

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**Postoje adolescentů k osobám s duševní poruchou**

Attitudes of adolescents towards people with mental illness



**Bakalářská diplomová práce**

Autor: Anna-Marie Pospíšilová

Vedoucí práce: PhDr. Jan Šmahaj, Ph.D.

**Olomouc**

**2016**

## **Prohlášení**

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma *Postoje adolescentů k osobám s duševní poruchou* vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 26. 3. 2016

Podpis .....

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala svému vedoucímu bakalářské diplomové práce PhDr. Janu Šmahajovi, Ph.D. za jeho odborné a vstřícné vedení a za mnoho cenných rad, které mi během zpracování této práce poskytl. Dále bych ráda poděkovala Mgr. Lucii Viktorové za pomoc se statistickou analýzou dat a Mgr. Ondřeji Skopalovi za textovou korekturu. Děkuji také své rodině za podporu, kterou mi v průběhu psaní věnovala. Mé poděkování patří také vedení škol, která mi umožnila provést výzkumné šetření a všem respondentům, kteří se mého výzkumu zúčastnili.

# OBSAH

---

Úvod.....	6
<i>Teoretická část</i>	
<b>1 Normalita a duševní zdraví.....</b>	<b>8</b>
1.1 Pojem normalita .....	8
1.2 Pojem duševní zdraví .....	9
<b>2 Duševní poruchy a jejich klasifikace .....</b>	<b>10</b>
2.1 Pojem duševní porucha .....	10
2.2 První klasifikační systémy duševních poruch .....	11
2.3 MKN a DSM v průběhu času.....	12
2.3.1 Historie MKN a DSM .....	12
2.3.2 Soudobý pohled na MKN a DSM.....	13
<b>3 Postoje a předsudky .....</b>	<b>16</b>
3.1 Postoje .....	16
3.1.1 Funkce postojů.....	17
3.1.2 Struktura postojů.....	18
3.2 Předsudky .....	18
3.2.1 Vznik předsudků .....	19
3.3 Změna postojů.....	20
3.4 Specifika postojů u adolescentů.....	21
<b>4 Stigmatizace duševních poruch.....</b>	<b>23</b>
4.1 Dopady stigmatizace.....	23
4.2 Příčiny stigmatizace .....	24
<b>5 Postoje společnosti k osobám s duševní poruchou .....</b>	<b>26</b>
5.1 Postoje k osobám s duševní poruchou do 19. století.....	26
5.2 Postoje k osobám s duševní poruchou ve 20. století .....	28
5.2.1 Rané výzkumy postojů k osobám s duševní poruchou.....	30
5.2.2 Výzkumy postojů k osobám s duševní poruchou od 60. let.....	31

5.3	Soudobé postoje k osobám s duševní poruchou.....	32
5.3.1	Reforma psychiatrické péče v ČR.....	34
<b>6</b>	<b>Prostředky destigmatizace duševních poruch.....</b>	<b>36</b>
6.1	Destigmatizace ve světě.....	36
6.2	Destigmatizace v ČR.....	38
<b>Výzkumná část</b>		
<b>7</b>	<b>Výzkumný problém.....</b>	<b>41</b>
7.1	Cíle výzkumu.....	41
7.2	Výzkumné hypotézy.....	42
7.3	Volba výzkumné strategie a techniky sběru dat.....	42
7.3.1	Předvýzkum.....	43
7.3.2	Tvorba dotazníku vlastní konstrukce.....	44
<b>8</b>	<b>Výzkumný soubor.....</b>	<b>46</b>
8.1	Popis výběrového souboru.....	46
8.2	Etika výzkumu.....	47
<b>9</b>	<b>Analýza a interpretace výsledků.....</b>	<b>48</b>
9.1	Popisné charakteristiky.....	48
9.2	Výsledky kvantitativních dat.....	50
9.2.1	Zhodnocení platnosti hypotéz.....	53
9.3	Výsledky otevřených otázek.....	54
<b>10</b>	<b>Diskuze.....</b>	<b>63</b>
<b>11</b>	<b>Závěry.....</b>	<b>69</b>
	<b>Souhrn.....</b>	<b>71</b>
	<b>Seznam použitých zdrojů a literatury.....</b>	<b>74</b>
	Seznam tabulek, grafů a obrázků	
	Seznam příloh	
	Přílohy	

## Úvod

Postoje adolescentů k osobám s duševní poruchou jsou tématem, které propojuje dvě rozsáhlé oblasti psychologie - oblast postojů spadající do sociální psychologie a oblast duševních poruch, jež je součástí psychopatologie. Určitou specifitu našemu tématu dodává zaměření na konkrétní oblast postojů adolescentů, jelikož období dospívání je známé svou proměnlivostí a dynamičností, která se promítá mimo jiné právě i do postojů.

V naší práci se zabýváme jednak vymezením duševního zdraví a duševních poruch společně s jejich různými klasifikačními systémy a jednak věnujeme pozornost oblasti postojů, přičemž vedle zaměření na předsudky a specifika postojů adolescentů poukazujeme i na minulé a současné postoje společnosti k osobám s duševní poruchou. Naši teoretickou část práce uzavíráme úvahovou kapitolou nad různými edukativními programy zaměřenými na destigmatizaci duševních poruch.

Zabývání se tematikou postojů k duševně nemocným považujeme za velmi důležité, jelikož tyto postoje často ovlivňují osobní, sociální i pracovní život duševně nemocných a zároveň často odráží vnímání psychiatrie jako takové. V České republice chybí dostatek výzkumů postojů k osobám s duševní poruchou, což považujeme za další důvod, proč je podstatné tyto postoje zkoumat. Populace osob trpících duševní poruchou je velmi početná, ve světě se za svůj život potýká s duševní poruchou 25 % obyvatel (World Health Organization, 2011), v Evropě dokonce 38 % obyvatel (Witchen et al., 2011). Za jeden z osobních důvodů výběru tematiky postojů k duševně nemocným považuje autorka této práce svou pozici koordinátorky v rámci celoevropské destigmatizační kampaně *Mind the Mind*, kterou zastávala ve školním roce 2014/2015 v Olomouci.

Cílem naší práce je tedy (1) propojit daná témata postojů a duševních poruch; (2) zmapovat minulé i současné postoje společnosti k osobám s duševní poruchou; (3) nastínit aktuální destigmatizační kampaně v ČR i ve světě; (4) poskytnout sondu do postojů současné populace adolescentů vůči duševně nemocným.

## **Teoretická část**

# 1 Normalita a duševní zdraví

Jako prvnímú tématu se věnujeme oblasti duševního zdraví a normality, jelikož bez vymezení těchto pojmů bychom stěží mohli rozeznat normální stav od stavu poruchového.

Duševní zdraví i normalita, základní pojmy psychopatologie, tedy nauky o duševních poruchách, jsou poměrně abstraktními a subjektivními termíny, a tudíž pro každého člověka mohou znamenat něco jiného. V odborných kruzích lze také najít mnoho definic a pojetí normality i duševního zdraví, což svědčí o značné obtížnosti vymezení těchto pojmů. Dosvědčuje to úvodní odstavec Svobodova pojetí normality (2006, 31): „*tyto otázky (normality a duševního zdraví), věčně aktuální a palčivé, nejsou dosud uspokojivě vyřešeny.*“ V následujícím textu uvedeme alespoň některá pojetí, která tuto odlišnost ilustrují.

## 1.1 Pojem normalita

Hartl a Hartlová (2010, 352) definují normalitu jako „*blízkost nejčastěji se vyskytujícímu jevu*“ nebo „*shodu s obecným očekáváním společnosti*“. Tyto definice odkazují ke dvěma nejčastějším pojetím normy<sup>1</sup> – statistické a sociokulturní normě. Statistická norma bývá vyjádřena Gaussovým pravděpodobnostním rozdělením. Podle Baštecké (2015) do oblasti normality spadají ty jevy či případy, které se nachází do dvou směrodatných odchylek od průměru. Sociokulturní norma vypovídá o tom, co je normální pro určitou společnost v daném čase.

Jiné pojetí normy nabízí například Hort (2008), který rozlišuje tři koncepty normality. Vedle již zmíněné statistické normy přidává funkční normu, jež vypovídá o schopnosti adaptace psychiky na prostředí a ideální normu, která je založena na určité normové teorii.

Orel (2012) doplňuje rozdělení norem o právní normu ustanovenou v zákonech, normu odborníků, která vychází z aktuálních vědeckých poznatků a dále normu skupinovou (např. norma rodiny či nějaké party) a individuální normu, jež sestává z názorů a postojů konkrétního člověka.

Samotnému konceptu normality osobnosti se u nás v minulém století věnovala Syřišťová (1972), která ji popisuje jako nekonečný proces seberealizace jedince

---

<sup>1</sup> Pojem norma lze chápat jako nadřazený pojem k pojmu normalita. Jedná se o „*pravidlo pro posouzení určitého jevu,*“ (Hartl & Hartlová, 2010, 351).



v jeho společensko-přírodních podmínkách. Podle autorky se normalita osobnosti vyznačuje několika kritérii, mezi něž patří: (a) pocit identity; (b) schopnost seberealizace; (c) integrace osobnosti; (d) adekvátní percepce reality; (e) sociální adaptace; (f) rezistence ke stresu a tolerance k úzkosti.

## 1.2 Pojem duševní zdraví

Duševní zdraví lze podle některých autorů chápat jako synonymum normality, jelikož v některých pojetích je normalita s duševním zdravím slučována. Takto zástupně užívané pojmy se objevují především v lékařství, kde normální znamená zdravý (Svoboda, 2006). Toto pojetí je však značně zúžené, jelikož nemocný nemusí vždy nutně znamenat nenormální. Pro příklad většina obyvatel západních zemí prodělala v dětství neštovice, v tomto případě by se za nenormální dala považovat spíše absence této nemoci.

Širší pojetí tohoto pojmu nezahrnuje pouze nepřítomnost nemoci, ale též schopnost optimální životní adaptace (Míček, 1984). Schopnost adaptace zahrnuje například adekvátní a pohotové reakce na různé podněty či schopnost řešení každodenních i nenadálých úkolů.

Nejaktuálnější definici duševního zdraví podává Světová zdravotnická organizace, která považuje duševní zdraví za stav tak zvaného *well-being*, tedy stav duševní pohody, ve kterém si člověk uvědomuje svůj potenciál, zvládá se vyrovnávat se stresovými situacemi v běžném životě, je schopen vykonávat produktivní práci a je prospěšný svému okolí (World Health Organization, 2014).

## 2 Duševní poruchy a jejich klasifikace

Po vymezení pojmů normalita a duševní zdraví se přesuneme na opačný pól spektra, k duševní poruše. V záměru této práce není podat podrobný přehled vývoje tohoto termínu, nýbrž se zaměřit na počátky a vývoj jeho klasifikování, které do značné míry ovlivňovalo (a stále ovlivňuje) postoje odborníků i laické veřejnosti k osobám s duševní poruchou. Samotné slovní spojení duševní porucha se již od 19. století objevuje v různých podobách, jako např. duševní nemoc, psychická porucha, psychiatrické onemocnění, nebo více laicky bláznovství či šílenství (Dörner & Plog, 1999; Ocisková & Praško, 2015).

V současnosti se v odborné terminologii nejvíce užívá označení duševní nemoc (anglicky *mental illness*), ačkoliv v klasifikačních systémech se používá pojem duševní porucha (*mental disorder*). Zastánci tohoto označení tvrdí, že duševní porucha se více vymezuje vůči tělesným onemocněním a zároveň má méně stigmatizující konotaci<sup>2</sup>, neboť porucha je neutrálnější výraz než nemoc či onemocnění (WHO, 1992). Toto tvrzení však platí spíše pro již zmíněné klasifikační manuály, jelikož většina odborníků tyto pojmy používá zástupně. Z tohoto důvodu budeme i v naší práci používat obě označení.

### 2.1 Pojem duševní porucha

Podobné obtíže jako při definování duševního zdraví jsou zjevné i u pojmu duševní porucha, což má za následek ještě tenčí a nejasnější hranici při oddělování normálního stavu od poruchového. Jednotlivé duševní poruchy a jejich symptomy jsou sice detailně popsány a klasifikovány v nejznámějších klasifikačních systémech MKN-10 či DSM-IV (nebo DSM-5), avšak jednotící koncepci pojmu duševní porucha nalezneme stěží, protože duševní poruchy jako celek jsou definovány nejrůznějším způsobem a z různých hledisek (Smolík, 2002).

Jako jedno z východisek se nabízí srovnání duševní poruchy s duševním zdravím. Dušek a Večeřová-Procházková (2010, 23) považují (duševní) poruchu za „zvláštní případ abnormního, který se již kvalitativně liší od zdraví.“ Autoři nahlíží na duševní poruchu ze dvou hledisek. Jednak duševní poruchu chápou jako protiklad duševního zdraví, kdy porucha narušuje a zastavuje vývoj osobnosti. Z druhého

---

<sup>2</sup> Stigmatizaci se věnujeme v kapitole 4.

pohledu vnímají duševní poruchu a duševní zdraví jako kontinuální jednotu, v jejímž rámci je porucha chápána pouze jako jedna z vývojových etap osobnosti.

Světová zdravotnická organizace se více zaměřuje na duševní poruchy jako takové a přiznává, že zahrnují široké rozmezí různorodých problémů s rozmanitými příznaky a projevy. Jejich společnou charakteristikou je však vždy určitá kombinace abnormálních myšlenek, emocí, chování, vnímání či vztahů s druhými. Světová zdravotnická organizace zároveň zdůrazňuje, že většina duševních poruch je léčitelná nebo alespoň existují způsoby, jak zmírnit jejich následky, čímž vyvrací převládající mýtus o nevléčitelnosti duševních poruch<sup>3</sup> (WHO, 2015).

Americký profesor psychiatrie Peter Tyrer (2014) dává duševní poruchy do souvislosti s tělesnými chorobami či poruchami a uvádí, že u většiny duševních poruch klinický dojem nepotvrzuje přítomnost biologického základu, který u tělesných chorob je přítomný a hranice pro diagnózu duševní poruchy je také mnohem nejistější než při diagnostikování tělesné poruchy.

## 2.2 První klasifikační systémy duševních poruch

V polovině 19. století se poprvé objevily snahy o klasifikaci neboli třídění duševních poruch. Rakouský filozof a psychiatr Ernst von Feuchterleben poprvé použil termín *psychóza* jako pojem označující duševní poruchu, která byla tehdejšími psychiatry podle organického modelu chápána jako nemoc mozku (Bouček, 2001). Následně s prvním uceleným schématem přišel v 80. letech 19. století německý psychiatr Erwin Kraepelin, jehož klasifikace ovlivňovala utváření diagnostických postupů až do poloviny minulého století (Hort, 2008). Kraepelin vyčlenil dvě hlavní skupiny psychóz – *cirkulární nemoc* (bipolární afektivní porucha) a *dementia praecox* (tzv. předčasná demence).

Kraepelinovu klasifikaci ovšem nahradil v roce 1911 Paul Eugen Bleuler, který poprvé použil termín schizofrenie (a nahradil jím tak Kraepelinovu *dementia praecox*) a zároveň zpochybnil organický model duševních poruch, jelikož byl přesvědčen, že za vznikem těchto poruch stojí i psychické příčiny. Bleuler také formoval jako první myšlenku, že duševní poruchy nemusí mít vždy pesimistickou prognózu a jsou tudíž vyléčitelné (Bouček, 2001; Orel, 2012).

---

<sup>3</sup> Mýty opředené kolem duševních poruch spadají taktéž do kapitoly 4 o stigmatizaci.

S prvními klasifikačními systémy se objevily také první rozpory v těchto klasifikacích, jelikož každá vycházela z jiného modelu psychických poruch. Na počátku stál medicínský model pomíjející psychickou stránku poruchy a hledající příčiny poruchy pouze po tělesné stránce. Postupně se v protipólu objevil model psychosociální, podle něhož se na vzniku duševní poruchy podílí také psychosociální vlivy. Další skupinu klasifikací reprezentuje již zmíněný organický model nebo model handicapový, který pojímá osobu s duševní poruchou jako trvale narušenou a bez možnosti vyléčení (Dušek & Večeřová-Procházková, 2010).

## **2.3 MKN a DSM v průběhu času**

Mezi dva největší a světově nejuznávanější klasifikační modely duševních poruch patří Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN či ICD – *International Classification of Diseases*) a Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*).

### **2.3.1 Historie MKN a DSM**

Historie Mezinárodní klasifikace nemocí sahá taktéž do 19. století a vychází z původního Mezinárodního seznamu příčin smrti, jejímž autorem byl Jacques Bertillon, na jehož popud se tento seznam v roce 1900 stal mezinárodně uznávaným (Tyrer, 2014; WHO, 2000). Souběžně s Mezinárodním seznamem příčin smrti se však vyvíjely další klasifikace nemocí, což vyústilo v roce 1949 ve vznik Mezinárodní klasifikace nemocí, 6. revizi původního seznamu. V 6. revizi MKN se zároveň poprvé objevila kategorie Duševní a behaviorální poruchy, která obsahovala deset druhů psychóz či psychoneuróz a sedm druhů poruch charakteru, chování nebo inteligence (American Psychiatric Association, nedat.). V současnosti 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí obsahuje jedenáct kategorií duševních poruch, přičemž do každé z nich spadá několik nadřazených poruch, které se dělí na další subtypy (WHO, 1992).

První Diagnostický a statistický manuál duševních poruch vznikl v roce 1952 na popud americké armády a stal se prvním klasifikačním systémem duševních poruch zaměřeným na klinické použití. Celosvětového uznání se však dočkala až 3. revize (DSM-III) z roku 1980, jelikož se jako první zaměřila na explicitní diagnostická kritéria a víceosý posuzovací systém duševních poruch (Tyrer, 2014). Na rozdíl od 9. revize MKN, která vstoupila v platnost ve dvouletém předstihu a neobsahovala ani

explicitní diagnostická kritéria ani víceosý systém, bylo navíc jedním z cílů DSM-III podání precizních definic všech poruch a DSM-III se tak stal základním dokumentem pro výzkum v oblasti duševních poruch. Na počátku 90. let minulého století postupně vznikla 4. revize DSM a 10. revize MKN s cílem dosáhnout vyšší shody obou systémů a vyhnout se zbytečným odlišnostem ve formulacích, přičemž 10. revize MKN byla podstatně ovlivněná právě DSM modelem (American Psychiatric Association, nedat.; Hort, 2008).

Jelikož je pro oba tyto klasifikační systémy typické neustálé revidování a aktualizování jejich obsahů na základě soudobých vědeckých poznatků v oblasti duševních poruch, odborná veřejnost se musí s těmito revizemi seznamovat. Před třemi roky vstoupila v platnost 5. revize DSM, která si za jeden z cílů kladla revidovat příznaky jednotlivých duševních poruch, kvůli obavě z nárůstu počtu diagnostikovaných poruch a patologizaci všedních problémů. DSM-5 přinesl také mnoho změn v pojmenování různých diagnóz za účelem snížení stigmatizujícího vlivu psychiatrických diagnóz. Pro příklad diagnóza mentální retardace byla nahrazena označením intelektuální vývojová porucha (Ehret & Berking, 2013).

### **2. 3. 2 Soudobý pohled na MKN a DSM**

MKN i DSM spadají pod medicínský model duševních poruch, jelikož pro každou duševní poruchu nabízejí souhrn typických symptomů projevujících se v chování, myšlení a dalších psychických funkcích, které se u dané duševní poruchy vyskytují. Pokud se u pacienta objeví určitý počet symptomů, lze mu danou duševní poruchu diagnostikovat.

Je zřejmé, že toto zjednodušující pojetí má své výhody i nevýhody a tudíž zastánce i odpůrce. Jak uvádí Peter Tyrer (2014), bez klasifikačních systémů by se komunikace mezi odborníky stala pouze zdlouhavým popisem pacientových problémů a klinických dojmů psychologů či psychiatrů. Klasifikační systémy tedy díky svému zjednodušujícímu pojetí duševních poruch umožňují nejen rychleji diagnostikovat duševní poruchu, ale jsou též pomocným nástrojem při komunikaci mezi odborníky, a to i v rámci mezinárodní spolupráce (Hort, 2008).

První vlna kritiky psychiatrických diagnóz se pod názvem antipsychiatrické hnutí zformovala během padesátých let 20. století a jejími hlavními představiteli byli evropští psychiatři Thomas Szasz a Ronald D. Laing. Antipsychiatrické hnutí

obviňovalo klasickou psychiatrii z uměle vytvořených konstruktů o duševních poruchách, které údajně neexistovaly a byly vymyšleny za tím účelem, aby pomocí psychiatrických diagnóz mohly být označeny nepohodlné osoby. Antipsychiatrie za tímto viděla pouze další metodu totálního dozoru nad lidským chováním (Hort, 2008; Mad In America, 2013).

Jedním z největších soudobých odpůrců klasifikačních systémů duševních poruch je britský psychiatr Sami Timimi, který je rovněž zakladatelem Mezinárodní sítě kritické psychiatrie (*International Critical Psychiatry Network*). Podle Timimiho (2014) jsou psychiatrické diagnózy zdrojem nálepkování, zvyšují výskyt stigmatizace vůči osobám s duševní poruchou a představují také zhoršení dlouhodobé prognózy u těchto pacientů. Autor navrhuje, aby současná západní psychiatrie zavrhl své metody převzaté od klasické medicíny a zrušila používání jak MKN tak DSM. Místo psychiatrické diagnostiky by se měla více zaměřit na služby a metody, které přináší pozitivní dopad pro člověka s duševní poruchou tím, že ho přijímají jako rovnocennou osobu a pomáhají mu zařadit se zpět do společnosti. Autor tento názor obhajuje mnoha výzkumy, které potvrzují, že lidé s duševní poruchou v méně rozvinutých zemích se dříve uzdraví a žijí spokojenější život než lidé s duševní poruchou v západních státech (Timimi, 2014).

Z výše uvedeného vyplývá, že ani nejznámější klasifikační systémy duševních poruch nejsou ultimátním nástrojem pro řádné porozumění individuálním pacientovým problémům. Nabízejí ovšem nejširší přehled dosud známých poruch a jejich příznaků, což psychiatrům a psychologům značně ulehčuje volbu adekvátních léčebných prostředků. Bez těchto klasifikačních systémů bychom se totiž opět ocitli v temných dobách psychiatrie bez diagnóz, kdy se často neúspěšně hledaly adekvátní metody léčby jednotlivých duševních poruch (Craddock & Mynors-Wallis, 2014).

Orel (2012) dodává, že klasifikační systémy plní jednak roli opornou a jednak limitující, jelikož jsou sice zásadní pro orientaci ve spektru duševních poruch, ale zároveň nejsou schopny pojmout všechny varianty tohoto spektra. Autor tedy poukazuje na důležitost individuálního přístupu a uvědomění si variability každé jednotlivé poruchy.

