

Stigmatizace u osob se schizofrenním onemocněním

Andrea Schorníková

Bakalářská práce
2019



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Andrea Schorniková**
Osobní číslo: **H150243**
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**
Studijní obor: **Zdravotně sociální pracovník**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Stigmatizace u osob se schizofrenním onemocněním**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury osob s duševním onemocněním.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti stigmatizace duševně nemocných.
Příprava metodiky výzkumné části, formulace kritérií pro výběr respondentů.
Realizace výzkumu technikou dotazníku.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

ČEŠKOVÁ, Eva. Schizofrenie a její léčba: průvodce ošetřujícího lékaře. Praha: Maxdorf Jessenius, 2012. ISBN 978-80-7345-266-7.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. Diagnostika a terapie duševních poruch. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-1620-6.

GOFFMAN, Erving. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. Touchstone: Simon and Schuster, 2009. ISBN 978-06-7162-244-2.

MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-723-7.

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

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Bc. Barbora Plisková

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **5. prosince 2018**

Termín odevzdání bakalářské práce: **17. května 2019**

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



Mgr. Jana Doleželová
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 20.3.2019

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

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

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

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

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

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3).
(3) Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

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

ABSTRAKT

Bakalářská práce nese název Stigmatizace u osob se schizofrenním onemocněním. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část objasňuje a vymezuje základní pojmy dané problematiky. První kapitola v teoretické části práce se zaměřuje na stigmatizaci, druhá kapitola se věnuje schizofrennímu onemocnění a třetí kapitola popisuje přístupy a terapie. Praktická část je realizována prostřednictvím kvantitativního výzkumu technikou dotazníkového šetření. Cílem práce je analyzovat postoje studentů Ústavu zdravotnických věd Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně vůči vybraným aspektům onemocnění schizofrenie. Výsledky výzkumu jsou zpracovány a vyhodnoceny tak, aby mohly být využity v praxi.

Klíčová slova: schizofrenie, stigmatizace, duševní onemocnění, psychiatrická diagnóza

ABSTRACT

The bachelor thesis is called Stigmatization in persons with schizophrenia. The thesis is divided into theoretical and practical part. The theoretical part explains and defines the basic concepts of the issue. The first chapter in the theoretical part focuses on stigmatization, the second chapter deals with schizophrenia and the third chapter describes approaches and therapies. The practical part is realized by means of quantitative research by questionnaire technique. The aim of the thesis is to analyze the attitudes of students of the Institute of Health Sciences of the Faculty of Humanities of Tomas Bata University in Zlín against selected aspects of schizophrenia. The research results are processed and evaluated so that they can be used in practice.

Keywords: schizophrenia, stigmatization, mental illness, psychiatric diagnose

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucím mé bakalářské práce, doc. PhDr. Janě Kutnohorské, CSc. a Mgr. Bc. Barboře Pliskové, DiS., za jejich odborný přístup a vedení. Jejich vstřícnost a cenné rady mi velmi pomohly při zpracování bakalářské práce. Zároveň bych ráda poděkovala všem studentům Ústavu zdravotnických věd Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, kteří se podíleli na výzkumu. Dále pak mému pracovišti Sociální rehabilitace Zahrada v Kroměříži, kde jsem se naučila, jak důležitá je práce s lidmi s duševním onemocněním. V neposlední řadě děkuji celé mé rodině za podporu a trpělivost v průběhu studia.

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

Motto:

„Už nás nemučí, už nás neládují železem, aby se nám vyrovnaly tělesné šťávy, chce to však více, abyste nás přijali celé. Před duševní nemocí nelze utéct, lze jí jen čelit. Duševní nemoc je Křik, dej Bůh štěstí těm, kteří ho uslyší a dokážou ho proměnit v Ticho.“

Klient P. K., nemocný schizofrenií

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 STIGMA, STIGMATIZACE	12
1.1 MODEL SLOŽEK STIGMATIZACE.....	13
1.2 STEREOTYP. STEREOTYPIZACE	15
1.3 STIGMATIZACE DUŠEVNÍHO ONEMOCNĚNÍ.....	16
1.3.1 Stigma duševního onemocnění v České republice.....	17
1.4 STIGMATIZACE PSYCHIATRIE.....	17
1.5 STIGMATIZACE PROFESIONÁLEM	19
1.6 STIGMATIZACE A MÉDIA.....	20
1.7 SEBESTIGMATIZACE	22
1.7.1 Důsledky stigmatizace a sebestigmatizace.....	23
2 SCHIZOFRENIE	24
2.1 VÝZNAM NEMOCI	24
2.2 EPIDEMIOLOGIE, VÝSKYT	24
2.3 PODSTATA A PŘÍČINY SCHIZOFRENIE	25
2.4 POSTIŽENÍ PSYCHICKÝCH FUNKCÍ.....	25
2.5 PŘÍZNAKY NEMOCI	27
2.5.1 Pozitivní příznaky	27
2.5.2 Negativní příznaky	28
2.6 PRŮBĚH ONEMOCNĚNÍ, KOMPLIKACE, PROGNÓZA	29
2.6.1 Prognostické faktory	30
2.7 KLINICKÉ FORMY SCHIZOFRENIE	31
2.7.1 Paranoidní schizofrenie (F20.0).....	31
2.7.2 Hebefrenní schizofrenie (F20.1)	31
2.7.3 Katatonní schizofrenie (F20.2).....	31
2.7.4 Nediferencovaná schizofrenie (F20.3)	32
2.7.5 Postschizofrenní deprese (F20.4)	32
2.7.6 Reziduální schizofrenie (F20.5)	32
2.7.7 Simplexní schizofrenie (F20.6).....	32
2.8 AGRESIVITA U SCHIZOFRENIE	33
3 PŘÍSTUPY A TERAPIE	35
3.1 BIOLOGICKÁ LÉČBA	35
3.1.1 Prevence onemocnění a prevence relapsu.....	36
3.2 PSYCHOTERAPIE	37
3.3 SOCIOTERAPIE A SOCIÁLNÍ PRÁCE	38
3.3.1 Role sociálního pracovníka	39
3.4 PŘÍSTUP KE KLIENTOVI SE SCHIZOFRENIÍ	39
3.5 PREVENCE STIGMATIZACE A DESTIGMATIZACE	40
II PRAKTICKÁ ČÁST	43
4 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU	44

4.1	CÍLE VÝZKUMU	44
4.2	DOTAZNÍK.....	45
4.3	VÝZKUMNÝ SOUBOR	46
4.4	VÝZKUM	46
4.5	VYHODNOCENÍ.....	46
4.6	LIMIT A ETIKA	47
5	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	48
6	INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT.....	74
6.1	DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE	74
6.2	PRVNÍ DÍLČÍ VÝZKUMNÝ CÍL.....	74
6.3	DRUHÝ DÍLČÍ VÝZKUMNÝ CÍL.....	76
6.4	TŘETÍ DÍLČÍ VÝZKUMNÝ CÍL	77
7	DISKUZE	79
	ZÁVĚR	83
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	85
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	88
	SEZNAM GRAFŮ	89
	SEZNAM TABULEK.....	91
	SEZNAM PŘÍLOH.....	93

ÚVOD

Téma bakalářské práce s názvem Stigmatizace u osob se schizofrenním onemocněním jsem si zvolila skrze osobní zkušenost. Mojí profesí je práce sociální asistentky s osobami s chronickým duševním onemocněním, převážně s diagnózou schizofrenie. V této souvislosti se mě řada lidí ptá, zda nemám při výkonu své profese strach anebo zda jsem lepší práci nenašla. Podnětem mi bylo i setkání s diskriminujícím jednáním vůči klientům ze stran zdravotníků. Klienti často uvádí, že se jim zdravotníci dostatečně nevěnují nebo jejich zdravotní potíže zlehčují. Dále klienti zmiňují, že nedostávají úplné informace o léčbě nebo lécích. A to nejen v souvislosti s psychiatrickou léčbou, ale převážně v jiných oblastech zdravotnické péče, což pro mě bylo jasným impulsem k volbě tématu bakalářské práce a výzkumného vzorku.

Stigmatizace provází lidstvo po celou dobu jeho existence. Mezi nejvíce stigmatizovaná onemocnění v dnešní době patří nemoc zvaná schizofrenie. Abychom tuto nemoc pochopili, respektive člověka, který jí onemocněl, je nutné mít alespoň základní informace o nemoci. Pokud se ještě někdo nesetkal s člověkem, který onemocněl schizofrenií nebo se o tuto problematiku nezajímá, může mít o nemoci zkreslené představy, například prostřednictvím médií. Média nám mnohdy předkládají upravenou realitu. Můžeme se dozvědět například i to, jak jsou „schizofrenici nepřítel“. Aby se zažité povědomí lidí změnilo, je úkolem pracovníků pohybujících se v problematice, aktivně proti stigmatizujícím postojům vystupovat. Nejčastěji to jsou právě zdravotníci a sociální pracovníci, kdo dělají osvětu a zaslouží si velký obdiv při výkonu své nelehké práce. Jejich příprava k povolání začíná vzděláváním, tak mohou načerpat užitečné vědomosti o problematice a v budoucnu je propojit s praxí.

Cílem bakalářské práce je analyzovat postoje studentů Ústavu zdravotnických věd Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně vůči vybraným aspektům onemocnění schizofrenie. Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Do teoretické části práce zahrnujeme tři hlavní kapitoly s názvy: stigma a stigmatizace; schizofrenie; přístupy a terapie. Naším záměrem je definovat dané pojmy, objasnit jejich problematiku a prohloubit znalosti v těchto oblastech. V praktické části se věnujeme charakteristice výzkumu a stanovení výzkumných cílů. Dále se v této části zabýváme výše zmíněným výzkumným vzorkem a technikou sběru dat, na jejichž základě bude probíhat organizace a poté

realizace výzkumného šetření. V závěru praktické části získaná data analyzujeme a vyhodnocujeme. Naším záměrem je získané poznatky aplikovat do praxe prostřednictvím doporučení.

Motto, které jsme na úvod v naší práci zmínili, nám poskytl člověk, který onemocněl schizofrenií. Vystihuje pocity, které se mohou odehrávat v lidech, kteří trpí duševní chorobou. Ti sami svádějí vysilující boj s duševní nemocí a zároveň jsou vystaveni překážkám ze strany společnosti, což jim ubírá dalších sil (nejen sil).

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 STIGMA, STIGMATIZACE

Výraz stigma pochází z řečtiny a můžeme jej přeložit jako *cejch* nebo *skvrna*. Doslova znamená ocejchování, nápadné označení, kterým původně bylo znamení vypálené například na zločinci, aby se mu lidé vyhýbali. Podobný překlad zní, že slovo stigma symbolizuje *znak* nebo *stopu*, která nese svědectví. Poukazuje na tělesné znaky, které vypovídají o něčem neobvyklém, nedostatečném nebo z morálního hlediska špatném. Původ termínu stigma se vztahuje k tetování či lépe *vypálenému znamení*. Kdysi se tímto slovem označoval cejch vypalovaný otrokům v thesalských dolech antického Řecka. Toto označení bylo pro ostatní znamení, podle kterého byli jeho nositelé rozpoznáváni a vylučováni ze společnosti. Stigma přeneseně značí negativní předsudky okolí k pacientovi s pohlavní chorobou, rakovinou, a hlavně s duševní poruchou (Malá a Pavlovský, 2010, s. 9; Goffman, 2009, s. 1; Ocisková a Praško, 2015, s. 11).

V průběhu lidské historie nabírá tento termín různé významové rysy. Ne vždy bylo stigma považováno pouze za negativní rys člověka. Například v době raného křesťanství byla známa stigmata Kristova, což byly rány v místech, kde byly Kristovy údy protkny hřeby, kterými byl přibit na kříž. Stigmata jsou v tomto pojetí dodnes tělesným svědectvím o spiritualitě svého nositele, jeho svatosti nebo důkazem silné víry. Náboženský význam nesou i stigmata přisuzována zlu. V době honu na čarodějnice byla „nečistá“ znamení, jako jsou znaménka nebo bradavice, důkazem spolčení s ďáblem. Toto druhé pojetí poukazuje na tělesné známky, které vypovídají o nemoci svého nositele. Stigmatem jsou v tomto pojetí známky svědčící o ohrožující nakažlivé nemoci, jako je lepra, nebo viditelné příznaky nevyléčitelných onemocnění, jako je pokročilá jaterní cirhóza, což směřuje k izolaci označeného jedince od ostatních (Ocisková a Praško, 2015, s. 11).

V 19. století popisovala rodící se kriminalistika stigmata zločinců, čímž se rozuměly fyzické odchylky vzhledu svědčící pro zločinecký charakter způsobený degenerací. Cílem bylo identifikovat a případně izolovat možné kriminálníky ještě před spácháním trestného činu. Termín „stigma“ byl také použit pro označení neodstranitelných skvrn na kůži po bodnutí ostrým předmětem, někdy používaným pro označení tuláků, zločinců nebo otroků. Vždy tedy šlo o někoho, koho je potřeba oddělit od společnosti nebo komu je potřeba se vyhnout. V moderní době se význam stigmatu posunul k jakýmkoli znakům, rysům nebo nemoci, která značkuje jedince jako v něčem nepříjemně odlišné od „normálních“ osob (Goffman, 2009, s. 2; Ocisková a Praško, 2015, s. 11-12).

Autoři Hartl a Hartlová (2015, s. 565) definují stigmatizaci jako: „*Společenský předsudek vůči někomu, jemuž jsou pak přisuzovány záporné vlastnosti, předem dané záporné hodnocení, které je okolím přisouzeno jedinci, skupině nebo organizaci.*“ Jednou z nejvíce stigmatizovaných skupin osob jsou lidé s psychickou poruchou. Jedná se o negativní společenský jev s dlouhou tradicí, který úzce souvisí s vývojem pojetí duševních nemocí.

Sociolog Ervin Goffman poukazuje na to, že osoba se stigmatem je nejčastěji definována jako „*horší než člověk*“. Goffman dále tvrdí, že lidé, aby si vysvětlili a ospravedlnili stigmatizaci druhých, konstruovali různé teorie a ideologie, a tím si v podstatě vytvořili alibi. Příkladem jsou žluté Davidovy hvězdy. Stigmatizace byla proto často zneužívána k ideologickým účelům. Může se manifestovat znehodnocujícím přístupem ze strany okolí i na to nasedajícím pocitem méněcennosti nositele nálepky a malými šancemi pro kvalitní život. Stigma chápe jako označení pro situaci, kdy je člověk vyloučen z plného přijetí společností, takzvanou „normální většinou“. V důsledku toho dochází k určité formě diskriminace ze strany společnosti. Stigmatizovaní mohou být například trestáni, mohou jim být omezována nebo odnímána práva, mohou být vystaveni posměchu anebo odmítavým reakcím (Goffman in Rainwater, 1974, s. 26-27).

1.1 Model složek stigmatizace

Stigmatizaci lze obecně charakterizovat jako proces označování, který souvisí jak se společenským vylučováním a odmítáním stigmatizovaného, tak s vlastními pocity studu, které u stigmatizovaného pramení z nepříznivého sociálního úsudku o vlastní osobě či o společenské skupině. Tento úsudek bývá založen na určitém rysu, který souvisí s identitou, jednáním, vzhledem či zdravotním stavem a který je společností považován za nenormální, a legitimuje tak určité zvláštní jednání (např. vylučování). „*Stigma se od racionální ochrany společnosti liší tím, že má iracionální základ a vede k diskriminaci*“ (Janoušková a Winkler, 2015, s. 30).

U stigmatu lze rozlišit čtyři vzájemně se ovlivňující faktory. Prvním z těchto faktorů je ten, kdy dochází k rozlišování a označování lidských odlišností. Dalším navazujícím faktorem je fakt, že takto označeným osobám jsou dominantní společností přisuzovány nežádoucí charakteristiky neboli negativní stereotypy. Tato kategorizace vede k oddělení „nás“ od „těch druhých“, což značí třetí faktor. Následkem toho dochází ke snižování statusu a k diskriminaci takto označovaných osob, což způsobuje nerovnosti. Tímto jsou naplněny všechny faktory při procesu stigmatizace (Janoušková a Winkler, 2015, s. 31).

Thornicroft a kolektiv popisují tento model jednotlivých složek stigmatizace následovně. Skládá se ze čtyř komponentů – značkování, stereotypizace, separace a diskriminace. *Značkování* (labelling) stojí na počátku procesu stigmatizace a představuje zaznamenání osobních charakteristik, které jsou pokládány za důležitou odlišnost oproti subjektivní nebo společenské normě. *Stereotypie* (stereotyping) je odlišnost, která je spojena s nepřijatelnými osobnostními znaky, vlastnostmi nebo projevy chování. *Separace* (separating) představuje již zmiňované rozlišování na „my“ a „oni“. *Ztráta pozice a diskriminace* vystihuje fakt, že stigmatizovaní jedinci jsou zneváženi, odmítnuti a vyloučeni.

Thornicroft u stigmatizace dále zdůrazňuje tři důležité prvky. Prvním prvkem je *ignorace*. Ten je popisován jako problém znalostí. V současnosti již existuje nebyvalé množství dostupných informací o psychických poruchách. Intervence zaměřené na zvýšení povědomí o duševních poruchách mohou snížit efekt stigmatizace. Zmínit můžeme např. informační kampaně (Thornicroft in Ocisková a Praško, 2015, s. 24-25).

Další složkou jsou *předsudky*. Ty jsou v literatuře popisovány Nakonečným následovně: „*Mají iracionální původ a jádro. Zakládají sklon k negativnímu jednání vůči objektu předsudku, a protože jsou iracionální, jsou velmi odolné vůči změnám a rezistentní vůči racionální argumentaci. V podobě stereotypů se přenášejí z jedné generace na druhou*“. Předsudky vůči lidem s psychickou poruchou se týkají zejména očekávání nebezpečného chování, které ve stigmatizujících vyvolává obavy a následné distancující chování (Ocisková a Praško, 2015, s. 26; Nakonečný in Kuzníková, 2011, s. 151).

Třetím prvkem je *diskriminace*. V otázce diskriminujících postojů přísluší objasnit si problematiku postojů. Kučera definoval postoj jako: „*Sklon ustáleným způsobem reagovat na předměty, osoby, situace a na sebe sama*“. Postoj se skládá ze tří složek: kognitivní, afektivní a konativní. Kognitivní složka obsahuje všechny znalosti, názory a myšlenky jedince o daném objektu. Afektivní složka se týká pocitů a emocí. Konativní složka obsahuje všechny způsoby a formy chování jedince k objektu. Postoje tak neobsahují pouze myšlenkové procesy, ale jsou spojeny i s činnostmi. Diskriminace je problém odmítání a vyhýbavého chování, kde je naplněna konativní složka postoje (Kučera, 2013, s. 124).

V souvislosti se stigmatizací zmíníme ještě výrazy jako je stereotyp či stereotypizace v kontextu schizofrenního či jiného duševního onemocnění.

1.2 Stereotyp. stereotypizace

Stereotypy můžeme charakterizovat jako *šablonovitý způsob vnímání a posuzování osob, tříd nebo skupin, který je předem daný*. Stereotypy nejsou výsledkem přímé zkušenosti, ale jsou přebírány a udržovány tradicí. Stereotypy umožňují rychlou kategorizaci a ovlivňují očekávání i chování lidí, a to i v situacích, kdy vlastní zkušenosti jsou malé nebo vůbec žádné. Stereotypy v posuzování se týkají skupin lidí, tříd nebo určitých představitelů obyvatel, popřípadě i celých národů a ras (Kuzníková, 2011, s. 150-151; Ocisková a Praško, 2015, s. 22).

Můžeme dále rozlišovat mezi tzv. autostereotypy, tedy představami a míněním, které mají příslušníci určité skupiny o sobě samých (např. psychicky nemocní o psychicky nemocných), a heterostereotypy, které mají o členech skupin jiných (tzv. zdraví lidé o psychicky nemocných). Pomocí stereotypů bývají určité skupiny posuzovány zjednodušeně a i racionálně. Dochází k zastírání i výrazných individuálních vlastností a odlišností u jednotlivých členů určité skupiny. Jádrem stereotypu jsou historicky vleké předsudky a tradiční lidové interpretace. Stereotypy bývají v čase relativně stabilní, mohou se však pozvolna měnit vlivem rozmanitých příčin. Výrazným faktorem změny nebo vytváření autostereotypy je propaganda. Typickým příkladem je vytváření negativního stereotypu Němců o Židech v období nacismu.

Stereotyp stigmatu psychické nemoci je ve společnosti předáván mladší generaci a vydatně posilován za pomoci médií, promítání se do vtipů o bláznech, hovorových obrátů i uměleckých děl. Postoje veřejnosti v některých západních zemích se zlepšují jen pozvolna. Jedním z typických stereotypů kolujících ve společnosti je stereotyp duševně nemocného. Tento stereotyp může mít pro jedince pozitivní i negativní důsledky. Mezi pozitivní může patřit ochrana jedince, soucit s ním nebo kladení menších nároků na výkon a role v životě. Pozitivní důsledky však zjevně nepřevažují. Stereotyp obrazu o duševně nemocném mu přiděluje roli blázna. Očekává se nezvyklé chování, nebezpečnost, nekontrolovatelnost, nezodpovědnost a možná agrese. Laikem jednou takto osvojený obraz je odolný vůči modifikujícím vlivům, přestože má často fiktivní charakter (Ocisková a Praško, 2015, s. 22).

Tato stálost fiktivního obrazu v čase se označuje také jako stereotyp obrazu o duševně nemocném, u kterého je předpokládána „*kariéra duševně nemocného*“ (Janík in Ocisková a Praško 2015, s. 28).

1.3 Stigmatizace duševního onemocnění

Duševní poruchy představují velkou specifickou skupinu nemocí, s nimiž se zdravotník setkává. Stigma duševní nemoci je charakterizováno nedostatkem vědomostí o duševních nemocích, strachem, předsudky a diskriminací. Historie je poznamenána segregací, izolací a inkluzí duševně nemocných, které však do jisté míry přetrvávají i v současnosti a jsou posilovány existencí institucionálních forem zdravotní nebo sociální péče. Souvisí to i s tím, že duševní poruchy mají kromě svých důsledků zdravotních i závažné důsledky nezdravotní. Například narušení vztahů s blízkými osobami, rizika bezdomovectví, sebevražedného jednání, nedobrovolné léčby a hospitalizace. Psychické onemocnění se navíc často projevuje navenek bizarním či neobvyklým chováním (Kalvach, 2011, s. 79).

Argument, že „duševní nemoc je nemoc jako každá jiná“, však není zcela pravdivý. Duševně nemocný se ostatním jeví jako člověk s vadami, slabý, neschopný, někdy i jako hloupý. Jeho chování je nepředvídatelné, nekontrolovatelné a možná i nebezpečné. Duševně nemocný trpí a nese břímě hodnocení své choroby ostatními lidmi. Dochází ke stigmatizaci. Stigma psychiatrického pacienta je spojeno se silnou emocí, posilovanou společností a kulturou (Malá a Pavlovský, 2010, s. 9).

Ocisková a Praško (2015, s. 22-23) píše o tom, že běžně je nemoc deviace, za kterou není nositel činěn odpovědným a není sankcionován. U duševních poruch je odmítání jedinců jimi trpících teoreticky vázáno na pokračující odchylné chování, které pro okolí vyjadřuje určitý stupeň ohrožení. Je dosud nezodpovězenou otázkou, proč stigmatizace a tím i odmítání fungují i u poruch, kde takovéto odchylné chování není vyjádřeno (úzkostné poruchy). Pravděpodobně zde funguje samotná nálepka. Její účinnost může být větší než další informace o jedinci. Navíc nálepka „duševní porucha“ nebo „duševní nemoc“ odhlíží od jejich různých typů. Funkci nálepky bohužel plní i informace o kontaktu s psychiatrickými institucemi, zejména informace o hospitalizaci, o níž se okolí může dozvědět například prostřednictvím potvrzení o pracovní neschopnosti pro zaměstnavatele. Jedinec, který nálepku získal, je vystaven zvýšené společenské kontrole s tendencí vykládat každé (i domnělé) vybočení z normy ve smyslu nálepky.

Autor Černoušek (1994, s. 28) podotýká, že podle historie byl používán pojem duševní nemoc k zatemňování problémů sociální deviace, odchylek od společensky uznávaných norem a předepsaných vzorců chování. Od nejtemnějších počátků lidské preexistence bylo šílenství

vždy chápáno jako deviantní jednání či jako znásilnění dohodnutých sociálních norem mezilidských interakcí. Ovšem teprve na začátku 19. století bylo šílenství konečně označeno za nemoc a svěřeno do opatrovací péče lékařství.

1.3.1 Stigma duševního onemocnění v České republice

Stigmatizace a boj proti stigmatu patří ve světě i u nás k významným tématům v rozvoji péče o duševní zdraví. V České republice je stigmatizace enormně vysoká a systematických a dlouhodobých destigmatizačních programů se zde zatím příliš nerealizovalo.

Až posledních letech bylo publikováno několik přehledů a studií založených na sekundární analýze dat, které zkoumaly stigmatizaci u různých psychiatrických diagnóz. V roce 2004 se uskutečnil výzkum veřejného mínění na téma postojů vůči lidem se schizofrenií. Výsledky ukázaly, že 57 % české populace nemá dostatek informací o schizofrenii, 55 % nikdy nepotkalo žádnou osobu s touto diagnózou, 36 % si myslí, že není možné s touto nemocí normálně žít a pracovat. Podle 21 % Čechů by měli být lidé se schizofrenií umístěni do léčeben a 43 % vyjádřilo přesvědčení, že lidé trpící schizofrenií jsou nebezpeční a násilníčtí. Další studie srovnávala sociální distanci v České republice a Velké Británii a přinesla znepokojující výsledky: 40,8 % české populace by vadilo žít společně s někým, kdo má psychické onemocnění, 35,8 % by vadilo s ním pracovat, 30,8 % by vadilo bydlet v sousedství takové osoby a 26,4 % by se nechtělo přátelit s člověkem s takovýmto postižením. Britská data vykazují několikanásobně nižší míru stigmatizace (Janoušková a Winkler, 2015, s. 33).

Absence destigmatizačních programů a tradice negativního obrazu psychiatrie duševně nemocnému bez sporu příliš neprospívá. O druhém zmiňovaném pokračujeme následující podkapitolou.

1.4 Stigmatizace psychiatrie

Stigma je spojeno se samotným oborem psychiatrie. Tato stigmatizace má historické kořeny, které vznikly na základě předsudků, že psychiatrie není lékařským oborem v pravém slova smyslu a k léčbě se využívají šarlatánské léčebné metody. Stigmatizována je zejména psychofarmakoterapie nebo elektrokonvulzivní terapie. Navíc v minulosti byla psychiatrie v některých systémech zneužívána (nacismus, komunismus) a v každé společnosti kromě funkce léčebné má také funkci kontrolní v podobě detence deviantních jedinců (Ocisková a Praško, 2015, s. 30).

Stigmatizace má negativní důsledky i na léčbu pacienta. Řada praktických lékařů se cítí nejistá, když má pacientovi sdělit, že by byla vhodná psychiatrická konzultace, eventuálně léčba. Stigmatizace terapie („tam tě srovnají“ nebo „psychouš si s tebou poradí“) přechází i ve stigmatizaci oboru („psychiatři jsou stejně blázni“). Duševní poruchy, které jsou pro neprofesionály nepochopitelné, vzbuzují úzkost a obavy, a ještě mají navíc větší souvislost se společenskými otázkami a sociálně negativními jevy, jako jsou sebevražednost, závislost na návykových látkách, delikvence, nedobrovolná přijetí atd. Někdy to vede ke konfliktům a vyhroceným situacím, zvláště při střetu medicínských a společenských zájmů (Malá, 2005, s. 143).

Ukazuje se, že v posledních 200 letech byla právě psychiatrie nejen využívána, ale také zneužívána při řešení citlivých společenských problémů. Dle slov Černouška: „*Racionální doba, tak pyšně se honosící vědeckým pokrokem, zrodila institucionálního bastarda – psychiatrické vězení, kde se sociálně-deviantní chování a jevy nazývají duševními nemocemi*“. Podobně se vyjádřil i Dostojevskij: „*Lidé se nepřesvědčí o svém duševním zdraví, když budou své bližní zavírat do blázinců*“ (Černoušek, 1994, s. 221; Dostojevskij in Černoušek, 1994, s. 221).

V padesátých a šedesátých letech 20. století vznikaly hypotézy o negativním vlivu instituce na průběh nemoci u dlouhodobě léčených pacientů. Uvažovalo se o roli pacienta v instituci nebo o tzv. institucionalizované perspektivě, o sníženém sebevědomí, o ztrátě zájmu a neschopnosti plánování jako syndromu tzv. institucionální neurózy. Tento sekundární hendikep se projevuje depresí a netečností u pacientů tam, kde personál vůči nim zaujímá nízká očekávání. Budoucí systém péče by se měl co nejvíce vyhnout ústavním typům služeb se všemi stigmatizujícími a dalšími negativními důsledky (Kalvach, 2011, s. 80).

