje mnoho témat a povětšinou zbytečně (či přinejmenším zbytečně obecně) - vhodnější by bylo zaměřit se přímo na téma práce (v textu však najdeme mnoho ne příliš zajímavých a zcela obecných textů týkajících se duševních onemocnění či péče). Kladu si otázku po tom, proč tyto texty v práci jsou. Autorka by jistě měla co říci, z jejích reflexí je patrné, že je v problematice zaangažovaná a její přístup k pacientům je respektující a uctivý, to velmi oceňuji.

V empirické sondě bych uvítala adekvátní definování cílů výzkumu (co to je "výzkumný pojem"?). Hypotézy jsou vágní. Není jasné, jak autorka sestavovala dotazník. Chybí klíčový popis metody výběru vzorku participantů, chybí popis způsobu zpracování dat, diskuse je chabá.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: dobře

Datum, podpis: 7.9. 2017

PhDr. Magdalena Kořová, Ph.D.



~~Posudek vedoucího/opponenta~~ ^{OPONENTA} bakalářské/diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií

Jméno a příjmení studenta/-tky: Bc. Kateřina Musilová
 Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii
 Název práce: Naplnění sexuálních potřeb klientů v psychiatrických léčebnách
 s důrazem na sexualitu
 Vedoucí/oponent* práce: Mgr. Ing. Eva Dubovská

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 79
 Počet stránek příloh: 6
 Počet titulů v seznamu literatury: 56

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová přílehavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		x		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

			x	
--	--	--	---	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

		x		
--	--	---	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		x		
--	--	---	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

		x		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

			x	
--	--	--	---	--

Využití praktických zkušeností

	x			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

x				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

		x		
--	--	---	--	--

Doporučení k obhajobě: doporučuji/nedoporučuji*

Navrhovaná klasifikace:

VELMI DOBŘE

Datum, podpis:

2.9.2017

A handwritten signature in blue ink, consisting of two distinct parts: a cursive 'D' followed by a stylized 'V'.