Tendence ke klasifikaci duševních poruch se začaly objevovat již během 19. století a znamenaly jednak utřídění obrovského spektra duševních poruch a

umožnění spolupráce mezi odborníky, ale zároveň se staly terčem kritiky kvůli svému vlivu na stigmatizaci osob označených psychiatrickou diagnózou. I největší klasifikační systémy Mezinárodní klasifikace nemocí a Diagnostický a statistický manuál duševních poruch jsou v současnosti zavrhovány různými antipsychiatrickými hnutími, které požadují větší respekt k osobám s duševní poruchou.

### 3 Postoje a předsudky

Tematika postojů tvoří další část práce. Abychom se mohli plynule přesunout k tématu postojů společnosti k osobám s duševní poruchou, musíme si nejdříve objasnit termíny postoj a předsudek. Na konci této kapitoly se také věnujeme specifickým charakteristikám adolescentů, jelikož mnoho z nich má vliv právě na formování postojů dospívajícího.

#### 3.1 Postoje

Postoj je sám o sobě nepozorovatelný psychologický konstrukt, kterým vyjadřujeme hodnotící vztah k nějakému objektu. Objektem postoje může být a) společenská skupina a je-li hodnocení negativní, postoj se nazývá předsudkem, b) já sám/a, postoj se tedy rovná sebehodnocení, c) abstraktní entita, např. svoboda slova či feminismus, postoj se zde nazývá hodnotou (Hewstone & Stroebe, 2006).

Postoje jsou charakteristické svou relativní stálostí a tím, že „*předurčují poznání, chápání, myšlení a cítění*“ (Hartl, Hartlová, 2010). Postoje jsou tak nepostradatelným článkem pro porozumění tomu, proč myslíme, cítíme a nahlížíme na svět právě takovým a ne jiným způsobem (Fazio & Olson, 2003).

Velmi diskutovaným tématem v oblasti postojů je také jejich vliv na chování. V minulém století většina výzkumů zabývajících se tímto vztahem prokázala, že postoje mohou predikovat chování, ale vždy záleží na konkrétní situaci, jedinci, i samotném postoji (Banaji & Heiphetz, 2010). Ajzen a Fishbein (2005) doplňují, že postoje jsou sice slabým prediktorem jednotlivých aktů chování, nicméně s celkovým chováním korelují poměrně vysoce.

Postoje se již od poloviny minulého století tradičně dělí na složku kognitivní, která vyjadřuje přesvědčení o daném objektu, emoční složku, jež obsahuje pocity vůči objektu a behaviorální složku vyjadřující úmysl chovat se k objektu daným způsobem, popřípadě samotné jednání směřující k určitému objektu (Hewstone & Stroebe, 2006). Tento tříkomponentový model postojů vychází z myšlenky, že vzhledem k tomu, že nemůžeme jedincův postoj k něčemu určit přímo, můžeme jej zjistit přes pozorování jeho chování, myšlenek a pocitů k danému objektu či situaci.

Vedle tříkomponentového modelu však existuje i jednokomponentový model postojů, který předpokládá, že postoje jsou pouze záležitostí emocí, a



dvoukomponentový model, jenž sestává z emocionální a kognitivní složky (Výrost & Slaměník, 2008). Jak lze ovšem vypožorovat, postoje byly vždy spjaty především s emoční složkou lidské psychiky, což vypovídá o tom, že na vzniku postoje mají převážně vliv pocity spojované s objektem postoje.

### **3. 1. 1 Funkce postojů**

Postoje slouží především k utřídění informací o nějakém objektu v našem okolí, což se následně projevuje v lepším odhadu, jaký postoj k danému objektu zaujmout. Postoje tak jedincovi pomáhají se lépe zorientovat v okolním světě (Hewstone & Stroebe, 2006). Tato tzv. znalostní funkce postoje lze ilustrovat na situaci, ve které nějaký člověk poprvé použije veřejné toalety na nádraží a zjistí, že jsou velmi špatně udržované. Na základě této zkušenosti si k veřejným toaletám na nádražích vytvoří negativní postoj a příště jich již nevyužije nebo na to bude připraven.

Hewstone a Stroebe (2006) dále popisují utilitární funkci postojů, která vyjadřuje lidskou potřebu vyhledávat odměny a vyhýbat se trestům. Něčí postoj k posilování tak může být buď spojován s odměnou ve formě zlepšení fyzické kondice, anebo s trestem ve formě vynaložení velkého množství energie při zvedání činek.

Postoje plní ale také ego-obrannou funkci, která má za úkol chránit sebepojetí člověka před nějakou předpokládanou hrozbou a je spojována s již zmíněnými předsudky. Právě předsudkům často předchází pocity méněcennosti, které jsou vykompenzovány pohrdáním nevztáznou skupinou (tj. tou, ke které jedinec nenáleží) např. nějakou minoritní či odlišnou etnickou skupinou (Fazio & Olson, 2003).

Jako poslední funkci postojů zmiňujeme hodnotově-expresivní funkci, která slouží k potvrzení jedincovy identity a vychází z myšlenky, že každý člověk potřebuje upevňovat své přesvědčení o tom, kým je, skrze vyjadřování důležitých aspektů sebe sama. Postoje tedy „*usnadňují vyjadřování nejdůležitějších hodnot a sebepojetí jedince,*“ (Hewstone & Stroebe, 2006). Vedle potvrzení vlastní identity mohou postoje však sloužit také k identifikaci se vztáznou skupinou a napomáhat tak k pocitu sounáležitosti s ostatními členy skupiny (Fazio & Olson, 2003).

### 3. 1. 2 Struktura postojů

Struktura postojů odráží způsob, jak jedinec organizuje své postoje k různým objektům. Mezi mnoha přístupy k otázce struktury postojů má největší vliv tzv. balanční teorie, podle níž každý člověk usiluje o konzistenci mezi svými poznatky a postoji. Ve chvíli, kdy dojde k narušení rovnováhy mezi nějakými jedincovými postoji, nastává tendence tento rozpor odstranit skrze změnu jednoho či více postojů (Heider, 1946). Pro příklad, pokud určitý jedinec nemá rád žádné sporty (má k nim negativní postoj) a dostane se do nového pracovního kolektivu, kde je zvyklostí chodit každý týden hrát společně bowling, dojde u tohoto jedince k rozporu mezi postoji. Nemá rád sporty, ale zároveň by se chtěl začlenit do kolektivu. Podle balanční teorie se bude snažit vyrovnat tento nesoulad buď změnou postoje ke sportu, nebo k novému kolektivu, popřípadě navrhnout jinou aktivitu pro společně trávený čas s kolegy.

### 3. 2 Předsudky

Téma předsudků je široká oblast zahrnující především negativní postoje vůči odlišným etnickým skupinám či skupinám minoritním, jakými jsou osoby s tělesným či smyslovým postižením, osoby vyznávající odlišný životní styl nebo právě osoby s duševní poruchou. Hartl a Hartlová (2010, 454) definují předsudek jako *„emočně nabitý, kriticky nezhodnocený úsudek a z něj plynoucí postoj.“*

Podrobnější definici můžeme najít u Allporta, podle něhož je předsudek *„odmítavý až nepřátelský postoj vůči člověku, který patří do určité skupiny, jen proto, že do této skupiny patří, a má se tudíž za to, že má nežádoucí vlastnosti připisované této skupině,“* (Allport, 2004, 39). Ačkoli autor připouští, že předsudky se mohou projevovat i jako příznivý postoj vůči někomu či něčemu, obecně je předsudek spojován spíše s odmítavě zaujatým postojem. V rámci Allportovy definice tak můžeme předsudek chápat jako komplexní sociální jev, který je založen na určité neopodstatněné představě o nějaké skupině, přičemž na základě této představy je na každou osobu spadající do této skupiny názíráno již skrze optiku předsudku. Samotné předsudky se následně často projevují, jak již bylo zmíněno, v jednání vůči jednotlivcům z dané skupiny, ať už ve formě skryté hostility, záměrné agrese nebo diskriminace.

Právě diskriminace je významnou oblastí související s předsudky a týká se aktivního projevení předsudků např. vyloučením jednotlivců dané skupiny

z některých druhů zaměstnání či odepřením různých sociálních institucí jakými jsou kostely, nemocnice nebo různé podniky (Allport, 2004).

Proč se lidé vůbec uchylují k předsudkům, vysvětlují Baudiš a Libiger (2002, 35) tím, že *„předsudek je jakousi pohodlnou, společností posvěcenou zkratkou, která umožňuje ušetřit si rozhodování spojené s hodnocením konkrétního člověka.“* Předsudky jsou tedy často hluboce zakořeněny v dané společnosti a kultuře, která je posléze vědomě i nevědomě stále ovlivňuje.

### **3. 2. 1 Vznik předsudků**

Na získávání předsudků má vliv mnoho faktorů, ke kterým řadíme vliv primární rodiny, skupinovou konformitu či masová média. Není žádnou novinkou, že malé dítě je silně ovlivňováno postoji a názory svých rodičů, tudíž je zvyklé se na svět dívat jejich očima. Nemusí se však vždy jednat o přímé projevení rodičovských předsudků vůči nějaké skupině, například hanlivým komentováním kolemjdoucího s nějakým postižením. Allport (2004) uvádí, že dítě si však předsudky může také vytvářet samo v závislosti na výchově a rodinné atmosféře. Větší pravděpodobnost výskytu předsudků je tak v rodinách, ve kterých rodiče tvrdě vyžadují po svém dítěti poslušnost a pokud dítě pravidla rodičů poruší, následuje vždy přísný trest. Takové prostředí vzbuzuje v dítěti pocit, že ve světě neexistuje rovnost, a že se musí podřizovat autoritám. Postupně tak vzniká nedůvěra a úzkost z druhých lidí.

Konformita neboli podřízení se určité skupině je dalším faktorem ovlivňujícím vznik předsudků a v této souvislosti je spojována s přejímáním předsudků skupiny, do níž jedinec náleží. Lidé podléhající skupinové konformitě raději převezmou předsudky, které má jejich vztažná skupina vůči jiné skupině, než aby projevili vlastní názor (Allport, 2004).

Vliv masových médií na podporování předsudků je velmi diskutovaným tématem, jelikož jsou ve svých mnohačetných podobách známá svým ovlivňováním člověka nejen v jeho názorech a postojích, ale působí i na úrovni emocí a mají dopad na lidské jednání. Média tak mohou jednak posilovat již existující předsudky, ale také mohou nové předsudky vytvářet (Jirák & Köpplová, 2007).

### 3.3 Změna postojů

Určitý postoj nějakého jedince či skupiny může být vnímán jinými osobami jako nesprávný nebo neadekvátní, a proto je na místě se zmínit o možnostech změny postojů. Změna postojů je také důležitým prvkem při odstraňování předsudků.

Za jeden z hlavních prostředků navozujících změnu postojů je považováno přesvědčování neboli persuaze, které funguje na principu předávání informací o objektu postoje za účelem změny daného postoje (Hewstone & Stroebe, 2006). Přesvědčování je účinné, pokud jedinec, který získává novou informaci o objektu postoje, považuje danou informaci za logicky validní a ve srovnání s jeho předchozími informacemi o tomto objektu jsou nové argumenty přesvědčivější (Visser & Cooper in Hogg & Cooper, 2003). S přesvědčováním se můžeme setkat v běžném životě prakticky kdekoli, přesvědčovat se mohou navzájem přátelé o svých názorech a postojích, přesvědčovat nás mohou různé autority, např. učitelé, rodiče či politici, ale přesvědčování je také jednou z hlavních metod mnoha firem, a to především skrze reklamu (Jiráček & Köplová, 2007).

Vedle přesvědčování se však jako více efektivní forma změny postojů jeví komplexnější práce s jedincem zahrnující jeho aktivní účast během různých sociálních situací (Výrost & Slaměník, 2008). Dochází tedy k navození změny postojů prostřednictvím jedince vlastního chování (Visser & Cooper, 2003). Autorka této práce může z vlastní zkušenosti během práce se středoškolačky v rámci destigmatizační kampaně *Mind the Mind* (viz kapitola 6) potvrdit, že studenti byli mnohem více ovlivněni ve svých postojích k osobám s duševní poruchou účastí na skupinových aktivitách zahrnujících tzv. *role-playing* než samotnými informacemi a fakty o duševních poruchách.

Ke změně postojů mohou ovšem vést také procesy, jejichž primárním účelem není vyvolat změnu postoje. Řadíme sem například klasické a operantní podmiňování (Visser & Cooper in Hogg & Cooper, 2003). Příkladem změny postojů pomocí klasického podmiňování může být člověk, který se přestěhoval do čtvrti, kde všichni obyvatelé třídí odpad. Tento člověk, který dosud odpad netřídil, se díky dlouhodobějšímu vystavení této situaci pravděpodobně také naučí odpad třídít. Operantní podmiňování, které je založeno na změně chování pomocí odměny či trestu, může způsobit změnu postoje například ve chvíli, kdy se žák začne svědomitě připravovat na školní písemky a jeho známky se výrazně zlepší. Tento žák by pak na

základě odměn ve formě výborných známek pravděpodobně změnil svůj postoj ke škole na více pozitivní.

### 3.4 Specifika postojů u adolescentů

Období adolescence, které vymezujeme většinou věkovou hranicí 15-20 let, je charakteristické povšechnými změnami v oblasti tělesné, emocionální, kognitivní i psychosociální (Macek, 2003). Dospívající jedinec se začíná více osamostatňovat a dochází k rozvoji jeho vlastní identity, což je spojeno s vyšší snahou o sebepoznání a seberealizaci (Vágnerová, 2005). Celé období adolescence je typické svou bouřlivostí, proměnlivostí a adolescentním egocentrismem spojeným s častou názorovou vyhraněností (Macek, 2003). Právě egocentrismus se u dospívajících projevuje jako „*nekritický sebepostoj, který může způsobit závažné individuální a sociální problémy,*“ (Cakirpaloglu, 2014, 13). S nekritickým sebepostojem se také pojí nedostatečně vyvinutá empatie, což se projevuje nepochopením prožívání a problémů druhých lidí (Cakirpaloglu, 2014).

Dospívající jedinec tedy stojí před několika úkoly či výzvami, ve kterých se jednak snaží najít sebe sama, tedy vlastní identitu, jednak se učí chápat problémy druhých z jejich pohledu a zároveň nachází vlastní hodnoty a postoje k různým objektům.

Vývoj postojů dospívajícího se tedy týká jak sebepostoje tak postojů k vnějším objektům, a je spjat s celkovým kognitivně-psychosociálním vývojem mladého jedince. V rané fázi adolescence má dospívající vyšší sklon k negativismu a netoleranci vůči různým autoritám, je pro něj tedy důležité zaujímat opačné postoje a názory, které mnohdy mohou nabývat radikalizovaných forem. Tento proces je navíc podpořen jeho vrstevníky, tudíž se zde zároveň projevuje vrstevnická konformita. Postupně však adolescent upouští od své radikálnosti a začíná přijímat požadavky i argumenty dospělých, pokud je však hodnotí jako logické. V konečné fázi adolescence má dospívající již stabilizováno pojetí sebe sama, je schopen hájit vlastní postoje a dokáže akceptovat jedinečnost každého člověka (Cakirpaloglu, 2014).

Podobně jako v každém jiném vývojovém období člověka je však jedinec ovlivňován mnoha faktory i osobnostními dispozicemi, které následně vytváří jeho postoj k různým objektům a tedy i k osobám s duševní poruchou.

Teoretické představení postojů a předsudků je zásadní nejen pro pochopení jejich fungování, ale také jejich vlivu na objekt, vůči kterému jsou nasměrovány, v našem případě tedy vůči osobám s duševní poruchou. Důležité jsou pak především prostředky vedoucí ke změně postojů, jelikož s jejich pomocí lze měnit negativní a stigmatizující postoje společnosti k osobám s duševní poruchou, o kterých pojednáváme v dalších kapitolách.

## 4 Stigmatizace duševních poruch

Problematika stigmatizace sice tematicky spadá pod oblast postojů, v naší práci jsme jí však vyhradili prostor v samostatné kapitole, jelikož se jedná o důležitý jev týkající se duševních poruch. Slovo stigma pochází z antického Řecka, kde byl tímto pojmem označován cejch vypalovaný otrokům, kteří pracovali v dolech. Na základě tohoto znamení pak byli tito otroci rozpoznáváni a vylučováni ze společnosti. Již od svého počátku tak bylo slovo stigma spojováno především s osobami trpícími nějakou závažnou nakažlivou nemocí, např. leprou nebo AIDS (Bártlová, 2005). Jistou odchylku však tvoří křesťanské pojetí stigmatu, jakožto náhlého objevení ran Kristových na těle silně věřícího člověka (Baudiš & Libiger, 2002).

Za stigmata tedy byly většinou pokládány znaky nějaké nemoci, pomocí nichž mohli zdraví lidé rozpoznat nemocnou osobu a předejít tak nakažení tím, že se od dané nemocné osoby izolují. Tento proces se nazývá stigmatizací a v dnešní době se hovoří především o stigmatizaci osob s duševní poruchou nebo tělesným postižením (Ocisková & Praško, 2015).

Hartl a Hartlová (2015, 565) stigmatizaci definují jako „*společenský předsudek vůči někomu, jemuž jsou pak připisovány záporné vlastnosti.*“ Z této definice je zřejmé, že stigmatizace úzce souvisí s postoji jedince i společnosti a je tedy výrazně ovlivňována danou kulturou i dobou, podobně jako je tomu u předsudků.

### 4.1 Dopady stigmatizace

Zabývání se procesem stigmatizace je důležité především z hlediska jejího dopadu na osoby s duševní poruchou. Stigmatizace duševních poruch ze strany společnosti se může u osob s duševní poruchou projevit od vyhýbání se vyhledání odborné pomoci až po ukončení všech sociálních vazeb (Friedman, 2014). Z tohoto faktu vyplývá, že mnoho osob trpících nějakou duševní poruchou nedostane adekvátní lékařskou nebo psychologickou péči kvůli strachu ze ztrapnění či „onálepkování“, tedy označení psychiatrickou diagnózou. Světová zdravotnická organizace uvádí, že ve vyspělých zemích nezíská odbornou péči 35 – 50% všech osob s duševní poruchou. Na této situaci má však také svůj podíl nedostatečně rozvinutý systém psychiatrické péče (WHO, 2015). V České republice činí podíl výdajů na péči o duševně nemocné pouze 2,91% z celkových zdravotnických výdajů, což naši zemi řadí

mezi státy s nejnižším financováním psychiatrické péče v Evropě (Winkler, Csémy, Janoušková & Krejníková, 2013).

Dopad stigmatizace se ovšem neprojevuje pouze v psychosociální sféře, ale má vliv i na nezaměstnanost osob s duševní poruchou. Česká psychiatrická společnost uvádí, že zaměstnanost osob s duševní poruchou se pohybuje kolem 20%, což je dokonce o 10% nižší číslo než u zaměstnanosti osob s těžkým fyzickým handicapem (Česká psychiatrická společnost, 2014).

## 4.2 Příčiny stigmatizace

Neméně důležité jsou příčiny stigmatizace, tedy faktory vedoucí ke stigmatizaci osob s duševní poruchou a z ní vyplývající postoje společnosti k těmto osobám. Podobně jako při vzniku předsudků či různých postojů má zásadní vliv na vznik stigmatizace primární rodina a masová média. Příkladem mohou být již vžitá označení pro duševně nemocné, např. „blázen“ nebo „ta narušená“, předávaná z generace na generaci.

Na vzniku stigmatizace se podílí také různé mýty opředené kolem duševních poruch. Příkladem může být domněnka, že osoby s duševní poruchou spáchají více trestných činů než lidé ze zdravé populace (Holmes, 2015). Na základě této domněnky pak lidé mohou očekávat ze strany jedinců s duševní poruchou nebezpečné chování, což může vyvolat obavy a následné distancování od těchto jedinců (Graves, Cassisi & Penn, 2005).

Celý proces posléze podporují média ve chvíli, kdy dojde k nějakému trestnému činu spáchanému osobou s duševní poruchou, a daná kauza se dostane na několik týdnů na přední stránky novin a opakovaně se objevuje v televizních i internetových zprávách. Ocisková a Praško (2015, 253) uvádějí, že *„pokud je jakákoliv nehoda, sebevražda, agrese nebo zločin spáchán duševně nemocným, média se o tom téměř vždy zmíní.“* Reálným příkladem může být předloňská vražda šestnáctiletého studenta ve Žďáře nad Sázavou, kterou spáchala přímo v budově školy mladá žena se schizofrenií. Zprávy o této události se objevovaly i několik měsíců poté a na sociálních sítích se zvedla obří vlna nenávistných komentářů směřujících nejen k oné ženě se schizofrenií, ale i ke všem osobám s duševní poruchou. V lidech tak média podnítila pocit, že všichni jedinci s duševní poruchou jsou nebezpeční a je lépe se jim vyhýbat. Dopad takové stigmatizace lze vyzorovat na různých internetových poradnách, kde



se muži i ženy s duševní poruchou svěřují, jak se na ně po oné události okolí dívá ještě více „skrz prsty“ (např. Stopstigma, 2015).

Vedle samotných médií ale stigmatizaci osob s duševní poruchou podporují i politici ve svých veřejných prohlášeních. Například prezident Miloš Zeman vloni prohlásil, že *„někdy jsme příliš benevolentní k bláznům. Pouštíme je z psychiatrické léčebny zbytečně brzy ... nebo je do psychiatrické léčebny neposíláme,“* (Česká televize, 2015). Z tohoto výroku je zřejmé, jak se k psychiatrickým pacientům staví samotný prezident. Lze tedy předpokládat, že pokud šíření stigmatizace osob s duševní poruchou napomáhají takto vysoce postavené osoby, bude boj proti ní touto skutečností stále zatížen.

Podle Světové zdravotnické organizace se 9 z 10 osob s duševní poruchou setká během svého života se stigmatizací či diskriminací (WHO, 2015). Tato alarmující statistika je pouze dalším důvodem, proč je důležité zjišťovat postoje společnosti k osobám s duševní poruchou a podporovat různé destigmatizační kampaně vedoucí ke snížení stigmatu duševních poruch. Dokonce již před více jak 40 lety poznamenala americká psychiatrička Rabkinová (1974), že znalost postojů k osobám s duševní poruchou je velmi podstatná nejen pro pracovníky komunitních center léčících psychiatrické pacienty, ale rovněž pro lektory primární prevence.

Stigmatizace jakožto negativní společenský předsudek vůči osobám s duševní poruchou je velmi aktuálním tématem v oblasti duševních poruch, jelikož vypovídá nejen o aktuálním nazírání společnosti na jedince s duševní poruchou, ale má především negativní účinky na samotné osoby trpící takovou poruchou.

## 5 Postoje společnosti k osobám s duševní poruchou

Jak se cítí duševně nemocní ve společnosti, je do veliké míry určeno právě postoji dané společnosti vůči nim. V předchozích kapitolách jsme již nastínili, jaké faktory ovlivňují postoje, předsudky i stigmatizaci ve společnosti, a nyní se budeme věnovat této tematice z pohledu historického i soudobého.