Podle ankety, kterou provedla agentura STEM v roce 1998, a ve které se dotazovala, jaká je první asociace při vyslovení slova psychiatrie, nejvíce lidí uvedlo slovo „blázinec“. Nyní by to asi byla síťová lůžka (Češková, 2012, s. 105-106).

Nejen v psychiatrických nemocnicích, ale i jinde se klient může setkat se stigmatizací ze stran profesionálů. Může se jednat o zdravotníky či jiné pracovníky přicházející do styku s touto cílovou skupinou osob nebo i pracovníky ze složky integrovaného záchranného systému (záchrannáři, hasiči, policie).

1.5 Stigmatizace profesionálem

Stigmatizace je doménou nejen široké veřejnosti, ale také profesionálů, kteří jsou součástí užšího či širšího systému péče o duševní zdraví. Role profesionálů je zásadní ze dvou hlavních důvodů. Jednak jako experti ovlivňují názor veřejnosti a dále tím, že jsou v každodenním kontaktu s lidmi s duševním onemocněním, významně ovlivňují jejich zdravotní a sociální situaci nebo případný rozvoj sebestigmatizace. Výzkumy naznačují, že lidé s duševním onemocněním jsou stigmatizováni, jak mezi všeobecnými lékaři, tak mezi psychiatry, lékaři jinak specializovanými, ostatním zdravotním personálem a také studenty medicíny. Stigmatizace mezi lékaři a zdravotním personálem všeobecně vede často k diskriminaci ve smyslu neposkytnutí adekvátní léčby lidem s duševním onemocněním. Stigmatizující postoje u zdravotního personálu se však nevyskytují vždy. Například evropské psychiatrické sestry vykazují postoje převážně kladné, ačkoli rozdílné podle země, pohlaví a pozice v organizaci. Nedávný výzkum z Austrálie poukázal na nižší stigmatizaci u tamějšího zdravotního personálu než v obecné populaci (Janoušková a Winkler, 2015, s. 31).

Oproti běžné reakci laiků mají odborníci větší pohotovost k nálepkovací reakci. Je to vysvětlováno vštěpovanou zásadou, že přehlédnutí nemoci je mimořádně vážná chyba, zatímco její mylné diagnostikování je závada menší. Může tedy být něco na laickém tvrzení, že „psychiatr vidí bláznů všude“. K nálepkování pacienta zdravotníky dochází v případě diagnóz, u nichž se stereotypně počítá s obtížnou léčbou. Více bývají nálepkovány osoby z nižších sociálních vrstev, než pochází terapeut. Pacienti z nižších sociálních vrstev jsou také méně intenzivně léčeni. Rovněž však velmi často dává psychiatr nálepkou hůře léčitelné diagnózy pacientů, kteří jsou mu nesympatičtí nebo u kterých se mu nedaří navázat dobrou spolupráci či kteří jej kritizují (Ocisková a Praško, 2015, s. 31).

Další skupinou profesionálů, kteří jsou v častém kontaktu s lidmi s duševním onemocněním, avšak jejichž role v celém širokém systému je často opomíjena, jsou členové bezpečnostních sborů, zejména policisté. Podle zahraničních policejních statistik se přibližně 7 % policejních zásahů ve velkých městech USA a 7-31 % telefonátů týká osob s duševním onemocněním. Policisté tak balancují mezi dodržováním dvou principů. Jednak principu udržení bezpečnosti v komunitě a jednak ochrany handicapovaných jedinců. Často jsou to první osoby, které rozhodují, zda osoba s duševním onemocněním má vstoupit do systému péče o duševní zdraví, nebo do systému trestní justice. Výzkumy však naznačují, že znalosti policie týkající se duševního onemocnění jsou na stejné úrovni jako u obecné populace. Postoje policie však

mohou být i méně příznivé než veřejné mínění. Výzkum intervenčního programu v Chicagu prokázal, že policisté mají sklon znevažovat informace, které získají od oběti či očitých svědků s duševním onemocněním, a nebrat tyto osoby jako důvěryhodné (Janoušková a Winkler, 2015, s. 31-32).

1.6 Stigmatizace a média

Významným způsobem se na utváření stigmatizujících postojů k duševním poruchám podílejí nejen média, ale i informace z doslechu, literatury, ustálené obraty v řeči a znehodnocující poznámky v běžné mluvě. Média honící se za senzací si vypůjčují psychopatologické termíny, aby popsala různé nevhodné jevy: „doba je nervózní“, „strana reaguje hystericky“, „situace je schizofrenní“. Filmy jsou plné „psychopatů“, „sexuálních deviantů“ a vrahů s psychiatrickou diagnózou (Malá a Pavlovský, 2010, s. 9).

Média zprostředkovávají svému publiku obraz světa a podstatně se tak podílejí na konstruování toho, co je považováno za realitu – normalitu či deviaci. Zároveň formují názory a postoje, a tím ovlivňují jednání lidí. Mnozí lidé nepřicházejí pravidelně do kontaktu s lidmi s duševním onemocněním a zároveň nemají dostatek informací o daném fenoménu. Jejich hlavní zdroj poznání o psychiatrii je zprostředkovaný prostřednictvím tisku, televize, filmů, rozhlasu nebo jiných médií. Mediální obraz bývá zpravidla negativní a vykresluje duševní onemocnění v nepříznivých souvislostech. Mnozí autoři poukazují na spojitost mezi obrazem v médiích a veřejným negativním postojem vůči lidem s duševním onemocněním. Velmi časté je spojování duševního onemocnění a iracionality, nespolehlivosti, násilí a kriminality. Média také vytvářejí odlišnosti mezi „my“ a „oni“ a nejčastěji znázorňují lidi s duševním onemocněním jako zločince, pasivní pacienty nebo ve spojení s nízkým postavením na sociálním žebříčku (zejména v souvislosti s chudobou). Duševní onemocnění jsou pak v důsledku chápána veřejností, politiky a dalšími vlivnými skupinami jako cosi, co se dotýká „jiných“, tedy pouze malé části populace, a není tomu proto potřeba přikládat důležitost (Janoušková a Winkler, 2015, s. 32).

Na spojitost mezi negativním mediálním obrazem osob s psychickými poruchami a negativními postoji veřejnosti poukázalo několik studií, které dospěly k závěru, že stigmatizující prezentace v médiích má přímý negativní vliv na osoby s psychickou poruchou i na sociální politiku. Již první studie na toto téma zjistila, že lidé s psychickými poruchami jsou v médiích zobrazováni převážně negativně. Popis duševních chorob ze stran médií bývá zkreslený a zdůrazňuje především nápadné odlišnosti a bizarní rysy. Například v mnoha filmech jsou

jedinci s psychickou poruchou stereotypně líčeni jako nebezpečné, všeho schopné osoby. Negativní prezentace psychotických poruch v tištěných médiích převažuje v západních zemích (Spojené státy americké, Kanada, Velká Británie), ale i jinde v Evropě (Itálie, Chorvatsko, Slovensko), včetně České republiky. Nejčastějším tématem těchto článků je agrese a nebezpečnost psychicky nemocných osob. Až 39 % článků, které se zabývají psychickými poruchami, se zaměřuje na nebezpečné a kriminální aktivity osob s duševní poruchou (Ocisková a Praško, 2015, s. 33).

Při studiu českých a slovenských tištěných médií (nejčtenější noviny a časopisy v roce 2007) se zjistilo, 31,2 % ze zkoumaných 375 článků zmiňujících psychiatrická onemocnění je spojeno s agresivním chováním. Co se týče diagnóz, psychotická onemocnění a schizofrenie byla nejčastěji spojována se zabitím. Většina článků vykreslovala lidi s duševním onemocněním jako pachatele. Tyto texty v 92 % používaly stigmatizující vyjádření (Janoušková a Winkler, 2015, s. 32).

Protože lidé trpící psychickou poruchou nepáchají kriminální činy ve vyšším procentu než běžná populace, je zřejmé, že média zkreslují reálnou situaci, stigmatizující psychiatrické pacienty, a tím významně přispívají k udržení jejich stigmatu. Bylo zjištěno vyšší použití počtu slov, doprovodných fotografií a více stigmatizujícího jazyka při publikování negativních sociálních jevů přičítaných lidem s psychickými poruchami ve srovnání s lidmi bez psychiatrické diagnózy. Tyto články jsou také častěji publikovány na čelních stránkách časopisů. Na rozdíl od předešlých výsledků se v analýze irského tisku dospělo k závěru, že texty popisující psychické poruchy jsou většinou kladné nebo neutrální. Podobný charakter prokázaly studie z Austrálie, kde se ukázalo, že zpracování tematiky duševního zdraví je široké, kvalitní a méně se koncentruje na kriminální nebo nebezpečné chování. Zajímavé je, že v obou zemích běžely v té době dlouhodobé kampaně zacílené na snižování stigmatu. Podobně jsou méně stigmatizující postoje ve Švédsku. Z pohledu rozvoje moderních médií je důležité snažit se využít média k prezentaci vyváženějšího a diferencovanějšího obrazu psychiatrických poruch. Masmédia mají významný vliv na postoje veřejnosti k duševnímu zdraví i psychiatrii. Otázka identity psychiatrie jako lékařského oboru, stejně jako budoucnost psychiatrie, byla předmětem mnoha kontroverzních diskuzí. Obor psychiatrie má dnes historickou příležitost utvářet budoucnost péče o duševní zdraví, medicíny a společnosti. Psychiatrie by nyní měla vybudovat nový mezioborový a integrační obraz specializované profese, podporovat jej a kontinuálně vnášet poznání svého oboru do povědomí společnosti.

Dobré vztahy s veřejností jsou pro budoucnost psychiatrie a postavení psychiatrických pacientů ve společnosti velmi důležité (Ocisková a Praško, 2015, s. 33-35).

Otázkou zůstává, do jaké míry „negativní obraz“ duševně nemocných na sebe necháváme působit. Zda si dokážeme informace ověřovat nebo bezhlavě propadáme jakési „senzaci“. Výše zmiňované možnosti stigmatizace mohou vést k jevu, který nazýváme sebestigmatizace. Zároveň tento jev můžeme považovat za jeden z důsledků stigmatizace.

1.7 Sebestigmatizace

Pacienti trpící psychickými poruchami se denně potýkají nejen s příznaky své nemoci, ale také s diskriminací, která souvisí se stigmatizujícími postoji a chováním společnosti.

Osobní zkušenost lidí s psychickými poruchami se stigmatizací lze dle Brohana a kolektivu autorů rozdělit do tří oblastí. První zkušeností je zažití *vnímaného stigmatu*, což znamená, co si jedinec myslí o tom, co si společnost myslí o stigmatizované skupině, ke které patří. Další oblastí je *zažívané stigma*, které se projevuje zážitky diskriminace spojené se stigmatizací. Poslední a nejzávažnější je *sebestigmatizace*, jakož výsledek zvnitřnění veřejného stigmatu (Brohan in Ocisková a Praško, 2015, s. 58).

K internalizaci (vnitřnímu ztotožnění) stigmatizace nebo sebestigmatizace zpravidla patří, že postižený člověk po částech ztrácí to, co si o sobě dříve myslel a dávalo mu to hodnotu a smysl. Postupně se zřiká svých přání a ambicí do budoucna. V zásadě jedinec věří, že názory a postoje společnosti vůči lidem s duševní poruchou jsou opodstatněné. Například si o něm ostatní myslí, že nemá hodnotu, ale už si to o sobě myslí i sám, takže může mít pocit, že jiní o něj nebudou stát jako o přítele, partnera nebo zaměstnance. V poslední fázi stereotypy vztahuje na sebe, nekriticky jim věří a jedná v souladu s nimi (Ocisková a Praško, 2015, s. 58–59).

Sebestigmatizace se může dotýkat i nejbližšího okolí nemocného člověka. Duševní nemoc je totiž břemeno, které si nenesou jen pacienti, ale také jejich rodinní příslušníci. Jestliže jeden ze členů rodiny onemocněl závažným duševním onemocněním, například schizofrenií, jsou tím bezesporu zatíženi všichni. Musí se vyrovnat s pocity hanby vůči okolí, studu, viny, že to možná zavinili nesprávnou výchovou. Všichni tito blízcí jsou zasaženi, a k tomu ještě musí čelit předsudkům okolí (Jarolímek, 2012, s. 7).

1.7.1 Důsledky stigmatizace a sebestigmatizace

Stigmatizace často vede k pocitům studu, ke snížení sebedůvěry a sebeúcty, a zhoršuje tak zdravotní a sociální situaci člověka s duševním onemocněním i jeho rodiny. U lidí se schizofrenií přispívá k depresím, sociální úzkosti, vyhýbání se druhým až izolaci, pasivitě, rezignaci na nové vztahy, ukončení studia nebo angažované práce. Sebestigmatizace posouvá účinnost podstupované terapie na nižší úroveň eventuelně přispívá k neochotě vyhledat odbornou pomoc (Janoušková a Winkler, 2015, s. 32).

Důsledkem stigmatizace je výše zmiňovaná nízká zaměstnanost duševně nemocných. Ta v různých zemích dosahuje 10-30 % oproti lidem s těžkými fyzickými hendikepy se zaměstnaností 20-40 %. Dalším důsledkem je skrytá psychiatrická nemocnost. Až polovině lidí, kteří trpí psychickou poruchou, se nedostává adekvátní odborné pomoci a léčby (Kalvach, 2011, s. 79).

Je zjevné, že stigma, které si duševně nemocní mohou nést, není o nic jednodušší než jako boj s nemocí samotnou. Jednou z nejvíce spojovaných nemocí se stigmatizací je nemoc zvaná schizofrenie.

2 SCHIZOFRENIE

Schizofrenie patří mezi psychotická onemocnění. V odborné terminologii je psychóza charakterizována bludy, halucinacemi a dezorganizovaným slovním projevem a chováním, v širším pojetí také poruchou vnímání reality, poruchou myšlení, emotivity i poruchou osobnosti (Češková, 2012, s. 11).

Proces nemoci samotné a její zákonitosti jsou sice u všech pacientů obdobné, ale nemocný sám, tedy objekt, na němž se choroba projevuje, je pokaždé jiný a jedinečný, a proto také psychopatologický obraz této choroby je u konkrétního člověka specifický a pro něho typický. Tato skutečnost, tedy vzájemná vazba mezi charakterem nemoci a osobností postiženého jedince, činí proto podobu této choroby neobyčejně rozmanitou a její diagnostiku velmi obtížnou. Schizofrenie se tímto liší od jiných psychických poruch, které mívají psychopatologický obraz u každého pacienta víceméně podobný jen s malými obměnami (Kučerová, 2010, s. 9).

2.1 Význam nemoci

Termín schizofrenie pochází z řečtiny a lze jej přeložit jako „*rozštěp mysli*“ (schizo – štěpím, fren – mysl). Vhodnější by však bylo hovořit o rozštěpu osobnosti, přičemž osobnost znázorňuje integrovaný celek všech psychických i fyzických vlastností jedince (Dušek a Večeřová-Procházková, 2010, s. 219; Kučerová, 2010, s. 10).

Pojem se do podvědomí lidí dostal v roce 1911 díky zavedení jeho významu do praxe švýcarským psychiatrem Eugenem Bleulerem. Zcela první zprávy o výskytu schizofrenie jsou již z období 2000 let před naším letopočtem. Odborně a mnohem podrobněji se o onemocnění začali zajímat vědci na konci 19. století. Ve společnosti je obecně rozšířeno přesvědčení, že člověk nemocný schizofrenií trpí "rozdvojením osobnosti". Toto přesvědčení je však mylné. Jedná se o rozštěp mezi osobností, myšlením a vnímáním. V žádném případě nejde o více různých osobností působících v jednom těle (Schizofrenní poruchy, 2018, online).

2.2 Epidemiologie, výskyt

Onemocnění vzniká v mladém věku, nejčastěji kolem dvaceti let, ale časté jsou i formy začínající v dětství. Onemocnění poté probíhá řadu let buď kontinuálně, nebo v relapsech. Schizofrenie postihuje asi jedno procento obyvatelstva (Dušek a Večeřová-Procházková, 2010, s. 218-219).

Incidence (počet nově vzniklých případů dané nemoci ve vybrané populaci za určité časové období) je stejná u obou pohlaví (2-4 případy na 10 000 ročně). U žen je pozorován benignější průběh onemocnění, které u nich začíná později. Ženy jsou méně často hospitalizovány a lépe sociálně fungují. Ve studii Světové zdravotnické organizace byla incidence podobná napříč různými zeměmi (Češková, 2012, s. 11-12).

2.3 Podstata a příčiny schizofrenie

Podstatou schizofrenie je narušená selektivita (výběrovost) vnímání. U jedince se schizofrenií selhává vypouštění nedůležitých podnětů. Vnímá tedy všechno. Pro mozek je to příliš mnoho informací. Zvolí tedy nešťastný obranný krok. Některé podněty, i důležité, vypustí, nebo je různě zkombinuje, aby si ulehčil práci, čímž vzniká vnímání neexistujících věcí, jako jsou halucinace a bludy. Odborné kruhy vidí důvod v poruše uvolňování neurotransmiterů, což jsou látky, které nervové buňky vylučují pro komunikaci mezi sebou (Schizofrenie, 2018, online).

Schizofrenie se může objevit v zásadě s jakoukoli zatěžující situací. Například osamostatnění od rodiny, úmrtí v rodině, přepracovanost, emigrace, negativní vlivy během těhotenství, problémy při porodu nebo narušené rodinné fungování. Spouštěčem schizofrenie může být i marihuana, amfetaminy, halucinogeny a jiné drogy. Při vzniku určitého procenta schizofrenních poruch se uplatňují dědičné vlivy. Jsou-li oba rodiče schizofrenici, jejich děti onemocní s pravděpodobností 40 %. Ale asi 80 % schizofreniků nemá mezi nejbližšími příbuznými nikoho s touto diagnózou. Zdá se, že pro vznik schizofrenie je třeba dvou momentů. Jednak je to určitá dispozice a pak spouštěč, který tuto dispozici aktivuje (Podstata a příčiny schizofrenie, 2018, online).

2.4 Postižení psychických funkcí

Schizofrenní onemocnění postihuje celou řadu psychických funkcí jako je myšlení, vnímání, jednání, pozornost, vůle nebo vědomí. Jiní autoři jako nejčastější charakteristický projev schizofrenie uvádějí proces emočního vyhasínání, který pokračuje až do emoční tuposti. Dále se popisuje postupná ztráta kontaktu s realitou – autismus. Paralelně s těmito procesy probíhá dezintegrace (rozpad) osobnosti (Dušek a Večeřová-Procházková, 2010, s. 220; Mlýnková, 2010, s. 212).

Osobnost postiženého se může již premorbidně (před onemocněním) vyznačovat určitými charakteristickými rysy, například plachostí, redukcí sociálních kontaktů, uzavřeností.

V úvodních projevech bývá plané filozofování, zájem o bizarní otázky nebo problémy. S trváním onemocnění se objevuje netečnost, nezájem o okolí; postižený se soustřeďuje na vnitřní svět, který při přítomnosti bludů a halucinací může být pestrý a pacientovi zcela nahrazuje realitu. S nastupující dezintegrací osobnosti se vnitřní svět schizofrenika rozpadá.

Myšlení je postiženo po formální i obsahové stránce. Porucha myšlení je jedním z hlavních příznaků schizofrenie. Z formálních projevů se vyskytují zárazy, tvorba vlastní symboliky (které nikdo jiný kromě pacienta nerozumí), neologismy, inkoherentní, nesouvislé a zmatené myšlení. Po obsahové stránce bývá pro schizofrenii charakteristická přítomnost bludů. Bohatá bludná produkce je častá u nemocných s prohlubujícím se autismem. Při dlouhodobém trvání onemocnění mohou bludy odeznívat nebo se rozpadat.

Vnímání je u některých forem schizofrenie výrazně narušeno. Vyskytují se iluze a halucinace. Nejčastější jsou halucinace sluchové, kdy postižený slyší šelesty, šumy, slova nebo celé věty, rozhovory dvou nebo více osob – „hlasy“. Obsahy halucinací se týkají nemocného. Mohou se vyskytovat i halucinace jiných smyslů (zrakové, čichové, tělové, viscerální). Významné pro diagnostiku schizofrenie jsou halucinace intrapsychické – vkládání myšlenek, ozvučování myšlenek, odcizování myšlenek. Pacienti mají pocit, že za ně myslí někdo druhý, nebo mají naopak pocit, že jsou jim odnímány jejich myšlenky, a tak je jim bráněno v jejich vlastní aktivitě. Halucinace bývají souhlasné s bludy i s jednáním pacienta, který obvykle vykoná to, co mu „hlasy“ přikazují.

U schizofrenie se s trváním onemocnění charakteristicky mění *emotivita*. Na začátku nemusí být výrazné změny, jindy se naopak vyskytuje jakési vystupňování projevů vůči nejbližším. Nemocný si vyčítá, že je nemá dost rád. Vyskytují se i patologické výkyvy nálady – mánický nebo depresivní syndrom. Postupně v průběhu onemocnění dochází k emočnímu vyhasínání. Nemocní jsou otupělí, neteční, jejich emoční projevy mají malou polaritu (emoční zploštělost). Nakonec se porucha emotivity projeví v apaticko-abulickém syndromu (člověk je bez veškeré motivace). Takovéto změny emotivity jsou charakteristické pro těžší formy onemocnění. Vlekly začátek a časný rozvoj negativních symptomů predikuje těžší a nepříznivý průběh. Lze říci, že jsou postižovány vyšší city jak z oblasti společenské, tak estetické – postižený propadá lhostejnosti vůči lidem, rozpadají se citové vazby. To vede k izolaci a uzavírání se do sebe, do svého vnitřního světa. Nápadná je i nepřiléhavost citů, nevhodné emoční projevy (náhlý smích, či naopak náhlé upadnutí do deprese), objevuje se také paratymie či paramimie, což znamená, že pacient má například smutnou náladu, a přitom se směje.

Poruchy *jednání* většinou navazují na poruchy myšlení a vnímání, na poruchy emotivity a poruchy osobnosti. Jednání schizofreniků je odlišné od jejich chování v rámci premorbidní osobnosti i od jednání zdravých lidí, bývá často nevypočitatelné a překvapí zdravé lidi. Chorobné představy a vjemy mohou podle své naléhavosti ovlivňovat aktivitu nemocných. Pacient se může pod vlivem bludů a halucinací dopouštět i trestné činnosti. Nezřídka dojde k sebezabití (například vyskočí z okna, když prchá před domnělým nepřítelem). Při sluchových halucinacích mívají nemocní naslouchací postoje. Vyskytují se impulsivní reakce, které se projeví náhlým a neočekávaným činem z nepochopitelné motivace. Primární postižení psychomotoriky je u katatonii schizofrenie jak v rámci produktivní, tak neproduktivní symptomatiky. Mezi základní příznaky schizofrenie patří i ambivalence (protichůdné citové postoje) a ambitendence (protichůdné tendence, nerozhodnost). Jde o zážitek protikladných citových vztahů a protikladného snažení a úsilí.

V některých případech se zvláště na začátku onemocnění může objevit porucha *vědomí* kvalitativního charakteru typu amence nebo deliria. V průběhu onemocnění jsou poruchy vědomí vzácností. Porucha vědomí se objevuje u takových forem, které začínají náhle. Má krátké trvání a rychle odeznívá. Obvykle formy schizofrenie s rychlým, bouřlivým začátkem mají příznivější prognózu.

Intelekt u schizofrenie není postižován, ale pasivita a netečnost nemocného vyvolává dojem, že jde o zásah do paměťových a intelektových funkcí. Pokud se podaří tyto projevy prolomit, zjišťujeme, že paměťové a intelektové funkce jsou neporušeny (Dušek a Večeřová-Procházková, 2010, s. 221-222).

2.5 Příznaky nemoci

Základní dělení symptomů probíhá do skupiny symptomů pozitivních a negativních.

2.5.1 Pozitivní příznaky

Pozitivní příznaky značí to, že u klienta nacházíme něco navíc, co dosud nebylo, neexistovalo nebo neupoutalo naši pozornost a běžně se u lidí nevyskytuje. S těmito příznaky se může pečovatel v praxi setkat, zejména zhorší-li se klientův zdravotní stav, pokud přestane užívat léky. Tento typ příznaků dobře reaguje na léky. Terapie pomocí antipsychotik bývá zpravidla celoživotní (Mlýnková, 2010, s. 216–217).

K těmto příznakům řadíme *halucinace*. Jedná se o vjemy, které nejsou reálné, nevznikají ve skutečnosti. Nejčastěji se jedná o slyšení hlasů, které nikdo jiný neslyší. S těmito hlasy vede

člověk konverzaci, hlasy často říkají, co má člověk dělat. Mezi další klamné vjemy, které jsou méně časté, patří vjemy smyslové a to zrakové, hmatové, chuťové nebo čichové.

Dalším známým pozitivním příznakem jsou *bludy* neboli falešné představy, které představují mylné názory, o kterých je člověk přesvědčen i přes neexistenci pravdivých důkazů. Častým projevem je pocit pronásledování, podvádění nebo pocit nějakého spiknutí. Člověk je také přesvědčen, že má zvláštní dar nebo schopnosti, že je slavnou osobností nebo že jeho skutky jsou ovládány vnější silou.

V neposlední řadě se jedná o *zmatené myšlení*, kdy člověk v řeči přeskakuje z jedné věci na druhou a projevu chybí logická souvislost. Pro člověka s poruchou myšlení je obtížné logicky uvažovat, rozhodovat se, co je v danou dobu vhodné nebo nikoli. Mnohdy člověk věří, že jsou jeho myšlenky kradeny nebo ovládány nějakou vnější silou.

Podivné chování zahrnuje zvláštní až nevhodná gesta, grimasy, postoje nebo až porušování společenského chování (Pozitivní a negativní symptomy, 2018, online).

2.5.2 Negativní příznaky

Negativní příznaky nazýváme též deficitní. Ukazují něco, co u klienta postrádáme, co u něho chybí (emoce, myšlenkové procesy) a dříve bylo přítomné nebo bylo součástí jeho života. Klient ztrácí určité schopnosti, dovednosti, emoce. Mohou se objevit jednou, dvakrát a více ne. Průběh nemoci je velmi vážný, vede až k invalidizaci pacienta, zanedbávání sebepečce, péče o rodinu, domácnost, zaměstnání. Dochází k úpadku kognitivních funkcí, sociálních dovedností a osobnosti vůbec.

Patří sem *oploštění emocí*, což se projevuje tím, že klient neprojevuje emoce jako dříve, objevuje se lhostejnost, nezájem, snižuje se hloubka prožívaného citu. Nereaguje na situace, které se kolem něho odehrávají. Neodpovídající emoce a jednání patří k základním projevům.

Dalším projevem může být *snížení vůle a motivace*, což znamená, že klient nechce a nemůže vykonávat běžné denní činnosti, nemůže docházet do zaměstnání, neboť mu k tomu chybí vůle, kterou nemocí ztrácí, chybí celkově aktivita, přestává se zajímat o své koníčky a starat se sám o sebe, dochází až k nicnedělání (Mlýnková, 2010, s. 217).

Sociální stažení znamená, že člověk se schizofrenií má tendenci izolovat se od společnosti lidí a uzavírat se do sebe. Je narušena schopnost navazovat a udržet vztahy, mnohdy se klient

kontaktu s lidmi záměrně vyhýbá. Takto postižený člověk ztrácí zájem o veškeré sociální okolí a dění.

V neposlední řadě se jedná o *snížení plynulosti a obsahu myšlení*. Může se také stát, že sami promluví pouze vzácně a na otázky odpovídají krátce. Někteří lidé mluví srozumitelně, ale přesto nesdělují žádný obsah. Často se jedná o propojování jejich myšlenek nebo přeskokování mezi myšlenkami (Pozitivní a negativní symptomy, 2018, online).

2.6 Průběh onemocnění, komplikace, prognóza

Schizofrenie začíná nejčastěji mezi 15. a 45. rokem věku, u mužů o něco dříve, než u žen. První manifestaci psychotických projevů předchází různě dlouhé prodromální období, kdy se mohou objevit prodromální příznaky zahrnující zvláštní chování, pocity, myšlenky, ochuzení řeči a myšlení, vztahovačnost (neutrálním věcem je přičítán speciální význam), změny ve vnímání, pocity cizosti. Kromě toho může být přítomna řada nespecifických příznaků jako nespavost, úzkost, podrážděnost. Významným faktorem, který může pomoci při rozhodování, zda jde skutečně o prodromální fázi schizofrenní poruchy, je přítomnost kognitivního deficitu (Češková, 2012, s. 21).

Nemocný většinou není schopen od začátku onemocnění vykonávat své zaměstnání, interpersonální vztahy jsou narušeny nebo se výrazně zhoršila schopnost starat se sám o sebe. Když je začátek onemocnění časný, tedy projevil-li se v dětství a adolescenci, pacient nedosáhne předpokládané úrovně interpersonálních vztahů, základního nebo akademického vzdělání nebo adekvátního zaměstnání (Malá a Pavlovský, 2010, s. 59).