### 5.1 Postoje k osobám s duševní poruchou do 19. století

Jak se společnost k osobám s duševní poruchou stavěla v dobách minulých lze odvodit jednak z postupného vývoje oboru psychiatrie, a jednak ze způsobu, jakým bylo s těmito osobami zacházeno. Napříč téměř všemi vývojovými etapami lidských společenství byli duševně nemocní odsouváni stranou od zdravých lidí a považováni za méněcenné bytosti (Höschl, Libiger & Švestka, 2002). Jedním z důvodů bylo například přesvědčení, že osoba s duševní poruchou znamená pro rodinu znehodnocení jejich společenského postavení (Foerschner, 2010).

Až do 20. století panovala velká nejednotnost především v náhledu na příčinu duševních poruch. Mezi starověkými národy a kmeny kolovaly domněnky, že duševní poruchy jsou způsobeny nadpřirozenými silami či zlými démony a je nutné je léčit zaříkáváním či náboženskými obřady (Dörner & Plog, 1999). V 5. století př. n. l. tento předpoklad vyvrátil Hippokratés tvrzením, že duševní poruchy nezpůsobují nadpřirozené síly ale onemocnění mozku (Porter, 2002). Duševní poruchy byly tudíž více připodobňovány tělesným nemocem a začaly se léčit rostlinnými odvary, dietou, či masážemi (Ocisková & Praško, 2015).

Období temného středověku však znamenalo veliký úpadek pro vědu, což s sebou přineslo i kruté a nelítostné zacházení s duševně nemocnými. Oproti antickému období byla duševní porucha chápána jako posedlost d'áblem nebo forma božího trestu (Ocisková & Praško, 2015). Osoby s duševní poruchou proto byly svými rodinami často schovávány ve sklepech či prasečích chlévech (Porter, 2002). Ti, které rodina zavrhla, pak byli většinou mučeni, biti, veřejně vystavováni v klecích nebo dokonce trestáni za čarodějnictví (Baudiš & Libiger, 2002).

Výraznější snahy o změnu postojů k osobám s duševní poruchou se objevily teprve v 16. století, kdy se různí lékaři snažili přesvědčit společnost o tom, že duševní poruchy mají biologické příčiny a je nutné je adekvátně léčit (Ocisková & Praško,

2015). Ve stejné době se začaly zakládat první ústavy pro duševně nemocné, ve kterých však nepanovaly o mnoho lepší podmínky. Osoby s duševní poruchou byly izolovány od okolního světa a často trestány nebo uvazovány na řetězy, jelikož je společnost stále považovala za nebezpečné (Dörner & Plog, 1999). Lidštější přístup sice nabízely soukromé ústavy pro duševně nemocné, které zakládali kněží v různých státech Evropy, nicméně této péče se dostalo pouze vybraným jedincům kvůli nízkým kapacitám těchto ústavů (Porter, 2002).

Teprve v roce 1793 po Velké francouzské revoluci vystoupil proti nehumánnímu zacházení s duševně nemocnými francouzský lékař Philipp Pinel, který požadoval přemístění osob s duševní poruchou z podzemních nehygienických sklepů do nemocnic. Pinel, který tímto započal reformu péče o duševně nemocné, výrazně ovlivnil nejen tehdejší lékaře ale také veřejnost. Svědčí o tom obrazy dobových malířů zachycující symbolické snímání řetězů duševně nemocným (Šedivec, 2008).

Obrázek 1: Snímání řetězů duševně nemocným (Charles Louis Lucien Muller, 1793)



Zdroj: [www.wikigallery.com](http://www.wikigallery.com)

Během 19. století došlo k obrovskému rozvoji psychiatrie, přičemž mnoho evropských psychiatrů vytvářelo různé teorie o vzniku a příčinách duševních poruch. Postupně tak duševní poruchy byly společností více chápány jako tělesná nemoc než jako morální či náboženské selhání (Dörner & Plog, 1999). Jak jsme již zmínili ve druhé kapitole, duševní poruchy byly v této době stále považovány za onemocnění mozku a jejich léčba tudíž spočívala především v medicínském působení např. skrze koupele či lůžkový režim (Ocisková & Praško, 2015). Velký význam se přikládá také zaměstnávání, které bylo později označeno pojmem pracovní terapie (Baudiš &

Libiger, 2002). Navzdory snaze o lidštější přístup k duševně nemocným se však především v méně rozvinutých zemích stále vyskytovala místa, kde byly tyto osoby zavírány do cel společně se zločinci a za poplatek bylo dokonce možné si tyto osoby prohlédnout (Foerschner, 2010; Ocisková & Praško, 2015).

## 5.2 Postoje k osobám s duševní poruchou ve 20. století

Minulé století znamenalo pro psychiatrii obrovský rozmach, jelikož se odborníci i společnost začali mnohem více zajímat o vliv psychiky na zdraví člověka. Jedním ze spouštěčů tohoto zvýšeného zájmu byl např. nárůst duševních poruch u vojáků v první světové válce (Baudiš & Libiger, 2002). Rozvoji psychiatrického oboru napomohl také Sigmund Freud, když skrze psychoanalýzu začal léčit neurotické poruchy (Dörner & Plog, 1999). Vliv Sigmunda Freuda lze však spatřit především v psychologizaci medicíny a psychiatrie, což mělo za následek vnesení lidského faktoru do těchto oborů a zabývání se psychickým stavem nemocných (Höschl, Libiger & Švestka, 2002). Freud byl přesvědčen, že úzkost vzniká při nerovnováze tří oblastí psychiky – id, ega a superega, a že tato dlouhodobá nerovnováha ústí v duševní poruchu, kterou je nutno léčit skrze psychologické působení (Myers, 2010).

První polovina 20. století tedy byla ve znamení nejen postupné humanizace psychiatrie, ale také rozvoje různorodých léčebných metod, mezi které patřily šokové metody (např. inzulínové šoky či elektrokonvulze), psychofarmaka, různé formy psychoterapie a pracovní či sociální rehabilitace (Baudiš & Libiger, 2002). Psychiatrie si tudíž začala postupně dobývat pozici exaktního medicínského oboru, jakým v té době byla například neurologie či patologie (Porter, 2002).

Navzdory velikému vědeckému pokroku, který psychiatrie během 20. století zaznamenala, lidé s duševní poruchou stále čelili společenskému útlaku a stigmatizaci, která ve většinové společnosti přetrvávala. Karle a Binder (2002) uvádějí, že během první poloviny 20. století byly osoby s duševní poruchou považovány většinou společností nadále za šílené a často byly vystavovány pro zábavu v cirkusech nebo freak show<sup>4</sup>. Podle Johannsena (1969, in Bhugra, 1989) stigmatizaci duševně nemocných podporovala především ústavní péče těchto osob související s psychiatrickou diagnózou, která byla daným osobám přidělena.

---

<sup>4</sup> Freak show – během 19. a 20. století forma zábavného představení, při kterém byly vystavovány osoby s různými tělesnými deformacemi (Disability History, nedat.)

Johannsen uvádí, že jakmile byl jedinec označen za psychiatrického pacienta, společnost jej tak vnímala až do konce jeho života.

Bezesporu největší diskriminaci ovšem zažily osoby s duševní poruchou žijící ve 40. letech v Německu. V tehdejší nacistické atmosféře byly osoby s duševní poruchou a osoby s tělesným postižením, podobně jako Židé, považovány za „nehodny života“, a proto v rámci programu *Eutanázie* bylo připraveno jejich systematické vyhlazení (Porter, 2002). Během let 1940 až 1942 bylo nacistickými psychiatry vybráno 70 723 duševně nemocných osob, které byly usmrceny v plynových komorách, a dalších 120 000 osob včetně dětí bylo zavražděno podáním smrtelné dávky medikamentů nebo odsouzeno k vyhladovění (United States Holocaust Memorial Museum, 2016).

Teprve ve druhé polovině 20. století došlo k zásadnějším změnám v postojích k osobám s duševní poruchou skrze antipsychiatrické hnutí a následnou reformu psychiatrické péče. Jak jsme již zmínili ve 2. kapitole, hlavní představitel antipsychiatrického hnutí Thomas Szasz byl přesvědčen, že psychiatrie je zneužívána jako nástroj politické a společenské kontroly a duševní porucha je pouze nálepkou pro označení nepohodlné osoby. Podle Szasze (1960) duševní porucha ve skutečnosti neexistuje a je pouhým mýtem, za kterým vidí běžné lidské „problémy v životě“. Společnost tak pomalu začala na osoby s duševní poruchou nahlížet jako na rovnocenné jedince, kteří si zaslouží adekvátní léčbu a lidskou péči (Karle & Binder, 2002). Posun v postojích k osobám s duševní poruchou se projevil i u odborné veřejnosti postupným snižováním počtu lůžek v psychiatrických nemocnicích a přechodem k ambulantní či komunitní péči (Bouček, 2001).

Nelze však pominout markantní rozdíly v psychiatrické péči mezi demokratickými a bývalými komunistickými státy. Zatímco například ve Velké Británii započala deinstitucionalizace psychiatrické péče již ke konci 60. let 20. století, v tehdejší Československu byla psychiatrie odsunuta na okraj společnosti s tím, že všechny psychosociální problémy jsou pozůstatkem kapitalismu a spontánně vymizí s nastupujícím socialismem. Především kvůli těmto historickým souvislostem se nejen česká psychiatrie dočkává svého postupného reformování až během posledních let (Winkler & Janoušková, 2013; Winkler et al., 2015).

### 5. 2. 1 Rané výzkumy postojů k osobám s duševní poruchou

První psychologické výzkumy postojů k osobám s duševní poruchou se datují do poloviny minulého století, kdy začal být zjevný negativní vliv těchto postojů na sebehodnocení osob s duševní poruchou (Rabkin, 1974). Společnost totiž k těmto osobám vykazovala mnohem větší odpor a nesympatie, než ke kterékoli jiné znevýhodněné skupině. Například psychiatričtí pacienti, kteří byli propuštěni z léčby, se setkávali se stigmatizací i několik měsíců poté (Karle & Binder, 2002). Výzkumy, které tyto negativní stigmatizující postoje odhalily, následně odstartovaly snahu odborníků o osvětu v oblasti duševních poruch mezi laickou veřejností. Hlavními prostředky této osvěty se staly kurzy pořádané na vysokých školách nebo různé pořady vysílané masmédií (Rabkin, 1974).

Jeden z prvních výzkumů postojů k osobám s duševní poruchou realizovali Ramsey a Seipp v New Jersey (1948) za použití polostrukturovaného interview zjišťujícího znalost etiologie a léčby duševních poruch. Autoři zjistili, že respondenti s nižším dosaženým vzděláním vnímali duševní poruchu více jako trest za hříchy a zároveň byli pesimističtější v posuzování prognózy a uzdravení, než respondenti s vyšším dosaženým vzděláním.

Zajímavou experimentální studii uskutečnili v Kanadě Cumming a Cumming (1957, in Rabkin, 1974), kteří plánovali ověřit metodou test-retest vliv edukační kampaně na změnu postojů k duševním poruchám u obyvatel střední třídy. Kampaň musela být ovšem předčasně ukončena, jelikož účastníci nebyli spokojeni s jejím obsahem. Jedním z cílů kampaně bylo přesvědčit účastníky, že normální a abnormální chování tvoří v podstatě jedno kontinuum, což znamená, že duševní poruchou může onemocnět za určitých podmínek kdokoliv. Autoři studii uzavřeli s tím, že tehdejší společnost nebyla ochotná se vzdát svých dosavadních představ a hodnot, což značilo nemožnost dostatečně změnit jejich postoje vůči osobám s duševní poruchou.

V Evropě se poprvé měřily postoje k osobám s duševní poruchou ve Velké Británii poté, co byla odvysílána tamní televizní stanicí BBC edukační minisérie *The Hurt Mind* představující život osob s duševní poruchou (British Broadcasting Cooperation, 1957). Výzkumný ústav BBC po odvysílání této minisérie zjistil, že společnost se vykazuje rozdílnou mírou tolerance k osobám s duševní poruchou v závislosti na určitých okolnostech, především na míře sociálního styku s těmito osobami. Potkat se s osobou s duševní poruchou na ulici by nevadilo 80% obyvatel,

ovšem pouze 50% z nich by bylo ochotno s těmito osobami pracovat ve stejném zaměstnání (1957, in Bhugra, 1989).

### **5. 2. 2 Výzkumy postojů k osobám s duševní poruchou od 60. let**

Od 60. let se američtí výzkumníci začali zaměřovat především na postoje společnosti vůči psychiatrickým léčebnám a taktéž vůči označení „duševní nemoc“ (*mental illness*) i jednotlivým psychiatrickým diagnózám. V návaznosti na tyto výzkumy vystoupil již vícekrát zmíněný Thomas Szasz se svou teorií o mýtu duševní nemoci a zároveň se objevily první snahy o reformu psychiatrické péče z institucionální na komunitní.

Phillips (1963) realizoval ve státě New Hampshire studii, které se zúčastnilo 300 žen, u nichž zkoumal pomocí strukturovaného interview míru zavržení osob s duševní poruchou v závislosti na jejich dobrovolném vyhledání různých forem odborné pomoci. Autor u svého výběrového souboru zjistil stoupající trend v zavržení těchto osob, přičemž nejnižší míra zavržení byla v případě, že se daná osoba se svou poruchou vůbec neléčila a nejvyšší míru zavržení vykazovaly respondentky ve chvíli, kdy se daná osoba dlouhodobě léčila v psychiatrické léčebně.

V jiném výzkumu (Sarbin & Manusco, 1970) bylo zjištěno, že veřejnost je více tolerantní k osobám, které sice svým chováním vybočují z normy, nicméně nejsou označeny za duševně nemocné. Osoby, které se však chovají abnormálně a zároveň jsou označeny za duševně nemocné, veřejnost odmítá více.

Halpert (1969) zjistil, že lidé s vyšším vzděláním, studenti a osoby s vyšším společenským statusem vnímají osoby s duševní poruchou příznivěji, díky lepšímu přístupu ke vzdělávání. Johnson a Beditz (1981) ve svém výzkumu realizovaném pomocí telefonického interview potvrdili, že pozitivnější postoje k osobám s duševní poruchou mají studenti a také jedinci, kteří mají osobní zkušenost s těmito osobami. Autoři tohoto výzkumu však také upozornili na riziko sociální desirability, kterému se v takovém typu výzkumu nelze vyhnout. Pro další výzkumy postojů k duševně nemocným proto doporučili využít více metod zkoumání najednou a jejich výsledky posléze porovnat. Freeman (1961), který zkoumal postoje rodiny k rodinným příslušníkům s duševní poruchou, dospěl taktéž k závěru, že věk a vzdělání tyto postoje ovlivňují. Zajímavým zjištěním ovšem bylo, že socioekonomický status nemá na postoje k duševně nemocným vliv.

Shurka (1983) realizovala v Izraeli pomocí dotazníku studii, do které se zapojilo 91 Židů a Arabů. Autorka u respondentů zjistila obecný klesající trend v přípustitelné míře sociálního styku s osobami, které dříve měly duševní poruchu. Téměř 68% respondentů by bylo ochotno pracovat s osobou, která dříve byla duševně nemocná, 53% respondentům by nevadilo mít přátelský vztah s takovou osobou, ale pouze 6,6% respondentů by bylo ochotno vstoupit do manželského svazku s někým, kdo dříve trpěl duševní poruchou. Shurka svými zjištěními také potvrdila, že na postoje má signifikantní vliv úroveň vzdělání, a zároveň prokázala roli náboženského přesvědčení, přičemž křesťanští respondenti měli pozitivnější postoj k osobám s duševní poruchou než respondenti muslimského vyznání.

Ve Velké Británii byl proveden výzkum (Nieradzik & Cochrane, 1985), kterého se zúčastnilo 101 osob, jež vyplňovaly dotazník zaměřující se na stigmatizaci spojenou s označením pacienta za duševně nemocného. Autoři uvádějí, že respondenti vykazovali zamítavější postoj k jedinci s psychiatrickou diagnózou, než k jedinci, jehož chování je sice za hranicí normy, ale není označen za duševně nemocného. Výzkumníci zároveň uvádějí, že socioekonomický status tyto postoje neovlivňuje.

### **5.3 Soudobé postoje k osobám s duševní poruchou**

Z doposud zmíněných výzkumů v oblasti postojů k osobám s duševní poruchou vyplývá, že laická veřejnost měla stigmatizující postoje především k psychiatrickým léčebnám a psychiatrickým diagnózám, přičemž mezi hlavní faktory, které tyto postoje ovlivňovaly, patří vzdělání a osobní zkušenost s duševně nemocným jedincem. Právě zvýšená averze společnosti vůči psychiatrickým léčebnám a označení „duševní nemoc“ byla jedním z podněcujících důvodů ke kompletní reformě psychiatrické péče, které se budeme později věnovat v samostatné podkapitole.

Jedna z nejdelších studií zabývajících se postoji k osobám s duševní poruchou byla provedena ve Velké Británii (Mind, 2013). V rámci této studie, která probíhala v letech 1994-2012 bylo provedeno 12 výzkumů s cílem porovnat postoje společnosti v průběhu času. Každého výzkumu se zúčastnilo přibližně 1700 respondentů nad 16 let, kteří podstoupili strukturované interview pomocí tzv. Computer-Assisted Personal Interviewing, přičemž v průběhu let byly některé otázky do původní baterie doplňovány. Výsledky studie naznačují, že všeobecné postoje k osobám s duševní



poruchou se v průběhu let stávají pozitivnějšími a společnost je k těmto osobám tolerantnější. Například s otázkou „Nikdo nemá právo vylučovat osoby s duševní poruchou z jejich sousedství“ v roce 1994 souhlasilo 76% respondentů, a v roce 2012 již 83% respondentů. Přibližně o 5% vzrostla od roku 2009 také ochota pracovat, přátelit se či žít poblíž osoby s duševní poruchou.

Podle této studie mezi hlavní faktory, které signifikantně ovlivňují postoje k osobám s duševní poruchou, patří pohlaví a věk, přičemž pozitivnější a tolerantnější postoje vykazují ženy a starší respondenti. Například souhlas s otázkou „Duševní porucha je nemoc jako každá jiná“ postupně vzrůstá s věkem respondenta od 70% ve věkovém rozmezí 16-34 let k 82% u populace nad 55 let. Se stejnou otázkou souhlasí 73% mužů a 79% žen.

Podobná studie kladoucí si za cíl porovnat postoje k osobám s duševní poruchou a psychiatrické péči proběhla v Německu, kde ovšem byly realizovány pouze 2 výzkumy v letech 1990 a 2011 (Angermeyer, Matschinger & Schomerus, 2013). Do obou výzkumů bylo zapojeno přibližně 3000 účastníků nad 18 let, kteří byli pomocí strukturovaného interview dotazováni na postoje ke schizofrenii, depresi a alkoholové závislosti. Autoři studie zjistili, že sice v průběhu let došlo ke zlepšení postojů společnosti vůči psychiatrické péči, nicméně postoje vůči osobám s duševní poruchou se buď nezměnily, nebo zhoršily. Nejvyšší míru zhoršení postojů konstatovali u schizofrenie, u které nejvíce vzrostl faktor „touha po sociálním odstupu“ (např. na otázku „Doporučili byste osobu se schizofrenií pro vykonávání nějakého zaměstnání?“ odpovědělo negativně v roce 1990 44% respondentů, ovšem v roce 2011 již 63% respondentů).

Jadhav a kolektiv (2007) zkoumali rozdíly v postojích k duševně nemocným mezi obyvateli vesnic a měst. Jejich studie se zúčastnilo 291 probandů, kteří vyplňovali dotazník *Stigmatization Questionnaire*, ve kterém vyjadřovali souhlas či nesouhlas s různými tvrzeními o osobách s duševní poruchou. Autoři výzkumu dospěli k závěru, že obyvatelé vesnic mají mnohem větší sklon stigmatizovat duševně nemocné, než obyvatelé měst. K podobnému závěru dospěl také Madianos s kolektivem (2012), kteří zjistili, že obyvatelé Athén a jejich předměstí jsou k duševně nemocným tolerantnější než osoby žijící na vesnici a v menších městech. Jejich výzkumný soubor tvořilo 2039 respondentů, kteří vyplnili dotazník *Attitudes of Severe Mental Illness Scale*.

Pravděpodobně jediný výzkum postojů k osobám s duševní poruchou v České republice realizoval Winkler se svým kolektivem v roce 2013, přičemž cílem jejich studie bylo porovnat tyto postoje mezi českou a britskou populací. V ČR se výzkumu zúčastnilo 1797 osob nad 16 let, které vyplnily dotazník *Reported and Intended Behaviour Scale* (RIBS) zaměřující se jednak na osobní zkušenost s osobami s duševní poruchou a jednak na zamýšlené chování vůči osobám s duševní poruchou. Výsledky byly porovnány s daty získanými od 1720 respondentů, kteří vyplnili týž dotazník ve Velké Británii v roce 2011. Autoři výzkumu dospěli k závěru, že míra zamýšleného stigmatizujícího chování je mnohem vyšší v České republice než ve Velké Británii a Češi mají zároveň mnohem méně osobních zkušeností s osobami s duševní poruchou. Například s otázkou „V budoucnosti bych byl ochoten pracovat s někým s duševní poruchou“ souhlasilo 68,3% Britských respondentů, ale pouze 19,6% Českých respondentů.

Čeští respondenti také mnohem častěji volili odpověď „nevím“ (celkově 30% v ČR ku 4,2% ve VB), což autoři připisují faktu, že obyvatelé České republiky nejsou zvyklí uvažovat nad problémy v oblasti duševního zdraví. Autoři taktéž zjistili rozdíly mezi pohlavím a věkem, přičemž muži a respondenti nad 54 let vykazovali méně tolerantní postoje vůči osobám s duševní poruchou než ženy a mladší osoby (Winkler et al., 2015).

### **5. 3. 1 Reforma psychiatrické péče v ČR**

Jedním z faktorů, který ovlivňuje postoje společnosti k osobám s duševní poruchou je již nastíněná reforma psychiatrické péče, jež je v České republice velmi aktuálním tématem, a proto se mu alespoň krátce věnujeme. Jak již bylo zmíněno, reforma psychiatrické péče ve vyspělých evropských zemích začala již v 70. a 80. letech minulého století a znamenala především přechod z lůžkové léčby ke komunitní a zlepšení spolupráce mezi jednotlivými poskytovateli odborné péče (Winkler & Janoušková, 2013).

Ministerstvo zdravotnictví České republiky schválilo v říjnu 2013 Strategii reformy psychiatrické péče s realizačním obdobím od roku 2013 do roku 2023. Mezi její hlavní cíle patří: (1) Zvýšit kvalitu psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování; (2) Omezit stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně; (3) Humanizovat psychiatrickou péči (Ministerstvo zdravotnictví

ČR, 2013). Z uvedených cílů je zjevné, že postupná reforma psychiatrické péče by měla také pozitivně ovlivnit postoje společnosti nejen k psychiatrii, ale především k osobám s duševní poruchou. Považujeme proto za důležité tyto postoje postupně mapovat a porovnávat.