Ten, kdo onemocněl schizofrenií, často zažívá opakované psychotické epizody (relapsy) nebo může mít dlouhodobě trvající psychotické příznaky. Přibližně třetina nemocných se po jedné, dvou či po několika málo atakách dokáže vrátit k normálnímu životu, nemoc u nich ustoupí. U další třetiny se celý život střídají epizody schizofrenie s remisemi (přechodné vymizení příznaků nemoci), v nichž však obvykle nemocní nejsou schopni se vrátit k svému předchozímu zaměstnání, někdy jim musí být přiznán invalidní důchod. Poslední třetina se ani přes léčbu nezbaví příznaků psychózy. Tito nemocní nejsou schopni samostatného života a jsou celý život odkázáni na pomoc rodiny, případně zdravotnického zařízení. V dlouhodobém průběhu onemocnění je mezi nemocnými velká variabilita, ale u většiny jde o celoživotní onemocnění s přetrvávající symptomatologií a narušeným fungováním.

Schizofrenie postihuje řadu psychických funkcí, okrádá postiženého jedince o mnoho základních věcí, které jsou podstatné v každodenním životě. Navzdory snaze o návrat do pracovního a vzdělávacího procesu bývá častým jevem invalidizace. Ta sice umožňuje ekonomické zajištění, avšak při nedostupnosti psychosociální intervence vede velmi často k sociální izolaci s negativním vlivem na terapeutický proces. Méně než 10 % nemocných pracuje na celý úvazek a žije samostatně. Nemocní s psychickými chorobami umírají na somatická onemocnění častěji než psychicky zdraví lidé. Nemocní se schizofrenní poruchou mají o 50 % vyšší riziko smrti na tělesná onemocnění a o 20 % kratší délku života. Zvláštní pozornost je věnována mortalitě na kardiovaskulární onemocnění, což koresponduje s problematikou obecné populace. Schizofrenie je také spojena s vysokým rizikem sebevražděného jednání, hlavně v počátku onemocnění, kdy významně narušuje fungování jedince (Češková, 2012, s. 21-23).

Schizofrenie je onemocnění značné heterogenity, a pokud jde o suicidalitu (sebevražděné jednání), byly provedeny některé pokusy za účelem stanovit, které ze subtypů tíhnou k vyšší suicidalitě. Ale zdá se, že z hlediska suicidality není takové rozlišení důležité. Jako zásadnější se jeví průběh nemoci, časté relapsy, vysoká závažnost onemocnění a realistický náhled na devastující účinek nemoci (Látalová, Kamarádová a Praško, 2015, s. 37).

2.6.1 Prognostické faktory

Prognostické faktory ovlivňují do jisté míry vznik a vývoj nemoci. Rozlišujeme příznivé a nepříznivé prognostické faktory.

S dobrou prognózou a nadějí na remisi jsou spojeny faktory jako ženské pohlaví, premorbidní manželský život nebo stabilní partnerský vztah, dobré premorbidní sociální fungování, akutní začátek onemocnění, začátek onemocnění v pozdějším věku, lepší socioekonomické zázemí, kratší doba hospitalizace, převaha pozitivních příznaků nad negativními.

K nepříznivým prognostickým faktorům patří mužské pohlaví, nízký věk v začátku onemocnění, nenápadný začátek, nepřítomnost spouštěcích faktorů, premorbidní život bez partnera, špatné sociální fungování, schizofrenie v rodinné anamnéze, autistické chování, oploštělá emotivita, převaha negativních příznaků, život v dysfunkční rodině s vysokým stupněm emoční atmosféry, abúzus drog (Češková, 2012, s. 22-23).

V následující kapitole popíšeme, s jakými formami schizofrenie se můžeme setkat.

2.7 Klinické formy schizofrenie

Klinických forem schizofrenie je několik. My jsme se v naší práci zaměřili na ty nejčastější a nejznámější. Každou z forem schizofrenie, o kterých se zmíníme v této kapitole, doprovází příslušné označení podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10).

2.7.1 Paranoidní schizofrenie (F20.0)

Paranoidní schizofrenie je nejčastější a nejobvyklejší typ schizofrenie ve většině částí světa. Bludy jsou relativně stálé, doprovázené halucinacemi. Mezi nejběžnější paranoidní poruchy myšlení počítáme bludy perzekuční, vztahovačné, originární, mesiánské, žárlivecké a bludy transformace vlastního těla. U poruch vnímání zjišťujeme hlasy, které vyhrožují, udílejí rozkazy, nebo elementární sluchové halucinace. Dále bývají přítomny halucinace čichové a chuťové, sexuální a jiné tělové. Zrakové halucinace nejsou časté (Malá a Pavlovský, 2010, s. 60).

2.7.2 Hebefrenní schizofrenie (F20.1)

Hebefrenní schizofrenie připomíná vystupňované „klackovité“ chování v adolescenci s nesmyslným šklebením, grimasováním a chichotáním. Nálada je povrchní, nepřiměřená situaci, často provázená „podivnými“ úsměvy. Typické je výrazné narušení efektivity a vůle s poruchami myšlení jako například „plané filozofování“, zabývání se náboženskými, filozofickými a abstraktními tématy, avšak povrchně, bez cíleného zájmu (Malá a Pavlovský, 2010, s. 60).

2.7.3 Katatonní schizofrenie (F20.2)

Katatonní schizofrenie je charakteristická funkčními poruchami motoriky. Má dvě formy. V případě negativních příznaků dochází k celkovému útlumu psychomotoriky, nazývanému katatonní stupor (strnutí, nepřirozená poloha). Zvláštním znakem tohoto stavu je tzv. vosková ztuhlost, kdy se při vnějším nastavení polohy končetiny vyznačují pasivním odporem, anebo tzv. psychická poduška, při které nastavené části těla setrvávají i v nepřirozených polohách. V případě pozitivních příznaků může dojít ke stavu katatonní vzrušenosti s neklidem, popřípadě stereotypiemi v chování, nápodobách v řeči a v jednání (Malá a Pavlovský, 2010, s. 60).

2.7.4 Nediferencovaná schizofrenie (F20.3)

Nediferencovaná schizofrenie je kategorie pro ty typy onemocnění, u kterých se projevují základní schizofrenní příznaky, avšak nevyskytují se projevy charakteristické pro jinou klinickou formu, nebo takové, které mají příznaky více než jednoho z nich, bez výrazné převahy nějakého zvláštního souboru diagnostických charakteristik. Patří sem atypická schizofrenie (Kučerová, 2010, s. 21; Malá a Pavlovský, 2010, s. 60).

2.7.5 Postschizofrenní deprese (F20.4)

Jako postschizofrenní deprese se označuje klinická forma schizofrenie, u níž převládá depresivní syndrom vzniklý po odeznění schizofrenní epizody ve lhůtě jednoho roku. Současně však musejí být přítomny některé schizofrenní příznaky, ale již nejsou v popředí klinického obrazu (Kučerová, 2010, s. 21; Malá a Pavlovský, 2010, s. 60).

2.7.6 Reziduální schizofrenie (F20.5)

V případě reziduální schizofrenie se jedná o chronické stádium ve vývoji schizofrenní nemoci, kde je jasná progresse z časného do pozdního stadia. Je charakterizována dlouhodobými, ačkoli ne nezbytně ireverzibilními (nezvratnými) negativními symptomy. Jedná se především o psychomotorické zpomalení, snížená aktivita, otupělost, pasivita a nedostatek iniciativy, dále pak chudá řeč v obsahu nebo množství, špatná nonverbální komunikace výrazem obličeje, očima, modulací hlasů a postojů a celkově snížená péče o vlastní osobu (Kučerová, 2010, s. 21–22).

2.7.7 Simplexní schizofrenie (F20.6)

Simplexní schizofrenie je porucha s pozvolným, ale progresivním vývojem podivností v chování, neschopností vyhovět společenským požadavkům a úpadkem celkového projevu. Nejvýznamnější je změna osobnosti, pokles výkonnosti až ztráta zájmu, nečinnost, tupost, ochuzené myšlení, emoční otupělost, vyhaslost, zanedbávání hygieny, neschopnost pracovního i sociálního fungování. Dále hrubé, nepochopitelné, bizarní chování a sociální izolace (Kučerová, 2010, s. 22; Malá a Pavlovský, 2010, str. 61).

Jedno z témat, které veřejnost ve spojitosti se schizofrenií často „řeší“, ačkoli o samotném onemocnění příliš informací nemají, je agresivita u schizofrenie. Proto jsme se rozhodli věnovat následující kapitole i tomuto tématu.

2.8 Agresivita u schizofrenie

Většina pacientů se schizofrenií se nechová agresivně. Nicméně ve srovnání s běžnou populací onemocnění samo o sobě zvyšuje riziko násilného nebo agresivního chování. Problematiku násilného chování u pacientů trpících schizofrenií provázejí klinická a společenská dilemata. Pokud je součástí onemocnění násilné chování a agresivita, existuje riziko nebezpečí a komplikace nemoci samotné. Od klinických lékařů se očekává, že takovéto násilné chování nebo riziko agresivity umějí předvídat, vyhodnotit a snižovat jeho rizika a léčbou napomáhat k jejich odstranění nebo zmírnění. Na druhé straně víme, že pacienti trpící schizofrenií často nedodržují doporučenou léčbu, přerušují ji, na což mají právo, ale na druhé straně to vede k tomu, že mnoho příčin násilného chování vyplývajících z nemoci nemůže být léky ovlivněno. Navíc zaměření se na potenciál pacientů s psychiatrickými poruchami jednat agresivně, může brzdít proces „normalizace“ duševní poruchy v očích veřejnosti a může posílit její negativní vnímání duševně nemocných, přispívat k myšlence, že psychicky nemocní jsou agresivní obecně. Zaměření se na problematiku agresivity může posilovat stigmatizaci duševně nemocných, se kterou se stále ve společnosti psychiatrickí pacienti potýkají. Přesto musí systémy zdravotní péče čelit výzvě poskytovat nákladově efektivní péči duševně nemocným i s přihlédnutím k tomu, že někteří pacienti se budou chovat agresivně. Předpovídat přesně, kdy konkrétní pacient bude agresivní nebo se bude chovat násilně, je nemožné. Řada pacientů není ochotna či schopna se na léčbě podílet, byť je to v jejich nejlepším zájmu, a léčba jim musí být poskytnuta za cenu restrikce a omezení, ovšem bez zbytečných porušování práv pacientů nebo omezování osobní svobody.

Klinické vedení a léčba pacientů se schizofrenií jsou často komplikovány souběhem zneužívání psychoaktivních látek a neochotou užívat léky, která přímo zvyšuje riziko násilného chování. Klinik musí volit cesty k motivaci pacienta dodržovat léčbu, podporovat pacientovu spolupráci v léčbě nebo i legálně pacienta „donutit“ se na léčbě podílet v případě, kdy je pacient nebezpečný sobě nebo okolí. Často se jedná o balancování mezi rozhodnutím ponechat pacientovi úplnou autonomii, a riskovat možné, většinou velmi negativní důsledky, a „donucovací léčbou“ a tím ochránit ostatní. Udělat takovéto rozhodnutí je vždy těžké a také vyžaduje velmi dobrou znalost nemoci, možností její léčby i drobných nuancí, které lze získat klinickou zkušeností (Látalová, 2013, s. 52-66).

Agresivitu u pacienta či klienta můžeme, ale také nemusíme předvídat. Doporučujeme dvě zásady. Jednou z nich je dohled nad dodržováním léčby a tím minimalizovat jakékoli projevy nemoci, které by mohly nemocnému přitížit. A také nedávat najevo své obavy, což nemusí být jednoduché, ale běžně se ostatních pacientů také nebojíme.

Cílem této kapitoly bylo poskytnout alespoň základní a nejdůležitější informace o nemoci. Pro zajímavost odkazujeme na některé mýty a omyly laiků i odborníků v příloze číslo 3. V následující kapitole problematika onemocnění pokračuje. Zaměřujeme se na ni však z pohledu terapie a přístupu.

3 PŘÍSTUPY A TERAPIE

Schizofrenie, stejně jako další duševní onemocnění, lze efektivně léčit. Čím dříve nemocný vyhledá odborníka, tím lépe to půjde. Léčba vyžaduje kombinaci farmakologické, terapeutické a rehabilitační péče. Obzvlášť důležitý je i trpělivý a individuální přístup nejbližších členů rodiny, zdravotníků a dalších pracovníků, kteří často provázejí velkou část schizofrenikova života. Při efektivní léčbě mohou lidé se schizofrenií normálně žít, pracovat a fungovat ve společnosti.

Nejvýhodnější cestou pro dosažení komplexní kooperující péče je spolupráce v multiprofesním týmu. Optimální týmová spolupráce je však u nás zabezpečena jen na některých místech a tam, kde není, by se sociální pracovníci měli snažit dosáhnout co nejefektivnější spolupráce s psychiatry, praktickými lékaři, klinickými psychology, psychiatrickými sestrami či ergoterapeuty (Probstová a Pěč, 2014, s. 54).

V následujících kapitolách si řekneme něco o biologické léčbě, psychoterapii a sociální terapii schizofrenie a také o tom, proč je jejich provázanost tolik důležitá.

3.1 Biologická léčba

Farmakoterapie je v psychiatrii nedílnou součástí celkové léčby duševních poruch. Významnou roli zde mají především psychofarmaka, které ovlivňují chorobně narušené psychické funkce. Aplikace psychofarmak je patrně nejrozšířenější metodou léčby psychóz, tedy závažného duševního stavu, kdy člověk ztrácí kontakt s realitou nejčastěji vlivem již zmíněných pozitivních schizofrenních příznaků (halucinace, bludy). Spektrum využití antipsychotik je však mnohem širší. Slouží například k potlačení neklidu, agitovanosti i agresivity (Marková a Petr, 2014, s. 94).

Přístup lékaře je o velké trpělivosti, provázení pacienta jeho nemocí a motivováním k léčbě, spíše nežli nařizováním, příkazováním a zakazováním. Je potřeba pacientovi vysvětlit, jaký lék mu podáváme a proč mu jej podáváme. Pokud jde o vedlejší účinky léků, je dobré je zmínit, ale tak, aby se jich pacient nebál. Můžeme tak předejít tomu, že si pacient přečte příbalový leták, a to ho vyděsí natolik, že bude žádat změnu léků dříve, než se dostaví pozitivní účinek. S pacientem samozřejmě hovoříme o jeho obtížích při léčbě (Španiel, 2011, s. 15; Kučerová, 2010, s. 32-33).

Ke zhoršení zdravotního stavu dochází nejčastěji tehdy, když klient sám od sebe přestane léky užívat. Důvodů je několik. Léky může zapomenout (pravidelně) užívat, rozhodne se, že

již není důvod je užívat, protože se „cítí se dobře“, dále mu mohou léky dojít a pro další si již nezajde nebo již nechce „pojídat chemii“, cítit se „otupělý“ a tak podobně (Mlýnková, 2010, s. 218).

Pokud takováto situace nastane a je přítomen pracovník nebo blízký nemocného, je šance, že se citlivým zásahem pacient k terapii vrátí. Pokud pacient vysadí léky bez povšimnutí okolí, je otázkou času, kdy může dojít ke zhoršení zdravotního stavu nebo k znovuobjevení příznaků nemoci. Ne vždy je ale přítomnost příznaků nemoci nebo její zhoršení známkou vysazení léků nebo jejich nevhodného užívání. Taková úměra neplatí. Léčbu je někdy nutné upravit i v případě, že je pacient důsledný.

Někdy je biologická léčba nejúčinnější způsob terapie, avšak ne jediný. Někdy pacientům chybí motivace (i v důsledku nemoci), jiní mají s terapií „špatnou zkušenost“, a proto je na zdravotnících a blízkých osobách, aby trpělivě vysvětlovali, osvojovaly si nové informace o nemoci a možnostech další léčby. V rámci léčby je nezbytné zmínit i preventivní opatření, na kterém se mohou podílet blízcí pacienta v jeho přirozeném prostředí.

3.1.1 Prevence onemocnění a prevence relapsu

Primární prevence schizofrenní poruchy známa není. V současné době se zkoumá, zda by včasný farmakoterapeutický zásah u vysoce rizikových jedinců (děti schizofrenních rodičů) s prodromálními příznaky mohl zabránit manifestaci psychotických projevů. Důležitá je však sekundární prevence. Tedy prevence dalšího znovu vzplanutí nemoci, které nazýváme relapsem (Češková, 2012, s. 16).

Důvody relapsu lze rozdělit na důvody související s chorobou a na důvody psychosociální. K důvodům souvisejícím s chorobou patří přirozený průběh nemoci a chybění náhledu (popírání nemoci). K důvodům psychosociálním patří nedostatek podpory v blízkém okolí a nedostatky zdravotního systému. Nejúčinnější prevencí relapsu je dlouhodobá kontinuální léčba antipsychotiky, v optimálním případě v kombinaci s psychosociální intervencí (Češková, 2012, s. 74).

Nemocný a jeho nejbližší okolí musí být aktivní v hlídání prvních náznaků blížícího se relapsu, aby úpravou medikace došlo k zamezení zhoršení stavu. Je zapotřebí vytvořit tým složený ze zdravotníků, sociálních pracovníků, pacienta samotného a jeho nejbližšího okolí. K základním pilířům prevence relapsu, vedle biologické léčby, tedy patří edukace klienta a jeho okolí a vytváření podpůrných týmů.

Česká republika přispěla do oblasti prevence programem ITAREPS (Information Technology Aided Relaps Prevention in Schizophrenia). Program funguje tak, že nemocný a jeho rodinný příslušník týdně zasílají mobilním telefonem velmi jednoduchou SMS zprávu o zdravotním stavu nemocného. Tento kybernetický algoritmus dokáže předpovídat relaps a informovat o tom ošetřujícího psychiatrického lékaře. ITAREPS snižuje počet hospitalizací o 70 % a představuje první rozsáhlejší využití telemedicíny v psychiatrii (Španiel, 2011, s. 15).

3.2 Psychoterapie

Cílem psychoterapie u nemocných schizofrenií je především pomoci psychologickými prostředky při obtížích v mezilidské komunikaci, depresi a potřebě vyrovnat se s přetrvávajícími symptomy a následky nemoci, jako jsou změny v rodinném, sociálním, edukačním nebo pracovním zařazení. Tak jako při jiných nemocech by měl být pacient pravdivě informován o charakteru svého onemocnění, o jeho příznacích, léčbě, prevenci relapsu.

První volbou je podpůrná psychoterapie. Podpůrný přístup je základem intervencí během akutní fáze, při nichž pomáháme pacientovi při úpravě kontaktu s okolní realitou a rodinou. Během akutní fáze onemocnění bychom měli snížit nadměrnou stimulaci a stresovou zátěž z okolního prostředí a dopad životních událostí. Všichni členové terapeutického týmu poskytují podporu a vytvářejí strukturované prostředí. Komunikace s pacientem by měla být jednoduchá, jasná, stručná srozumitelná a jednoznačná. Po akutní fázi je cílem terapie pomáhat pacientovi vstřebat psychotický prožitek a obnovit kontakt s realitou.

Dlouhodobější psychoterapie si klade za cíl obnovit kontrolu celkové reality pacienta a podpořit zdravé části jeho osobnosti. Individuální psychoterapie je v první fázi onemocnění důležitá k obnovení kontaktu a důvěry v okolí. Skupinová psychoterapie pomáhá při znovuzačlenění se do společnosti. Velice užitečná je i rodinná terapie, která se zdá být účinná při snížení četnosti relapsu a zlepšení adherence (přilnavosti) k léčbě. Na rozdíl od skupinové terapie pro jiná neuropsychiatrická onemocnění se při terapii pacientů se schizofrenií doporučuje direktivní vedení terapeutem. Součástí skupinové terapie bývají i neverbální techniky typu kresby anebo pohybové techniky. Z psychoterapeutických intervencí se před dynamickejšími a analytickými strategiemi preferují přístupy orientované na realitu (Kulišťák, 2017, s. 551–553).

3.3 Socioterapie a sociální práce

Sociální rehabilitace nastupuje v momentě, kdy je klient „stabilizován“ a je schopen na sobě pracovat a znovu se začleňovat do společenského života, který je nezbytný pro běžný a samostatný život. U některých klientů je tato terapie s menší či větší podporou celoživotní. Jedním s vhodných kroků, kam směřovat klienty zejména po hospitalizaci ve stabilizovaném psychickém stavu, je pobyt v sociální službě sociální rehabilitace. Jedná se o službu, která podporuje osoby s chronickým duševním onemocněním v jejich opětovném začlenění do společnosti.

Socioterapie podporuje normální, zdravé, pravidelné, obecné, všední, na nemoc nevázané, svobodné stránky individuality klienta. Soustřeďuje se na konkrétní svět – banka, práce, pošta, svépomoc a na sociální jednání klienta v tomto světě. Zjišťuje, kde klient získává sociální kontakty, jak ve své nemoci přistupuje k normám společnosti a kde je přesahuje. Snaží se ovlivňovat to, aby ho nemoc ze společnosti nevyčleňovala, nevzdalovala ho blízkým skupinám a mohl tak udržet běžné sociální dovednosti.

Socioterapie se také zabývá zacházením s vlastními potřebami. Máme je každý a jsou normální a zdravé – potřeba jíst, pít, spát, bydlet, pracovat, potřeba soukromí, společnosti, klidu, informací, vztahů a sexu. Nemocí (biologicky) i společenskou patologií (vězení, bezdomovectví) bývá uspokojení těchto potřeb často velmi vážně narušeno. Může se také stát, že se klient ve svém uvažování neshoduje se společností v tom, jak se má s těmito potřebami zacházet. Ve všech případech je potřeba stanovit jasná a ohraničená pravidla. Ohleduplnost, tolerance a kontrola přízpůsobení jsou nezbytností a povinností pro všechny. Z toho vyplývá nutnost osvojení si pravidel, kterými se řídíme v různých oblastech společenského života (Mahrová, 2008, s. 92-93).

Cílem veškerého snažení je, aby klient měl schopnost žít a jednat v sociálním a politickém prostoru dané společnosti. Také aby vyzkoušel, ve kterých oblastech jsou pro něj aspekty nemocí skutečnou překážkou a kde si je dělá sám. Zároveň mu terapie dává možnost získat kompetence, jak se s takovými situacemi vypořádat. Taková možnost existuje jen tehdy, pokud má klient možnost na jednom místě získávat zkušenosti a současně o nich hovořit. Důležitá je možnost získávat zkušenost s tím, že může různé sociální funkce a role přebírat a je schopen je i opouštět. Jen tak se může rozvinout cit pro role a pozice ve společnosti. Socioterapeutický kontext léčby spoluvytváří nejen sociální pracovník, ale všichni členové terapeutického týmu. Předpokladem pro práci s duševně nemocnými je určitě základní znalost

nejen symptomatiky, ale i dynamiky duševních nemocí, terapeutických intervencí (včetně vlivu medikace), znalost standardů zdravotní a sociální péče a řádu zdravotního či sociálního zařízení, ve kterém pracovník pracuje (Mahrová, 2008, s. 93; Probstová, 2005, s. 134).

3.3.1 Role sociálního pracovníka

Sociální pracovník vytváří s pacientem vztah založený na respektu a partnerství. Plní roli jakéhosi velvyslance, advokáta, tvůrce vztahů, spojky mezi duševně nemocným a komunitou. Chápe, že se lidé s problémy v oblasti duševního zdraví liší nejen typem psychických problémů, jež zasahují do jejich života (diagnózou), ale i prostředím, zázemím, hodnotami, cíli, které měli a mají, charakteristikami osobnosti, vzděláním a dovednostmi, věkem a zkušenostmi, ale také typem profesionální podpory, které se jim již dostalo. Snaží se získávat pozornost a respekt pro jedinečnost vnitřního světa klienta, ovlivňovat prostředí, v němž klient žije, tak, aby bylo humánnější a citlivější k jeho potřebám. Mapuje zdravotně-sociální potřeby duševně nemocného klienta a ve svých intervencích z nich vychází, diferencuje potřeby naplněné, nenaplněné, potřebu podpory, vliv a možnosti okolí. Dále chápe a podporuje koncept úzdravy – u dlouhodobě duševně nemocných úzdravou rozumíme readaptaci, tedy přijetí sebe, významu a smyslu života, zvládnutí nemoci a adaptaci sebe sama na onemocnění. Podporuje sociální integraci, což znamená změnu postoje lidí, kteří se bojí osob označených jako duševně nemocní, změnu postojů profesionálů, u nichž nadměrný pocit odpovědnosti vede k příliš ochrannému postoji vůči nemocným, a u klientů ovlivnění zvnitřněnému pocitu nekompetence a nezpůsobilosti (Probstová, 2005, s. 135–136).

3.4 Přístup ke klientovi se schizofrenií

Při kontaktu pracovníka s klientem se setkávají dva vnitřní světy. Vzájemně je pochopit je možné jen z části. Pracovník musí sledovat své reakce na klienta, aby se nedopouštěl omylů a neprofesionálních postupů. Dávat pozor by si měl na hodnotící tendence, nálepkování nebo nevědomé odmítání klienta (Venglářová, 2008, s. 98–99).

Přístup k nemocným s jakýmkoliv onemocněním je individuální a je emocionálně náročný. Přístup k duševně nemocným je náročný dvojnásobně. Zejména v začátcích, když pracovník svého klienta nezná a neví, jak bude reagovat na jeho chování, rady v dobrém či pokyny.

V chování pracovníka nemůže být patrná nervozita z toho, že jej klient svým pomalým tempem zdržuje. Klient to vycítí. Pracovník si musí dobu na péči naplánovat tak, aby s klientem včas vše potřebné vykonali. Podporuje aktivitu klienta. Za jednotlivé úkony jej vhodně

chválí. Pracovník dává najevo zájem o osud klienta, empatii. Ve vztahu nic nepředstírá. Pokud ano, klient to pozná a důvěra v pracovníka je nenávratně pryč. Respektujeme přání klienta, avšak určitá zdravá a přiměřená iniciativa pracovníka je mnohdy zcela na místě.

Schizofrenii mohou provázet halucinace a bludy. Klientovi bychom je neměli vyvracet, i kdyby byly z našeho pohledu nesmyslné. Nemocný člověk jim věří. Nezmění názor a nezačne si myslet, že jsou nereálné. U některých nemocných se stává, že nějaký blud nebo halucinace v přijatelné podobě přetrvává celý život. Klient si na to zvykne a nemá nebo nemusí mít nějaké problémy. Pokud nám vykládá, co si myslí, ani nevyvracíme jeho názor, ale ani neprojevujeme souhlas s patologickou myšlenkou. Uznáme, že klient situaci vidí tak a tak, my však máme názor jiný, což je v pořádku. Kdyby postoj či odlišný názor pracovníka klienta nazlobil, měl by se pracovník snažit o změnu tématu, začít vykonávat nějakou činnost nebo jiným způsobem odvést pozornost klienta odlišným směrem (Mlýnková, 2010, s. 219–221).

3.5 Prevence stigmatizace a destigmatizace

Kvalitní péče má zahrnovat prevenci stigmatizace duševně nemocných, jejich blízkých i profesionálů, kteří se stávají jak objekty, tak subjekty stigmatizace (Probstová, 2005, s. 136).

Destigmatizace stereotypu člověka trpícího duševní poruchou ve společnosti je důležitým, ale zároveň obtížným úkolem. Sociální stigmatizace a sebestigmatizace je ovlivnitelná zevními faktory, kterou jdou do určité míry ovlivnit zevními změnami. Cílem je změnit stereotyp člověka trpícího duševní poruchou tak, aby nebyl společensky izolován ani sankcionován, aby se změnil postoj zaměstnavatele, rodiny, přátel, ale i zdravotníků. Cestou, jak situaci řešit, je seznamovat veřejnost s projevy duševních poruch tak, aby je nevnímala jako „senzaci“ a „odlišnost“, ale byla schopna jim porozumět a postižené lidi pochopit, případně jim přiměřeně pomoci.

Stigmatizaci lze snižovat prohloubením znalostí o stigmatizačním procesu a jeho důsledcích u odborníků a u pacientů a jejich rodin v průběhu psychoedukace. Některé studie ukázaly, že negativní vliv stigmatu je vyšší, pokud jednotlivci užívají vyhýbavé strategie zvládání stresu a izolaci tváří v tvář stigmatu. Zdá se tedy, že indukce více aktivních stylů a sdílení zkušeností, případně ve skupině podobně postižených a podporujících osob, mohou mít výrazný léčebný efekt. Dalším důležitým způsobem, jak snížit stigmatizaci, je integrace do

společnosti a návrat do práce. Možností, jak pomoci destigmatizaci, jsou svépomocné skupiny. Existence svépomocných skupin má jasný účel – poskytnout psychickou podporu lidem trpícím psychickou poruchou a jejich rodinám. Svépomocné skupiny pomáhají vyrovnat se s psychickými problémy i se stigmatizovaným postavením ve společnosti. Svépomocná skupina využívá téměř všechny terapeutické faktory skupinové psychoterapie – zvláště altruismus, soudržnost, universalitu, chování nápodobou, dodávání nadějí i katarzi. Ze svépomocných skupin zmíníme například programy „*PREDUKA*“ nebo „*PRELAPSE*“ (Ocisková a Praško, 2015, s. 70–74).