## 6 Prostředky destigmatizace duševních poruch

Poslední kapitolu teoretické části věnujeme destigmatizaci duševních poruch a jejím prostředkům. V předchozích kapitolách jsme již několikrát zmínili dopady stigmatizace na osoby s duševní poruchou a taktéž důležitost jejího postupného snižování. Ačkoliv samotný pojem destigmatizace se začal užívat teprve ve 21. století, různé formy edukačních kampaní se objevovaly již ve druhé polovině 20. století (viz předchozí kapitola).

Hlavním důvodem, proč vystupovat proti stigmatizaci, je zlepšení kvality života osob s duševní poruchou. Podle České psychiatrické společnosti (2014) je „*stigma duševní nemoci charakterizováno nedostatkem vědomostí o duševních nemocech, strachem, předsudky a diskriminací.*“ Z této definice je zjevné, že osoby s duševní poruchou jsou stigmatizací ovlivněny v několika směrech – společnost o jejich nemocech mnoho neví, a proto se raději přiklání k předsudkům a diskriminaci, jelikož má z těchto osob strach.

Destigmatizace proto nejčastěji funguje na principu edukace, čili předávání pravdivých informací o duševních poruchách, jejich příčinách, prevalenci, prognóze a způsobech léčby. Vedle edukace existují ovšem i jiné prostředky destigmatizace, například skupinové diskuze, besedy s bývalými psychiatrickými pacienty nebo různé workshopy. Právě samotná pasivní edukace jakožto prostředek změny postojů (viz 3. kapitola) se nejeví tak účinně jako ty metody, do kterých se účastník může aktivně zapojit (Korchin, 1976, in Karle & Binder, 2002). Uvedené prostředky a metody představíme v následujících podkapitolách v rámci již realizovaných nebo aktuálních destigmatizačních kampaní.

### 6.1 Destigmatizace ve světě

Jednu z největších destigmatizačních kampaní představuje britská kampaň *Time to Change*, která funguje již od roku 2007 a snaží se o snížení stigmatizačních postojů a chování vůči lidem s duševní poruchou pomocí různých prostředků. Nejrozsáhlejší program je realizován skrze média, především televizi, internet a tisk, a je zaměřen na rodiny, přátele a spolupracovníky duševně nemocných. *Time to Change* organizuje také lokální besedy s osobami s duševní poruchou, které jsou přístupné široké veřejnosti, a pořádá besedy či workshopy na středních školách

(Time to Change, 2016). Pozitivní vliv kampaně *Time to Change* potvrdil Henderson a kolektiv (2012), kteří v letech 2008 a 2009 realizovali dva výzkumy zjišťující míru stigmatizace a diskriminace duševně nemocných osob. Prvního výzkumu se zúčastnilo 537 osob s duševní poruchou a druhého výzkumu 1047 osob. Oběma skupinám byl předložen dotazník *The Discrimination and Stigma Scale* (DISC), jenž zjišťuje míru zažitě či očekávané diskriminace ze strany společnosti. Autoři výzkumů potvrdili, že diskriminace osob s duševní poruchou během dvou let poklesla, přičemž v roce 2008 uvádělo zažitou diskriminaci nejméně v jedné životní oblasti 91% respondentů, zatímco v roce 2009 už pouze 87% respondentů (Henderson et al., 2012). Podle výsledků dlouhodobé studie britské organizace Mind, které uvádíme v předchozí kapitole, lze tento klesající trend ve stigmatizaci pozorovat i v současnosti.

*Elephant in the Room* je kanadská národní destigmatizační kampaň, která cílí na školy a různé firmy, ve kterých jednak pořádá workshopy a jednak nabádá jednotlivce, aby se nebáli otevřeně mluvit se svými spolužáky či spolupracovníky s duševní poruchou, a případně jim nabídli i pomoc (Mood Disorders Society of Canada, nedat.).

Mezi jednu z nejnovějších mezinárodních destigmatizačních kampaní patří iniciativa *Mind the Mind*, která je pod záštitou Evropské federace studentských psychologických asociací (EFPSA) a od roku 2014 probíhá ve 23 evropských zemích včetně České republiky (EFPSA, 2016). *Mind the Mind* kampaň probíhá formou dvouhodinových workshopů na středních školách, které vedou studenti psychologie, a je určena žákům prvních až čtvrtých ročníků. Cílem této kampaně je poskytnout dospívajícím co nejvíce relevantních informací vztahujících se k duševním poruchám a pomocí různých interaktivních metod jim přiblížit život duševně nemocných jedinců. Příkladem jsou skupinové diskuze o mýtech kolem duševních poruch, videa s reálnými příběhy osob s duševní poruchou nebo tzv. role-playing. Právě role-playing, které je založeno na hraní příběhů v malých skupinkách, ve kterých má každý účastník přiřazenou nějakou roli, je považováno za jeden z nejúčinnějších destigmatizačních prostředků. V rámci této aktivity si totiž sami účastníci workshopů mohou zažít, jaké to je být vyloučen ze společnosti a pasivně přihlížet diskriminaci (viz příloha č. 3).

Každoročně se v jednotlivých zemích zapojených do kampaně *Mind the Mind* volí koordinátoři kampaně. Během období 2014/2015 tuto funkci vykonávala pro Olomouc autorka této práce a má tudíž s destigmatizací bezprostřední zkušenost. Ze všech 10 uspořádaných workshopů obdržela autorka této práce a její spolupracovníci mnoho pozitivních zpětných vazeb, ve kterých žáci přiznávali, že nyní mají pro osoby s duševní poruchou mnohem větší pochopení.

## 6.2 Destigmatizace v ČR

Jednou z největších organizací v České republice, která se zaměřuje na podporu osob s duševní poruchou a zároveň pořádá různé destigmatizační kampaně pro veřejnost i žáky středních škol, je Fokus – Sdružení pro péči o duševně nemocné. Hlavní destigmatizační kampaní této organizace jsou *Týdny pro duševní zdraví*, které se konají od roku 1990 a probíhají vždy od 10. září do 10. října v několika českých a moravských městech. Program této akce zahrnuje koncerty, divadelní a filmová představení, výstavy výtvarných děl duševně nemocných autorů, besedy či dny otevřených dveří v různých zařízeních (*Týdny pro duševní zdraví*, 2015).

Pražská pobočka Fokusu od roku 2008 pořádá destigmatizační kampaň *Blázníš? No a!*, jež je cílena na žáky středních škol. Žáci participují na workshopech a besedách s bývalými psychiatrickými pacienty, během nichž se dozvídají informace o duševních poruchách a také o tom, jak pečovat o duševní zdraví. Dalším cílem kampaně *Blázníš? No a!* je přispět ke zdravějšímu a tolerantnějšímu klimatu ve třídním kolektivu (*Blázníš? No a!*, nedat.).

Další zajímavou destigmatizační kampaní je osvětový projekt *Čistá duše*, který se od roku 2013 snaží o destigmatizaci duševně nemocných (se zaměřením na schizofrenii) mezi širokou veřejností. V rámci projektu proběhly výstavy autoportrétů osob se schizofrenií, vznikl časopis *Moje Schizofrenie* a byl spuštěn blog *Čistá duše*, do kterého přispívá žena se schizofrenií. *Čistá duše* se také snaží o zlepšení pracovního uplatnění duševně nemocných a jejich sociální rehabilitaci skrze spolupráci s organizací *Green Doors*, která provozuje několik tréninkových kaváren v Praze (*Čistá duše*, 2015).

Právě tréninkové kavárny jsou považovány za další formu destigmatizace, jelikož široká veřejnost má možnost se v nich setkat s osobami s duševní poruchou v rámci běžného života. V Olomouci funguje například *Bezbariérová* tréninková

kavárna (BeTreKa), která zaměstnává osoby s psychotickými a afektivními poruchami, v Praze je známá kavárna Café Na půl cesty nebo restaurace Mlsná kavka, a v Brně existuje Café PRÁH, ve kterém se mimo jiné pořádají různé kulturní akce.

V roce 2014 vznikl projekt *Paralelní životy*, v rámci něhož proběhl cyklus odborných přednášek pro zaměstnavatele s cílem zlepšit pracovní uplatnění osob s duševní poruchou. Dalším výstupem tohoto projektu byl vznik dokumentárního filmu „Paralelní životy“, který mapuje reformu psychiatrické péče v Anglii, Itálii a Švédsku a porovnává ji se situací v České republice (Art Movement, 2014).

## **Výzkumná část**



## 7 Výzkumný problém

Jak jsme již vícekrát zmínili v teoretické části naší práce, stigmatizační postoje společnosti vůči osobám s duševní poruchou negativně ovlivňují tyto osoby v jejich osobním i pracovním životě, a zároveň mají za následek nedostatečnou odbornou péči z důvodu nízkého financování státu do oblasti duševního zdraví. Považujeme proto za důležité zkoumat postoje společnosti k duševně nemocným, jelikož: (1) významně ovlivňují sebepojetí a život osob s duševní poruchou; (2) jsou jedním z ukazatelů vypovídajícím o aktuální úrovni psychiatrické péče v daném státě; (3) se jedná o jeden z mála způsobů, jak zjistit efektivitu destigmatizačních kampaní.

Vzhledem k nedostatečnému zmapování těchto postojů v České republice jsme přesvědčeni, že další výzkum v této oblasti je velmi žádoucí. V našem výzkumu se cíleně zaměřujeme na populaci adolescentů, jelikož mnoho destigmatizačních kampaní je zaměřeno právě na středoškoláky.

### 7.1 Cíle výzkumu

V závislosti na výše uvedeném výzkumném problému jsme formulovali hlavní výzkumný cíl s následnými dílčími cíli:

*Zmapovat postoje adolescentů k osobám s duševní poruchou.*

Dílčí cíle:

1. Zjistit míru informovanosti dospívajících o problematice duševních poruch.
2. Zmapovat zkušenost a pocity adolescentů týkající se osob s duševní poruchou.
3. Prozkoumat formy zamýšleného chování dospívajících vůči duševně nemocným v rámci různých sociálních situací.
4. Prokázat pozitivní vliv destigmatizační kampaně *Mind the Mind* na postoje k duševně nemocným.
5. Ověřit výzkumné hypotézy.

Rádi bychom na tomto místě také předeslali, že náš výzkum je z důvodu absence vhodného standardizovaného nástroje měřícího postoje k osobám s duševní poruchou spíše mapujícího charakteru a jeho stěžejní zaměření proto nestojí na výzkumných hypotézách.

## 7.2 Výzkumné hypotézy

V souladu s výše uvedenými výzkumnými cíli a na základě rešerše předešlých studií a výzkumů zaměřených na postoje společnosti k osobám s duševní poruchou jsme formulovali následující hypotézy:

**H1a:** *Dívky mají pozitivnější postoj vůči osobám s duševní poruchou než chlapci.*

**H1b:** *Dívky jsou ochotnější přátelit se s duševně nemocnou osobou než chlapci.*

**H2a:** *Žáci gymnázia mají pozitivnější postoj k osobám s duševní poruchou, než žáci střední odborné školy.*

**H2b:** *Žáci gymnázia jsou ochotnější přátelit se s duševně nemocnou osobou než žáci střední odborné školy.*

**H3a:** *Jedinci, kteří mají osobní zkušenost s duševně nemocnou osobou, mají pozitivnější postoj k osobám s duševní poruchou, než jedinci bez této zkušenosti.*

**H3b:** *Jedinci, kteří mají osobní zkušenost s duševně nemocnou osobou, jsou ochotnější přátelit se s duševně nemocnou osobou, než jedinci bez této zkušenosti.*

**H4a:** *Postoje adolescentů k osobám s duševní poruchou se liší v závislosti na velikosti místa bydliště.*

**H4b:** *Ochota přátelit se s duševně nemocnou osobou se liší v závislosti na velikosti místa bydliště.*

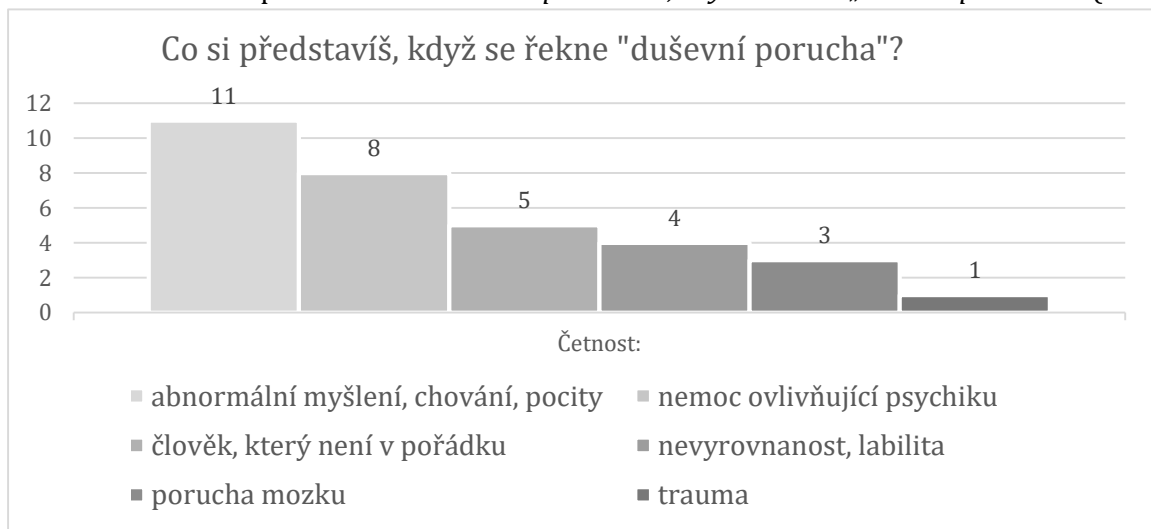
## 7.3 Volba výzkumné strategie a techniky sběru dat

Pro účely našeho výzkumu jsme zvolili kvantitativní design obohacený o systematickou analýzu otevřených otázek. Jako výzkumný nástroj jsme zvolili dotazník vlastní konstrukce *Dotazník postojů k osobám s duševní poruchou* (viz příloha č. 5), který sestavila autorka této práce a následně revidovala po konzultacích s vedoucím práce a dalšími vyučujícími na Katedře psychologie, FF UP. Tuto metodu sběru dat jsme použili, jelikož v době plánování výzkumu neexistoval žádný standardizovaný nástroj měřící postoje adolescentů k osobám s duševní poruchou, který by odpovídal potřebám výzkumného záměru. Dotazník byl administrován skupinově.

### 7. 3. 1 Předvýzkum

Před samotnou tvorbou dotazníku jsme realizovali předvýzkum s cílem zjistit, jaká je informovanost dospívajících o problematice duševních poruch, zdali mají dostatečné vědomosti o významu pojmu duševní porucha a zdali znají některé konkrétní duševní poruchy. Předvýzkum probíhal formou online dotazníku, v němž 28 respondentů (věk 15-20 let) odpovídalo na dvě otevřené otázky: (1) *Co si představíš, když se řekne „duševní porucha“?*; (2) *Jaké znáš duševní poruchy?*. Následující dva grafy (Graf 1 a 2) zobrazují výsledky předvýzkumu, přičemž u první otázky uvedli 4 respondenti dvě odpovědi a u druhé otázky většina respondentů uvedla dvě a více odpovědí.

Graf 1: Rozložení odpovědí na otázku *Co si představíš, když se řekne „duševní porucha“?* (n=28)



Graf 2: Rozložení odpovědí na otázku *Jaké znáš duševní poruchy?* (n=28)



Z uvedených grafů je zřejmé, že většina respondentů si dokáže reálně představit, co znamená pojem duševní porucha, ačkoliv odpovědi jsou poměrně variabilní. Kromě tří respondentů uvedli všichni alespoň jednu duševní poruchu, tudíž můžeme na základě předvýzkumu konstatovat poměrně vysokou informovanost o této problematice. Slabinou našeho předvýzkumu ovšem byla absence otázky zjišťující typ školy, kterou respondent aktuálně studoval a zároveň možnost falsifikace odpovědí díky přístupu na internet, jelikož předvýzkum probíhal formou online dotazníku.

V závislosti na výsledcích předvýzkumu jsme se rozhodli do našeho dotazníku zařadit odbornou definici pojmu duševní porucha pro případ, že by někteří respondenti tento pojem neznali nebo nevěděli, co si pod ním představit.

### 7. 3. 2 Tvorba dotazníku vlastní konstrukce

Tvorba dotazníku probíhala v několika krocích. Před započítím vlastní konstrukce jsme po obsáhlé rešerši dosavadních studií formulovali již výše uvedené hypotézy, z nichž jsme při konstrukci dotazníku vycházeli. Po zhodnocení výsledků předvýzkumu jsme se rozhodli pro kombinaci uzavřených i otevřených otázek, jelikož naším záměrem bylo poskytnout respondentům možnost samostatného vyjádření, které umožňují právě otevřené otázky. První verze dotazníku obsahovala 16 otázek, nicméně tři z nich jsme posléze vyřadili, jelikož jsme je zhodnotili jako irelevantní vzhledem k výzkumným cílům (jednalo se např. o otázku „*Myslíš si, že osoby s duševní poruchou jsou v naší společnosti diskriminovány/utiskovány?*“).

Finální verze dotazníku obsahuje 19 otázek (12 uzavřených a 7 otevřených) a pro vyplnění má respondent 15-20 minut. Na úvodní straně je účastník výzkumu seznámen s účelem dotazníku, jeho základními charakteristikami a způsobem jeho vyplnění. Před samotným vyplňováním jsou respondenti, kteří se zúčastnili destigmatizační kampaně *Mind the Mind* (viz kapitoly 6. 1), požádáni o zaznamenání zkratky „MtM“ na úvodní stranu dotazníku. Následně respondent vyplňuje po dobu tří minut 2 otevřené otázky, které jsou shodné s otázkami použitými v předvýzkumu. K těmto otázkám se již po uplynulém čase nesmí vracet, jelikož na následující straně jsou uvedeny odborné definice pojmů *postoj* a *duševní porucha*<sup>5</sup>, i s jejími konkrétními

---

<sup>5</sup> Pojmy *postoj* a *duševní porucha* jsme převzali z Hartlova Psychologického slovníku (2010) a upravili potřebám respondentů.

příklady. Tyto definice jsme použili, jelikož naším záměrem bylo, aby všichni respondenti věděli, co tyto pojmy znamenají a vyhnuli se tak případným nedorozuměním během vyplňování dotazníku.

Za uvedenými definicemi následují otázky (1) demografické (pohlaví, věk, velikost místa bydliště, typ školy, ročník); (2) zjišťující zdroje informací o problematice duševních poruch; (3) zjišťující osobní či zprostředkovanou zkušenost s osobou s duševní poruchou; (4) zjišťující postoj k osobám s duševní poruchou; (5) otevřené otázky o tzv. zamýšleném chování k osobám s duševní poruchou v různých sociálních situacích. Tyto otevřené otázky jsme sestavili tak, aby si respondenti snáze dokázali představit situaci v určité hypotetické realitě (např. otázka č. 16: *„Kdyby ses dozvěděl/a, že někdo z tvých blízkých kamarádů onemocněl duševní poruchou, jak bys nejspíš zareagoval/a?“*).

## 8 Výzkumný soubor

Základní soubor, ze kterého v našem výzkumu vycházíme, tvoří adolescenti žijící na území Moravskoslezského a Olomouckého kraje a hlavního města Prahy. Základní soubor tvoří konkrétně žáci středních škol a čtyřletých gymnázií, a žáci vyššího stupně osmiletých, popřípadě šestiletých gymnázií. Ve školním roce 2014/2015 tvořilo tento základní soubor ve vybraných krajích ČR 141 237 osob (MŠMT, 2015).

Pro výběr výzkumného souboru jsme z důvodu dobré dostupnosti použili techniku záměrného výběru přes instituci a oslovili jsme 1 víceleté gymnázium v Praze, 1 víceleté gymnázium v Olomouci a 1 střední odbornou školu v Opavě. Do každé z výše zmíněných škol jsme učitelům společenských věd zaslali e-mailem dopis žádající o spolupráci na výzkumném šetření (viz příloha č. 4) a následně jsme od všech oslovených učitelů obdrželi kladnou odpověď. Jelikož naším záměrem bylo dosáhnout pokud možno co nejvyšší eliminace nežádoucích proměnných a zároveň získat užitečná data z pozorování účastníků výzkumu, administraci dotazníků ve formě tužka-papír provedla osobně autorka práce. Testování výběrového souboru proběhlo v červnu 2015.

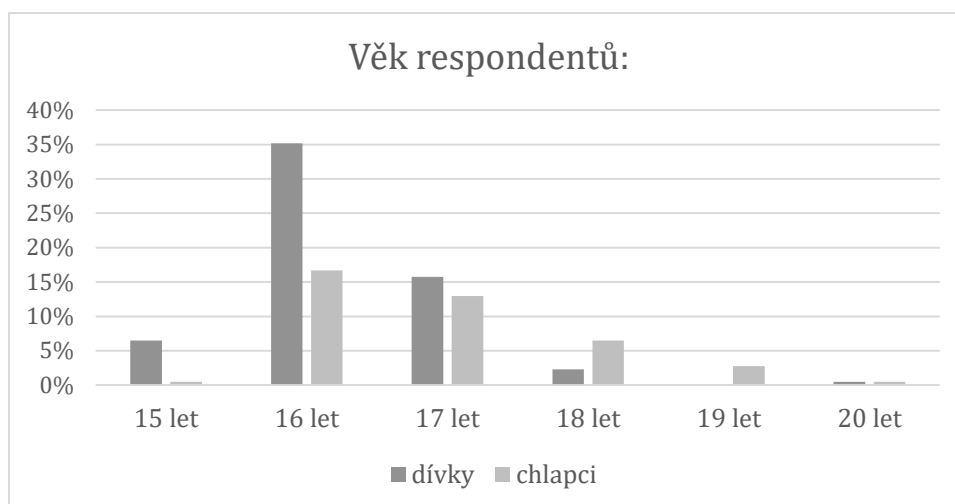
### 8.1 Popis výběrového souboru

Jak jsme již uvedli výše, administrace dotazníků proběhla na 2 gymnáziích a 1 střední škole na území Prahy, Olomouce a Opavy. Celkem bylo otestováno 216 dospívajících (viz Tab. 1 a Graf 3). Nejvíce zastoupenou věkovou kategorií jsou 16letí, neboť téměř 62 % respondentů bylo během výzkumného šetření žáky 1. ročníků. Nevyvážený poměr školních ročníků byl způsoben technickými okolnostmi (během dotazníkového šetření bylo na školách možno testovat především 1. ročníky z důvodu pořádání školních výletů), a jsme si vědomi, že tato skutečnost značně snižuje reprezentativnost výběrového souboru.

Tab. 1: Charakteristika výběrového souboru z hlediska pohlaví a věku

	počet	počet v %	věk. průměr	sm. odchylka
<b>Dívky</b>	130	60 %	16,26	0,76
<b>Chlapci</b>	86	40 %	16,90	1,01
<b>Celý soubor</b>	216	100 %	16,51	0,92

Graf 3: Rozložení četností věku z hlediska pohlaví v % (n = 216)



V Tabulce 2 je zaznamenáno rozložení četností typu školy a školního ročníku u výběrového souboru. Jelikož jsme se z důvodu větších časových možností kantorů rozhodli pro administraci dotazníků ke konci školního roku, nemohli jsme získat žádná data od žáků čtvrtých (tedy maturitních) ročníků, kteří studium ukončili dříve než ostatní ročníky. Poměr mezi Střední odbornou školou (SOŠ) a Gymnázií činí 105:111, čímž bylo dosaženo relativního vyvážení v této oblasti.

Tab. 2: Charakteristika výběrového souboru z hlediska typu školy a školního ročníku

Typ školy	Celkem	Dívky	Chlapci
<b>SOŠ</b>	105	60	45
<b>Čtyřleté G</b>	79	51	28
<b>Osmileté G</b>	32	19	13

Školní ročník	Celkem	Dívky	Chlapci
<b>1. ročník</b>	133	92	41
<b>2. ročník</b>	69	38	31
<b>3. ročník</b>	14	0	14

## 8.2 Etika výzkumu

Účastníci výzkumu byli prostřednictvím úvodní strany dotazníku informováni o anonymitě a dobrovolnosti dotazníkového šetření a zároveň o využití jimi poskytnutých dat pouze pro účely výzkumu. Tato skutečnost jim byla zároveň zopakována ústně při administraci dotazníku. Žádný respondent neodmítl účast na výzkumném šetření.

Výzkumný soubor byl tvořen pouze osobami staršími 15 let, a proto nebylo třeba řešit závažnější etické otázky.

## 9 Analýza a interpretace výsledků

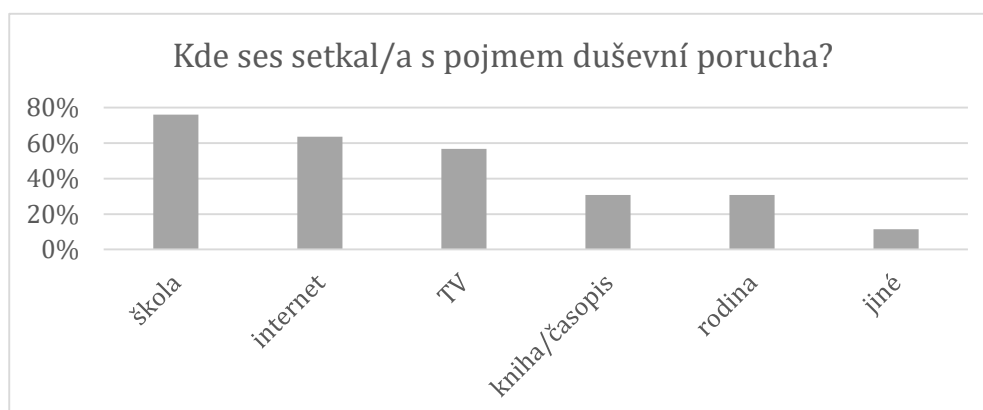
Všechna data získaná z dotazníkového šetření jsme nejprve převedli do elektronické podoby pomocí programu MS Office Excel 2013. Kvantitativní data (odpovědi na uzavřené otázky) jsme zaznamenávali v číselné podobě, následně vytvořili základní popisné charakteristiky výběrového souboru (viz kapitola 8.1) a data určená pro statistickou analýzu jsme převedli do programu STATISTICA 12. Vzhledem k neparametrické povaze dat (tj. nebyla splněna podmínka normálního rozložení dat) jsme použili neparametrické statistické metody. Pro analýzu nominálních dat jsme zvolili  $\chi^2$  test, pro zpracování ordinálních dat jsme využili Mann-Whitneyův U-test a Kruskal-Wallisovu analýzu rozptylu. U veškerých analyzovaných dat jsme si stanovili hladinu významnosti  $\alpha = 0,05$ .

Kvalitativní data (odpovědi na otevřené otázky) jsme doslovně přepsali, posléze dvakrát kódovali a pomocí metody vytváření trsů jsme vytvořili závěrečné kategorie s četnostmi, čili jsme provedli kvantifikaci kvalitativních dat. V následujících podkapitolách prezentujeme výsledky ze získaných kvantitativních dat a otevřených otázek ve slovní či grafické podobě a vyjadřujeme se k platnosti hypotéz. Vzhledem k rozsáhlosti výsledků není však možné interpretovat všechny, omezíme se proto na základní a podstatná zjištění.

### 9.1 Popisné charakteristiky

V následující podkapitole prezentujeme především výsledky zjišťující zdroje informovanosti o tematice duševních poruch a zkušenosti s duševně nemocnými. Z výběrového souboru se během života setkalo s pojmem *duševní porucha* 201 respondentů (93 %) a pouze 15 respondentů (7 %) se s tímto pojmem dosud neseťkalo. V Grafu 4 je znázorněno rozložení nejčastěji uváděných zdrojů informací o pojmu „duševní porucha“. Kromě zmíněných zdrojů uváděli respondenti v kategorii *Jiné* např. kamarády ( $n = 6$ ), vlastní zkušenost ( $n = 4$ ) nebo psychologa ( $n = 3$ ).

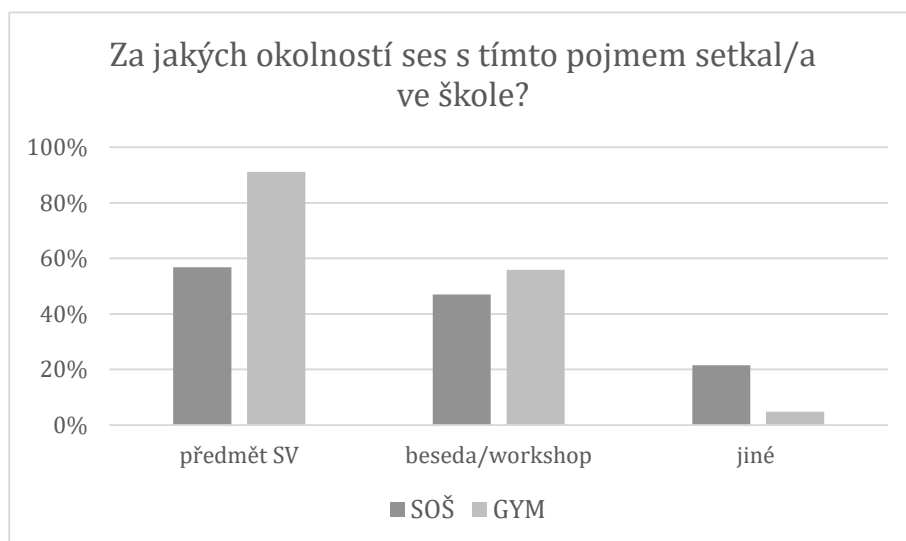
Graf 4: Rozložení zdrojů informací o pojmu *duševní porucha* v % ( $n = 211$ )





Z uvedeného grafu je zřejmé, že nejčastěji se dospívající setkávají s tematikou duševních poruch ve škole (49 % žáků SOŠ a 92 % žáků gymnázií), v Grafu 5 proto uvádíme podrobnější rozbor k tomuto zdroji informací. V kategorii *Jiné* uváděli respondenti např. diskuzi se spolužáky (n = 8) či spolužáka trpícího duševní poruchou (n = 4). Z grafu vyplývá, že žáci gymnázií se s tematikou duševních poruch setkávají častěji v rámci vyučování nebo školou pořádaných workshopů či besed (43 respondentů z gymnázií se účastnilo např. destigmatizační kampaně *Mind the Mind* 3 měsíce před výzkumným šetřením), a žáci SOŠ se s tematikou duševních poruch setkávají spíše mimo vyučování.

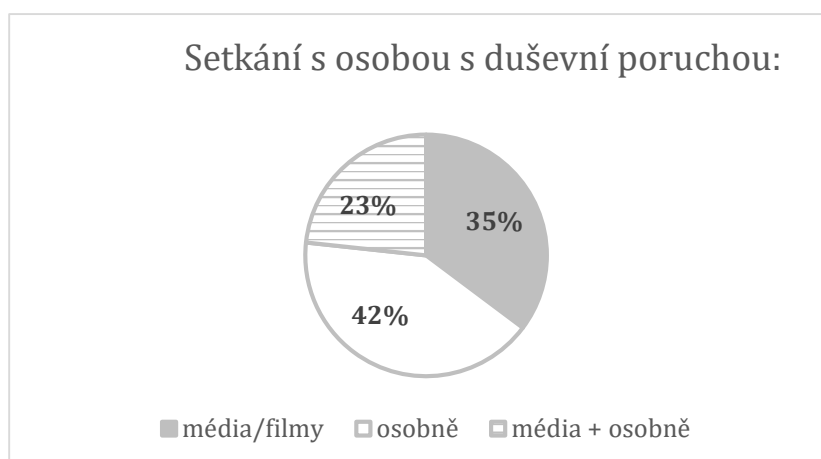
Graf 5: Rozložení zdrojů informací ve škole dle typu školy v % (n<sub>1</sub> = 51; n<sub>2</sub> = 102)



Pozn.: „předmět SV“ = předmět Společenské vědy

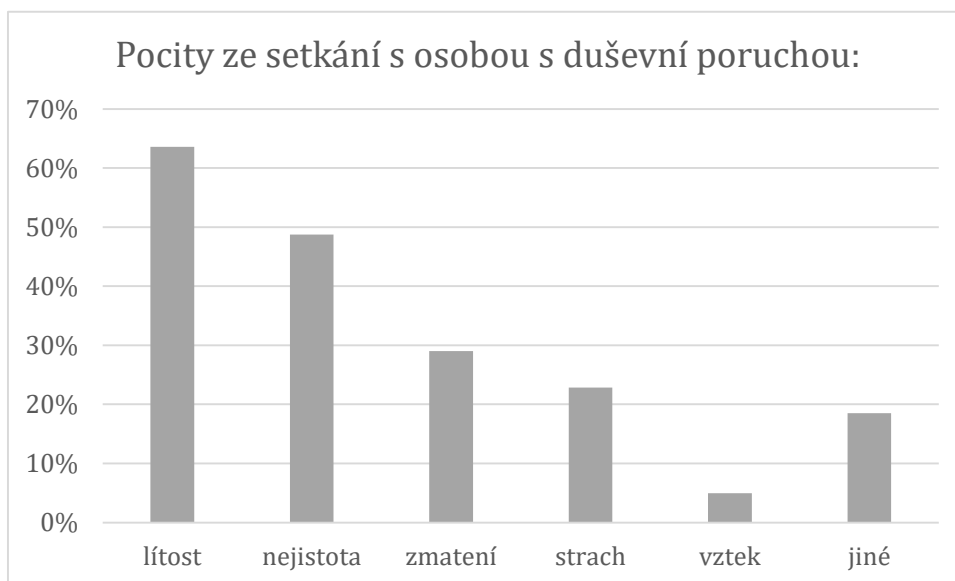
Respondenti byli dále dotazováni, zdali se někdy setkali osobně či zprostředkovaně s duševně nemocným člověkem. 175 respondentů (81 %) odpovědělo, že se již někdy setkalo s osobou s duševní poruchou a 41 respondentů (19 %) se doposud s duševně nemocným nesetkalo. Graf 6 zobrazuje rozložení forem setkání.

Graf 6: Rozložení forem setkání s osobou s duševní poruchou v % (n = 175)



Respondenti byli dále dotazováni, jaké měli pocity ze setkání s osobou s duševní poruchou. Výsledky prezentujeme v Grafu 7. V kategorii *Jiné* uváděli respondenti např. neutrální pocit (n = 10), snaha pomoci (n = 8) či soucit (n = 3). Na tuto otázku odpovědělo o 13 respondentů méně než na předchozí otázku ohledně forem setkání, pravděpodobně z důvodu neporozumění zadání otázky, jelikož v ní nebylo specifikováno, zdali se mají pocity vztahovat k osobnímu či zprostředkovanému setkání.

Graf 7: Rozložení druhů pocitů ze setkání s osobou s duševní poruchou v % (n = 162)



## 9.2 Výsledky kvantitativních dat

Jelikož získaná data měla podobu jak nominální tak ordinální, prezentujeme hlavní statistické výsledky z důvodu přehlednosti podle tohoto rozdělení. Následně se v navazující podkapitole vyjadřujeme k platnosti hypotéz.

### Výsledky nominálních dat

Pomocí  $\chi^2$  testu se stanovenou hladinou významnosti  $\alpha = 0,05$  jsme měřili souvislost mezi otázkou č. 15 („Umiš si představit, že by se člověk s duševní poruchou stal tvým kamarádem?“) a následujícími faktory: pohlaví, velikost místa bydliště, typ školy, osobní zkušenost s osobou s duševní poruchou a účast na destigmatizačním workshopu *Mind the Mind*. V Tabulce 3 jsou zobrazeny souhrnné výsledky pro všechny faktory.

Tab. 3: Výsledky  $\chi^2$  testu pro souvislost mezi ochotou přátelit se s duševně nemocným a jednotlivými faktory

	$\chi^2$	sv	n	p	$r_\varphi$
<b>Pohlaví</b>	2,99	1	212	<b>0,04*</b>	0,12
<b>Bydliště</b>	3,84	4	212	<b>0,43</b>	--
<b>Typ školy</b>	1,87	2	212	<b>0,20</b>	--
<b>Os. zkušenost</b>	4,71	1	212	<b>0,02*</b>	0,15
<b>MtM</b>	0,31	1	212	<b>0,58</b>	--

Pozn.: „sv“ = stupně volnosti, „\*“ signifikantní na hladině  $\alpha = 0,05$ ; „ $r_\varphi$ “ = effect size ( $\varphi$  koeficient)

Z uvedené tabulky vyplývá, že faktory pohlaví a osobní zkušenost mají statisticky signifikantní vliv na ochotu přátelit se s duševně nemocnou osobou, ačkoliv praktická významnost (effect size) je u obou faktorů poměrně nízká. Naopak velikost místa bydliště, typ školy a účast na destigmatizačním workshopu *Mind the Mind* danou proměnnou neovlivňují. Uvedené p-hodnoty u faktorů pohlaví, typ školy a osobní zkušenost jsou již po převedení na jednostrannou hypotézu (tj. původní hodnoty byly 2x vyšší). Pro upřesnění uvádíme kontingenční tabulky (Tab. 4 a Tab. 5) s pozorovanými četnostmi faktorů pohlaví a osobní zkušenost včetně procentuálního zastoupení jednotlivých kategorií.

Tab. 4: Kontingenční tabulka pro faktor pohlaví a ochotu přátelit se s duševně nemocným

	ochota	neochota	celkem
<b>Dívky</b>	116 (62 %)	11 (44 %)	127 (60 %)
<b>Chlapci</b>	71 (38 %)	14 (56 %)	85 (40 %)

Tab. 5: Kontingenční tabulka pro faktor osobní zkušenost a ochotu přátelit se s duševně nem.

	ochota	neochota	celkem
<b>Zkušenost</b>	103 (55 %)	8 (32 %)	111 52 %)
<b>Bez zkušen.</b>	84 (45 %)	17 (68 %)	101 (48 %)

### Výsledky ordinálních dat

Pomocí Mann-Whitneyova U-testu a Kruskal-Wallisovy analýzy rozptylu jsme měřili na stanovené hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  souvislost mezi otázkou č. 9 („Označ obrázek, který nejvíce charakterizuje tvůj postoj k osobám s duševní poruchou.“

– Likertova škála) a faktory pohlaví, bydliště, typ školy, osobní zkušenost a účast na destigmatizačním workshopu *Mind the Mind*.

V Tabulce 6 jsou zobrazeny souhrnné výsledky Mann-Whitneyova U-testu pro faktory pohlaví, zkušenost a účast na destigmatizačním workshopu *Mind the Mind*.

Tab. 6: Výsledky Mann-Whitneyova U-testu pro souvislost mezi postojem k duševně nemocným a jednotlivými faktory

	<b>U</b>	<b>n1</b>	<b>n2</b>	<b>p</b>	<b>r</b>
<b>Pohlaví</b>	4478,5	128	85	<b>0,01*</b>	0,17
<b>Os. zkuš.</b>	4931	112	101	<b>0,07</b>	--
<b>MtM</b>	3259,5	41	172	<b>0,40</b>	--

Pozn.: „n1“ ~ dívky (pohlaví), ano (zkušenost, MtM); „n2“ ~ chlapci (pohlaví), ne (zkušenost, MtM); „\*“ signifikantní na hladině  $\alpha = 0,05$ ; „r“ = effect size

Z tabulky je patrné, že postoj k duševně nemocným statisticky signifikantně ovlivňuje faktor pohlaví, ačkoliv praktická významnost (effect size) tohoto faktoru se pohybuje mezi nízkým až středně vysokým efektem. Faktory osobní zkušenost a *Mind the Mind* ovšem na tyto postoje vliv nemají. Uvedené p-hodnoty u faktorů pohlaví a osobní zkušenost jsou již po převedení na jednostrannou hypotézu (tj. původní hodnoty byly 2x vyšší). Průměrné pořadí skupin u faktoru pohlaví bylo: Dívky = 99,49 a Chlapci = 118,31.

V Tabulce 7 jsou uvedeny výsledky Kruskal-Wallisovy analýzy rozptylu pro faktory místo bydliště a typ školy.

Tab. 7: Výsledky Kruskal-Wallisovy analýzy pro souvislost mezi postojem k duševně nemocným a faktory bydliště a typ školy

	<b>H</b>	<b>sv</b>	<b>n</b>	<b>p</b>
<b>Bydliště</b>	8,10	4	213	<b>0,09</b>
<b>Typ školy</b>	2,09	2	213	<b>0,18</b>

Pozn.: „sv“ = stupně volnosti

Z uvedené tabulky je zjevné, že ani bydliště, ani typ školy nevykazují signifikantní vztah s postojem k duševně nemocným. Uvedená p-hodnota pro faktor typ školy je již po převedení na jednostrannou hypotézu.

## 9. 2. 1 Zhodnocení platnosti hypotéz

**H1a:** *Dívky mají pozitivnější postoj vůči osobám s duševní poruchou než chlapci.*

Hypotézu č. 1a **přijímáme**. Dívky vykazovaly signifikantně pozitivnější postoj než chlapci ( $p = 0,01$ ). Uvedená hodnota byla pozorována na hladině  $\alpha = 0,05$ .

**H1b:** *Dívky jsou ochotnější přátelit se s duševně nemocnou osobou než chlapci.*

Hypotézu č. 1b **přijímáme**. Dívky signifikantně častěji uváděly ochotu přátelit se než chlapci ( $p = 0,04$ ). Uvedená hodnota byla pozorována na hladině  $\alpha = 0,05$ .

**H2a:** *Žáci gymnázia mají pozitivnější postoj k osobám s duševní poruchou, než žáci střední odborné školy.*

Hypotézu č. 1a **zamítáme**. Žáci gymnázia nevykazovali signifikantně pozitivnější postoj než žáci střední odborné školy ( $p = 0,18$  na hladině  $\alpha = 0,05$ ).

**H2b:** *Žáci gymnázia jsou ochotnější přátelit se s duševně nemocnou osobou než žáci střední odborné školy.*

Hypotézu č. 2b **zamítáme**. Žáci gymnázia neuváděli signifikantně častěji ochotu přátelit se než žáci střední odborné školy ( $p = 0,20$  na hladině  $\alpha = 0,05$ ).

**H3a:** *Jedinci, kteří mají osobní zkušenost s duševně nemocnou osobou, mají pozitivnější postoj k osobám s duševní poruchou, než jedinci bez této zkušenosti.*

Hypotézu č. 3a **zamítáme**. Jedinci s osobní zkušeností nevykazovali signifikantně pozitivnější postoj než jedinci bez osobní zkušenosti ( $p = 0,07$  na hladině  $\alpha = 0,05$ ).

**H3b:** *Jedinci, kteří mají osobní zkušenost s duševně nemocnou osobou, jsou ochotnější přátelit se s duševně nemocnou osobou, než jedinci bez této zkušenosti.*

Hypotézu č. 3b **přijímáme**. Jedinci s osobní zkušeností uváděli signifikantně častěji ochotu přátelit se než jedinci bez osobní zkušenosti ( $p = 0,02$ ). Uvedená hodnota byla pozorována na hladině  $\alpha = 0,05$ .

**H4a:** *Postoje adolescentů k osobám s duševní poruchou se liší v závislosti na velikosti místa bydliště.*

Hypotézu č. 4a **zamítáme**. Velikost bydliště nemá vliv na postoje adolescentů ( $p = 0,09$  na hladině  $\alpha = 0,05$ ).

**H4b:** *Ochota přátelit se s duševně nemocnou osobou se liší v závislosti na velikosti místa bydliště.*

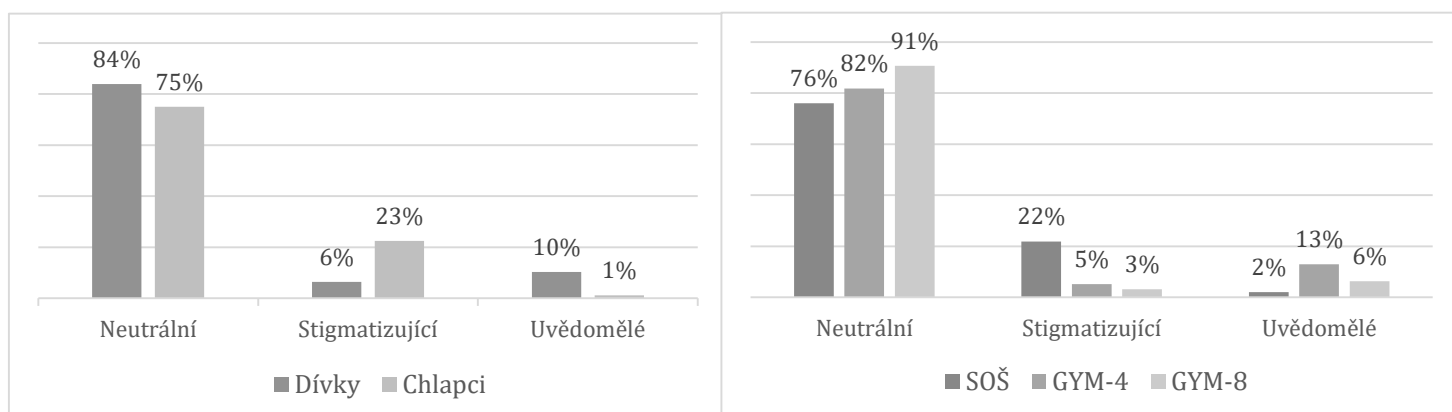
Hypotézu č. 4b **zamítáme**. Velikost bydliště nemá vliv na ochotu přátelit se ( $p = 0,43$  na hladině  $\alpha = 0,05$ ).