V posledních letech se v mnoha zemích rozvinula řada iniciativ, které se zaměřují na snižování stigmatu duševní nemoci ve společnosti celkově i uvnitř specifických skupin. Jde například o destigmatizační kampaně, veřejné diskuze, přednášky, programy stimulující zaměstnanost duševně nemocných, terénní a krizové týmy zvyšující léčebnost závažně nemocných, posilování uživatelských hnutí a organizací, zavádění legislativy podporující práva duševně nemocných (Kalvach, 2011, s. 79).

Stigma lze snižovat za pomoci cílených intervencí, které se mohou zaměřovat buď na všeobecnou populaci, nebo na její úžeji vymezenou část. Příkladem rozsáhlé kampaně, v jejímž rámci byly realizovány intervence na obou zmíněných úrovních, je britská „*Time to Change*“, která byla posléze vyhodnocena nejen jako účinná ve změně postojů, ale také jako ekonomicky efektivní. V zahraničí jsou dále rozšířené programy zaměřené na studenty, méně pak na policisty a jiné společenské skupiny. Některé programy realizované mezi studenty medicíny se ukázaly jako efektivní v okamžitém, ale nikoli v dlouhodobém horizontu. Program „*Blázníš, no a?*“, který byl vyvinut v Německu a posléze realizován i sdružením Fokus v České republice, se ukázal jako efektivní při snižování stigmatu vůči lidem se schizofrenií mezi studenty středních škol. Nicméně autoři provedli další šetření pouze po jednom měsíci od realizace programu. Tak zůstává otázka dlouhodobé účinnosti nezodpovězená (Janoušková a Winkler, 2015, s. 33).

Aktuálně u nás existuje řada dokumentů a pořadů, které se odborně zaměřují na informovanost veřejnosti o duševních nemocech včetně schizofrenie. Zmíníme například sérii dokumentů „*Záhady duše*“ nebo „*Život za zdí*“ z kanálu youtube.com nebo „*Dělníci duše*“ z kanálu stream.cz nebo projekt „*Nevypusť duši*“, kde přispívají i známé osobnosti.

Intervence směřující ke snižování stigmatizace vůči duševním onemocněním obklopuje několik kontroverzních témat. Jedním z nich je otázka, zda by stigmatizaci prospěla změna

terminologie používaná k označení duševních onemocnění, například jiný název pro schizofrenii. Některé výzkumy naznačují, že by tato změna mohla mít destigmatizační potenciál, nicméně na druhé straně jiní významní autoři upozorňují, že přístup příliš propagující pouze tuto změnu může v konečném důsledku intervence proti stigmatizaci oslabit. Boj proti stigmatizaci potřebuje mít dlouhodobý a systematický charakter, protože krátkodobé programy a intervence situaci nezmění.

Závažnost problému stigmatizace duševních onemocnění je reflektována i v relevantních politických a dalších strategických dokumentech. Na mezinárodní úrovni se v oblasti péče o duševní zdraví stalo stigma jedním z hlavních politických témat zejména v průběhu posledních desetiletí:

- Rezoluce OSN-Principy ochrany lidí s duševním onemocněním, 1996
- Zelená kniha – Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva Evropské unie, 2005
- Akční plán duševního zdraví pro Evropu Světové zdravotnické organizace, 2005
- Evropský akční plán duševního zdraví Světové zdravotnické organizace, 2013

V České republice se stigmatizaci dostalo v oficiálních politických dokumentech pozornosti teprve nedávno, a to v souvislosti s vládní reformou psychiatrické péče Ministerstva zdravotnictví v roce 2013 (Janoušková a Winkler, 2015, s. 30-33).

Prevence stigmatizace a zároveň destigmatizace nemoci je v posledních letech důležitým krokem, který má zásadní vliv na léčbu a průběh nemoci, proto jsme podkapitolu s tímto názvem zařadili ke způsobům léčby a přístupům. Vedle biologické léčby, psychoterapie a sociální terapie je destigmatizace jedním z léčebných prvků v boji se stigmatizací schizofrenie a spěje ke zkvalitnění životů lidí s tímto onemocněním.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU

V praktické části práce se budeme zabývat kvantitativním výzkumem. Podle Kutnohorské (2009, s. 21) je úkolem kvantitativního výzkumu statisticky popsat typ závislosti mezi proměnnými, změřit intenzitu této závislosti a podobně. Ke zpracování výzkumu jsme zvolili techniku dotazníkového šetření. Upřednostnili jsme tento typ výzkumu pro jeho výhody, ke kterým patří větší výzkumný vzorek, redukce informací a statistické zpracování.

4.1 Cíle výzkumu

Cílem bakalářské práce je analyzovat postoje studentů Ústavu zdravotnických věd Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati (dále jen ÚZV FHS UTB) vůči vybraným aspektům onemocnění schizofrenie.

K tomuto zjištění nám slouží dílčí výzkumné cíle. Při jejich tvorbě jsme vycházeli z konceptualizace stigmatu v souvislosti s duševním onemocněním, jehož autorem je britský psychiatr Graham Thornicroft. Dle něj zahrnuje stigmatizace tři základní aspekty. Prvním z nich je nevědomost (také uváděna jako ignorace), jakožto problém znalostí, druhým prvkem jsou předsudky, které jsou problémem postojů a posledním aspektem je diskriminace (také uváděna jako sociální distance) jako problém jednání (Thornicroft in Ocisková a Praško, 2015, s. 24-25).

Hlavní výzkumný cíl:

HVC: Analyzovat postoje studentů vůči vybraným aspektům onemocnění schizofrenie.

- Operacionalizace: Analýza znamená rozbor.
- Operacionalizace: Aspekt je hledisko, stanovisko při posuzování něčeho.

Dílčí výzkumné cíle:

1. DVC: Zjistit, jaké mají studenti povědomí o schizofrenii.

- Operacionalizace: Povědomí je povšechná znalost, povrchní vědomost, uvědomění si něčeho.

2. DVC: Zjistit postoje studentů ke společenským předsudkům vůči schizofrenii.

- Operacionalizace: Postoj je sklon ustáleným způsobem reagovat na předměty, osoby, situace a na sebe sama.

- Operacionalizace: Předsudek je zakořeněný úsudek či názor, není založen na spolehlivém poznání, pouze na mínění či předpokladu, obvykle vychází z neoprávněného zobecnění nebo jiného zjednodušení zkušenosti.

3. DVC: Zjistit předpokládané jednání studentů v případě vlastního onemocnění schizofrenií nebo onemocnění někoho z blízkých.

- Operacionalizace: Jednání je reflektovaná, racionální a cílevědomá činnost.

4.2 Dotazník

Dotazník je standardizovaným souborem otázek, které jsou předem připraveny v určitém formuláři. Pro dotazníkové šetření jsme se rozhodli z důvodu poměrně rychlého a ekonomického sběru dat od velkého počtu respondentů. Mezi zásady dotazníkového šetření patří zahrnutí všech podstatných problémů, na které hledáme odpověď a obsáhnutí celé širší problematiky (Kutnohorská, 2009, s. 41).

Dotazník jsme vypracovali na základě výše zmíněných výzkumných cílů a posléze byl předložen k vyplnění studentům bakalářského studia ÚZV FHS UTB. Cílem dotazníkového šetření naší práce je analyzovat postoje studentů vůči vybraným aspektům onemocnění schizofrenie.

Při tvorbě části otázek v dotazníku jsme se inspirovali výzkumnou zprávou *Attitudes to Mental Illness 2014 Research Report*. Položky převzaté z tohoto zdroje souvisí s širším spektrem znalostí, postojů a jednáním spojeným s duševními nemocemi. Zaměřili jsme se na významné aspekty schizofrenie jako jsou například vyhledání pomoci, rozpoznání nemoci, podpory nemocného, léčby, zotavení se, medializace nemoci, přátelství nebo zaměstnání (Attitudes to Mental Illness 2014 Research Report, 2015, s. 6-21).

Celkový počet otázek v dotazníku je 26. Nejčtenější položky tvoří uzavřené otázky v počtu 22 otázek s možností výběru stanovených odpovědí, z nichž 19 je škálových. U škálových otázek respondenti vždy vybírají z pěti možností, které určují míru souhlasu, z nichž prostřední hodnota je možnost „nevím“. Další 4 otázky v dotazníku jsou polouzavřené, což respondentům poskytuje prostor pro jejich vyjádření.

K prvnímu dílčímu cíli se vztahují položky číslo 8, 13, 14, 20, 24, 25 a 26. K druhému dílčímu cíli se vztahují otázky číslo 6, 7, 9, 10, 11, 12, 15, 17, 21 a 23 a k třetímu dílčímu cíli jsme přiřadili otázky číslo 16, 18, 19 a 22. Otázky pod čísly 1, 2, 3, 4 a 5 jsou demografické. Na dotazník v originální podobě odkazujeme v příloze číslo 1.

4.3 Výzkumný soubor

Místem výzkumného šetření je Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně (UTB). Součástí UTB je Fakulta humanitních studií (FHS). Součástí FHS je Ústav zdravotnických věd (ÚZV). Hlavní činností Ústavu zdravotnických věd je vzdělávání studentů v bakalářských studijních programech zaměřených na ošetrovatelství, porodní asistenci a zdravotně sociální péči.

Výzkumným souborem v naší práci jsou studenti, kteří navštěvují ÚZV FHS UTB ve Zlíně. Jedná se o 1.-3. ročníky bakalářských studijních oborů: Všeobecná sestra, Porodní asistentka a Zdravotně sociální pracovník v prezenční a kombinované formě studia.

4.4 Výzkum

Výzkum probíhal v období od začátku prosince do konce února u studentů ÚZV FHS UTB prostřednictvím dotazníkového šetření. Pro distribuci dotazníků jsme zvolili formu osobního předání. Výzkum byl vždy dopředu projednán a dohodnut s vyučujícím. Celkem jsme dotazníky rozdali v 7 třídách mezi studenty bakalářského studia ÚZV. Jednalo se o obory Všeobecná sestra, Porodní asistentka a Zdravotně sociální pracovník v rozmezí od prvního do třetího ročníku (včetně), v prezenční i kombinované formě studia. Každý jednotlivý dotazník byl ponechán v obálce pro zachování anonymity respondentů. Měli možnost se nás na cokoli zeptat a vše jim bylo vysvětleno. Domluva s vyučujícími probíhala bez jakýchkoliv problémů. Vyučující dotazníky zprostředkovali studentům a čas k jejich vyplnění studentům trval vždy asi 10 minut. Výsledky výzkumu byly pozitivní, hodnocení ze strany studentů bylo kladné. Poslední dotazníkové šetření proběhlo dne 24. 2. 2018. Celkem bylo rozdáno 130 dotazníků. Celkový počet vyplněných dotazníků byl 119, z toho bylo nutné vyřadit 3 dotazníky kvůli neúplnosti.

4.5 Vyhodnocení

Vyhodnocení námi vytvořeného dotazníku probíhalo postupně. Každá jednotlivá otázka byla zvlášť vyhodnocena a získané údaje byly zpracovány do tabulek a grafů s komentáři. V každé tabulce je barevně zvýrazněna nejčtenější odpověď. Absolutní četnost respondentů se v tomto případě vyjadřuje počtem vyplněných dotazníků, což se rovná počtu respondentů. Relativní četnost u jednotlivých otázek udává zastoupení zvolené varianty odpovědi v dané otázce (Kladivo, 2013, s. 11).

Na základě vyhodnoceného dotazníkového šetření odpovíme na výzkumné cíle a porovnáme je s jinými odbornými pracemi. Tuto formu vyhodnocení volíme vzhledem k šíři problematiky jako nejvhodnější a nejpřesnější.

4.6 Limit a etika

Výzkumným vzorkem v naší práci jsou studenti 1.-3. ročníků, kteří se setkávají s informacemi o osobách s chronickým duševním onemocněním v rámci studia. Někteří z nich se na tuto cílovou skupinu klientů dále zaměřují na svých praxích a ověřují si tak, jak jsou na práci s osobami s chronickým duševním onemocněním připraveni a jaká specifika tato práce obnáší. Větší část studentů si však praxí s cílovou skupinou osob s duševním onemocněním nemusí projít a znalosti o těchto osobách mohou mít okrajové nebo minimální, což může být jedním z aspektů stigmatizace schizofrenie. Na tento aspekt navazuje problematika předsudků a v nedaleké řadě aspekt diskriminujícího jednání. Právě proto jsme se v naší práci zaměřili na otázky související s povědomím o schizofrenii, s postoji vůči předsudkům a s jednáním v případě vlastního onemocnění schizofrenií nebo onemocnění někoho z blízkých.

V dotazníku bakalářské práce se vyskytují tvrzení související s onemocněním schizofrenie ale i obecněji s duševními onemocněními, kam samotná schizofrenie spadá. Řada publikací popisuje stigmatizaci nejčastěji v kontextu s duševními onemocněními.

V naší práci si jsme vědomi pojmů, které mohou působit neurčitě, jako jsou „osobní zkušenost“, „kvalitní život“, „úbytek intelektu“, „odborná pomoc“, „spíše ohrožení“, „cítit se pohodlně“. Tyto pojmy vychází z originálních výzkumných anglických textů. Stejně tak pojmy „normální společnost“ nebo „normální lidé“ jsme se rozhodli zachovat s tím, že se nám zdály být pro studenty srozumitelnější. Studenti samotní se mohli rozhodnout, do jaké míry se s tvrzeními ztotožní nebo nikoli.

V bakalářské práci dodržujeme zásady kvantitativního výzkumu. Všichni účastníci byli informováni o účelu výzkumu. Dotazníkové šetření bylo pro všechny dotazované studenty dobrovolné a anonymní. Žádost o umožnění dotazníkového šetření přikládáme v příloze č. 2.

5 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

V následující části uvádíme výsledky dotazníkového šetření. Každá otázka je prezentována zvlášť dle pořadí v dotazníku. Ke každé otázce je připojen stručný komentář, případně tabulka četností a graf. Získaná data dotazníku byla zpracována v programu Microsoft Excel.

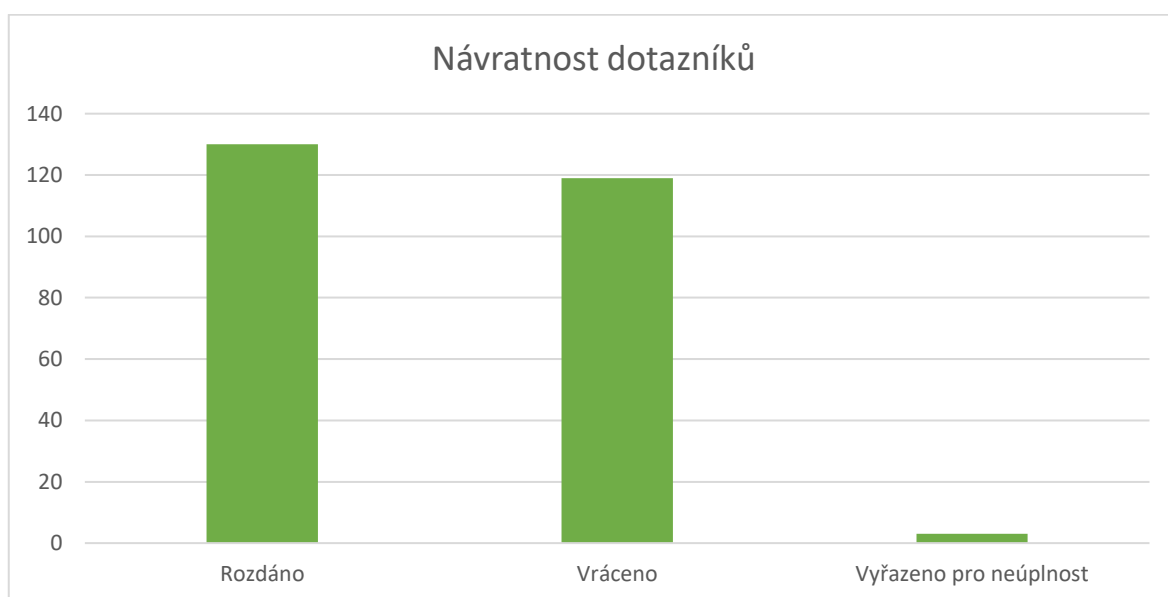
NÁVRATNOST:

Celkový počet rozdaných dotazníků byl 130, z toho jich bylo vráceno 119, to představuje návratnost 91,54 %. Tři dotazníky byly vyřazeny pro neúplnost (2,31 %). K vyhodnocení bylo tedy použito 116 dotazníků, což je 89,23 % z původního počtu 130.

Tabulka č. 1 Návratnost dotazníků

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rozdáno	130	100,00 %
Vráceno	119	91,54 %
Vyřazeno pro neúplnost	3	2,31 %
K VYHODNOCENÍ	116	89,23 %

Graf č. 1 Návratnost dotazníků



OTÁZKA č. 1: Jakého jste pohlaví?

První otázka v dotazníku se zaměřuje na pohlaví respondentů. Ze získaných údajů vyplývá, že mezi účastníky našeho výzkumu převažuje ženské pohlaví v počtu 111 studentek. V menšině se nachází pohlaví mužské v počtu 5 studentů. Dále budeme naše respondenty nazývat jen „studenti“.

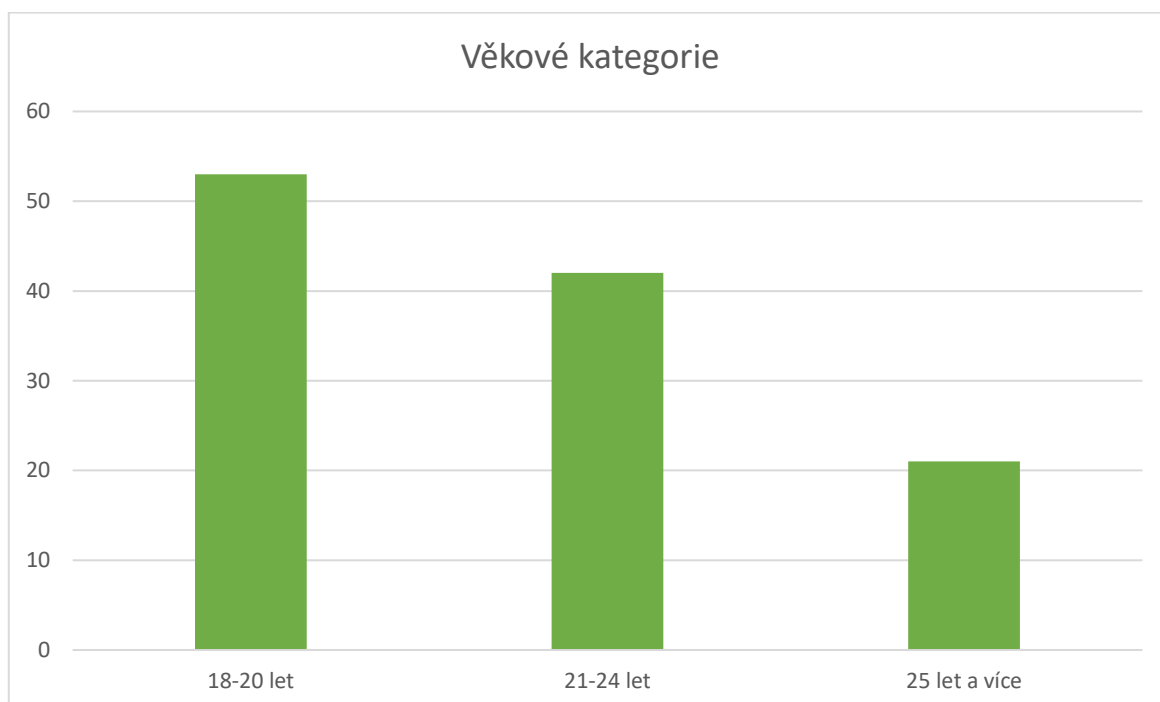
OTÁZKA č. 2: Váš věk je?

Komentář: Našeho výzkumného šetření se účastnilo 116 respondentů. Nejvíce jich je ve věku 18-20 let, jedná se o 53 (45,69 %) studentů. Ve věkovém rozmezí 21-24 let je 42 (36,21 %) respondentů. Nejméně účastníků našeho výzkumu je ve věku 25 a více let, což je 21 (18,1 %) respondentů.

Tabulka č. 2 Věkové kategorie

	Absolutní četnost	Relativní četnost
18-20 let	53	45,69 %
21-24 let	42	36,21 %
25 let a více	21	18,10 %
CELKEM	116	100,00 %

Graf č. 2 Věkové kategorie



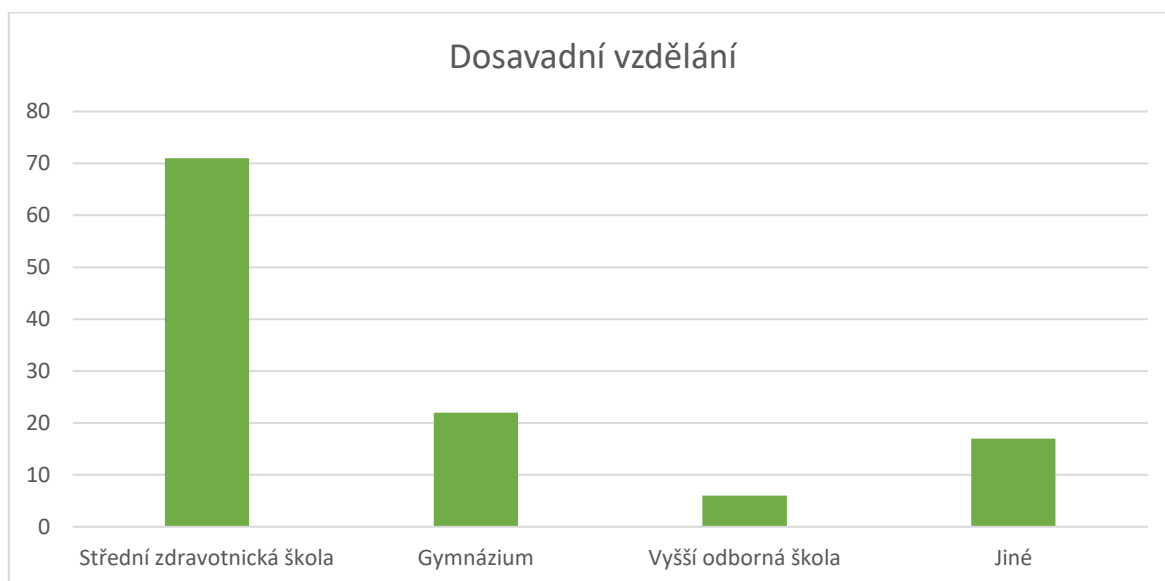
OTÁZKA č. 3: Jaké je vaše dosavadní vzdělání?

Komentář: Studenti, kteří absolvovali studium na střední zdravotnické škole, jsou v našem výzkumu zastoupeny v největším počtu, to je 71 (61,21 %). Dále jsou v počtu 22 (18,97 %) zastoupeni studenti z gymnázia. Další v pořadí jsou studenti, kteří uvedli možnost jiné, a to v počtu 17 (14,66 %) respondentů. Studenti, kteří zvolili jinou možnost, uvedli, že studovali například zdravotnické lyceum, střední školu sociálně pedagogickou a střední odborné školy. V nejmenším počtu jsou zastoupeni studenti z vyšší odborné školy, a to v počtu 6 (5,17 %) respondentů.

Tabulka č. 3 Dosavadní vzdělání

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Střední zdravotnická škola	71	61,21 %
Gymnázium	22	18,97 %
Vyšší odborná škola	6	5,17 %
Jiné	17	14,66 %
CELKEM	116	100,00 %

Graf č. 3 Dosavadní vzdělání



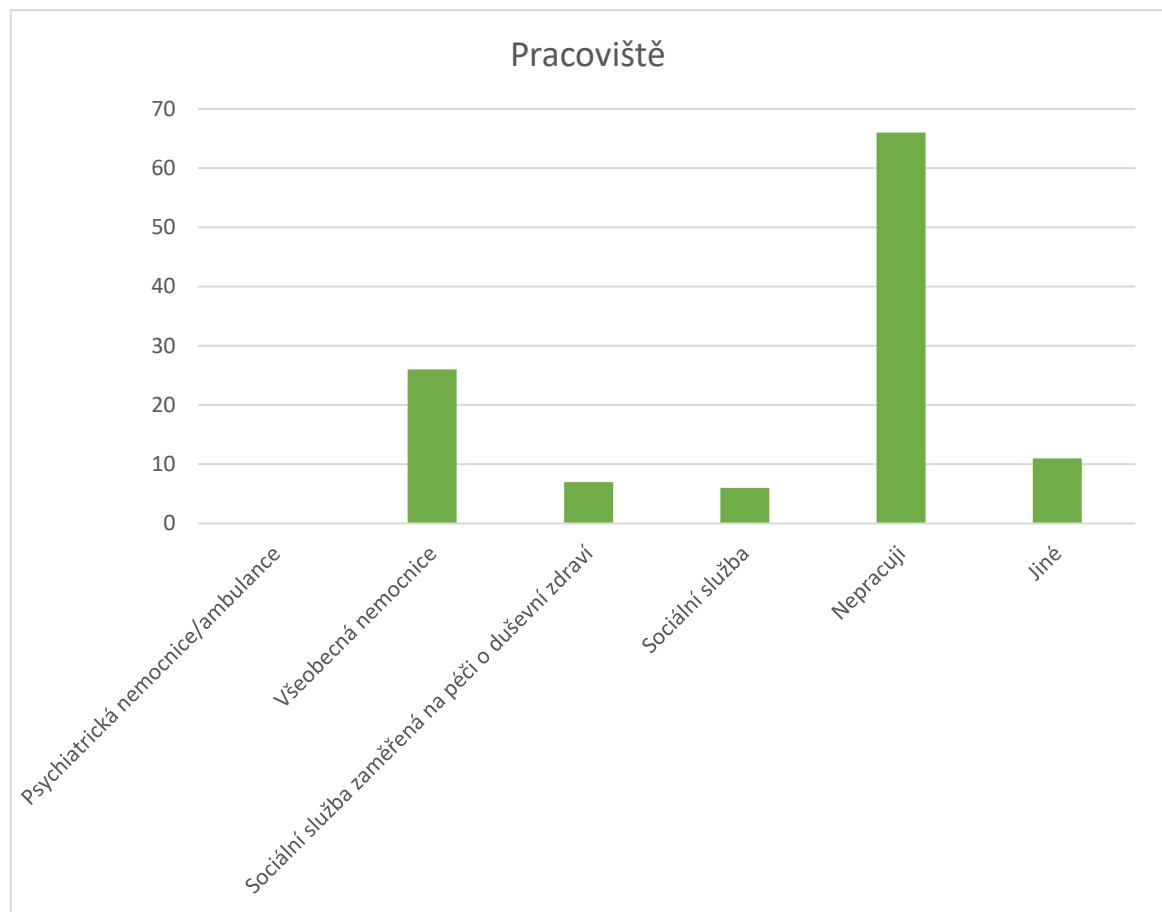
OTÁZKA č. 4: Kde pracujete?

Komentář: V následující otázce se zaměřujeme na pracoviště našich respondentů. Z celkového počtu 116 respondentů jich 66 (56,9 %) uvedlo, že momentálně nepracují. 26 (22,41 %) studentů pracuje ve všeobecné nemocnici (mimo psychiatrické ambulance). Jako možnost jiné pracoviště uvedlo 11 (9,48 %). Jako své pracoviště uvádějí: odborně léčebný ústav, OSPOD (orgán sociálně-právní ochrany dětí), domácí péči, dispečink sanity a jiná pracoviště mimo obor. V počtu 7 (6,03 %) studentů je zastoupena sociální služba se zaměřením na péči o duševní zdraví. 6 (5,17 %) respondentů uvedlo jako své pracoviště sociální službu (mimo zaměření na péči o duševní zdraví). Možnost psychiatrická nemocnice/ambulance neuvedl žádný student.

Tabulka č. 4 Pracoviště

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Psychiatrická nemocnice/ambulance	0	0,00 %
Všeobecná nemocnice	26	22,41 %
Sociální služba zaměřená na péči o duševní zdraví	7	6,03 %
Sociální služba	6	5,17 %
Nepracují	66	56,90 %
Jiné	11	9,48 %
CELKEM	116	100,00 %

Graf č. 4 Pracoviště

**OTÁZKA č. 5: Máte osobní zkušenost s člověkem, který onemocněl schizofrenií?**

Komentář: V otázce č. 5 jsme se u respondentů dotazovali na osobní zkušenost s člověkem, který onemocněl schizofrenií. Ve větším počtu byla zastoupena možnost ne, v počtu 73 (62,93 %) studentů. Možnost ano uvedlo 43 (37,07 %) respondentů.