### 9.3 Výsledky otevřených otázek

Poslední část výsledků tvoří doplňková analýza otevřených otázek dotazníku, kterou jsme prováděli v MS Office Excel 2013, a jež mapuje jednak informovanost dospívajících o tematicke duševních poruch a jednak formy zamýšleného chování vůči duševně nemocným. Analyzovány byly položky 00, 01, 13, 14 a 16. Všechny uvedené příklady odpovědí jsou doslovným přepisem z dotazníků z důvodu zachování autentičnosti získaného materiálu.

Na začátku dotazníku respondenti vyplňovali otázky o významu pojmu *duševní porucha* a jejích konkrétních typech. Podobně jako v předvýzkumu, ve kterém jsme tyto otázky rovněž použili, byly odpovědi respondentů poměrně vysoce variabilní a tudíž náročné na zpracování a kategorizování. Pro přehlednost jsme se proto rozhodli rozdělit odpovědi na otázku 01, tj. „Napiš vlastními slovy, co si představíš, když se řekne *duševní porucha*“ do 3 obecných kategorií – neutrální, stigmatizující a uvědomělé. Rozložení odpovědí do těchto kategorií v závislosti na pohlaví a typu školy uvádíme v Grafu 8. Celkem 11 respondentů (5 %) nevedlo žádnou definici duševní poruchy.

Graf 8: Rozložení odpovědí na otázku 01 dle pohlaví a typu školy v % (n = 205)



Z grafu je patrné, že nejobsáhlejší kategorii tvoří neutrální odpovědi. Do této kategorie spadá např. odlišnost duševně nemocných, různé projevy duševních poruch, nutnost odborné péče, omezení života či různé tzv. definice kruhem (psychická porucha, duševní problém, narušení psychiky, problém v hlavě). Příkladem neutrálních výpovědí může být: „*Člověk, který se výrazně vymyká z normálu a jeho prožívání a vystupování na veřejnosti je ovlivněno myšlenkovými pochody,*“ (dívka, 16 let, čtyřleté gymnázium), nebo „*Lidé co se o sebe neumí postarat a mají v chování nějaké poruchy,*“ (chlapec, 17 let, SOŠ), či „*Člověk, který má nějakou nemoc nebo problém duševního charakteru a nechová se jako zdraví lidé,*“ (chlapec, 17 let, osmileté gymnázium).

Do kategorie stigmatizujících odpovědí spadají především hanlivé odpovědi a předsudky spojené s nebezpečností duševně nemocných osob. Příkladem stigmatizujících výpovědí může být: „*Člověk, který je na tom od pohledu špatně (Miloš Zeman),*“ (chlapec, 18 let, SOŠ), či „*Retard, neumí mluvit, psát, vypadá jak většina mojí třídy,*“ (chlapec, 16 let, SOŠ), nebo „*Blázen, nebezpečný člověk,*“ (chlapec, 16 let, čtyřleté gymnázium).

Mezi odpovědi tzv. uvědomělého charakteru patří zejména odpovědi, ve kterých respondenti připouští, že duševně nemocní jsou odsuzováni většinovou společností. Příkladem uvědomělých výpovědí může být: „*Jiný postoj a chování člověka, ostatní ho příliš odsuzují ani si o něm nic nezjistí,*“ (dívka, 16 let, čtyřleté gymnázium), nebo „*Člověk, který se nechová jako ostatní. Nemusí být nemocný, jen se nechová podle představ společnosti,*“ (dívka, 18 let, čtyřleté gymnázium), či „*Lidi, kteří nějakou poruchu mají, léčí se, ale i tak budou pořád odsuzováni. Představím si něco za co ten člověk vlastně ani nemůže,*“ (dívka, 16 let, čtyřleté gymnázium).

Z uvedeného grafu lze také pozorovat, že dívky a žáci gymnázií uváděli více neutrálních a uvědomělých odpovědí, zatímco chlapci a žáci střední odborné školy uváděli více stigmatizujících odpovědí.

Pomocí Obrázku 2 prezentujeme pro lepší představu nejčastěji asociované pojmy respondentů k termínu *duševní porucha*. Nejčastěji se objevily pojmy *problém* či *problémy* (48 respondentů), které byly doplněny adjektivy *duševní*, *psychický*, *v hlavě* či *mentální*. Pojem *chování* uvedlo 31 respondentů, kteří ho doplňovali především adjektivy *jiné*, *nevhodné* nebo *odlišné*.

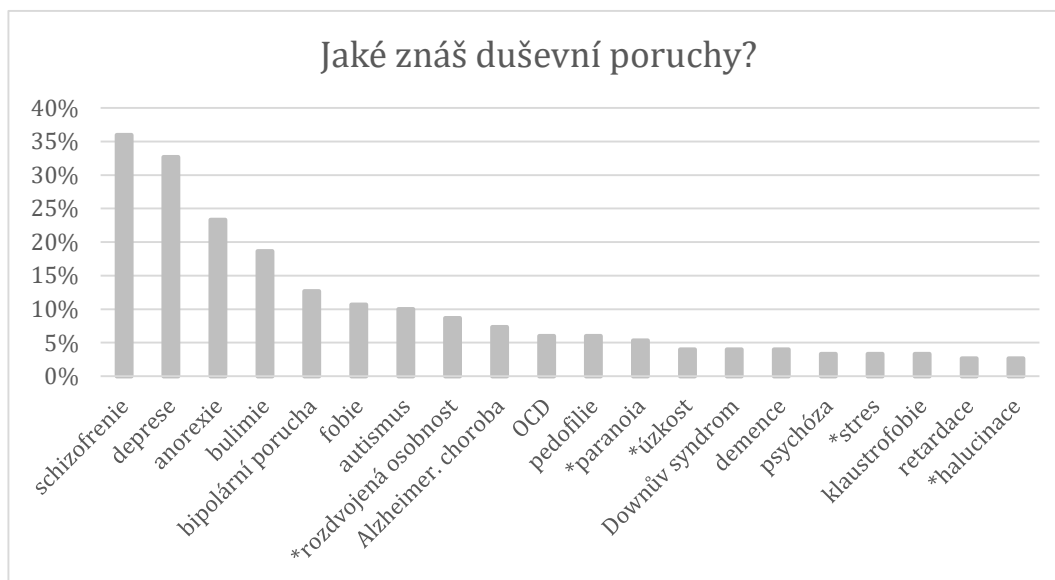
Obrázek 2: Nejčastější pojmy asociované s termínem duševní porucha



Zdroj: www.tagul.com

Graf 9 zobrazuje procentuální četnosti 20 nejčastěji uváděných duševních poruch. 62 respondentů (24 %) neuvvedlo žádnou duševní poruchu. Nejčastěji uváděnou poruchou byla schizofrenie (54 respondentů) a deprese (49 respondentů).

Graf 9: Rozložení relativních četností typů duševních poruch v % (n = 150)



Pozn.: „\*“ nesprávně uvedená duševní porucha

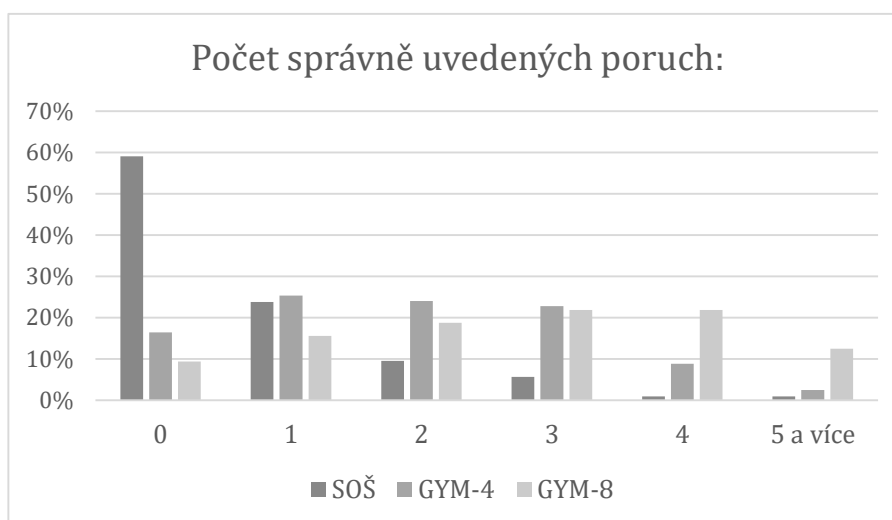
Mnoho odpovědí, které respondenti v této otázce uváděli, nejsou ve skutečnosti samotnou duševní poruchou, nicméně se často jedná o různé symptomy, které provázejí dané duševní poruchy (např. paranoia, úzkost, stres, halucinace). 13 respondentů také nesprávně jako typ duševní poruchy uvedlo „rozdvojenou



osobnost“, což považujeme za zajímavý fakt, jelikož se pravděpodobně jedná o stále rozšířený laický výraz pro schizofrenii. Bipolární porucha byla uváděna i ve formě „maniodeprese“ nebo „maniodepresivní psychóza“. Alzheimerova choroba byla v 10 z 11 případů uvedena jako „Alzheimer“.

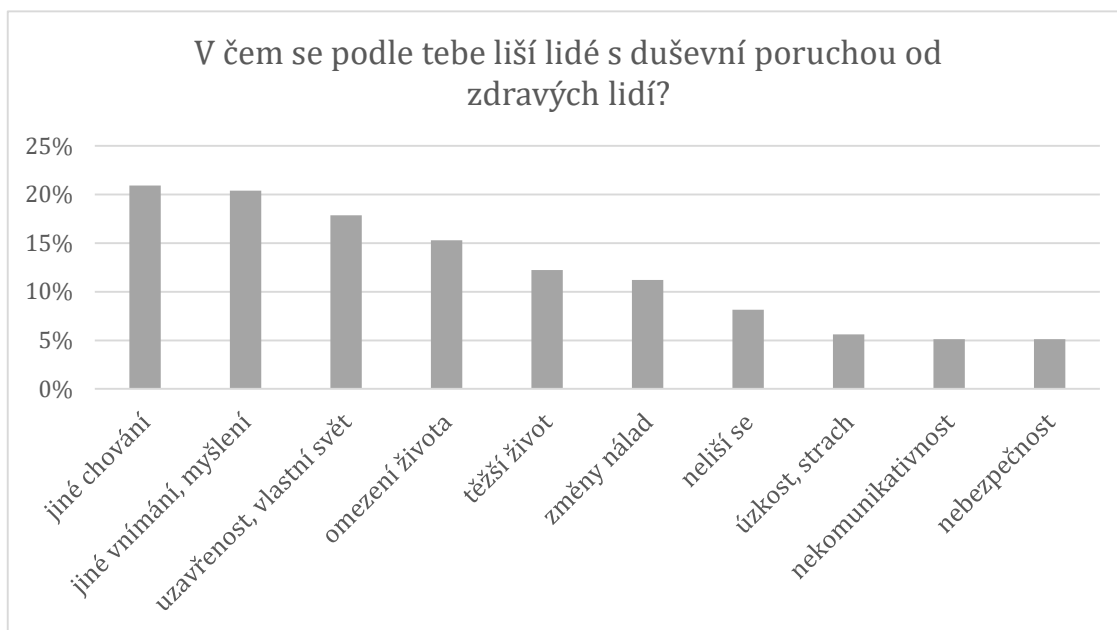
Pomocí Grafu 10 prezentujeme rozložení procentuálních četností správně uvedených duševních poruch (dle MKN-10) podle typu studované školy. Z grafu lze pozorovat sestupný trend počtu uváděných duševních poruch u žáků SOŠ a naopak vzestupný trend u žáků čtyřletých gymnázií a ještě vyšší u žáků osmiletých gymnázií. Tuto závislost jsme potvrdili statistickým testem Kruskal-Wallisovy analýzy na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ :  $H(2, n = 216) = 63,09$ ;  $p = 0,00$ . Průměrné pořadí jednotlivých skupin bylo následující: SOŠ = 76,03; GYM-4 = 131,93; GYM-8 = 157,19.

Graf 10: Rozložení četností správně uvedených duševních poruch v % (n=216)



Nejčastější odpovědi na otázku „V čem se podle tebe liší lidé s duševní poruchou od zdravých lidí?“ jsou prezentovány v Grafu 11. Tuto otázku nezodpovědělo 20 respondentů (9 %). Odpovědi na tuto otázku byly poměrně variabilní, nejčastěji však respondenti uváděli „jiné chování“, které bylo specifikováno např. adjektivy nepřiměřené, nevhodné či divné. Pod kategorií „jiné vnímání, myšlení“ spadá nereálné vnímání světa či okolí, neschopnost logicky uvažovat nebo zmatené myšlení. Např. 16letá dívka ze čtyřletého gymnázia uvedla: „Vnímá svět trochu jinak. Možná více pozitivně, že mu je vše jedno nebo vidí jen hrozbu a utápí se v depresích.“

Graf 11: Rozložení četností rozdílů mezi duševně nemocnými a zdravými lidmi v % (n = 196)



Do kategorie „uzavřenost, vlastní svět“ patří také stranění se ostatních a introverze. Např. podle 16leté dívky ze SOŠ člověk s duševní poruchou „*bude asi hodně uzavřený do sebe a má vytvořený svůj "vlastní svět", ve kterém je on sám a nikdo jiný.*“

V kategorii „omezení života“ jsou zahrnuty také nesamostatnost a neschopnost začlenit se a fungovat ve společnosti. Příkladem odpovědí může být: „*Má více problém zapadnout do společnosti a normálně v ní fungovat,*“ (chlapec, 18 let, SOŠ), nebo „*V pokročilém stadiu má problémy normálně fungovat v moderní společnosti,*“ (chlapec, 17 let, osmileté gymnázium).

Podle 23 respondentů mají osoby s duševní poruchou těžší život, jelikož v něm mají zmatek a hůře si poradí v některých situacích. Do kategorie „změny nálad“ patří také intenzivní prožívání, např. 16letá dívka ze SOŠ uvedla: „*Na první pohled to někdy nejde vidět. Ale je více emocionální. Vše více prožívá.*“

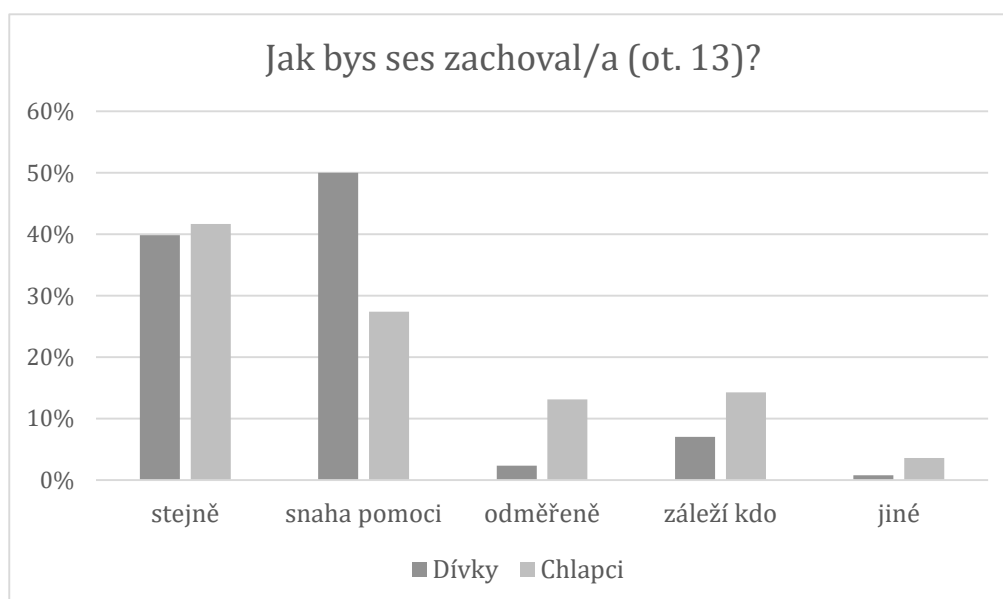
16 respondentů uvedlo, že se osoby s duševní poruchou od zdravých lidí v ničem neliší, přičemž 5 respondentů odpovědělo, že se tyto osoby neliší, pokud se léčí. V rámci této kategorie odpovědí se objevily i zajímavé výpovědi týkající se vnímání předsudků. Např. „*nijak, podle mě se to může stát každému*“ nebo „*je to pořád člověk, jako ostatní*“ či „*v podstatě se od zdravých lidí neliší, každý člověk má nějaký problém ("nikdo není dokonalý"), a to že to jde vidět nic neznamená.*“

10 respondentů uvedlo odpovědi o nebezpečnosti, nevyzpytatelnosti a agresivnosti duševně nemocných osob. Např. podle 16leté dívky ze SOŠ osoby s duševní poruchou „se liší v tom že u lidí s duševní poruchou nevím co od nich můžu čekat.“ Nebo 17letý chlapec ze čtyřletého gymnázia uvedl: „Je zkrátka jiný. Žije jakoby v jiném světě. Může být také nebezpečný.“

Zajímavou kategorií, kterou však pro její poměrně nízkou četnost (n = 9) v Grafu 11 neuvádíme, je odpověď „společnost je bere jako méněcenné“. Podobně jako u kategorie „neliší se“, jsme toho názoru, že tyto odpovědi signalizují vnímání společenské stigmatizace duševně nemocných osob. Příkladem konkrétní výpovědi může být: „Má těžší život, hlavně ve společnosti. Ostatní je většinou berou jinak, negativně,“ (dívka, 16 let, SOŠ).

Pomocí otázky 13 a 16 jsme zkoumali, jak by se probandi chovali v rámci hypotetické reality – kdyby se jeden z jejich spolužáků po 3 týdnech vrátil z nemocnice a třída se dozvěděla, že byla tomuto spolužákovi diagnostikována deprese (ot. 13) a jak by se zachovali, kdyby duševní poruchou onemocněl jejich blízký kamarád (ot. 16). Podobně jako u předchozích otevřených otázek jsme získali širokou paletu různorodých odpovědí, které jsme u otázky 13 shrnuli do základních kategorií – stejně, snaha pomoci, odměřeně a záleží na konkrétním spolužákovi. Výsledky prezentujeme v závislosti na pohlaví pomocí Grafu 12. Faktory typ školy ani účast na workshopu *Mind the Mind* neměly na tuto otázku vliv, čili odpovědi byly ve všech kategoriích poměrně vyrovnané a proto je neuvádíme ve speciálním grafu.

Graf 12: Rozložení odpovědí na otázku o hypotetické realitě dle pohlaví v % (n<sub>1</sub>=128; n<sub>2</sub>=84)



Z grafu lze pozorovat, že zhruba dvě pětiny dívek i chlapců by se ke spolužákovi s duševní poruchou chovaly stále stejně. Přibližně polovina těchto odpovědí byla doplněna komentáři: „nebudu se vnucovat, pokud spolužák nebude o kontakt stát“ nebo „nevidím důvod chovat se jinak“. Příkladem odpovědí v kategorii „stejně“ může být: *„Chovala bych se k němu normálně, stejně jako předtím. Myslím si, že jinak by mohl mít pocit, že je zvláštní a všichni se k němu chovají mile jen proto, že je nemocný a to podle mě není správné,“* (dívka, 17 let, osmileté gymnázium), či *„Navážu s ním nějaký kontakt, když on o to nebude mít zájem vnucovat se nebudu,“* (chlapec, 16 let, SOŠ), nebo *„Normálně jako by se nic nestalo. Litovat ho bude dost lidí a to ničemu nepomáhá,“* (chlapec, 18 let, SOŠ).

Znatelný rozdíl v odpovědích mezi chlapci a dívkami lze však pozorovat v kategoriích „snaha pomoci“, „odměřeně“ a „záleží kdo“. Respondentky projevily mnohem vyšší míru ochoty a snahy pomoci spolužákovi s duševní poruchou než respondenti mužského pohlaví, kteří naopak častěji volili odměřené chování, a zároveň pro ně bylo více důležité, zdali se jedná pouze o spolužáka či přímo kamaráda.

Odpovědi v kategorii „snaha pomoci“ byly buď formulovány obecně jako „snažila bych se pomoci“ nebo „promluví si s ním, rozveselím ho“, nebo se jednalo o konkrétní formy pomoci jako snaha začlenit zpět do kolektivu, poskytnout zápisky, jít na procházku a zjistit co se stalo. Příkladem odpovědí v kategorii „snaha pomoci“ může být: *„Budu se s ním snažit promluvit, jak na tom teď je a snažit se mu nějak pomoci,“* (dívka, 16 let, čtyřleté gymnázium), nebo *„Budu se snažit, aby se necítil nějak ostrčený od kolektivu, více se s ním bavil aby si nepřipadal sám,“* (dívka, 17 let, SOŠ), či *„Strašně moc jí chci pomoci. Promluví si o tom s rodiči, vyhledám pomoc na internetu či u lékaře. A budu se jí zkoušet pomoci. Aby věděla, že má alespoň jednoho člověka, kterému na ní záleží,“* (dívka, 16 let, SOŠ).

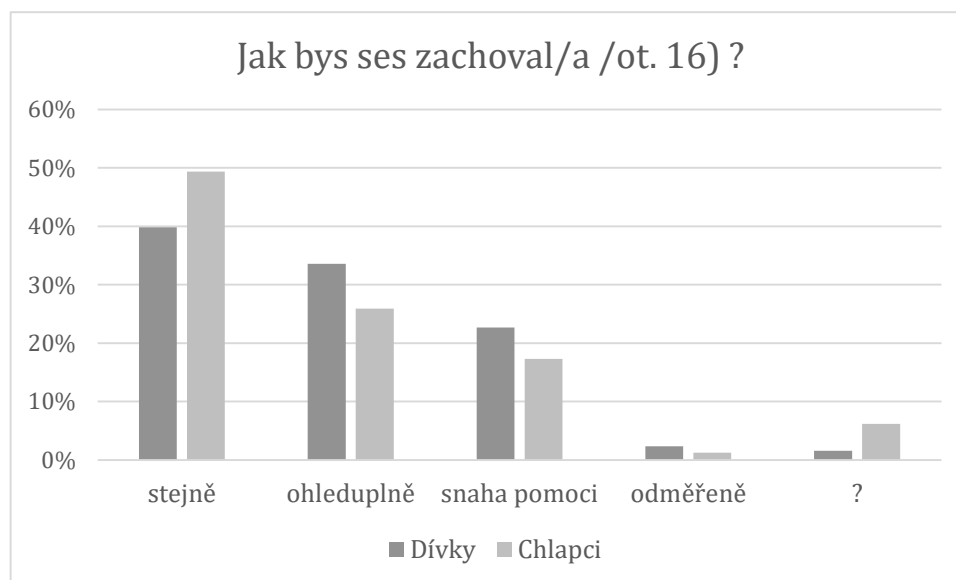
Do kategorie „odměřeně“ spadají odpovědi „nebudu si ho všímat“, „počkám, jestli bude mít on zájem“. Konkrétním příkladem odpovědi v této kategorii může být: *„Nechám ho/ji být, nesnáším vlezlé lidi,“* (chlapec, 17 let, SOŠ), nebo *„Určitě bych proti němu/ní nebyl agresivní, ale nevím jestli by to byl pořád člověk se kterým bych pokecal,“* (chlapec, 16 let, SOŠ), či *„Nebudu si ho všímat, dokud nebude chtít sám nějakou pozornost. Vyhybat se tématům jako smrt nebo depresivní počasí,“* (chlapec, 16 let, čtyřleté gymnázium).