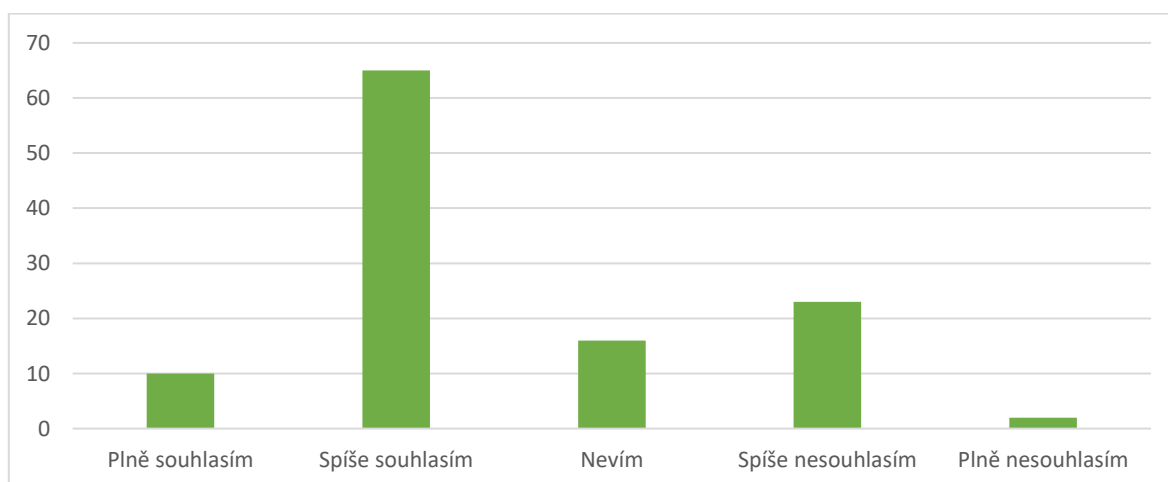
OTÁZKA č. 6: Lidé se schizofrenním onemocněním jsou méně nebezpeční, než jak jsou společností vnímáni.

Komentář: Odpověď „spíše souhlasím“ označilo nejvíce studentů, v počtu 65 (56,03 %). 23 (19,83 %) studentů uvedlo odpověď „spíše nesouhlasím“. 16 (13,79 %) respondentů odpovědělo „nevím“. Jako odpověď „plně souhlasím“ uvedlo 10 (8,62 %) respondentů. Nejméně studentů, v počtu 2 (1,72 %), odpovědělo „plně nesouhlasím“.

Tabulka č. 5 Lidé se schizofrenním onemocněním jsou méně nebezpeční, než jak jsou společností vnímáni

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Plně souhlasím	10	8,62 %
Spíše souhlasím	65	56,03 %
Nevím	16	13,79 %
Spíše nesouhlasím	23	19,83 %
Plně nesouhlasím	2	1,72 %
CELKEM	116	100,00 %

Graf č. 5 Lidé se schizofrenním onemocněním jsou méně nebezpeční, než jak jsou společností vnímáni



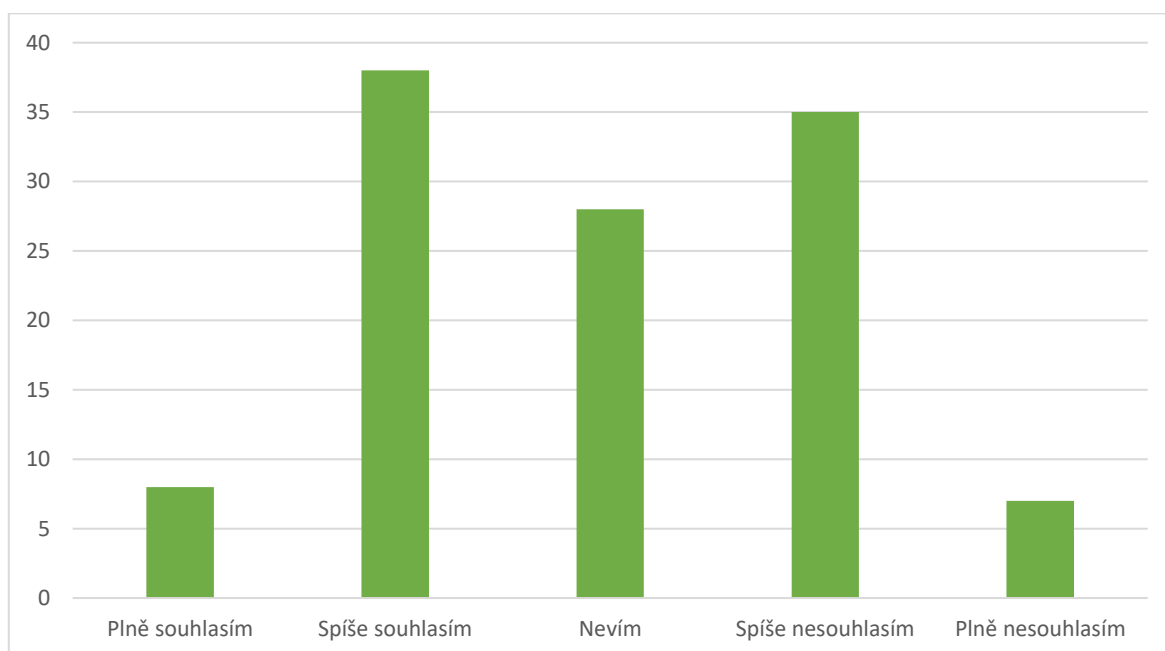
OTÁZKA č. 7: Nepřál/a bych si bydlet vedle někoho, kdo trpí schizofrenním onemocněním.

Komentář: Odpověď „spíše souhlasím“ označilo nejvíce studentů, v počtu 38 (32,76 %). 35 (30,17 %) studentů uvedlo odpověď „spíše nesouhlasím“. 28 (24,14 %) respondentů odpovědělo „nevím“. Jako odpověď „plně souhlasím“ uvedlo 8 (6,9 %) respondentů. Nejméně studentů, v počtu 7 (6,03 %), odpovědělo „plně nesouhlasím“.

Tabulka č. 6 Nepřál/a bych si bydlet vedle někoho, kdo trpí schizofrenním onemocněním

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Plně souhlasím	8	6,90 %
Spíše souhlasím	38	32,76 %
Nevím	28	24,14 %
Spíše nesouhlasím	35	30,17 %
Plně nesouhlasím	7	6,03 %
CELKEM	116	100,00 %

Graf č. 6 Nepřál/a bych si bydlet vedle někoho, kdo trpí schizofrenním onemocněním



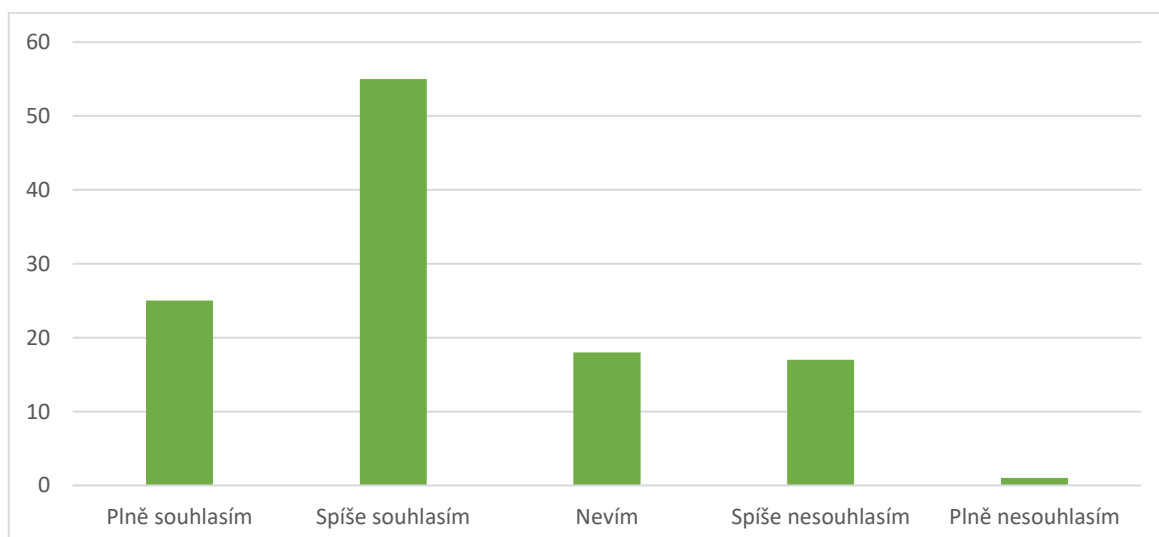
OTÁZKA č. 8: Vhodnou terapií pro většinu lidí s duševním onemocněním je být součástí normální společnosti.

Komentář: Odpověď „spíše souhlasím“ označilo nejvíce studentů, v počtu 55 (47,41 %). 25 (21,55 %) studentů uvedlo odpověď „plně souhlasím“. 18 (15,52 %) respondentů odpovědělo „nevím“. Jako odpověď „spíše nesouhlasím“ uvedlo 17 (14,66 %) respondentů. Nejméně studentů, v počtu 1 (0,86 %), odpovědělo „plně nesouhlasím“.

Tabulka č. 7 Vhodnou terapií pro většinu lidí s duševním onemocněním je být součástí normální společnosti

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Plně souhlasím	25	21,55 %
Spíše souhlasím	55	47,41 %
Nevím	18	15,52 %
Spíše nesouhlasím	17	14,66 %
Plně nesouhlasím	1	0,86 %
CELKEM	116	100,00 %

Graf č. 7 Vhodnou terapií pro většinu lidí s duševním onemocněním je být součástí normální společnosti



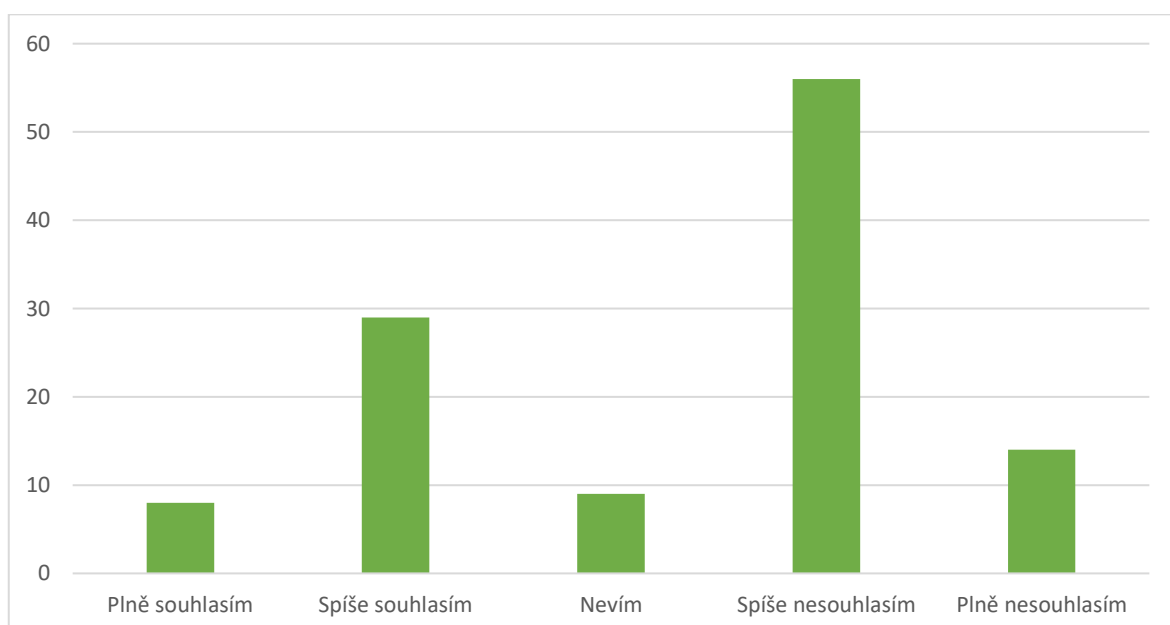
OTÁZKA č. 9: Jakmile se u člověka objeví známky duševní poruchy, měl by být hospitalizován.

Komentář: Odpověď „spíše nesouhlasím“ označilo nejvíce studentů, v počtu 56 (48,28 %). 29 (25 %) studentů uvedlo odpověď „spíše souhlasím“. 14 (12,07 %) respondentů odpovědělo „plně nesouhlasím“. Jako odpověď „nevím“ uvedlo 9 (7,75 %) respondentů. Nejméně studentů, v počtu 8 (6,90 %), odpovědělo „plně souhlasím“.

Tabulka č. 8 Jakmile se u člověka objeví známky duševní poruchy, měl by být hospitalizován

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Plně souhlasím	8	6,90 %
Spíše souhlasím	29	25,00 %
Nevím	9	7,75 %
Spíše nesouhlasím	56	48,28 %
Plně nesouhlasím	14	12,07 %
CELKEM	116	100,00 %

Graf č. 8 Jakmile se u člověka objeví známky duševní poruchy, měl by být hospitalizován



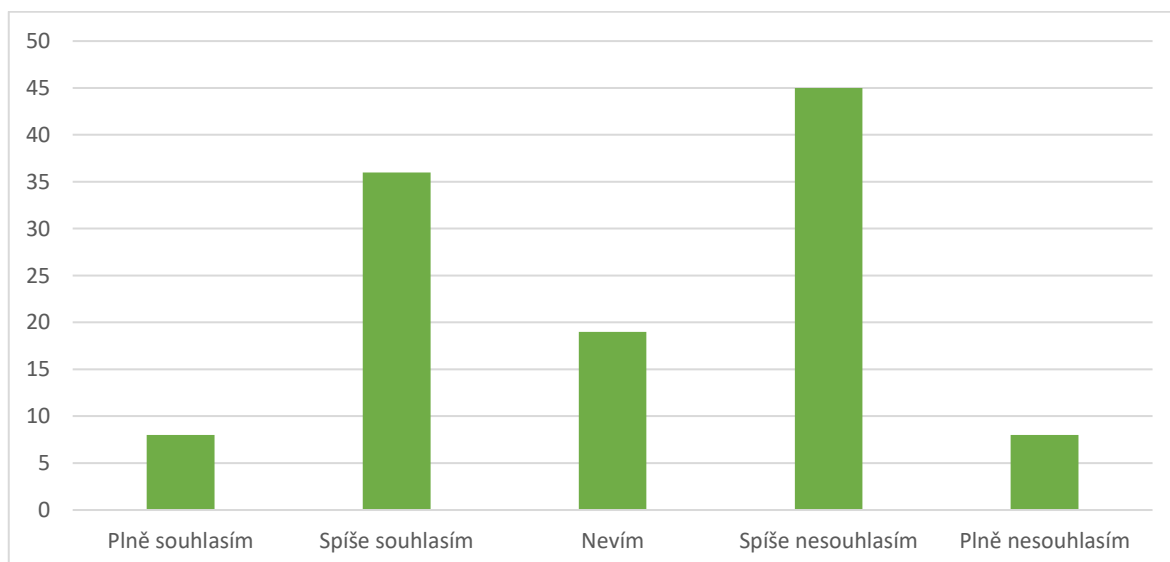
OTÁZKA č. 10: Na lidech se schizofrenním onemocněním je něco charakteristického, co je snadno odlišuje od normálních lidí.

Komentář: Odpověď „spíše nesouhlasím“ označilo nejvíce studentů, v počtu 45 (38,8 %). 36 (31,03 %) studentů uvedlo odpověď „spíše souhlasím“. 19 (16,38 %) respondentů odpovědělo „nevím“. Jako odpověď „plně nesouhlasím“ uvedlo 8 (6,9 %) respondentů stejně tak jako odpověď „plně souhlasím“.

Tabulka č. 9 Na lidech se schizofrenním onemocněním je něco charakteristického, co je snadno odlišuje od normálních lidí

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Plně souhlasím	8	6,90 %
Spíše souhlasím	36	31,03 %
Nevím	19	16,38 %
Spíše nesouhlasím	45	38,80 %
Plně nesouhlasím	8	6,90 %
CELKEM	116	100,00 %

Graf č. 9 Na lidech se schizofrenním onemocněním je něco charakteristického, co je snadno odlišuje od normálních lidí



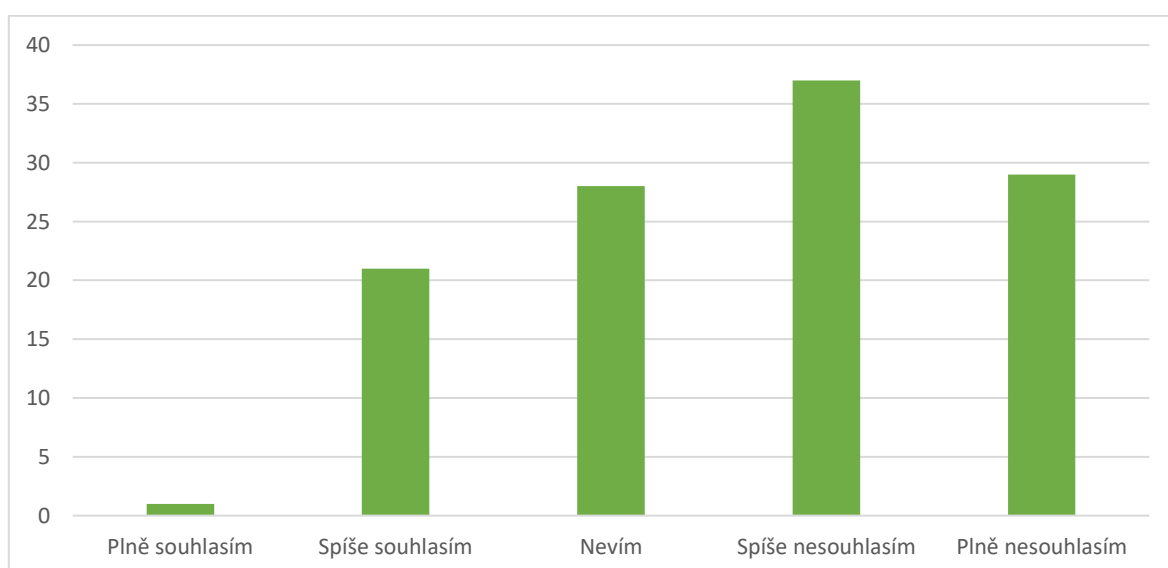
OTÁZKA č. 11: K příčinám schizofrenního onemocnění se ve velké míře řadí nedostatek sebekázně a slabá vůle.

Komentář: Odpověď „spíše nesouhlasím“ označilo nejvíce studentů, v počtu 37 (31,9 %). 29 (25 %) studentů uvedlo odpověď „plně nesouhlasím“. 28 (24,14 %) respondentů odpovědělo „nevím“. Jako odpověď „spíše souhlasím“ uvedlo 21 (18,1 %) respondentů. Nejméně studentů, v počtu 1 (0,86 %), odpovědělo „plně souhlasím“.

Tabulka č. 10 K příčinám schizofrenního onemocnění se ve velké míře řadí nedostatek sebekázně a slabá vůle

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Plně souhlasím	1	0,86 %
Spíše souhlasím	21	18,10 %
Nevím	28	24,14 %
Spíše nesouhlasím	37	31,90 %
Plně nesouhlasím	29	25,00 %
CELKEM	116	100,00 %

Graf č. 10 K příčinám schizofrenního onemocnění se ve velké míře řadí nedostatek sebekázně a slabá vůle



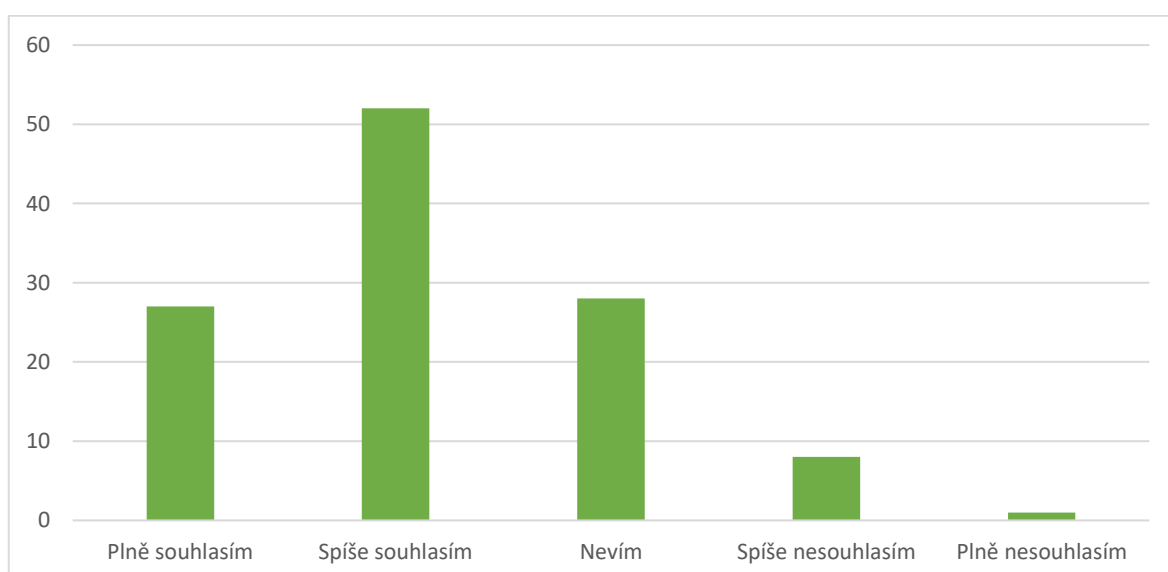
OTÁZKA č. 12: Medializace schizofrenního onemocnění v České republice se vyvíjí spíše v negativním obraze nemoci.

Komentář: Odpověď „spíše souhlasím“ označilo nejvíce studentů, v počtu 52 (44,83 %). 28 (24,14 %) studentů uvedlo odpověď „nevím“. 27 (23,28 %) respondentů odpovědělo „plně souhlasím“. Jako odpověď „spíše nesouhlasím“ uvedlo 8 (6,9 %) respondentů. Nejméně studentů, v počtu 1 (0,86 %), odpovědělo „plně nesouhlasím“.

Tabulka č. 11 Medializace schizofrenního onemocnění v České republice se vyvíjí spíše v negativním obraze nemoci

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Plně souhlasím	27	23,28 %
Spíše souhlasím	52	44,83 %
Nevím	28	24,14 %
Spíše nesouhlasím	8	6,90 %
Plně nesouhlasím	1	0,86 %
CELKEM	116	100,00 %

Graf č. 11 Medializace schizofrenního onemocnění v České republice se vyvíjí spíše v negativním obraze nemoci



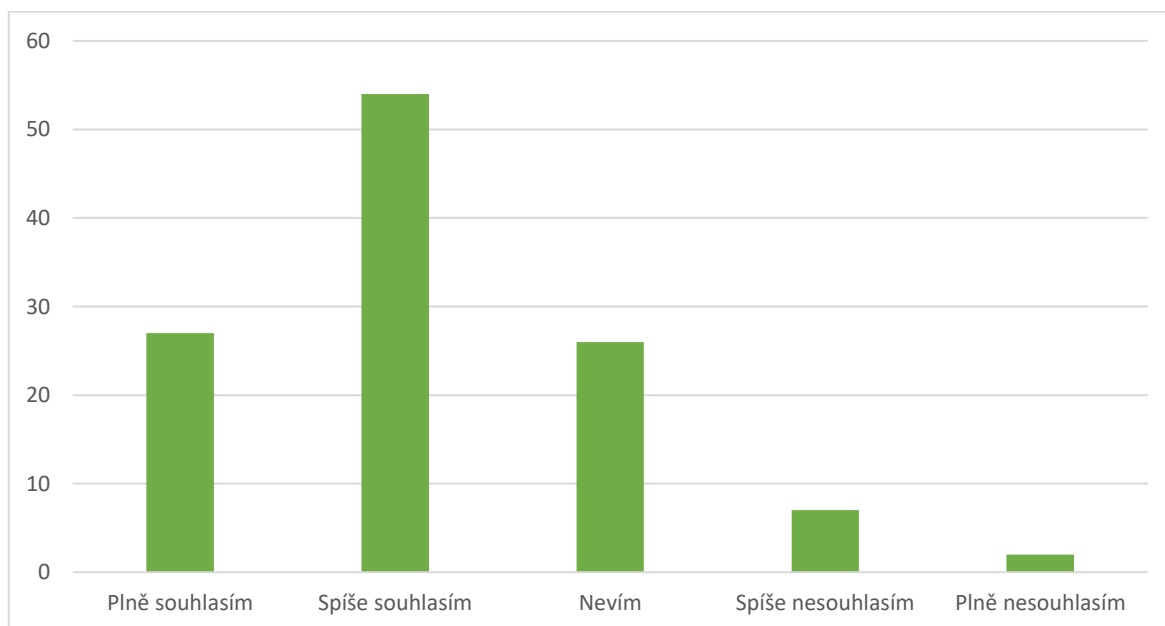
OTÁZKA č. 13: Psychofarmaka mohou být účinnou terapií u lidí se schizofrenním onemocněním.

Komentář: Odpověď „spíše souhlasím“ označilo nejvíce studentů, v počtu 54 (46,6 %). 27 (23,28 %) studentů uvedlo odpověď „plně souhlasím“. 26 (22,41 %) respondentů odpovědělo „nevím“. Jako odpověď „spíše nesouhlasím“ uvedlo 7 (6,03 %) respondentů. Nejméně studentů, v počtu 2 (1,72 %), odpovědělo „plně nesouhlasím“.

Tabulka č. 12 Psychofarmaka mohou být účinnou terapií u lidí se schizofrenním onemocněním

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Plně souhlasím	27	23,28 %
Spíše souhlasím	54	46,60 %
Nevím	26	22,41 %
Spíše nesouhlasím	7	6,03 %
Plně nesouhlasím	2	1,72 %
CELKEM	116	100,00 %

Graf č. 12 Psychofarmaka mohou být účinnou terapií u lidí se schizofrenním onemocněním



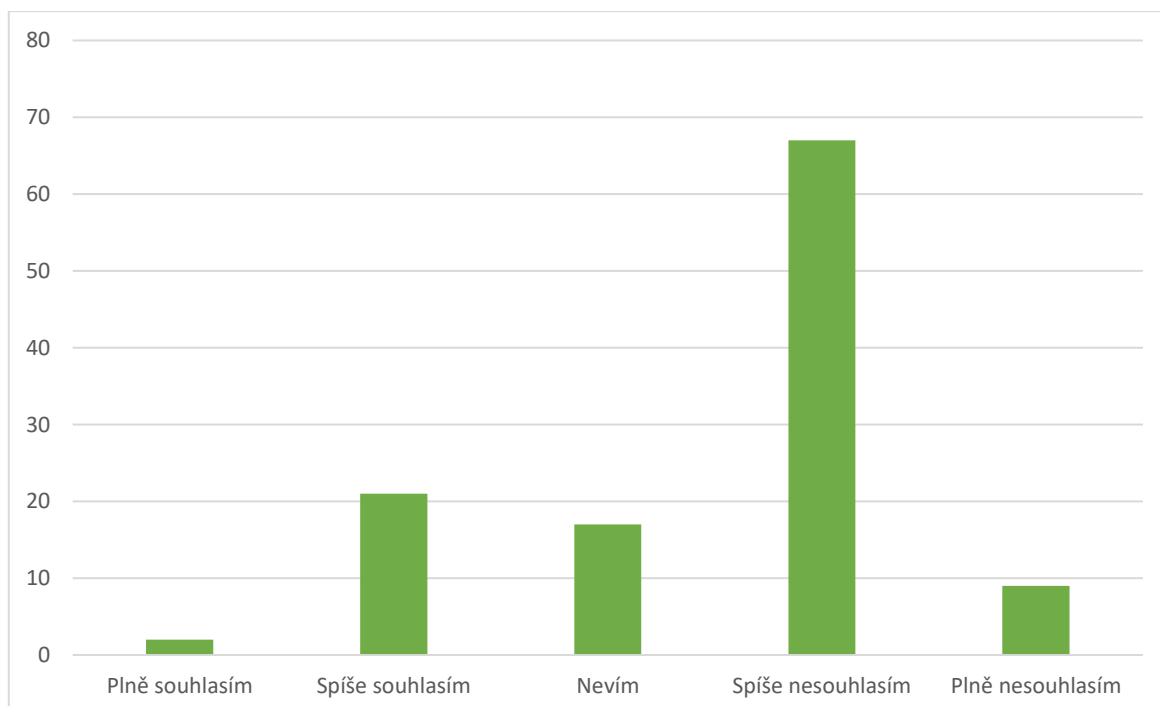
OTÁZKA č. 14: Většina lidí s psychickým onemocněním vyhledá odbornou pomoc.