V kategorii „záleží kdo“ zmiňovali respondenti především rozdíl v chování vůči spolužákovi nebo spolužákově a zároveň kamarádovi, přičemž převažovali odpovědi, ve kterých by se respondenti snažili navázat kontakt a pomoci pouze pokud by se jednalo o kamaráda. Konkrétní odpovědi v této kategorii mohou být: „Podle toho, jak jsem s ní/m bavil před tím, buď se budu snažit znovu navázat kontakt nebo se kdybych se s ní/m předtím nebavil, nebudu se bavit dál, v tomto případě spíše s odstupem,“ (chlapec, 16 let, čtyřleté gymnázium), nebo „Podle toho jak se ke mně choval v minulosti. Když se ke mně choval negativně nebudu mu podlézat. Nechám ho a přestanu se zajímat,“ (dívka, 16 let, SOŠ).

Do kategorie „jiné“ jsme umístili 4 nezařaditelné odpovědi, např.: „Bavím se ve třídě s někým jen občas takže bych s ní(m) nemluvil, stejně jako předtím. A stejně bych nevěděl, že mu diagnostikovali depresi,“ (chlapec, 16 let, SOŠ), či „Těžko se to popisuje. Na papír můžu sice napsat své chování, ale nevím, jak by to potom vypadalo ve skutečnosti,“ (chlapec, 18 let, čtyřleté gymnázium).

U otázky 16 jsme zaznamenali 4 kategorie odpovědí – stejně, ohleduplně, snaha pomoci a odměřeně. Rozložení těchto odpovědí podle pohlaví je zobrazeno pomocí Grafu 13.

Graf 13: Rozložení odpovědí na otázku 16 dle pohlaví v % (n<sub>1</sub>=128; n<sub>2</sub>=81)



Oproti otázce 13 je možné z grafu pozorovat snížení tendence chovat se odměřeně. Chlapci většinou odpovídali, že by se chovali stále stejně a dívky by se chovaly více ohleduplně a snažily se pomoci. Toto poměrně odlišné rozložení odpovědí

připisujeme faktu, že v otázce 13 se jednalo o zamýšlené chování vůči spolužákovi, kdežto v otázce 16 se jednalo o zamýšlené chování vůči blízkému kamarádovi. Odpovědi v kategorii „stejně“ a „odměřeně“ se shodovaly s již uvedenými příklady u otázky 13.

Do kategorie „ohleduplně“ spadají i odpovědi „opatrněji“, „mile“ či „obezřetněji“, jelikož je někteří respondenti uváděli právě ve smyslu ohleduplnějšího chování. Příkladem konkrétních odpovědí v této kategorii může být: *„Možná obezřetněji, abych např. neřekla něco špatného o té nemoci a nerozesmutněla ho/jí, ale jinak bych se chovala asi stejně,“* (dívka, 15 let, čtyřleté gymnázium), či *„Opatrněji. Více myslet na to co říkám, mohl by to více přijmout a měl by třeba záchvaty smutku...“* (dívka, 16 let, SOŠ).

## 10 Diskuze

Na tomto místě se budeme věnovat limitům výzkumu, uvedení získaných poznatků do širších souvislostí a zároveň porovnání s již provedenými výzkumy, které jsou popsány v kapitole 5. Na závěr Diskuze uvádíme doporučení pro další výzkum v oblasti postojů společnosti k osobám s duševní poruchou.

Za hlavní limit našeho výzkumu považujeme použitý výzkumný nástroj – dotazník vlastní konstrukce. Ačkoliv jeho použití lze považovat za nezbytné z důvodu absence vhodného standardizovaného nástroje měřícího postoje, tato volba s sebou přinesla několik úskalí, která nyní nastíníme. (1) Měření postojů je obecně velmi náročný proces, jelikož se jedná o psychologický konstrukt, který je těžko zachytitelný. Nelze tedy tvrdit, že náš *Dotazník postojů k osobám s duševní poruchou* opravdu měří a zkoumá postoje, a to především z důvodu absence ověření validity a reliability dotazníku. (2) Dotazník obsahuje jak uzavřené tak otevřené otázky, což značně ztěžuje analýzu položek a jejich interpretaci. Např. co se týče otázek č. 01, 13 a 16, nebylo vždy zjevné, do které z vybraných kategorií jednotlivé odpovědi zařadit z důvodu jejich poměrně vysoké variability. Použití otevřených otázek bylo nicméně naším záměrem, jelikož pomocí nich bylo možno hlouběji nahlédnout do studované problematiky a získat tak širší představu o postojích adolescentů k duševně nemocným. (3) Dotazník jsme nepodrobili pilotní studii z důvodů technických i časových, nicméně jsme realizovali předvýzkum s cílem zjistit, zdali je populace dospívajících dostatečně informována o problematice duševních poruch. (4) Z hlediska testování hypotéz bylo největším limitem dotazníku jeho nízké zaměření na kvantitativní položky vhodné pro statistické testování. Každá hypotéza byla testována pouze na jedné položce. Tato skutečnost byla způsobena charakterem našeho výzkumu, jenž byl zaměřen spíše na zmapování dané problematiky než precizní statistické ověření hypotéz. (5) V dotazníku se nachází matoucí otázka (č. 11), ve které se ptáme na pocity spojené se setkáním s duševně nemocnou osobou. Tato otázka se vztahuje k otázce č. 10 o osobní či zprostředkované zkušenosti s osobou s duševní poruchou, přičemž 13 respondentů odpovědělo, že se s duševně nemocnou osobou neseetkalo, ačkoliv v otázce č. 10 uvedli, že se s duševně nemocným setkali zprostředkovaně (např. přes TV). Tato chyba byla způsobena nespecifikováním otázky č. 11, přičemž daní respondenti pravděpodobně vnímali tuto otázku jako vztahující se pouze k osobnímu setkání.

Dalším limitem našeho výzkumu je jeho nízká reprezentativnost z hlediska věku, typu studované školy a pohlaví. Nerovnoměrné rozložení věku bylo způsobeno technickými podmínkami, jelikož výzkum probíhal v červnu, přičemž čtvrté (maturitní) ročníky již měly ukončenou školní docházku a mnoho tříd se v době testování účastnilo školních výletů. Z tohoto důvodu v našem výzkumném souboru převažují 16letí respondenti, čili žáci prvních ročníků. V našem výzkumu byla z důvodu dobré dostupnosti zastoupena dvě víceletá gymnázia a jedna střední odborná škola, což však opět způsobilo nevyvážení ve výběrovém souboru. Celkový počet studentů SOŠ a gymnázií však zůstal vyrovnan v poměru 49 % : 51 %. Taktéž u faktoru pohlaví nebyla dosažena reprezentativnost z důvodů technických i časových. Poměr dívek ke chlapcům činí 60 % : 40 %.

Reprezentativnosti se nám taktéž nepodařilo dosáhnout u faktoru účasti na destigmatizační kampani *Mind the Mind*, kterého se účastnilo pouze 20% respondentů. Tato skutečnost byla způsobena tím, že v našem výběrovém souboru byla pouze 1 škola, jejíž žáci se této kampaně účastnili.

Fenomén sociální desirability považujeme za další limit našeho výzkumu, ačkoliv tomuto jevu se nedaří vyhnout ani velkým standardizovaným dotazníkům (Richman et al., 1999). Nejvyšší riziko tohoto jevu se podle našeho názoru týká otázek č. 9, 13, 15 a 16 – tedy otázek, které byly podrobeny statistickému testování a kvalitativní analýze. Za příznivé zjištění však považujeme určité reflektování tohoto jevu, jelikož 6 respondentů (3 %) v dotazníku uvedlo k otázkám o hypotetické realitě (č. 13 a 16), že neví, zdali by se doopravdy zachovali tak, jak napsali. Např. 16letá dívka ze čtyřletého gymnázia uvedla: „*Všechno, co jsem psala, bych tak chtěla udělat, ale nevím, jestli bych to tak udělala, i když by přišlo na věc. Rozhodně bych se snažila - podle mě to tak je správné.*“

Nejvýznamnějším zjištěním našeho výzkumu bylo ověření vlivu pohlaví na postoje a zamýšlené chování vůči osobám s duševní poruchou. Dívky jednak signifikantně častěji uváděly pozitivní postoj k duševně nemocným ( $p = 0,01$ ) a jednak byly častěji ochotné přátelit se s takovou osobou ( $p = 0,04$ ). Obě hodnoty byly prokázány na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ . Výsledky kvalitativní analýzy taktéž naznačují, že dívky by se chovaly ke spolužákovi či kamarádovi s duševní poruchou více nápomocně než chlapci - pomoci spolužákovi by se snažilo 50 % dívek a 27 % chlapců, k blízkému kamarádovi by se chovalo ohleduplně a snažilo se pomoci 57 %



dívek a 43 % chlapců. Uvedená zjištění korespondují např. s výsledky dlouhodobé britské studie organizace *Mind* (2013) či s největší českou studií zkoumající postoje a zamýšlené chování vůči duševně nemocným, kterou realizoval Winkler a kolektiv (2015).

Dalším dílčím zjištěním bylo prokázání vlivu osobní zkušenosti s duševně nemocnou osobou na ochotu přátelit se s těmito osobami ( $p = 0,02$ ). Uvedená hodnota byla prokázána na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ . Vliv osobní zkušenosti na samotný postoj k duševně nemocným ovšem prokázán nebyl ( $p = 0,07$ ). Podobné výsledky přinesly také výzkumy Johnsona a Beditze (1981) či Winklera a kolektivu (2015).

Vliv faktorů velikost místa bydliště a typ studované školy nebyl statistickými testy prokázán, ačkoliv mnoho výzkumů zmiňovaných v kapitole 5 prokázalo, že obyvatelé velkých měst a osoby s vyšším vzděláním mají vůči duševně nemocným pozitivnější postoj (Jadhav et al., 2007; Madianos et al., 2012; Shurka, 1987).

Pokusili jsme se také prokázat pozitivní vliv destigmatizační kampaně *Mind the Mind*, které se zúčastnilo 20 % respondentů 3 měsíce před výzkumným šetřením. Vliv této kampaně se nám však statistickými testy ani kvalitativní analýzou položek 13 a 16 taktéž nepodařilo prokázat.

Za hlavní důvody neprokázání vlivu místa bydliště, typu studované školy či účasti na destigmatizační kampani *Mind the Mind* na postoje k duševně nemocným považujeme nedostatečnou reprezentativnost výběrového souboru a použití nestandardizovaného nástroje – dotazníku vlastní konstrukce – ke kterým jsme se již vyjádřili výše. Dalším důvodem ovšem také může být chybné aplikování zjištění ze studií provedených v jiném kulturním prostředí na českou populaci či aplikování těchto zjištění týkajících se dospělé populace na populaci dospívajících. Jak jsme již zmínili, sociální desirabilita, čili tendence odpovídat tak, jak je sociálně žádoucí, je pravděpodobně dalším faktorem, který mohl zkreslit výsledky výzkumu a zapříčinit tak zamítnutí některých hypotéz.

Vedle prokázání vlivu určitých faktorů na postoje k duševně nemocným bylo naším hlavním záměrem zmapovat v co nejkompexnějším měřítku především informovanost, zkušenost s osobami s duševní poruchou a pocity z těchto osob u populace dospívajících. V České republice nebyl dosud žádný podobný mapující

výzkum realizován, věnujeme proto výsledkům položek zabývajících se výše uvedenými faktory patřičný prostor.

Největší důraz jsme kladli právě na informovanost, přičemž jsme zjišťovali jednak zdroje informací o problematice duševních poruch a jednak informovanost samotnou, kterou jsme zkoumali pomocí znalostních otázek o významu pojmu duševní porucha a jejích konkrétních druzích. 93 % respondentů se již setkalo s pojmem duševní porucha, přičemž za hlavní zdroj označilo 49 % žáků SOŠ a 92 % žáků gymnázií prostředí školy. 64 % respondentů zná tento pojem z internetu a 57 % účastníků se s ním setkalo v televizi.

Zajímavé výsledky přinesly již zmíněné otázky o informovanosti, u kterých jsme zaznamenali značně odlišné odpovědi v závislosti na pohlaví a typu studované školy. Naprostá většina respondentů sice u otázky „*Co si představíš, když se řekne pojem duševní porucha?*“ uváděla neutrální výpovědi, nicméně odpovědi chlapců a žáků SOŠ měly mnohem častěji stigmatizující charakter, než odpovědi dívek a žáků gymnázií, u nichž se naopak častěji vyskytovaly odpovědi uvědomělého charakteru. Ačkoliv je tento rozdíl v rámci typů školy poměrně vysoký (22 % žáků SOŠ uvedlo odměřenou odpověď a pouze 2 % uvědomělou, žáci gymnázií uvedli v 8 % odměřenou odpověď a v 19 % uvědomělou), statistické testy neprokázaly vliv typu školy na postoje k duševně nemocným či ochotu se s nimi přátelit. Zároveň jsme neshledali v rámci kvalitativní analýzy téměř žádný rozdíl mezi typem studované školy a zamýšleným chováním vůči spolužákovi (kamarádovi) s duševní poruchou. Jak jsme již zmínili výše, pohlaví se ovšem ukázalo jako hlavní faktor ovlivňující postoje i ochotu přátelit se, což tyto výsledky opět potvrzují.

V rámci otázky o konkrétních druzích duševních poruch jsme získali celkem 52 různých odpovědí, ačkoliv pouze 33 z nich bylo ve skutečnosti druhem duševní poruchy (dle MKN-10). Nejčastěji respondenti jmenovali schizofrenii (36 %) a depresi (33 %). 9 % respondentů uvedlo chybně jako duševní poruchu *rozdvojenou osobnost*, což považujeme za zajímavý jev, který pravděpodobně naznačuje, že u laické veřejnosti je schizofrenie stále vnímána jako nemoc vyznačující se rozpolcením osobnosti. Mezi další chybně uvedené poruchy patřily průvodní projevy různých duševních poruch, např. *paranoia* (5 %), *úzkost* (4 %) či *halucinace* nebo *stres* (obojí po 3 %). Předpokládáme tedy, že respondenti si při představě duševní poruchy poměrně často vybaví nějakou odchylku v chování, vnímání či myšlení což

koresponduje s otázkami 01 a 14, ve kterých respondenti jako jednu z nejčastějších odpovědí uváděli právě „jiné chování“ nebo „jiné vnímání a myšlení“.

Výše jsme již zmiňovali vliv osobní zkušenosti s duševně nemocným na postoj k této skupině osob, v našem výzkumu jsme se však zabývali i zkušeností zprostředkovanou. Celkem 19 % respondentů se nikdy nesetkalo s osobou s duševní poruchou, 42 % se s ní setkalo osobně, 23 % zprostředkovaně skrze média a 35 % se s duševně nemocným setkalo jak osobně tak zprostředkovaně. Dále nás zajímaly pocity respondentů z tohoto setkání (otázka 11), přičemž převládajícím pocitem byla *lítost* (64 %) a následovala *nejistota* (49 %). V rámci otázky o zamýšleném chování ke kamarádovi s duševní poruchou (č. 16) odpověděla 2 % respondentů, že by pocívala lítost, což koresponduje právě s převládajícím pocitem lítosti v otázce č. 11, nicméně 2 % respondentů také odpověděla, že „lítost problém nevyřeší“. Téměř čtvrtina respondentů (23 %) uváděla, že při setkání s osobou s duševní poruchou cítila *strach*. Tento výsledek koresponduje se stigmatizujícími definicemi duševní poruchy, které u otázky č. 01 uvedlo 30% respondentů, a taktéž s odpovědí o nebezpečnosti a nevyzpytatelnosti duševně nemocných, kterou u otázky č. 14 uvedlo 5 % respondentů. Domníváme se, že právě pocity strachu jsou spojovány s domnělou nebezpečností duševně nemocných a taktéž s nedostatečnou informovaností v této oblasti, kterou mnohdy doprovází předsudky a stigmatizace.

Na závěr této kapitoly uvádíme některá doporučení pro další zkoumání oblasti postojů společnosti k duševně nemocným. Vzhledem k absenci vhodného standardizovaného nástroje měřícího postoje k duševně nemocným by bylo vhodné takovýto výzkumný nástroj do českého prostředí zavést. Jak jsme již zmínili v 5. kapitole, určité, avšak poměrně různorodé výzkumné nástroje v této oblasti existují v zahraničí. Např. Winkler a kolektiv (2015) použili pro měření postojů a zamýšleného chování vůči duševně nemocným britský dotazník o 8 položkách *Reported and Intended Behaviour Scale* (RIBS). Vzhledem k nízké obsáhlosti dotazníku není ovšem možné získat relevantní množství dat a dotazník tudíž poskytuje pouze povrchní náhled do problematiky postojů. Pokud bychom však přesto chtěli tento dotazník aplikovat na populaci dospívajících, nebylo by to zcela možné, jelikož se v něm operuje i se zamýšleným chováním vůči duševně nemocným v rámci respondentova zaměstnání.

Jako jedno z možných řešení se nabízí vytvoření nového výzkumného nástroje měřícího postoje k duševně nemocným a jeho následná standardizace na české populaci. Takové řešení by bylo jistě časově, technicky i finančně náročné, nicméně z hlediska časové perspektivy velmi žádoucí. Jak jsme již zmínili, postupná reforma psychiatrické péče v ČR, jejíž realizace probíhá od roku 2013, by měla přinést pozitivní změnu postojů české veřejnosti k osobám s duševní poruchou. Právě standardizovaný dotazník by byl pro měření těchto postojů a jejich změny velmi potřebný.

Pokud by takovýto nový výzkumný nástroj měl vycházet z našeho *Dotazníku postojů k osobám s duševní poruchou*, bylo by potřeba zvýšit počet otázek použitelných pro statistickou analýzu (např. použití škály Guttmanova typu pro zamýšlené chování či ochotu přátelit se; či použití sémantického diferenciálu pro posouzení informovanosti o problematice duševních poruch). Zároveň by bylo nutné vyřadit otevřené otázky z důvodu jejich náročné interpretace.

Obecně lze tedy tvrdit, že postoje k duševně nemocným jsou velmi rozsáhlou oblastí, pro jejíž zkoumání je zapotřebí redukovat množství zkoumaných faktorů, které by např. jako nejrelevantnější vyhodnotila faktorová analýza po provedení předvýzkumu nového výzkumného nástroje.

Jako další varianta následného výzkumu v této oblasti se nabízí ověření efektivity různých destigmatizačních kampaní, což jsme v našem výzkumu neprokázali. Pokud by se podařilo ověřit efektivitu dané destigmatizační kampaně, bylo by nanejvýš žádoucí takovou kampaň celonárodně rozšířit, ať už by se jednalo o rozšíření počtu zapojených měst do kampaně *Týdny pro duševní zdraví* či rozšíření počtu škol zapojených do školských destigmatizačních kampaní.

Ačkoliv v této práci nebyl dostatečný prostor pro věnování se oblasti sebestigmatizace duševně nemocných<sup>6</sup>, jsme toho názoru, že pro komplexní porozumění problematice postojů k osobám s duševní poruchou je nutné zkoumat i úroveň sebestigmatizace těchto osob, jelikož se v ní do značné míry odráží právě postoje společnosti. Pomocí zkoumání úrovně sebestigmatizace by bylo taktéž možno ověřit účinnost různých destigmatizačních kampaní či pokrok v rámci reformy psychiatrické péče.

---

<sup>6</sup> Sebestigmatizace duševně nemocných je jev, který je zapříčiněn stigmatizujícím jednáním společnosti vůči osobám s duševní poruchou, a během něhož duševně nemocní internalizují a uplatňují sami na sebe předsudky, které vůči nim společnost má (Ocisková & Praško, 2015).

## 11 Závěry

Jak vyplývá z teoretické části, postoje k duševně nemocným ovlivňuje mnoho faktorů, které mohou působit jak na úrovni individuální (pohlaví, osobní zkušenost) tak skupinové (skupinová konformita, společenské předsudky). Na tomto místě se proto budeme zabývat výsledky, které náš výzkum přinesl, a to jak z pohledu výzkumných cílů, tak z pohledu stanovených hypotéz (viz kapitola 7).

Naším hlavním cílem bylo *Zmapovat postoje adolescentů k osobám s duševní poruchou*. Jelikož jsou postoje komplexním psychologickým konstruktem, nelze k tomuto cíli vyslovit jednoznačný závěr. Můžeme ovšem konstatovat, že většina respondentů má k osobám s duševní poruchou neutrální až pozitivní postoj, ačkoli téměř u třetiny z nich se v rámci definování pojmu *duševní porucha* objevila stigmatizující definice. Jako nejvýznamnější faktor ovlivňující postoje k duševně nemocným se prokázal faktor pohlaví.

Našimi dílčími cíli bylo: (1) *Zjistit míru informovanosti dospívajících o problematice duševních poruch*. Dospěli jsme k závěru, že naprostá většina respondentů se již setkala s pojmem *duševní porucha*, a to především ve škole, na internetu či v televizi. Téměř třetina z nich ovšem zastává stigmatizující pojetí tohoto pojmu. (2) *Zmapovat zkušenost a pocity adolescentů týkající se osob s duševní poruchou*. Zjistili jsme, že přes tři čtvrtiny respondentů se již setkaly s osobou s duševní poruchou, buď osobně, nebo zprostředkovaně. Převládajícím pocitem z tohoto setkání byla lítost a následovala nejistota. (3) *Prozkoumat formy zamýšleného chování dospívajících vůči duševně nemocným v rámci různých sociálních situací*. Z výsledků vyplývá, že dívky by se častěji snažily duševně nemocným pomoci nebo by se chovaly stále stejně. Chlapci by oproti dívkám volili častěji odměřenější chování, ačkoli většina z nich by se k duševně nemocnému chovala stále stejně. (4) *Prokázat pozitivní vliv destigmatizační kampaně Mind the Mind na postoje k duševně nemocným*. Tento vliv se nám nepodařilo prokázat ani v rámci statistického testování, ani v rámci analýzy kvalitativních položek.

Z našich 8 stanovených hypotéz jsme přijali pouze 3. Hypotézu H1a *„Dívky mají pozitivnější postoj vůči osobám s duševní poruchou než chlapci,“* jsme přijali se statisticky signifikantním výsledkem  $p = 0,01$  na stanovené hladině  $\alpha = 0,05$ . Hypotézu H1b *„Dívky jsou ochotnější přátelit se s duševně nemocnou osobou než chlapci,“* jsme přijali se statisticky signifikantním výsledkem  $p = 0,04$  na stanovené hladině  $\alpha = 0,05$ .