Komentář: Odpověď „spíše nesouhlasím“ označilo nejvíce studentů, v počtu 67 (57,76 %). 21 (18,1 %) studentů uvedlo odpověď „spíše souhlasím“. 17 (14,66 %) respondentů odpovědělo „nevím“. Jako odpověď „plně nesouhlasím“ uvedlo 9 (7,76 %) respondentů. Nejméně studentů, v počtu 2 (1,72 %), odpovědělo „plně souhlasím“.

Tabulka č. 13 Většina lidí s psychickým onemocněním vyhledá odbornou pomoc

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Plně souhlasím	2	1,72 %
Spíše souhlasím	21	18,10 %
Nevím	17	14,66 %
Spíše nesouhlasím	67	57,76 %
Plně nesouhlasím	9	7,76 %
CELKEM	116	100,00 %

Graf č. 13 Většina lidí s psychickým onemocněním vyhledá odbornou pomoc



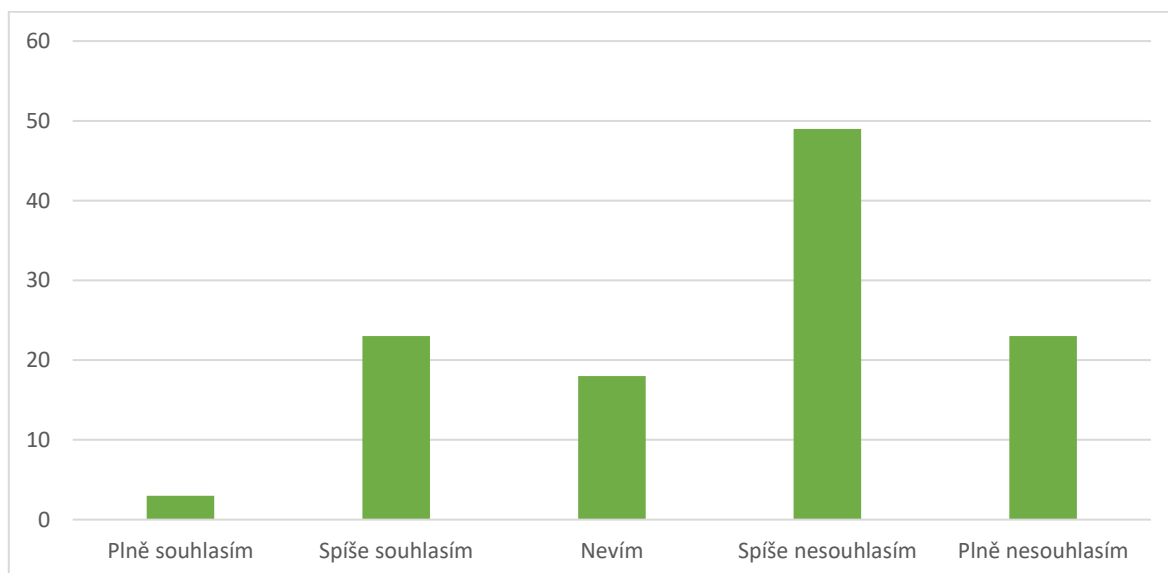
OTÁZKA č. 15: Lidé se schizofrenním onemocněním se nikdy nemohou uzdravit natolik, aby mohli vést kvalitní život.

Komentář: Odpověď „spíše nesouhlasím“ označilo nejvíce studentů, v počtu 49 (42,24 %). 23 (19,83 %) studentů uvedlo odpověď „spíše souhlasím“, stejně tak jako odpověď „plně nesouhlasím“. Jako odpověď „nevím“ uvedlo 18 (15,52 %) respondentů. Nejméně studentů, v počtu 3 (2,59 %) odpovědělo „plně souhlasím“.

Tabulka č. 14 Lidé se schizofrenním onemocněním se nikdy nemohou uzdravit natolik, aby mohli vést kvalitní život

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Plně souhlasím	3	2,59 %
Spíše souhlasím	23	19,83 %
Nevím	18	15,52 %
Spíše nesouhlasím	49	42,24 %
Plně nesouhlasím	23	19,83 %
CELKEM	116	100,00 %

Graf č. 14 Lidé se schizofrenním onemocněním se nikdy nemohou uzdravit natolik, aby mohli vést kvalitní život



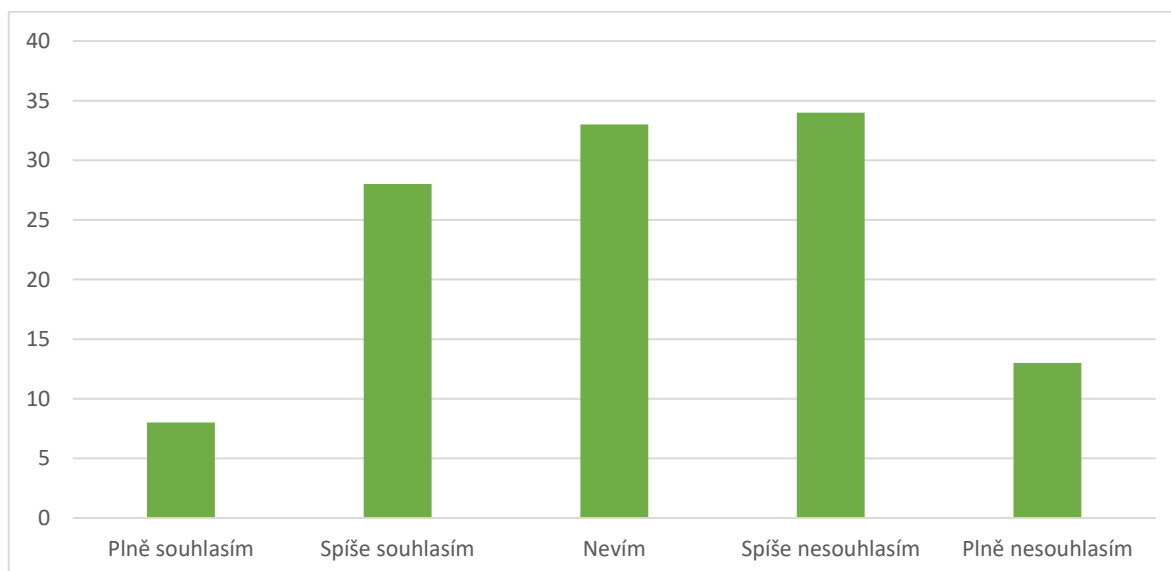
OTÁZKA č. 16: Kdybych onemocněl/a duševní poruchou, raději bych to nepřiznala svému okolí (přátelé, kolegové).

Komentář: Odpověď „spíše nesouhlasím“ označilo nejvíce studentů, v počtu 34 (29,31 %). 33 (28,45 %) studentů uvedlo odpověď „nevím“. 28 (24,14 %) respondentů odpovědělo „spíše souhlasím“. Jako odpověď „plně nesouhlasím“ uvedlo 13 (11,21 %) respondentů. Nejméně studentů, v počtu 8 (6,9 %), odpovědělo „plně souhlasím“.

Tabulka č. 15 Kdybych onemocněl/a duševní poruchou, raději bych to nepřiznala svému okolí (přátelé, kolegové)

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Plně souhlasím	8	6,90 %
Spíše souhlasím	28	24,14 %
Nevím	33	28,45 %
Spíše nesouhlasím	34	29,31 %
Plně nesouhlasím	13	11,21 %
CELKEM	116	100,00 %

Graf č. 15 Kdybych onemocněl/a duševní poruchou, raději bych to nepřiznala svému okolí (přátelé, kolegové)



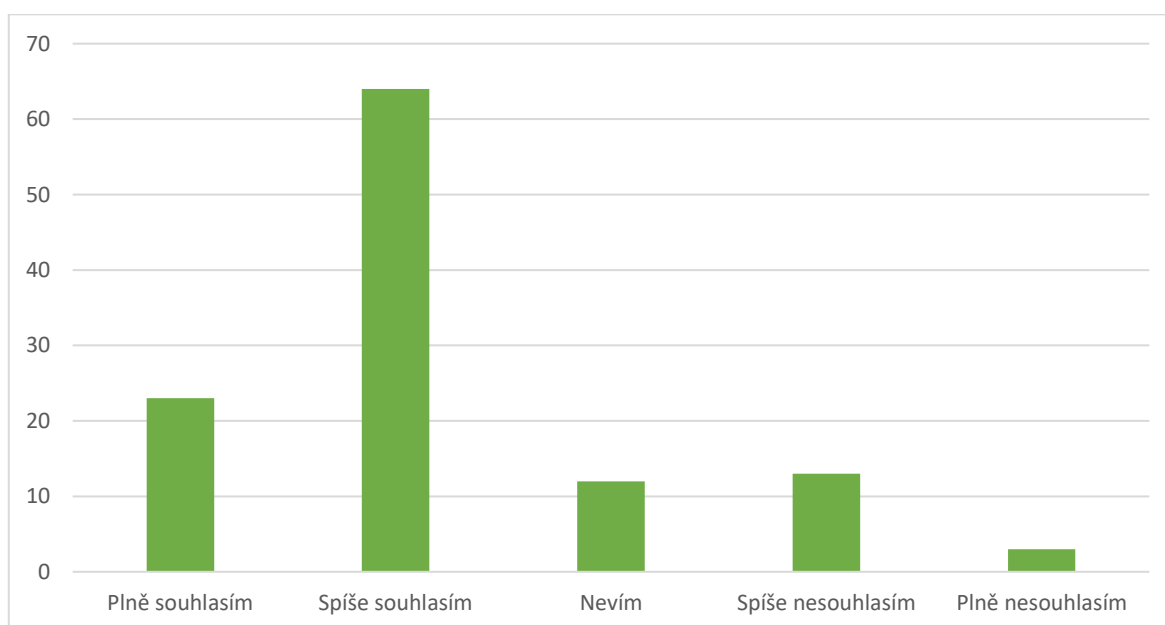
OTÁZKA č. 17: Lidé se schizofrenním onemocněním se mohou cítit svým okolím spíše ohroženi.

Komentář: Odpověď „spíše souhlasím“ označilo nejvíce studentů, v počtu 64 (55,17 %). 23 (19,83 %) studentů uvedlo odpověď „plně souhlasím“. 13 (11,21 %) respondentů odpovědělo „spíše nesouhlasím“. Jako odpověď „nevím“ uvedlo 12 (10,34 %) respondentů. Nejméně studentů, v počtu 3 (2,59 %), odpovědělo „plně nesouhlasím“.

Tabulka č. 16 Lidé se schizofrenním onemocněním se mohou cítit svým okolím spíše ohroženi

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Plně souhlasím	23	19,83 %
Spíše souhlasím	64	55,17 %
Nevím	12	10,34 %
Spíše nesouhlasím	13	11,21 %
Plně nesouhlasím	3	2,59 %
CELKEM	116	100,00 %

Graf č. 16 Lidé se schizofrenním onemocněním se mohou cítit svým okolím spíše ohroženi



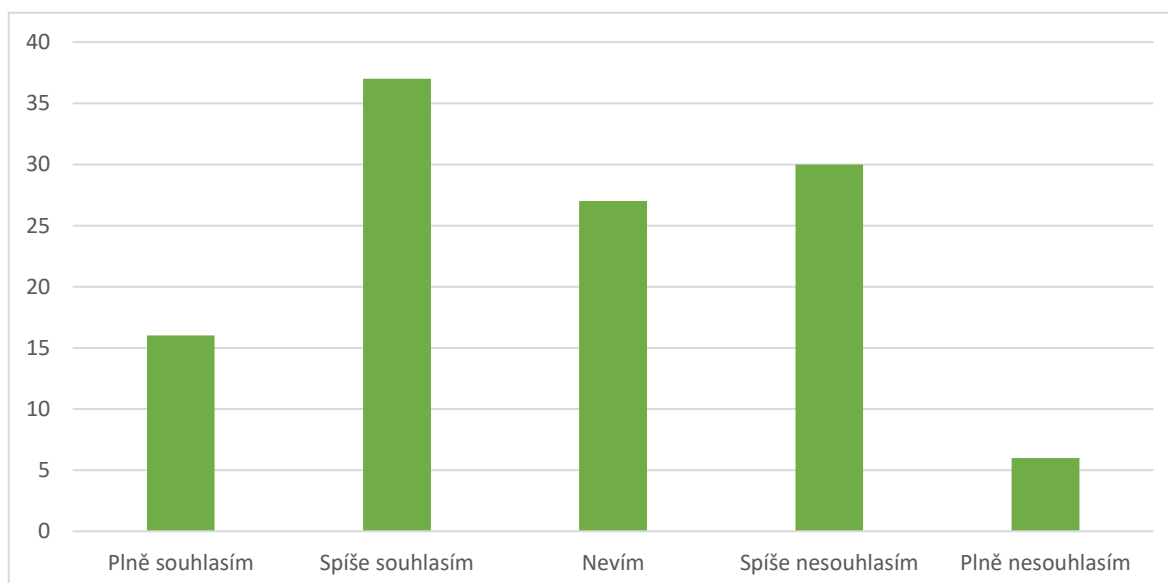
OTÁZKA č. 18: Cítím se stejně pohodlně, když mluvím s člověkem s duševním onemocněním, jako když mluvím s člověkem s jiným (např. tělesným) onemocněním.

Komentář: Odpověď „spíše souhlasím“ označilo nejvíce studentů, v počtu 37 (31,9 %). 30 (25,86 %) studentů uvedlo odpověď „spíše nesouhlasím“. 27 (23,28 %) respondentů odpovědělo „nevím“. Jako odpověď „plně souhlasím“ uvedlo 16 (13,79 %) respondentů. Nejméně studentů, v počtu 6 (5,17 %), odpovědělo „plně nesouhlasím“.

Tabulka č. 17 Cítím se stejně pohodlně, když mluvím s člověkem s duševním onemocněním, jako když mluvím s člověkem s jiným (např. tělesným) onemocněním

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Plně souhlasím	16	13,79 %
Spíše souhlasím	37	31,90 %
Nevím	27	23,28 %
Spíše nesouhlasím	30	25,86 %
Plně nesouhlasím	6	5,17 %
CELKEM	116	100,00 %

Graf č. 17 Cítím se stejně pohodlně, když mluvím s člověkem s duševním onemocněním, jako když mluvím s člověkem s jiným (např. tělesným) onemocněním



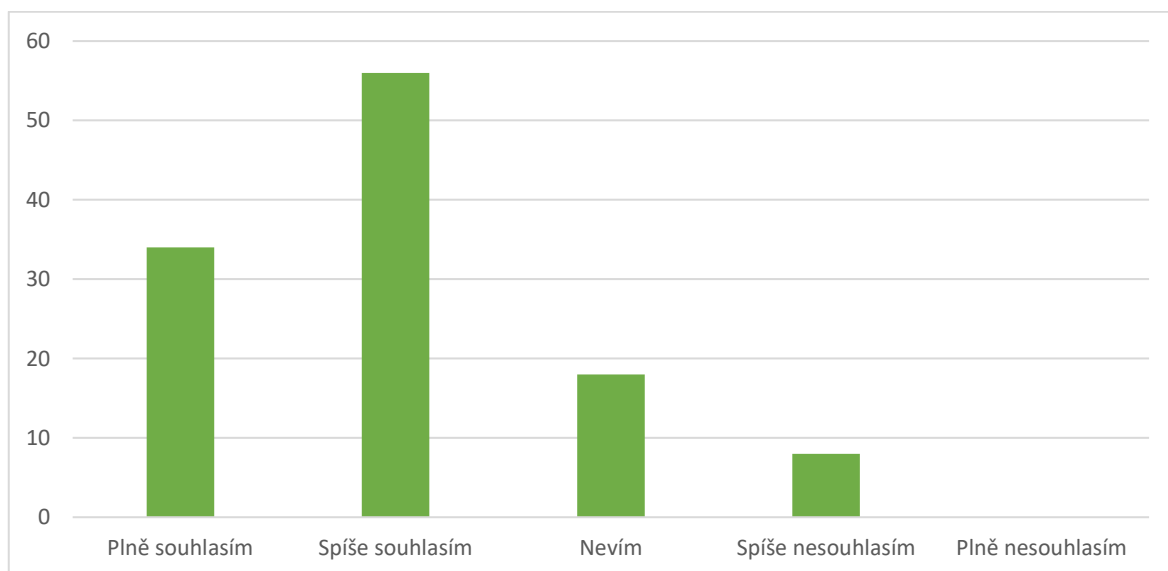
OTÁZKA č. 19: Kdyby se mi kolega svěřil, že má schizofrenní onemocnění, i nadále bych s ním chtěl pracovat.

Komentář: Odpověď „spíše souhlasím“ označilo nejvíce studentů, v počtu 56 (48,28 %). 34 (29,31 %) studentů uvedlo odpověď „plně souhlasím“. 18 (15,52 %) respondentů odpovědělo „nevím“. Jako odpověď „spíše nesouhlasím“ uvedlo 8 (6,9 %) respondentů. Žádný ze studentů nezvolil odpověď „plně nesouhlasím“.

Tabulka č. 18 Kdyby se mi kolega svěřil, že má schizofrenní onemocnění, i nadále bych s ním chtěl pracovat

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Plně souhlasím	34	29,31 %
Spíše souhlasím	56	48,28 %
Nevím	18	15,52 %
Spíše nesouhlasím	8	6,90 %
Plně nesouhlasím	0	0,00 %
CELKEM	116	100,00 %

Graf č. 18 Kdyby se mi kolega svěřil, že má schizofrenní onemocnění, i nadále bych s ním chtěl pracovat



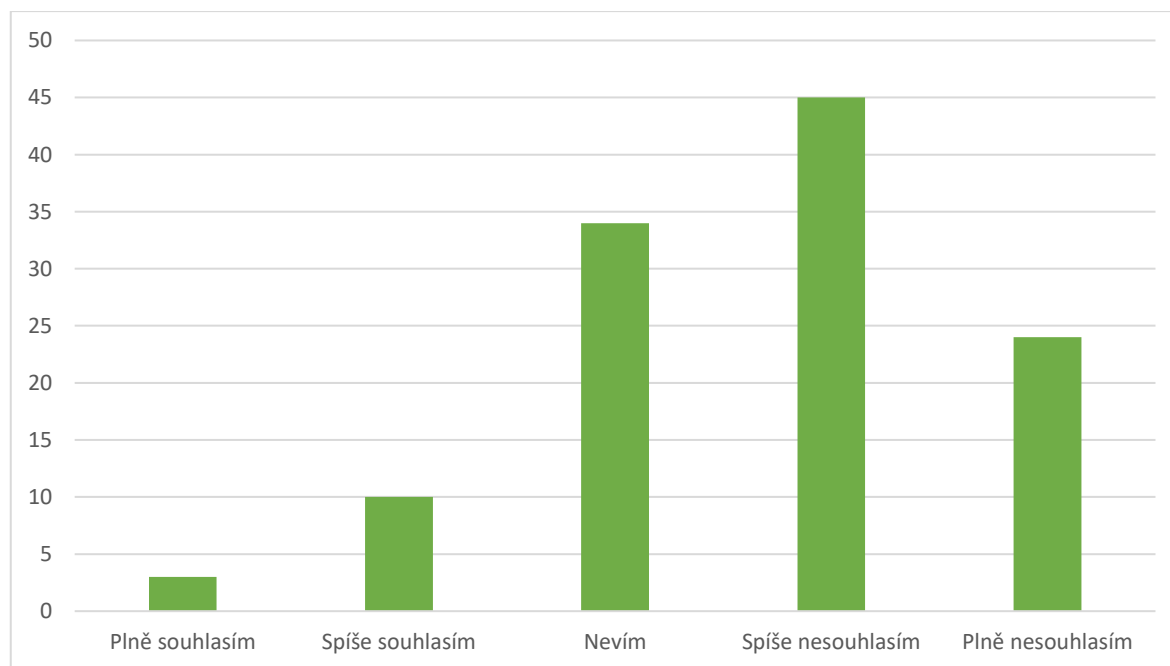
OTÁZKA č. 20: Schizofrenní onemocnění souvisí s úbytkem intelektu.

Komentář: Odpověď „spíše nesouhlasím“ označilo nejvíce studentů, v počtu 45 (38,79 %). 34 (29,31 %) studentů uvedlo odpověď „nevím“. 24 (20,67 %) respondentů odpovědělo „plně nesouhlasím“. Jako odpověď „spíše souhlasím“ uvedlo 10 (8,62 %) respondentů. Nejméně studentů, v počtu 3 (2,57 %), odpovědělo „plně souhlasím“.

Tabulka č. 19 Schizofrenní onemocnění souvisí s úbytkem intelektu

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Plně souhlasím	3	2,57 %
Spíše souhlasím	10	8,62 %
Nevím	34	29,31 %
Spíše nesouhlasím	45	38,79 %
Plně nesouhlasím	24	20,67 %
CELKEM	116	100,00 %

Graf č. 19 Schizofrenní onemocnění souvisí s úbytkem intelektu



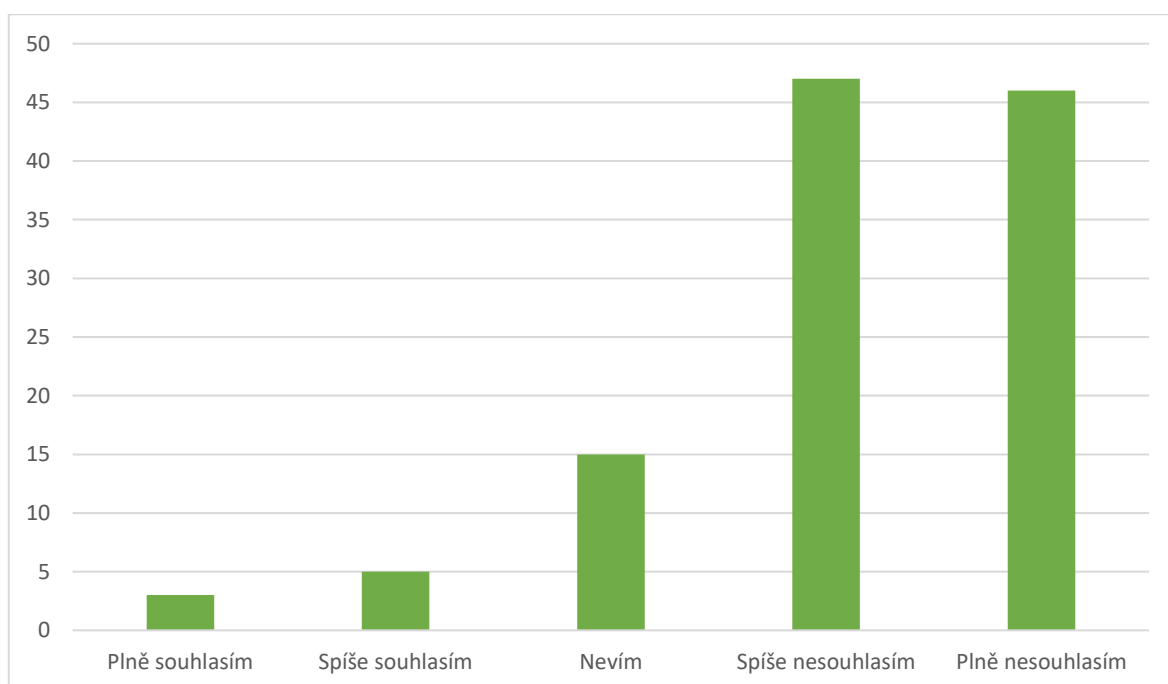
OTÁZKA č. 21: Schizofrenní onemocnění postihuje zpravidla lidi z nižších sociálních vrstev.

Komentář: Odpověď „spíše nesouhlasím“ označilo nejvíce studentů, v počtu 47 (40,52 %). 46 (39,66 %) studentů uvedlo odpověď „plně nesouhlasím“. 15 (12,93 %) respondentů odpovědělo „nevím“. Jako odpověď „spíše souhlasím“ uvedlo 5 (4,31 %) respondentů. Nejméně studentů, v počtu 3 (2,57 %), odpovědělo „plně souhlasím“.

Tabulka č. 20 Schizofrenní onemocnění postihuje zpravidla lidi z nižších sociálních vrstev

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Plně souhlasím	3	2,57 %
Spíše souhlasím	5	4,31 %
Nevím	15	12,93 %
Spíše nesouhlasím	47	40,52 %
Plně nesouhlasím	46	39,66 %
CELKEM	116	100,00 %

Graf č. 20 Schizofrenní onemocnění postihuje zpravidla lidi z nižších sociálních vrstev



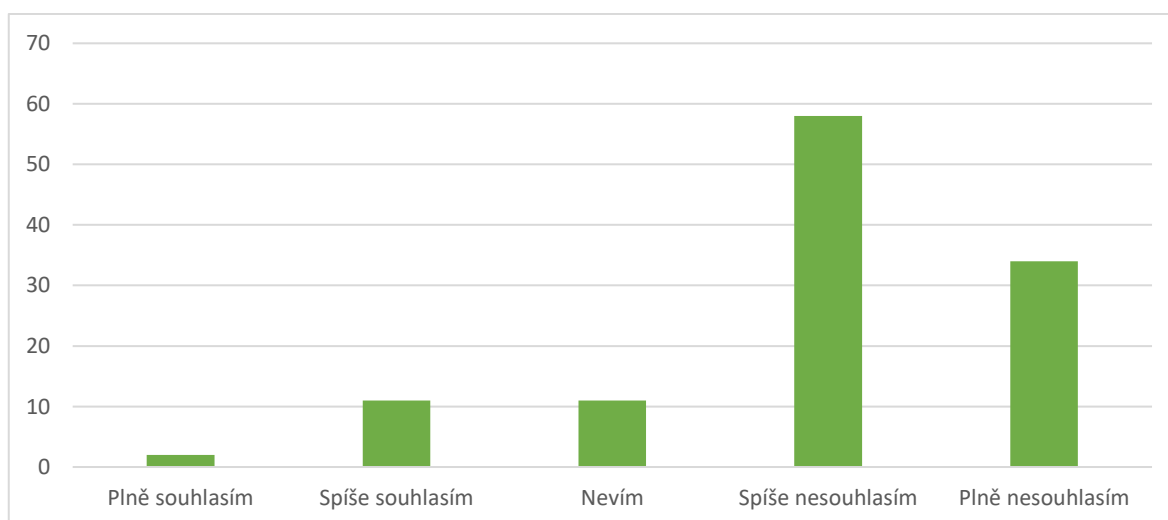
OTÁZKA č. 22: Pokud by si člověk se schizofrenním onemocněním stěžoval na somatické potíže (např. bolest hlavy, na hrudi) přisuzoval/a bych to jeho duševnímu onemocnění.

Komentář: Odpověď „spíše nesouhlasím“ označilo nejvíce studentů, v počtu 58 (50 %). 34 (29,31 %) studentů uvedlo odpověď „plně nesouhlasím“. 11 (9,48 %) respondentů odpovědělo „spíše souhlasím“ stejně tak jako „nevím“. Nejméně studentů, v počtu 2 (1,73 %), odpovědělo „plně souhlasím“.

Tabulka č. 21 Pokud by si člověk se schizofrenním onemocněním stěžoval na somatické potíže (např. bolest hlavy, na hrudi) přisuzoval/a bych to jeho duševnímu onemocnění

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Plně souhlasím	2	1,73 %
Spíše souhlasím	11	9,48 %
Nevím	11	9,48 %
Spíše nesouhlasím	58	50,00 %
Plně nesouhlasím	34	29,31 %
CELKEM	116	100,00 %

Graf č. 21 Pokud by si člověk se schizofrenním onemocněním stěžoval na somatické potíže (např. bolest hlavy, na hrudi) přisuzoval/a bych to jeho duševnímu onemocnění



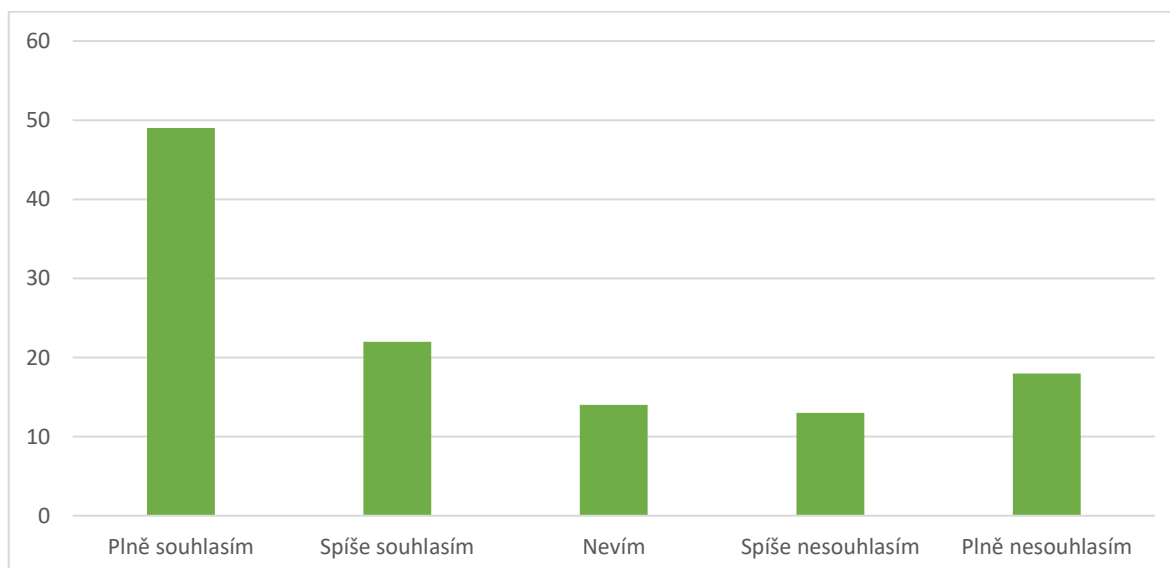
OTAZNÍK č. 23: Charakterizovat člověka s duševním onemocněním slovy „cvok“, „blázen“ nebo „šílenec“ považují za stigmatizující.

Komentář: Odpověď „plně souhlasím“ označilo nejvíce studentů, v počtu 49 (42,24 %). 22 (18,97 %) studentů uvedlo odpověď „spíše souhlasím“. 18 (15,52 %) respondentů odpovědělo „plně nesouhlasím“. Jako odpověď „nevím“ uvedlo 14 (12,07 %) respondentů. Nejméně studentů, v počtu 13 (11,21 %), odpovědělo „spíše nesouhlasím“.

Tabulka č. 22 Charakterizovat člověka s duševním onemocněním slovy „cvok“, „blázen“ nebo „šílenec“ považují za stigmatizující

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Plně souhlasím	49	42,24 %
Spíše souhlasím	22	18,97 %
Nevím	14	12,07 %
Spíše nesouhlasím	13	11,21 %
Plně nesouhlasím	18	15,52 %
CELKEM	116	100,00 %

Graf č. 22 Charakterizovat člověka s duševním onemocněním slovy „cvok“, „blázen“ nebo „šílenec“ považují za stigmatizující



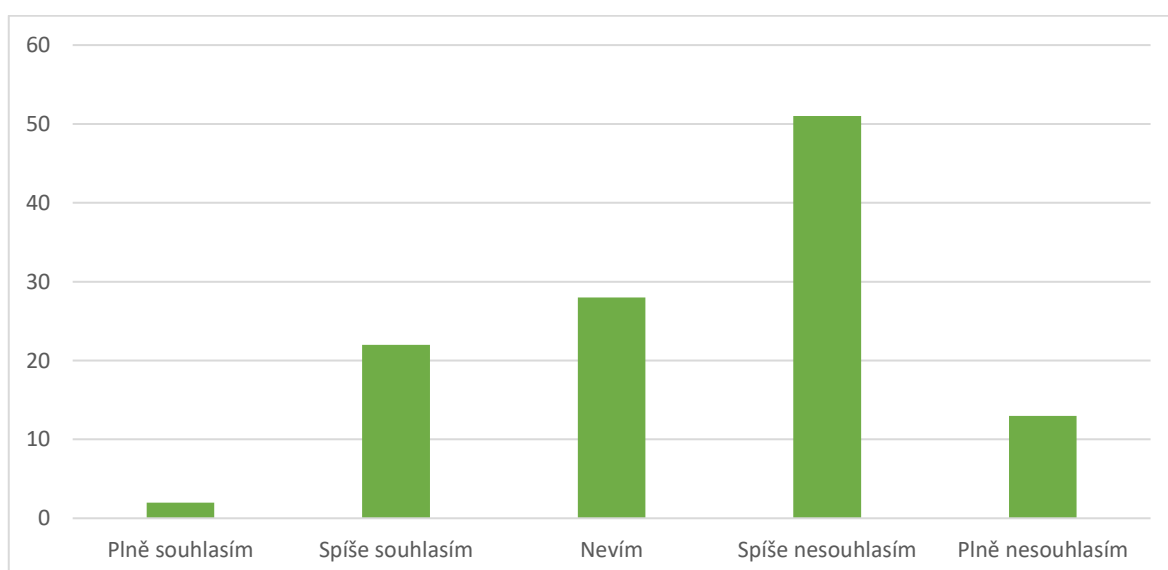
OTÁZKA č. 24: Studium na vysoké škole mě dostatečně připravuje/připravilo na práci se schizofrenními klienty/pacienty.

Komentář: Odpověď „spíše nesouhlasím“ označilo nejvíce studentů, v počtu 51 (43,97 %). 28 (24,14 %) studentů uvedlo odpověď „nevím“. 22 (18,97 %) respondentů odpovědělo „spíše souhlasím“. Jako odpověď „plně nesouhlasím“ uvedlo 13 (11,21 %) respondentů. Nejméně studentů, v počtu 2 (1,72 %), odpovědělo „plně souhlasím“.

Tabulka č. 23 Studium na vysoké škole mě dostatečně připravuje/připravilo na práci se schizofrenními klienty/pacienty

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Plně souhlasím	2	1,72 %
Spíše souhlasím	22	18,97 %
Nevím	28	24,14 %
Spíše nesouhlasím	51	43,97 %
Plně nesouhlasím	13	11,21 %
CELKEM	116	100,00 %

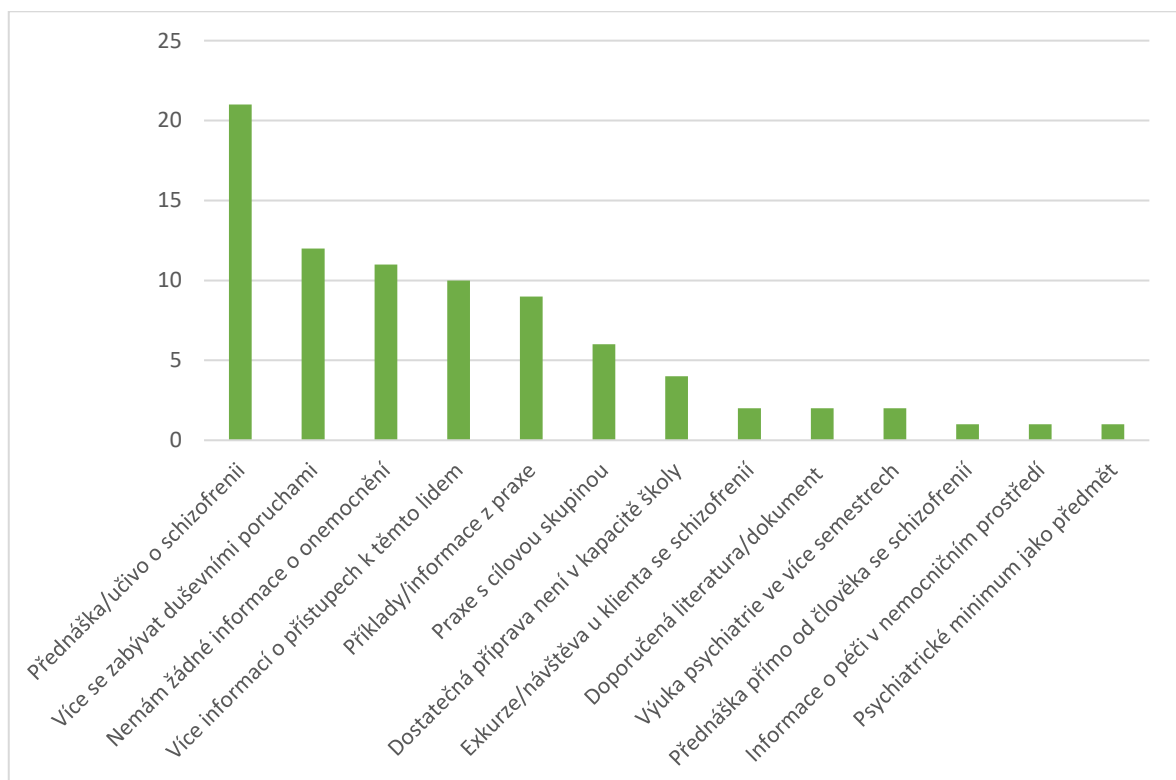
Graf č. 23 Studium na vysoké škole mě dostatečně připravuje/připravilo na práci se schizofrenními klienty/pacienty



OTÁZKA č. 25: Pokud jste odpověděl/a na předchozí otázku (č.24) nesouhlasně, uveďte, prosím, jaké změny byste vítal/a.

Komentář: K otázce č. 25 se vyjádřilo 64 respondentů. Jednalo se o otevřenou otázku, kdy každý z 64 studentů uvedl jeden nebo více požadavků. Největší počet respondentů, v počtu 21 studentů, uvedlo, že by uvítali přednášku/učivo o schizofrenii. 12 studentů napsalo, že by uvítali možnost se při studiu více zabývat duševními poruchami. 11 respondentů uvedlo, že se dosud nesetkali s žádnými informacemi o onemocnění. 10 studentů by v rámci studia oceňilo získat informace, jak se k těmto lidem chovat a jak s nimi pracovat. 9 studentů by si přálo získat více informací a příkladů z praxe. 6 respondentů by uvítalo praxi s touto cílovou skupinou klientů. 4 studenti napsali, že není v kapacitě školy dostatečně připravit studenty na práci s každým klientem. 2 respondenti uvedli exkurzi či návštěvu u klientů, stejný zájem je i o doporučenou literaturu či dokumenty a výuku psychiatrie ve více semestrech. Jeden student vyslovil přání, že by si přál přednášku přímo od klienta/pacienta, stejně tak jeden student uvedl, že by uvítal informace o tom, jak pečovat o klienta v nemocničním prostředí a jeden respondent vyslovil přání, že by uvítal zavedení psychiatrického minima jako povinný předmět.

Graf č. 24 Změny



OTÁZKA č. 26: Znáte nějakou literaturu nebo film/dokument o schizofrenním onemocnění? Pokud je to možné, uveďte název/názvy.

Komentář: Na tuto otázku odpovědělo 76 (65,52 %) respondentů, že neznají nebo si nevzpomenou na žádnou literaturu, film nebo dokument. 40 (34,48 %) studentů uvedlo, že znají minimálně jeden název týkající se literatury, filmu, dokumentu nebo jině.

Konkrétní odpovědi studentů jsou zaznačeny níže:

Literatura: 2x Schizofrenie v kazuistikách, 1x Přelet nad kukaččím hnízdem, 1x Homo psychoticus, 1x Schizofrenie, 1x Blázinec na vlastní kůži, 1x Psychosis, 1x učebnice psychologie.

Film/dokument: 10x Čistá duše, 9x Rozpolcený, 5x Pět příběhů šílenství, 4x Záhady duše, 4x Přelet nad kukaččím hnízdem, 3x Prokletý ostrov, 3x dokument, 2x Podivný experiment, 1x Dělníci duše, 1x Sólista, 1x Andělé všedního dne, 1x Mary a Max, 1x Mluv se mnou, 1x Šestý smysl, 1x Klub rváčů, 1x Forest Gump.

Jiné: 2x psychobudka s videem simulujícím schizofrenní onemocnění, 2x informace z internetu, 1x osobní setkání.

6 INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT

V této části bakalářské práce jsme se zabývali stručnou interpretací dat získaných z dotazníkového šetření, kterým jsme se věnovali v předchozí kapitole. Na základě stanovených výzkumných otázek jsme si vytyčili hlavní a dílčí výzkumné cíle, na které jsme hledali odpovědi. Hlavním cílem bylo analyzovat postoje studentů vůči vybraným aspektům onemocnění schizofrenie. Dílčími cíli bylo zjistit, jaké mají studenti povědomí o schizofrenii, postoje ke společenským předsudkům vůči schizofrenii a předpokládané jednání v případě vlastního onemocnění schizofrenií nebo onemocnění někoho z blízkých.

Níže jsou popsány závěry, vyplývající z dotazníkového šetření, které jsou rozděleny na demografické údaje a jednotlivé dílčí výzkumné cíle.

6.1 Demografické údaje

Náš výzkumný soubor se skládal ze 116 respondentů. Stručně řečeno ze získaných údajů vyplývá, že mezi respondenty je velká převaha žen, z nichž téměř polovinu (45,69 %) tvoří studenti ve věku 18-20 let. Nejvíce respondentů udalo jako své dosavadní vzdělání střední zdravotnickou školu (61,21 %). Nadpoloviční většina (56,9 %) studentů uvedla, že momentálně nepracují. V otázce číslo 5 jsme se u respondentů dotazovali na osobní zkušenost s člověkem, který onemocněl schizofrenií. Takovou zkušenost má větší třetina respondentů (37,07 %). Tuto otázku nebylo možné zařadit do žádného z dílčích cílů, proto ji zmiňujeme zde.

6.2 První dílčí výzkumný cíl

První dílčí výzkumný cíl se zabýval zjištěním toho, jaké mají studenti povědomí schizofrenii. K tomuto zjištění nám posloužily odpovědi z dotazníku na otázky číslo 8, 13, 14, 20, 24, 25 a 26.

„Vhodnou terapií pro většinu lidí s duševním onemocněním je být součástí normální společnosti.“ Z našeho výzkumu vyplývá, že velká část studentů (70 %) pokládá za vhodnou terapii pro většinu osob se schizofrenním onemocněním, být součástí normální společnosti. Zbýlá část respondentů nesouhlasila nebo se nedokázala rozhodnout.

„Psychofarmaka mohou být účinnou terapií u lidí se schizofrenním onemocněním.“ Výsledky dotazníkového šetření v této otázce vypovídají o poměrně velkém povědomí studentů o důležitosti užívání psychofarmak jako účinné terapie při léčbě schizofrenie. Jednalo se

téměř o tři čtvrtiny respondentů. Zbylé odpovědi, zastoupeny v menších procentech, byly nesouhlasné nebo na výrok studenti nedokázali odpovědět.

„Většina lidí s psychickým onemocněním vyhledá odbornou pomoc.“ Nadpoloviční většina respondentů (60 %) s tímto výrokem nesouhlasí, což vypovídá o jejich informovanosti v problematice, že ne v každém případě je samozřejmé vyhledání odborné pomoci. Asi pětina studentů souhlasila s přesvědčením, že většina lidí s psychickým onemocněním vyhledá odbornou pomoc. Zbylé menší procento respondentů nedokázalo odpovědět.

„Schizofrenní onemocnění souvisí s úbytkem intelektu.“ Z výzkumu vyplývá, že nadpoloviční většina studentů (60 %) si nespojuje schizofrenní onemocnění s úbytkem intelektu. Téměř třetina respondentů nedokázala odpovědět. Jen malé procento studentů si myslí, že schizofrenní onemocnění má vliv na úbytek intelektu.

„Studium na vysoké škole mě dostatečně připravuje/připravilo na práci se schizofrenními klienty/pacienty.“ K ověření načerpaných znalostí studentů jsme jim položili i otázku tohoto typu. Přičemž větší polovina respondentů (55 %) je toho názoru, že je vysoká škola (prozatím) nedokázala dostatečně připravit na práci s cílovými klienty. Zbylá menší polovina studentů nedokázala odpovědět nebo souhlasila s dostatečnou připraveností.

„Pokud jste odpověděl/a na předchozí otázku nesouhlasně, uveďte, prosím, jaké změny byste vítal/a.“ K této otázce se vyjádřilo 64 respondentů, z nichž každý uvedl jeden nebo více požadavků, přičemž 21 studentů uvedlo, že by uvítali přednášku/učivo o schizofrenii; 12 studentů napsalo, že by uvítali možnost se při studiu více zabývat duševními poruchami; 11 respondentů uvedlo, že se dosud nesetkali s žádnými informacemi o onemocnění; 10 studentů by v rámci studia ocenilo získat informace, jak se k těmto lidem chovat a jak s nimi pracovat; 9 studentů by si přálo získat více informací a příkladů z praxe; 6 respondentů by uvítalo praxi s touto cílovou skupinou klientů; 4 studenti napsali, že není v kapacitě školy dostatečně připravit studenty na práci s každým klientem; 2 respondenti uvedli, že by uvítali exkurzi či návštěvu u klientů, stejný zájem je i o doporučenou literaturu či dokumenty a výuku psychiatrie ve více semestrech; jeden student vyslovil přání, že by si přál přednášku přímo od klienta/pacienta, stejně tak jeden student uvedl, že by uvítal informace o tom, jak pečovat o klienta v nemocničním prostředí a jeden respondent vyslovil přání, že by uvítal zavedení psychiatrického minima jako povinný předmět.

„Znáte nějakou literaturu nebo film/dokument o schizofrenním onemocnění? Pokud je to možné, uveďte název/názvy.“ Na tuto otázku dokázalo odpovědět jen 34 % respondentů. Konkrétní odpovědi studentů jsou: *Literatura*: 2x Schizofrenie v kazuistikách, 1x Přelet nad kukaččím hnízdem, 1x Homo psychoticus, 1x Schizofrenie, 1x Blázinec na vlastní kůži, 1x Psychosis, 1x učebnice psychologie. *Film/dokument*: 10x Čistá duše, 9x Rozpolcený, 5x Pět příběhů šílenství, 4x Záhady duše, 4x Přelet nad kukaččím hnízdem, 3x Prokletý ostrov, 3x dokument, 2x Podivný experiment, 1x Dělníci duše, 1x Sólista, 1x Anděl všedního dne, 1x Mary a Max, 1x Mluv se mnou, 1x Šestý smysl, 1x Klub rváčů, 1x Forest Gump. *Jiné možnosti*: 2x psychobudka s videem simulujícím schizofrenní onemocnění, 2x informace z internetu, 1x osobní setkání.

6.3 Druhý dílčí výzkumný cíl

Druhý dílčí výzkumný cíl se zabýval zjištěním toho, jaké mají studenti postoje ke společenským předsudkům vůči schizofrenii. K tomuto zjištění nám posloužily odpovědi z dotazníku na otázky číslo 6, 7, 9, 10, 11, 12, 15, 17, 21 a 23.

„Lidé se schizofrenním onemocněním jsou méně nebezpeční, než jak jsou společností vnímáni.“ V odpovědích na tuto otázku můžeme vyčíst, že nadpoloviční většina studentů (64 %) je přesvědčena, že osoby se schizofrenním onemocněním nejsou tak nebezpečné, jako je vnímá široká společnost. Zhruba pětina respondentů si myslí opak a zbylá část studentů neznala odpověď.

„Nepřál/a bych si bydlet vedle někoho, kdo trpí schizofrenním onemocněním.“ V odpovědích na dané tvrzení se přiklánělo nejvíce studentů (40 %) k tomu, že by si nepřáli bydlet vedle někoho, kdo trpí schizofrenií. O něco menší procento respondentů (36 %) je přesvědčena o opaku. Čtvrtina studentů se nedokázala rozhodnout.

„Jakmile se u člověka objeví známky duševní poruchy, měl by být hospitalizován.“ Větší polovina respondentů (60 %), je přesvědčena, že není nutná hospitalizace při projevech duševní poruchy. Třetina studentů zastává stanovisko hospitalizace v daném případě. Jen velmi malé procento studentů nedokázalo odpovědět.

„Na lidech se schizofrenním onemocněním je něco charakteristického, co je snadno odlišuje od normálních lidí.“ Nejvíce studentů (46 %) si nespojuje žádnou odlišující charakteristiku s lidmi se schizofrenním onemocněním. O něco menší část respondentů (38 %) je přesvědčena o opaku. Malé procento respondentů se nedokázalo rozhodnout.

„K příčinám schizofrenního onemocnění se ve velké míře řadí nedostatek sebekázně a slabá vůle.“ S tímto postojem nesouhlasí nadpoloviční většina respondentů (57 %). Čtvrtina studentů neznala odpověď a pětina respondentů se ztotožňovala s daným tvrzením.

„Medializace schizofrenního onemocnění v České republice se vyvíjí spíše v negativním obraze nemoci.“ Z výsledků výzkumného šetření můžeme říci, že významně větší polovina respondentů (68 %) je přesvědčena, že medializace schizofrenního onemocnění v naší zemi se projevuje spíše v negativním obraze nemoci. Čtvrtina studentů nedokázala odpovědět. Jen velmi nízké procento bylo přesvědčeno o opaku.

„Lidé se schizofrenním onemocněním se nikdy nemohou uzdravit natolik, aby mohli vést kvalitní život.“ Nadpoloviční většina studentů (62 %) je přesvědčena, že lidé se schizofrenním onemocněním se mohou uzdravit i natolik, aby mohli vést kvalitní život. Naopak téměř čtvrtina je přesvědčena o nemožnosti vést kvalitní život. Zbylé procento respondentů nedokázalo odpovědět.

„Lidé se schizofrenním onemocněním se mohou cítit svým okolím spíše ohroženi.“ Dle výsledků výzkumného šetření s tímto postojem souhlasí celé tři čtvrtiny respondentů. Zbylá část nedokázala odpovědět nebo zvolila nesouhlasnou odpověď.

„Schizofrenní onemocnění postihuje zpravidla lidi z nižších sociálních vrstev.“ Z šetření vyplývá, že valná většina studentů (80 %) si nespojuje schizofrenní onemocnění s lidmi, kteří pocházejí převážně z nižších sociálních vrstev. Jen malé procento respondentů nedokázalo odpovědět nebo si myslí opak.

„Charakterizovat člověka s duševním onemocněním slovy „cvok“, „blázen“ nebo „šílenec“ považují za stigmatizující.“ Nadpoloviční většina studentů (61 %) považuje tyto charakteristiky pro osoby s duševním onemocněním za stigmatizující. Větší čtvrtina respondentů však nesouhlasí s daným tvrzením. Malé procento respondentů se nedokázalo rozhodnout.

6.4 Třetí dílčí výzkumný cíl

Třetí dílčí výzkumný cíl se zabýval zjišťováním předpokládaného jednání studentů v případě vlastního onemocnění schizofrenií nebo onemocněním někoho z blízkých. K tomuto zjištění nám posloužily odpovědi z dotazníku na otázky číslo 16, 18, 19 a 22.

„*Kdybych onemocněl/a duševní poruchou, raději bych to nepřiznala svému okolí (přátelům, kolegům).*“ Odpovědi respondentů na toto tvrzení jsou poměrně vyrovnaná. Nejvíce studentů (40 %) odpovědělo, že by se se svým onemocněním svěřili okolí. O něco méně studentů (31 %) však připustilo, že by se raději nesvěřili svému okolí. Pro více než čtvrtinu respondentů bylo obtížné odpovědět.

„*Cítím se stejně pohodlně, když mluvím s člověkem s duševním onemocněním, jako když mluvím s člověkem s jiným (např. tělesným) onemocněním.*“ Téměř polovina respondentů (46 %) se cítí stejně pohodlně, když mluví s člověkem s duševním onemocněním, jako když mluví s člověkem s jiným onemocněním. Necelá třetina studentů (31 %) připustila, že se při komunikaci s člověkem s duševním onemocněním necítí komfortně jako při komunikaci s člověkem s jiným onemocněním. Necelá čtvrtina respondentů nenašla odpověď.

„*Kdyby se mi kolega svěřil, že má schizofrenní onemocnění, i nadále bych s ním chtěl pracovat.*“ Výsledky výzkumného šetření prokázali poměrně velkou toleranci (77 %) našich respondentů v případě, že by nadále chtěli pracovat s kolegou se schizofrenním onemocněním. Tuto variantu si nepřipustilo jen velmi malé množství (7 %). Ostatní studenti neznali odpověď.

„*Pokud by si člověk se schizofrenním onemocněním stěžoval na somatické potíže (např. bolest hlavy, na hrudi) přisuzoval/a bych to jeho duševnímu onemocnění.*“ S tímto tvrzením se neztotožňuje valná většina studentů (79 %). Jen menší procento respondentů (11 %) by přisuzovalo somatické potíže duševnímu onemocnění. Zbylá část respondentů nedokázala odpovědět.

7 DISKUZE

Hlavním výzkumným cílem bakalářské práce je analyzovat postoje studentů vůči vybraným aspektům onemocnění schizofrenie. V rámci diskuze odpovídáme na dílčí cíle a naše výsledky srovnáváme s dalšími akademickými pracemi i s českým a zahraničním výzkumem. Vyhodnocení formou diskuze volíme vzhledem k šíři problematiky jako nejvhodnější a nejpřesnější.

Prvním dílčím výzkumným cílem bylo zjistit, jaké mají studenti povědomí o schizofrenii. Povědomí studentů o schizofrenii je, až na malé výjimky, na poměrně dobré úrovni, i napříč tvrzení větší poloviny studentů, že je studium na vysoké škole nedokázalo dostatečně připravit na práci s touto cílovou skupinou. Dle jejich názoru chybí širší učivo o schizofrenii, ale také vysvětlení specifických přístupů k těmto lidem či praxe nebo osobní zkušenost s těmito osobami. Studenti však vykazovali značné mezery v literatuře, filmech, dokumentech či v jiných zdrojích ve spojitosti se schizofrenií. Většina respondentů nedokázala odpovědět. Ti, kteří uvedli odpověď, si ne vždy dokázali správně spojit svoji představu o schizofrenii s tímto onemocněním a vystihnout tak jeho nezkreslenou podstatu.

Druhým dílčím výzkumným cílem bylo zjistit postoje studentů ke společenským předsudkům vůči schizofrenii. V tomto případě převažovaly u studentů postoje, které se s negativními předsudky neztotožňovaly. Autorku však překvapil výsledek, který udává, že větší čtvrtina respondentů se ztotožnila s otázkou, že nepovažuje charakteristiky jako „cvok“, „blázen“ nebo „šílenec“ za stigmatizující. Překvapivé pro ni bylo i zjištění, že větší třetina studentů je přesvědčena o tom, že osoby se schizofrenním onemocněním se vyznačují něčím charakteristickým, co je snadno odlišuje od okolí. V otázce související s bydlením vedle někoho, kdo onemocněl schizofrenií se většina studentů přiklonila k volbě, že by si to nepřála. Zjistit předpokládané jednání studentů v případě vlastního onemocnění schizofrenií nebo onemocnění někoho z blízkých byl třetí dílčí výzkumný cíl. Ve výsledcích předpokládaného jednání se objevil tolerantní přístup studentů k osobám trpícím duševní poruchou. Ačkoli byla znát jistá opatrnost v otázce vlastního onemocnění duševní chorobou a svěřením se této skutečnosti okolí.

O podobné problematice se píše i v dalších akademických pracích. Například *bakalářská práce Terezy Vymětalové* z roku 2017 se věnuje „Stigmatizaci duševně nemocných“. Výzkumný vzorek se však v našich pracích lišil. Respondenty v dané akademické práci tvořily

osoby starší 18 let, jak muži, tak ženy různého vzdělání, přičemž všichni oslovení respondenti mají ve svém okolí alespoň jednu duševně nemocnou osobu.

Ve výše zmiňované práci si autorka dala za cíl zjistit, zda jsou duševně nemocní z pohledu respondentů stigmatizováni. Zjistila, že 65 % respondentů se se stigmatizací duševně nemocných osob setkalo, přičemž 56 % z nich uvedlo, že se jednalo o osoby, jejichž choroba byla viditelná na první pohled. V naší práci jsme shledali jistou podobnost v tom, že vyšší procento studentů (38 %) si spojovalo osoby se schizofrenií s něčím charakteristickým, co je snadno odlišuje od okolí, stejně jako píše autorka výše.

Další akademickou prací, která se zabývá obdobnou tématikou je *diplomová práce Bc. Markéty Konečné* z roku 2013, která se věnuje „Postojům studentů sociální pedagogiky k lidem s psychickým onemocněním“. Ve své práci si dala autorka za cíl zjistit, jaký postoj zaujímají studenti sociální pedagogiky k lidem trpícím schizofrenií. Výsledky výzkumu odhalily v představách studentů sociální pedagogiky stereotypy vztahující se k porozumění schizofrenie a duševně nemocných osob, avšak nedostatečnou odbornou připravenost pro kontakt s psychotickou osobou.

Tyto výsledky se shodují s naším zjištěním, kdy 55 % studentů se necítí být nepřipraveno pro kontakt se skupinou osob s duševním onemocněním. Avšak dle sdělení respondentů a autorčina přesvědčení není v silách vysoké školy připravit studenty pro práci s touto cílovou skupinou a naučit je specifické přístupy pro praxi, pokud se student sám o danou oblast nezajímá.

Diplomová práce Bc. Anety Weissové z roku 2015 nese název „Stigmatizace osob s duševním onemocněním“. Cílem této práce bylo identifikovat míru stigmatizace v ČR. Výzkum vychází, stejně jako ten náš, ze tří aspektů stigmatu, kterými jsou nedostatky ve znalostech, postojích a jednání. Avšak výzkumný vzorek cílil na obecnou populaci nad 15 let. Při porovnání jednotlivých aspektů se ukázalo, že míra stigmatizace je nejvyšší u jednání vůči osobám s duševním onemocněním a nejnižší u znalostí.

V případě našeho výzkumu se stigmatizace u znalostí (povědomí) o schizofrenii nijak zvlášť také neprojevila. Pouze u otázky, zda studenti znají literaturu nebo film o schizofrenii, jich 66 % nedokázalo uvést odpověď. Ti, kteří odpověděli, ne vždy uvedli zdroj, ve kterém by se nemoc vyskytovala v nezkreslené podobě, anebo vůbec vyskytovala. Slabá třetina studentů neznala odpověď u otázky „schizofrenní onemocnění souvisí s úbytkem intelektu“.

V postojích studentů (k předsudkům vůči schizofrenii) se stigmatizující tendence také neprojeví. Až na jednu výjimku v případě dotazu „nepřál/a bych si bydlet vedle někoho, kdo trpí schizofrenním onemocněním“. Zde se největší zastoupení studentů (40 %) přiklonilo k odpovědi, že by si to nepřálo. V dalších třech tvrzeních se vyskytly negativní odpovědi ve zvýšené míře (okolo třetiny respondentů), ale až na druhém místě. Jedná se o následující otázky: „na lidech se schizofrenií je něco charakteristického, co je snadno odlišuje od normálních lidí“, kde 38 % respondentů odpovědělo, že vnímá charakteristické odlišnosti u osob se schizofrenním onemocněním. V druhém tvrzení „charakterizovat člověka s duševním onemocněním slovy „cvok“, „blázen“ nebo „šílenec“ považují za stigmatizující“ nepovažuje větší čtvrtina studentů zmiňované výrazy za stigmatizující. A v posledním případě zastává třetina studentů stanovisko hospitalizovat člověka, jakmile se u něj objeví známky duševní poruchy.

U jednání studentů (v případě vlastního onemocnění schizofrenií nebo onemocnění někoho z blízkých) převažovalo opět, a to bez výjimky, tolerantní jednání v souvislosti se schizofrenním onemocněním. Ve dvou případech se vyskytly negativní odpovědi ve zvýšené míře (okolo třetiny respondentů), ale až na druhém místě. V prvním z nich 31 % studentů připustilo, že by se raději nesvěřili svému okolí s duševní poruchou. Stejně tak 31 % našich respondentů se při komunikaci s osobou s duševním onemocněním necítí stejně pohodlně jako když komunikuje s člověkem s jiným onemocněním.

Výsledky našeho výzkumu jsme porovnali i s výsledky výzkumu prezentovaného ve *Výzkumné zprávě Národního ústavu duševního zdraví* s názvem „Stigmatizace v České republice“ a s výsledky uvedenými v *Attitudes to Mental Illness 2014 Research Report*. Výzkumným souborem v prvním zmiňovaném výzkumu je česká obecná populace starší 15 let v počtu 1810 respondentů, v druhém případě se jedná o anglickou populaci starší 16 let v počtu 1736 osob. Oba výše zmiňované výzkumy proběhly v roce 2014. Zaměřili jsme se konkrétně na odpovědi z dotazníku pod čísly 5, 6, 8, 9 a 10 týkající se postojů.

Srovnáním těchto údajů jsme se dostali k výsledku, že anglická populace má nejpozitivnější postoj ve srovnání s českou populací a studenty z našeho šetření, a to ve všech porovnávaných otázkách. Snad jen s výjimkou tvrzení „lidé se schizofrenním onemocněním jsou méně nebezpeční, než jak jsou společností vnímáni“, kde byl postoj anglické populace (64 %) shodný s postojem studentů (64,65 %). Naopak ve srovnání s českou populací (23,4 %) je rozdíl významný.

Větší rozdíly ve výsledcích jsme zaznamenali u tvrzení „nepřál/a bych si bydlet vedle někoho, kdo trpí schizofrenním onemocněním“, kde studenti (39,66 %) a česká populace (36,9 %) zastávali podstatně negativnější postoj ve srovnání s anglickou populací (9 %). Stejně tak u tvrzení „jakmile se u člověka objeví známky duševní poruchy, měl by být hospitalizován“ zastávala anglická populace (16 %) podstatně pozitivnější postoj oproti české populaci (36,1 %) a studentům (31,9 %).

Patrný rozdíl jsme zaznamenali u otázky „na lidech se schizofrenním onemocněním je něco charakteristického, co je snadno odlišuje od normálních lidí“, kde nejvíce negativní postoj zastávali studenti (37,93 %), dále pak česká populace (27,5 %) a anglická populace (18 %).

V otázce „k příčinám schizofrenního onemocnění se ve velké míře řadí nedostatek sebekázně a slabá vůle“ se respondenti vyjádřili téměř shodně. S nejvíce negativním postojem studenti (18,96 %), poté česká populace (15,7 %) a anglická populace (14 %).

ZÁVĚR

Bakalářská práce je věnována stigmatizaci u osob se schizofrenním onemocněním. Výsledky výzkumu, tedy analyzování postojů studentů vůči vybraným aspektům onemocnění schizofrenie, slouží k prevenci stigmatizace studenty v podobě sebereflexe a uvědomění si svých rezerv. Závěry naší práce jsou zároveň podkladem ke konkrétním doporučením pro praxi.

Výsledky výzkumné práce nasvědčují tomu, že se mezi námi dotazovanými studenty stigmatizující tendence ve větší míře nevyskytují. Pozitivní výsledky jsou dány spíše empatickým přístupem, jistými pozitivními stereotypy a respektem k nemoci, nežli praktickou zkušeností a většími odbornými znalostmi. Směrodatné pro nás je zjištění, že nadpoloviční většina respondentů se domnívá, že je studium na vysoké škole nedokáže připravit pro praxi s osobami se schizofrenií.

Do závěrečné části bakalářské práce si dovoluujeme zahrnout doporučení pro univerzitu, vyučující, studenty i pro širokou veřejnost. K doporučením pro univerzitu zařazujeme podnět pro zavedení předmětů týkajících se psychiatrických onemocnění ve více semestrech, ideálně již od prvního ročníku. Naším dalším doporučením je uskutečnění návštěvy či exkurze do psychiatrické nemocnice nebo sociální služby s danou cílovou skupinou. Studenti tak mohou vidět práci s klienty v praxi a získat zkušenosti od kolegů z oboru. Současně s tím by mohli uplatňovat své znalosti a přístupy na dalších praxích, případně by se mohl navýšit počet studentů, kteří chtějí praktikovat nebo pracovat v tomto „neatraktivním“ odvětví. Někteří studenti se totiž nemusí za celou dobu studia zúčastnit praxe s touto cílovou skupinou skrze jisté obavy nebo nezájem. Přičemž jediná zkušenost by mohla změnit nebo upravit jejich postoj.

Vyučujícím předmětů z oblasti psychiatrie doporučujeme k teoretickým znalostem připojit praktické zkušenosti a rady, jak s těmito lidmi pracovat i jak přistupovat ke stigmatizaci. Vyučující mohou studentům dále přiblížit problematiku onemocnění doporučením článků a videí na internetu. Spousta odborníků z řad psychiatrie zde prezentuje již kvalitní informace. Navíc tato forma získávání informací se stává u studentů čím dál více populární.

Studentům, kteří mají zvýšený zájem o problematiku, doporučujeme zaměřit se na praxi s touto cílovou skupinou, využívat různých školení a konferencí i mimo školní působení, sledovat trendy v psychiatrii a podobně. V neposlední řadě doporučujeme všem studentům mít neustále na paměti etické principy, které jsou nejvíce ohroženy právě v psychiatrii.

Celou práci si přejeme završit slovy MUDr. Martina Jarolímka, která vystihují podstatu toho, jak bychom měli v dnešní době přinejmenším nahlížet na osoby žijící dlouho mezi námi:

„O ulici vedle, o barák vedle nebo o byt vedle bydlí člověk se schizofrenií. Není to nějaký šílenec, který je zavřený za vysokými zdmi někde na kopečku, ale je to můj soused. Nějak ho vnímám, mluví si třeba sám pro sebe, ale zároveň uklidí celej barák.“

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ČERNOUŠEK, Michal. *Šílenství v zrcadle dějin: pojednání pro inteligentní čtenáře*. Praha: Grada, 1994. ISBN 80-7169-086-4.

ČEŠKOVÁ, Eva. *Schizofrenie a její léčba: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf Jessenius, 2012. ISBN 978-80-7345-266-7.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-1620-6.

GOFFMAN, Erving. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Touchstone: Simon and Schuster, 2009. ISBN 978-06-7162-244-2.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0873-0.

KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.

KLADIVO, Petr. *Základy statistiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3841-2.

KUČERA, Dalibor. *Moderní psychologie: hlavní obory a témata současné psychologické vědy*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4621-0.

KUČEROVÁ, Helena. *Schizofrenie v kazuistikách*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2045-6.

KULIŠŤÁK, Petr. *Klinická neuropsychologie v praxi*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2017. ISBN 978-80-246-3068-7.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.

KUZNÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1.

LÁTALOVÁ, Klára. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4454-4.

LÁTALOVÁ, Klára, Dana KAMARÁDOVÁ a Ján PRAŠKO. *Suicidialita u psychických poruch*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4305-9.

MALÁ, Eva. *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0737-3.

MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-723-7.

MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovatelství: učebnice pro obor sociální péče-pečovatelská činnost*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3185-8.

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

PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4236-6.

PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ, 2014. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0731-3.

RAINWATER, Lee. *Social Problems and public Policy: Deviance and Liberty*. Chicago: Aldine Pub. Co, 1974. ISBN 0-20-230264-4.

Periodika:

ESPRIT: Časopis pro všechny, kterým duševní strasti nejsou lhostejné. Praha: Česká asociace pro psychické zdraví, XV (11-12), 2011. ISSN 1214-2123.

ESPRIT: Časopis pro všechny, kterým duševní strasti nejsou lhostejné. Praha: Česká asociace pro psychické zdraví, XVI (1-2), 2012. ISSN 1214-2123.

Internetové zdroje:

JANOŠKOVÁ, Miroslava, Aneta WEISSOVÁ, Eva TUŠKOVÁ, et al. Stigmatizace lidí s duševním onemocněním v České republice. *Stigmatizace v České republice: Výzkumná zpráva* [online]. Praha: Národní ústav duševního zdraví, 2016, s. 34-38 [cit. 2019-04-01]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/02/Stigmatizace-v-CR_zprava_NUDZ.pdf

JANOŤKOVÁ, Miroslava a Petr WINKLER, 2015. Stigma a psychiatrie. *Psychiatrie* [online]. 19(1), 30-36 [cit. 2018-01-29]. Dostupné z: <http://docplayer.cz/24553051-Miroslava-janouskova-petr-winkler-narodni-ustav-dusevniho-zdravi-klecany.html>

Attitudes to mental illness. *Attitudes to Mental Illness 2014 Research Report: Prepared for Time to Change* [online]. 2015, s. 6-21 [cit. 2019-04-01]. Dostupné z: https://www.time-to-change.org.uk/sites/default/files/Attitudes_to_mental_illness_2014_report_final_0.pdf

Podstata a příčiny schizofrenie, 2008-2018 [online]. Michaela Peterková [cit. 2018-01-30]. Dostupné z: <http://www.schizofrenie.psychoweb.cz/schizofrenie-uvod/podstata-a-priciny-schizofrenie>

Schizofrenie: Popis schizofrenie, 2008-2018 [online]. Ondřej Pleskot [cit. 2018-01-30]. Dostupné z: <http://schizofrenie.nasclovek.cz/>

Schizofrenní poruchy, 2010-2018 [online]. Schizofrenní poruchy [cit. 2018-01-29]. Dostupné z: <https://www.schizofrenniporuchy.cz/>

Schizofrenní poruchy: Pozitivní a negativní symptomy, 2010-2018 [online]. Schizofrenní poruchy [cit. 2018-01-29]. Dostupné z: <https://www.schizofrenniporuchy.cz/pozitivni-a-negativni-symptomy/>

Akademické práce:

KONEČNÁ, Markéta. *Postoje studentů sociální pedagogiky k lidem s psychickým onemocněním*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2012, 75 s. Dostupné také z: <http://hdl.handle.net/10563/20711>. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií, Ústav pedagogických věd. Vedoucí práce Kutnohorská, Jana.

VYMĚTALOVÁ, Tereza. *Stigmatizace duševně nemocných*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, 79 s. Dostupné také z: <http://hdl.handle.net/10563/40198>. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd. Vedoucí práce Verešová, Jarmila.

WEISSOVÁ, Aneta. *Stigmatizace osob s duševním onemocněním*. Praha: Univerzita Karlova, 2015, 80 s. Diplomová práce (Mgr.) Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií. Katedra sociologie. Vedoucí práce Tuček, Milan.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

FHS	Fakulta humanitních studií
ITAREPS	Information Technology Aided Relaps Prevention in Schizophrenia
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize
OSN	Organizace spojených národů
SMS	Short Message Service
STEM	Science, Technology, Engineering, Math
tzv.	takzvaně
UTB	Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
ÚZV	Ústav zdravotnických věd

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf č. 1 Návratnost dotazníků</i>	48
<i>Graf č. 2 Věkové kategorie</i>	49
<i>Graf č. 3 Dosavadní vzdělání</i>	50
<i>Graf č. 4 Pracoviště</i>	52
<i>Graf č. 5 Lidé se schizofrenním onemocněním jsou méně nebezpeční, než jak jsou společností vnímáni</i>	53
<i>Graf č. 6 Nepřál/a bych si bydlet vedle někoho, kdo trpí schizofrenním onemocněním</i>	54
<i>Graf č. 7 Vhodnou terapií pro většinu lidí s duševním onemocněním je být součástí normální společnosti</i>	55
<i>Graf č. 8 Jakmile se u člověka objeví známky duševní poruchy, měl by být hospitalizován</i>	56
<i>Graf č. 9 Na lidech se schizofrenním onemocněním je něco charakteristického, co je snadno odlišuje od normálních lidí</i>	57
<i>Graf č. 10 K příčinám schizofrenního onemocnění se ve velké míře řadí nedostatek sebekázně a slabá vůle</i>	58
<i>Graf č. 11 Medializace schizofrenního onemocnění v České republice se vyvíjí spíše v negativním obraze nemoci</i>	59
<i>Graf č. 12 Psychofarmaka mohou být účinnou terapií u lidí se schizofrenním onemocněním</i>	60
<i>Graf č. 13 Většina lidí s psychickým onemocněním vyhledá odbornou pomoc</i>	61
<i>Graf č. 14 Lidé se schizofrenním onemocněním se nikdy nemohou uzdravit natolik, aby mohli vést kvalitní život</i>	62
<i>Graf č. 15 Kdybych onemocněl/a duševní poruchou, raději bych to nepřiznala svému okolí (přátelé, kolegové)</i>	63
<i>Graf č. 16 Lidé se schizofrenním onemocněním se mohou cítit svým okolím spíše ohroženi</i>	64
<i>Graf č. 17 Cítím se stejně pohodlně, když mluvím s člověkem s duševním onemocněním, jako když mluvím s člověkem s jiným (např. tělesným) onemocněním</i>	65
<i>Graf č. 18 Kdyby se mi kolega svěřil, že má schizofrenní onemocnění, i nadále bych s ním chtěl pracovat</i>	66
<i>Graf č. 19 Schizofrenní onemocnění souvisí s úbytkem intelektu</i>	67

<i>Graf č. 20 Schizofrenní onemocnění postihuje zpravidla lidi z nižších sociálních vrstev</i>	68
<i>Graf č. 21 Pokud by si člověk se schizofrenním onemocněním stěžoval na somatické potíže (např. bolest hlavy, na hrudi) přisuzoval/a bych to jeho duševnímu onemocnění.....</i>	69
<i>Graf č. 22 Charakterizovat člověka s duševním onemocněním slovy „cvok“, „blázen“ nebo „šílenec“ považují za stigmatizující</i>	70
<i>Graf č. 23 Studium na vysoké škole mě dostatečně připravuje/připravilo na práci se schizofrenními klienty/pacienty</i>	71
<i>Graf č. 24 Změny</i>	72

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka č. 1 Návratnost dotazníků</i>	<i>48</i>
<i>Tabulka č. 2 Věkové kategorie</i>	<i>49</i>
<i>Tabulka č. 3 Dosavadní vzdělání</i>	<i>50</i>
<i>Tabulka č. 4 Pracoviště</i>	<i>51</i>
<i>Tabulka č. 5 Lidé se schizofrenním onemocněním jsou méně nebezpeční, než jak jsou společností vnímáni</i>	<i>53</i>
<i>Tabulka č. 6 Nepřál/a bych si bydlet vedle někoho, kdo trpí schizofrenním onemocněním</i>	<i>54</i>
<i>Tabulka č. 7 Vhodnou terapií pro většinu lidí s duševním onemocněním je být součástí normální společnosti</i>	<i>55</i>
<i>Tabulka č. 8 Jakmile se u člověka objeví známky duševní poruchy, měl by být hospitalizován.....</i>	<i>56</i>
<i>Tabulka č. 9 Na lidech se schizofrenním onemocněním je něco charakteristického, co je snadno odlišuje od normálních lidí</i>	<i>57</i>
<i>Tabulka č. 10 K příčinám schizofrenního onemocnění se ve velké míře řadí nedostatky sebekázně a slabá vůle</i>	<i>58</i>
<i>Tabulka č. 11 Medializace schizofrenního onemocnění v České republice se vyvíjí spíše v negativním obraze nemoci</i>	<i>59</i>
<i>Tabulka č. 12 Psychofarmaka mohou být účinnou terapií u lidí se schizofrenním onemocněním</i>	<i>60</i>
<i>Tabulka č. 13 Většina lidí s psychickým onemocněním vyhledá odbornou pomoc</i>	<i>61</i>
<i>Tabulka č. 14 Lidé se schizofrenním onemocněním se nikdy nemohou uzdravit natolik, aby mohli vést kvalitní život</i>	<i>62</i>
<i>Tabulka č. 15 Kdybych onemocněl/a duševní poruchou, raději bych to nepřiznala svému okolí (přátelé, kolegové)</i>	<i>63</i>
<i>Tabulka č. 16 Lidé se schizofrenním onemocněním se mohou cítit svým okolím spíše ohroženi</i>	<i>64</i>
<i>Tabulka č. 17 Cítím se stejně pohodlně, když mluvím s člověkem s duševním onemocněním, jako když mluvím s člověkem s jiným (např. tělesným) onemocněním</i>	<i>65</i>
<i>Tabulka č. 18 Kdyby se mi kolega svěřil, že má schizofrenní onemocnění, i nadále bych s ním chtěl pracovat</i>	<i>66</i>

<i>Tabulka č. 19 Schizofrenní onemocnění souvisí s úbytkem intelektu</i>	<i>67</i>
<i>Tabulka č. 20 Schizofrenní onemocnění postihuje zpravidla lidi z nižších sociálních vrstev</i>	<i>68</i>
<i>Tabulka č. 21 Pokud by si člověk se schizofrenním onemocněním stěžoval na somatické potíže (např. bolest hlavy, na hrudi) přisuzoval/a bych to jeho duševnímu onemocnění.....</i>	<i>69</i>
<i>Tabulka č. 22 Charakterizovat člověka s duševním onemocněním slovy „cvok“, „blázen“ nebo „šílenec“ považují za stigmatizující</i>	<i>70</i>
<i>Tabulka č. 23 Studium na vysoké škole mě dostatečně připravuje/připravilo na práci se schizofrenními klienty/pacienty.....</i>	<i>71</i>

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I Dotazník

PŘÍLOHA P II Žádost o umožnění dotazníkového šetření

PŘÍLOHA P III Chyby a omyly v odborné a laické veřejnosti

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Vážené kolegyně/kolegové, jmenuji se Andrea Schorníková a jsem studentkou Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, obor Zdravotně sociální pracovník. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku k mojí bakalářské práci na téma: Stigmatizace u osob se schizofrenním onemocněním. Výsledky jsou anonymní a budou použity pouze pro výzkum v rámci mojí bakalářské práce. Prosím tedy o uvážlivou odpověď na každou otázku. Vámi vybranou jednu možnost, prosím, zakroužkujte, pokud není uvedeno jinak. Předem děkuji za ochotu a čas, který věnujete vyplnění dotazníku.

1. Jakého jste pohlaví?

- a) žena
- b) muž

2. Váš věk je?

- a) 18-20 let
- b) 21-24 let
- c) 25 a více let

3. Jaké je vaše dosavadní vzdělání?

- a) střední zdravotnická škola
- b) gymnázium
- c) vyšší odborná škola/vysoká škola
- d) jiné (uved'te)

.....

4. Kde pracujete?

- a) psychiatrická nemocnice/ambulance
- b) všeobecná nemocnice (mimo psychiatrické ambulance)
- c) sociální služba se zaměřením na péči o duševní zdraví
- d) sociální služba (mimo zaměření na péči o duševní zdraví)
- e) momentálně nepracuji
- f) jiné pracoviště
(uved'te).....

5. Máte osobní zkušenost s člověkem, který onemocněl schizofrenií?

- a) ano
- b) ne

6. Lidé se schizofrenním onemocněním jsou méně nebezpeční, než jak jsou společností vnímáni.

- a) plně souhlasím
- b) spíše souhlasím
- c) nevím
- d) spíše nesouhlasím
- e) plně nesouhlasím

7. Nepřál/a bych si bydlet vedle někoho, kdo trpí schizofrenním onemocněním.
- a) plně souhlasím
 - b) spíše souhlasím
 - c) nevím
 - d) spíše nesouhlasím
 - e) plně nesouhlasím
8. Vhodnou terapií pro většinu lidí s duševním onemocněním je být součástí normální společnosti.
- a) plně souhlasím
 - b) spíše souhlasím
 - c) nevím
 - d) spíše nesouhlasím
 - e) plně nesouhlasím
9. Jakmile se u člověka objeví známky duševní poruchy, měl by být hospitalizován.
- a) plně souhlasím
 - b) spíše souhlasím
 - c) nevím
 - d) spíše nesouhlasím
 - e) plně nesouhlasím
10. Na lidech se schizofrenním onemocněním je něco charakteristického, co je snadno odlišuje od normálních lidí.
- a) plně souhlasím
 - b) spíše souhlasím
 - c) nevím
 - d) spíše nesouhlasím
 - e) plně nesouhlasím
11. K příčinám schizofrenního onemocnění se ve velké míře řadí nedostatek sebekázně a slabá vůle.
- a) plně souhlasím
 - b) spíše souhlasím
 - c) nevím
 - d) spíše nesouhlasím
 - e) plně nesouhlasím
12. Medializace schizofrenního onemocnění v České republice se vyvíjí spíše v negativním obraze nemoci.
- a) plně souhlasím
 - b) spíše souhlasím
 - c) nevím
 - d) spíše nesouhlasím
 - e) plně nesouhlasím
13. Psychofarmaka mohou být účinnou terapií u lidí se schizofrenním onemocněním.
- a) plně souhlasím
 - b) spíše souhlasím
 - c) nevím

- d) spíše nesouhlasím
- e) plně nesouhlasím

14. Většina lidí s psychickým onemocněním vyhledá odbornou pomoc.

- a) plně souhlasím
- b) spíše souhlasím
- c) nevím
- d) spíše nesouhlasím
- e) plně nesouhlasím

15. Lidé se schizofrenním onemocněním se nikdy nemohou uzdravit natolik, aby mohli vést kvalitní život.

- a) plně souhlasím
- b) spíše souhlasím
- c) nevím
- d) spíše nesouhlasím
- e) plně nesouhlasím

16. Kdybych onemocněl/a duševní poruchou, raději bych to nepřiznala svému okolí (přátelům, kolegům).

- a) plně souhlasím
- b) spíše souhlasím
- c) nevím
- d) spíše nesouhlasím
- e) plně nesouhlasím

17. Lidé se schizofrenním onemocněním se mohou cítit svým okolím spíše ohroženi.

- a) plně souhlasím
- b) spíše souhlasím
- c) nevím
- d) spíše nesouhlasím
- e) plně nesouhlasím

18. Cítím se stejně pohodlně, když mluvím s člověkem s duševním onemocněním, jako když mluvím s člověkem s jiným (např. tělesným) onemocněním.

- a) plně souhlasím
- b) spíše souhlasím
- c) nevím
- d) spíše nesouhlasím
- e) plně nesouhlasím

19. Kdyby se mi kolega svěřil, že má schizofrenní onemocnění, i nadále bych s ním chtěl pracovat.

- a) plně souhlasím
- b) spíše souhlasím
- c) nevím
- d) spíše nesouhlasím
- e) plně nesouhlasím

20. Schizofrenní onemocnění souvisí s úbytkem intelektu.

- a) plně souhlasím
- b) spíše souhlasím
- c) nevím
- d) spíše nesouhlasím
- e) plně nesouhlasím

21. Schizofrenní onemocnění postihuje zpravidla lidi z nižších sociálních vrstev.

- a) plně souhlasím
- b) spíše souhlasím
- c) nevím
- d) spíše nesouhlasím
- e) plně nesouhlasím

22. Pokud by si člověk se schizofrenním onemocněním stěžoval na somatické potíže (např. bolest hlavy, na hrudi) přisuzoval/a bych to jeho duševnímu onemocnění.

- a) plně souhlasím
- b) spíše souhlasím
- c) nevím
- d) spíše nesouhlasím
- e) plně nesouhlasím

23. Charakterizovat člověka s duševním onemocněním slovy „cvok“, „blázen“ nebo „šílenec“ považuji za stigmatizující.

- a) plně souhlasím
- b) spíše souhlasím
- c) nevím
- d) spíše nesouhlasím
- e) plně nesouhlasím

24. Studium na vysoké škole mě dostatečně připravuje/připravilo na práci se schizofrenními klienty/pacienty.

- a) plně souhlasím
- b) spíše souhlasím
- c) nevím
- d) spíše nesouhlasím
- e) plně nesouhlasím

25. Pokud jste odpověděl/a na předchozí otázku (č. 24) nesouhlasně, uveďte, prosím, jaké změny byste vítal/a:


.....
.....

26. Znáte nějakou literaturu nebo film/dokument o schizofrenním onemocnění? Pokud je to možné, uveďte název/názvy:

- a) literatura:
- b) film/dokument:
- c) jiné

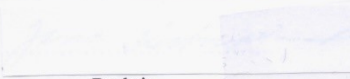
Děkuji za Vaše odpovědi a přeji krásný den! Andrea Schorníková

PŘÍLOHA P II: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studentku 3. ročníku bakalářského studijního programu Zdravotně sociální práce, studijního oboru Zdravotně sociální pracovník (kombinovaná forma studia).

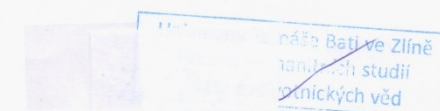
Jméno a příjmení studenta	Andrea Schorníková		
Téma bakalářské práce	Stigmatizace a osoby se schizofrenním onemocněním		
Vedoucí bakalářské práce	doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.		
	Doporučuji.  Podpis Ve Zlíně dne 14.9.2017		
Skupina respondentů			
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis	
<u>ÚZV FHS VTB ve Zlíně</u>	<input checked="" type="radio"/> Souhlasím	<input type="radio"/> Nesouhlasím	
	<input type="radio"/> Souhlasím	<input type="radio"/> Nesouhlasím	
	<input type="radio"/> Souhlasím	<input type="radio"/> Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 18.10.2017


Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.

ředitelka Ústavu zdravotnických věd



razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P III: CHYBY A OMYLY V ODBORNÉ A LAICKÉ VEŘEJNOSTI

Předsudky. Existuje řada zakořeněných mýtů o psychických chorobách. Se vzrůstající informovaností odborné i laické veřejnosti, na které se bezpochyby podílejí média, se daří některé omyly uvádět na správnou míru. Většina lidí dnes již považuje schizofrenii za onemocnění mozku a jen zanedbatelná menšina považuje toto onemocnění za výsledek špatné výchovy a slabosti jedince.

Strach z nepředvídatelného chování. Laici často vyslovují obavy z nepredikovatelnosti (nepředvídatelnosti) chování a častější agresivity nemocných se schizofrenní poruchou. Je to pochopitelné, všichni se nejvíce bojí toho, co neznáme a čemu nerozumíme. Agresivní činy psychotických jedinců bývají obvykle bizarní a nepochopitelné a stávají se předmětem velkého zájmu okolí. Naproti tomu obdobné projevy u řady jedinců s poruchami osobnosti a závislostmi na návykových látkách jsou běžné a nikoho neudivují.

Obava z podávání antipsychotik. Většina laiků i část odborníků má stále obavy z podávání antipsychotik a někteří je považují za léky, které jsou návykové a mění osobnost.

Podceňování významu psychiatrie. Řada osobností zodpovědných za zdravotní a finanční politiku státu se domnívá, že jsou důležitější oblasti medicíny pro financování než psychiatrie. Přitom je dnes známo, že psychické poruchy se v blízké budoucnosti stanou jednou z největších ekonomických zátěží lidstva z hlediska pracovní neschopnosti. Z druhé strany je potěšující, že roste míra tolerance k nemocným s psychickými poruchami. Většinou jim není upíráno právo na smysluplný život a rozhodování o sobě (Češková, 2012, s. 105).