Hypotézu H3b „*Jedinci, kteří mají osobní zkušenost s duševně nemocnou osobou, jsou ochotnější přátelit se s duševně nemocnou osobou, než jedinci bez této zkušenosti,*“ jsme přijali se statisticky signifikantním výsledkem  $p = 0,02$  na stanovené hladině  $\alpha = 0,05$ .

Dalších 6 stanovených hypotéz o vlivu faktoru typ školy a velikost místa bydliště na postoje k duševně nemocným a ochotu se s nimi přátelit jsme pro nesignifikantní statistický výsledek zamítli.

## Souhrn

Tato práce se věnuje problematice postojů společnosti k osobám s duševní poruchou s výzkumným zaměřením na populaci adolescentů. V úvodní kapitole objasňujeme pojmy *normalita* a *duševní zdraví* včetně jejich různících se výkladů. Následně se zaměřujeme na samotný pojem *duševní porucha*, a především nejznámější klasifikační systémy duševních poruch – Mezinárodní klasifikaci nemocí a Diagnostický a statistický manuál duševních poruch. Klasifikační systémy jsou doposud považovány za jednu z příčin společenské stigmatizace duševně nemocných, jelikož jedinec, kterému je připsána psychiatrická diagnóza, je v očích společnosti „onálepkován“.

Ve třetí kapitole se věnujeme postojům, předsudkům a zároveň propojení této oblasti s duševními poruchami. Hlavní důraz klademe jednak na vznik předsudků a jejich význam a jednak na prostředky změny postojů. Právě prostředky změny postojů jsou výchozím bodem pro možnou destigmatizaci duševních poruch. Na závěr kapitoly krátce popisujeme období adolescence s jeho charakteristickými rysy a zaměřením na postoje.

O stigmatizaci, jejích dopadech i příčinách pojednáváme ve čtvrté kapitole. Stigmatizace jako taková je fenomén, který doprovází naprostou většinu duševně nemocných a značně jim ztěžuje osobní, sociální i pracovní život. Příčiny stigmatizace lze hledat u různých mýtů a předsudků, které jsou již po několik století opředeny kolem duševních poruch. Stigmatizace je navíc často podporována médii, která se zaměřují pouze na negativní aspekty duševních poruch a zapříčiňují tak prohloubení společenských předsudků vůči všem duševně nemocným.

Pátá, nejrozsáhlejší kapitola se věnuje postojům společnosti k osobám s duševní poruchou jak z pohledu minulého, tak soudobého. Postoje společnosti v minulosti se dají odvodit jednak od způsobu zacházení s duševně nemocnými, a jednak od vývoje oboru psychiatrie. Obecně lze tvrdit, že duševně nemocné osoby byly napříč všemi stoletími odsouvány na okraj společnosti a až do 19. století byly vězněny spolu se zločinci anebo vystavovány pro zábavu. Situace se začala měnit teprve ke konci 19. století, kdy v rámci psychiatrické revoluce byli duševně nemocní postupně přesouváni do nemocnic a začali dostávat adekvátní léčbu.

Během 20. století se začal obor psychiatrie rychle rozvíjet a spolu s ním i mnoho možností léčby duševních poruch. Rané výzkumy postojů společnosti

k duševně nemocným z 50. a 60. let však zjistily, že veřejnost je k těmto osobám stále velmi skeptická a má potřebu se jich stranit. Psychiatrická diagnóza vyvolávala v lidech pocit, že duševně nemocné osoby nejsou normální a je potřeba je odsunout stranou od zdravé populace. Další výzkumy potvrdily, že veřejnost se staví negativněji k osobám, které jsou označeny za duševně nemocné než k těm, jejichž chování není sice v normě, avšak nebyla jim připsána psychiatrická diagnóza. Současné výzkumy ukazují, že postoje k těmto osobám ovlivňuje především vzdělání, pohlaví, osobní zkušenost s duševně nemocným a taktéž účast na různých destigmatizačních kampaních. Na závěr kapitoly se krátce věnujeme současné reformě psychiatrické péče v ČR.

Poslední kapitola teoretické části navazuje na 4. i 5. kapitolu a pojednává právě o možnostech destigmatizace duševních poruch v ČR i ve světě. První destigmatizační kampaně se např. v Anglii objevily již ke konci 50. let, ačkoliv v té době neměly příliš úspěch vzhledem k silně zakořeněným předsudkům vůči duševně nemocným. Současná celonárodní britská kampaň *Time to Change* funguje téměř 10 let a skrze média, besedy či workshopy na školách informuje veřejnost o duševních poruchách a napomáhá tak měnit postoje veřejnosti k duševně nemocným. V rámci celé Evropy od roku 2014 probíhá kampaň *Mind the Mind*, jejíž náplní jsou destigmatizační workshopy pro žáky středních škol pořádané studenty psychologie ve 23 evropských zemích včetně České republiky. V ČR uskutečňují destigmatizační kampaně např. organizace *Fokus* či osvětové projekty *Čistá duše* a *Paralelní životy*. Destigmatizaci napomáhají také tréninkové kavárny, ve kterých obsluhují osoby s duševní poruchou.

Ve výzkumné části se věnujeme nejprve výzkumnému problému a výzkumným cílům, mezi které patří např. zmapování informovanosti o problematice duševních poruch a zkušenosti s duševně nemocnými. Dále jsme stanovili 8 výzkumných hypotéz, z nichž jsme posléze 3 přijali. Před samotným výzkumem jsme uskutečnili předvýzkum formou on-line dotazníku, kterého se účastnilo 28 respondentů, a jehož cílem bylo zjistit obecnou informovanost dospívajících o problematice duševních poruch.

Pro účely našeho výzkumu jsme zvolili kvantitativní design obohacený o systematickou analýzu otevřených otázek. Vzhledem k absenci vhodného standardizovaného nástroje měřícího postoje k duševně nemocným jsme vytvořili dotazník vlastní konstrukce *Dotazník postojů k osobám s duševní poruchou*. Dotazník



jsme skupinově administrovali na 2 gymnáziích a 1 střední odborné škole. Náš výzkumný soubor, pro jehož výběr jsme použili techniku záměrného výběru přes instituci, tvořilo 216 respondentů ve věku 15-20 let.

Hypotézy jsme testovali pomocí statistických neparametrických testů a otevřené otázky jsme systematicky analyzovali a následně kvantifikovali. Nejvýznamnějším výsledkem bylo prokázání vlivu pohlaví na postoj k duševně nemocným a taktéž ochotu přátelit se s těmito osobami. Pohlaví se rovněž ukázalo jako vlivný faktor v rámci zamýšleného chování vůči duševně nemocným. Dále jsme potvrdili vliv osobní zkušenosti na ochotu přátelit se s osobami s duševní poruchou. Typ školy a velikost místa bydliště jsme naopak jako signifikantně významné faktory ovlivňující postoje a ochotu přátelit se zamítli.

V rámci analýzy otevřených otázek jsme zjistili, že škola je významným faktorem ovlivňujícím představu o pojmu *duševní porucha* a zároveň znalost konkrétních druhů duševních poruch. Většina respondentů považuje za nejvýznamnější rozdíl mezi duševně nemocným a zdravým člověkem jiné chování, vnímání či myšlení. Dospěli jsme také k závěru, že zamýšlené chování k osobě s duševní poruchou se liší v závislosti na tom, zdali je nemocná osoba pouze spolužákem nebo blízkým kamarádem.

Vzhledem k použití nestandardizovaného výzkumného nástroje a poměrně nízké reprezentativnosti výběrového souboru je zapotřebí interpretované výsledky a závěry přenášet na danou populaci s opatrností. Náš výzkum přesto považujeme za užitečný, jelikož v ČR není problematika postojů k duševně nemocným stále dostatečně zmapována. Vzhledem k tomu, že jsme se zaměřili nejen na zkoumání postojů samotných, ale taktéž na zkoumání zamýšleného chování, informovanosti i zkušenosti s duševně nemocnými, považujeme náš výzkum za užitečnou sondu do problematiky postojů adolescentů k osobám s duševní poruchou.

## Seznam použitých zdrojů a literatury

Ajzen, I., & Fishbein, M. (2005). The influence of attitudes on behavior. In D. Albarracín, B. T. Johnson & M. P. Zanna (Eds.), *The handbook of attitudes* (173-221). Mahwah: Erlbaum.

Allport, G. W. (2004). *O povaze předsudků*. Praha: PROSTOR.

American Psychiatric Association. (nedat.). *History of the DSM*. Získáno 1. února 2016 z <http://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/history-of-the-dsm>

Angermeyer, M. C., Matschinger, H., & Schomerus, G. (2013). Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: changes over two decades. *The British Journal of Psychiatry*, (203), 146-151. doi: 10.1192/bjp.bp.112.122978

Art Movement. (2014). *Paralelní životy*. Získáno 7. března 2016 z <http://www.artmovement.cz/paralelni-zivoty.htm>

Banaji, M. R., & Heiphetz, L. (2010). Attitudes. In D. T. Gilbert & S. T. Fiske (Eds.), *Handbook of social psychology* (353-393). Hoboken: John Wiley & Sons.

Bártlová, S. (2006). Nemoc jako stigma. *Kontakt*, 8(2), 265-271.

Baštecká, B., & Mach, J. (2015). *Klinická psychologie*. Praha: Portál.

Baudiš, P., & Libiger, J. (2002). *Psychiatrie a etika*. Praha: Galén.

Bhugra, D. (1989). Attitudes toward mental illness: A review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80(1), 1-12. doi: 10.1111/j.1600-0447.1989.tb01293.x

Blázníš? No a!. (nedat.). *O projektu*. Získáno 29. února 2016 z [http://www.blaznis-no-a.cz/projekt\\_ucitele.html](http://www.blaznis-no-a.cz/projekt_ucitele.html)

Bouček, J. (2001). *Obecná psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

British Broadcasting Corporation. (1957). *The Hurt Mind*. Získáno 27. února 2016 z <http://genome.ch.bbc.co.uk/82c5b67ec1ba4e968a76049f7cc1de41>

Cakirpaloglu, P. (2014). Osobnost adolescenta. In M. Dolejš, O. Skopal, J. Suchá (Eds.) *Protektivní a rizikové osobností rysy u adolescentů* (7-19). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Craddock, N., & Mynors-Wallis, L. (2014). Psychiatric diagnosis: impersonal, imperfect and important. *British Journal of Psychiatry*, 204(2), 93-95. doi: 10.1192/bjp.bp.113.133090

- Česká psychiatrická společnost. (2014). *Destigmatizace*. Získáno 17. února 2016 z <http://www.ceskapsychiatrie.cz/index.php/deni-zdravotni-a-socialni-politika/deni-destigmatizace>
- Česká televize. (2015). *Prezident o tragédii v Uherském Brodě*. [Video]. Získáno z <http://www.ceskatelevize.cz/ivysilani/1096898594-udalosti-komentare/215411000370306/titulky>
- Čistá duše. (2015). *Osvětový projekt o schizofrenii*. Získáno 7. března 2016 z <http://www.cistaduse.cz/beautiful-mind/>
- Disability History. (nedat.). *Freak Shows in the United States (1840-1940)*. Získáno 13. března 2016 z <http://www.disabilityhistory.org/freak1.html>
- Dörner, K., & Plog, U. (1999). *Bláznit je lidské: učebnice psychiatrie a psychoterapie*. Praha: Grada.
- Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A., (2010). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada.
- Ehret A. M., & Berking, M. (2013). From DSM-IV to DSM-5: What Has Changed in the New Edition? *Verhaltenstherapie*, 23, 258-266, doi: 10.1159/000356537
- European Federation of Psychology Students' Associations. (2016). *Mind the Mind – to Combat the Stigma of Mental Illness*. Získáno 6. března 2016 z <http://www.efpsa.org/social-impact/activities/>
- Fazio, R. H., & Olson, M. A. (2003). Attitudes: Foundations, Functions, and Consequences. In M. A. Hogg & J. Cooper (Eds.), *The SAGE Handbook of Social Psychology*, (123-144). London: SAGE.
- Foerschner, A. M. (2010). The History of Mental Illness: From Skull Drills to Happy Pills. *Student Pulse*, 2(09), 1-4. Získáno 26. února 2016 z <http://www.studentpulse.com/articles/283/the-history-of-mental-illness-from-skull-drills-to-happy-pills#.UVB0Iv1pGfA.wordpress>
- Freeman, H. E. (1961). Attitudes Toward Mental Illness Among Relatives of Former Patients. *American Sociological Review*, 26(1), 59-66.
- Friedman, M. (2014). *The Stigma of Mental Illness Is Making Us Sicker*. Získáno 16. února 2016 z <https://www.psychologytoday.com/blog/brick-brick/201405/the-stigma-mental-illness-is-making-us-sicker>

- Graves, R. E., Cassisi, J. E., & Penn, D. L. (2005). Psychophysiological evaluation of stigma towards schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 76(2-3), 317-327. doi: 10.1016/j.schres.2005.02.003
- Halpert, H. P. (1969). Public acceptance of the mentally ill: an exploration of attitudes. *Public Health Report*, 84(1), 59-64. Získáno 29. února 2016 z <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2031427/?page=5>
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2015). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Heider, F. (1946). Attitudes and Cognitive Organization. *The Journal of Psychology*, 21, 107-112. doi: 10.1080/00223980.1946.9917275
- Henderson, C., Corker, E., Lewin-Holmes, E., Hamilton, S., Flach, C., ... Thornicroft, G. (2012). England's Time to Change Antistigma Campaign: One-Year Outcomes of Service User-Rated Experiences of Discrimination. *Psychiatric Services*, 63(5), 451-457. doi: 10.1176/appi.ps.201100422
- Hewstone, M., & Stroebe, W. (2006). *Sociální psychologie*. Praha: Portál.
- Holmes, L. (2015). *7 Mental Illness Myths People Still Believe*. Získáno 16. února 2016 z [http://www.huffingtonpost.com/entry/7-mental-illness-myths-people-still-believe\\_us\\_55e0c1cae4b0aec9f353538c](http://www.huffingtonpost.com/entry/7-mental-illness-myths-people-still-believe_us_55e0c1cae4b0aec9f353538c)
- Hort, V., Hrdlička, M., Kocourková, J., & Malá, E. (2008). *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál.
- Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. (2002). *Psychiatrie*. Praha: Tigris.
- Jadhav, S., Littlewood, R., Ryder, A., G., Chakraborty, A., Jain, S., & Barua, M. (2007). Stigmatization of severe mental illness in India: Against the simple industrialization hypothesis. *Indian Journal of Psychiatry*, 49(3), 189-194.
- Jiráček, J., & Köpplová, B. (2007). *Média a společnost*. Praha: Portál.
- Johnson, P. J., & Beditz, J. (1981). Community support systems: Scaling community acceptance. *Community Mental Health Journal*, 17(2), 153-160. doi: 10.1007/BF00754362
- Karle, W., & Binder, J. (2002). Mental Illness: Attitudes toward. In W. E. Craighead & Ch. B. Nemeroff (Eds.), *The Corsini Encyclopedia of Psychology and Behavioral Science* (941-942). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Macek, P. (2003). *Adolescence*. Praha: Portál.

- Mad In America. (2013). *R.D. Laing & Anti-Psychopathology: The Myth of Mental Illness Redux*. Získáno 2. února 2016 z <http://www.madinamerica.com/2013/10/r-d-laing-anti-psychopathology-myth-mental-illness-redux/>
- Madianos, M., Economou, M., Peppou, L. E., Kallergis, G., Rogakou, E., & Alevizopoulos, G. (2012). Measuring public attitudes to severe mental illness in Greece: Development of a new scale. *The European Journal of Psychiatry*, 26(1), 55-67.
- Míček, L. (1984). *Duševní hygiena*. Praha: SPN.
- Mind. (2009). *Mental Health Facts and Statistics*. Získáno 10. února 2016 z <http://www.mind.org.uk/information-support/types-of-mental-health-problems/statistics-and-facts-about-mental-health/>
- Mind. (2013). *Attitudes to Mental Illness 2012 Research Report*. Získáno 28. března 2016 z <https://www.mind.org.uk/media/463374/118308-attitudes-to-mental-illness-2012-report-v6.docx>
- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. (2015). *Vývojová ročenka školství 2004/05–2014/15*. Získáno 8. března 2016 z <http://www.msmt.cz/file/36380/download/>
- Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2013). *Strategie reformy psychiatrické péče*. Získáno 23. února 2016 z [http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP\\_publicace\\_web\\_9-10-2013.pdf](http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf)
- Mood Disorders Society in Canada. (nedat.). *Elephant in the Room Campaign*. Získáno 6. března 2016 z <http://www.mooddisorderscanada.ca/page/elephant-in-the-room-campaign>
- Myers, D. G. (2010). *Psychology* (9. vyd.). New York: Worth Publishers. Získáno 26. února 2016 z <http://fmtigers.org/wp-content/uploads/2015/08/Myers-D.-G.2010.-Psychology-9th-edition2.pdf>
- Nieradzik, K., & Cochrane, R. (1985). Public attitudes towards mental illness - the effects of behaviour, roles and psychiatric labels. *International Journal of Social Psychiatry*, 31(1), 23-33. doi: 10.1177/002076408503100103
- Ocisková, M., & Praško, J. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada.
- Orel, M. (2012). *Psychopatologie*. Praha: Grada.
- Phillips, D. L. (1963). Rejection: A possible consequence of seeking help for mental disorders. *American Sociological Review*, 28(6), 963-972. doi: 10.2307/2090315

Porter, R. (2002). *Madness: A Brief History*. Oxford: Oxford University Press. Získáno 26. února 2016 z <https://cdn.preterhuman.net/texts/history/Madness%20-%20A%20Brief%20History.pdf>

Rabkin, J. (1974). Public attitudes toward mental illness: a review of the literature. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 9-34. Získáno 19. února 2016 z <https://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/1/10/9.full.pdf>

Ramsey, G. V., & Seipp, M. (1948). Public opinions and information concerning mental health. *Journal Of Clinical Psychology*, 4(4), 397-406. Získáno 27. února 2016 z EBSCOhost database.

Richman, W. L., Weisband, S., Kiesler, S., & Drasgow F. (1999). A Meta-Analytic Study of Social Desirability Distortion in ComputerAdministered Questionnaires, Traditional Questionnaires, and Interviews. *Journal of Applied Psychology*, 84(5), 754-755.

Sarbin, T. R., & Mancuso, J. C. (1970). Failure of a moral enterprise: Attitude of the public toward mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35(2), 159-173. doi: 10.1037/h0030056

Shurka, E. (1983). Attitudes of Israeli Arabs Towards the Mentally Ill. *International Journal of Social Psychiatry*, 29(2), 101-110. doi: 10.1177/002076408302900203

Smolík, P. (2002). *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Jessenius.

Stopstigma. (2015). *Nebezpečný schizofrenik vraždil*. Získáno 11. února 2016 z <http://www.cmhcd.cz/stopstigma/poradna/stigma-a-diskriminace/nebezpecny-schizofrenik-vrazdil/>

Svoboda, M. (2006). *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál.

Syřišťová, E. (1972). *Normalita osobnosti*. Praha: Avicenum.

Szasz, T. (1960). The Myth of Menta Illness. *The American Psychologist*, 16(2), 113-117. Získáno 26. února 2016 z <http://www.columbia.edu/cu/psychology/terrace/w1001/readings/szasz.pdf>

Šedivec, V. (2008). Počátky novodobé psychiatrie (19. století). *Česká a slovenská psychiatrie*, 104(3), 126-127.

Time to Change. (2016). *About us*. Získáno 6. března 2016 z <http://www.time-to-change.org.uk/about-us/what-is-time-to-change>

Timimi, S. (2014). No more psychiatric labels: Why formal psychiatric diagnostic systems should be abolished. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(3), 208-215. doi: 10.1016/j.ijchp.2014.03.004

- Týdny pro duševní zdraví. (2015). *Historie*. Získáno 6. března 2016 z <http://www.tdz.cz/index.php?co=5>
- Tyrer, P. (2014). A comparison of DSM and ICD classifications of mental disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*, 20, 280-285. doi: 10.1192/apt.bp.113.011296
- United States Holocaust Memorial Museum. (2016). *Euthanasia program*. Získáno 26. února 2016 z <http://www.ushmm.org/wlc/en/article.php?ModuleId=10005200>
- Vágnerová, M. (2005). *Vývojová psychologie I.: Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum.
- Visser, P. S. & Cooper, J. (2003). Attitude Change. In M. A. Hogg & J. Cooper (Ed.), *The SAGE Handbook of Social Psychology*. London: SAGE.
- Výrost, J., & Slaměník, I. (2008). *Sociální psychologie*. Praha: Grada.
- Winkler, P., Csémy, L., Janoušková, M., & Krejníková, L. (2013). *Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení*. Praha: Psychiatrické centrum Praha. Získáno 20. února 2016 z [http://www.w.os-kolumbus.org/attachments/article/39/PCP\\_Komparativn%C3%AD-studie.pdf](http://www.w.os-kolumbus.org/attachments/article/39/PCP_Komparativn%C3%AD-studie.pdf)
- Winkler, P., & Janoušková, M. (2013). Systémy psychiatrické péče v Evropě I: Popis reformních procesů ve 12 zemích EU. *Psychiatrie*, 17(2), 65-69.
- Winkler, P., Csémy L., Janoušková, M., Mladá, K., Bankovská Motlová, L., & Evans-Lacko, S. (2015). Reported and intended behaviour towards those with mental health problems in the Czech Republic and England. *European Psychiatry*, 30, 801-806. doi: 10.1016/j.eurpsy.2015.05.003
- Wittchen, H., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., ... Steinhausen, H. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9):655-79.
- World Health Organization. (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*. Geneva: World Health Organization. Získáno 25. listopadu 2015 z [http://www.who.int/classifications/icd/ICD-10\\_2nd\\_ed\\_volume2.pdf](http://www.who.int/classifications/icd/ICD-10_2nd_ed_volume2.pdf).
- World Health Organization. (2000). *Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize: Duševní poruchy a poruchy chování*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- World Health Organization. (2014). *Mental health: a state of well-being*. Získáno 1. prosince 2016 z [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/)
- World Health Organization. (2015). *Fact Sheet: Mental Disorders*. Získáno 2. února 2016 z <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/>

## Seznam tabulek, grafů a obrázků

Tab. 1: Charakteristika výběrového souboru z hlediska pohlaví a věku

Tab. 2: Charakteristika výběrového souboru z hlediska typu školy a školního ročníku

Tab. 3: Výsledky  $\chi^2$  testu pro souvislost mezi ochotou přátelit se s duševně nemocným a jednotlivými faktory

Tab. 4: Kontingenční tabulka pro faktor pohlaví a ochotu přátelit se s duševně nemocným

Tab. 5: Kontingenční tabulka pro faktor osobní zkušenost a ochotu přátelit se s duševně nem.

Tab. 6: Výsledky Mann-Whitneyova U-testu pro souvislost mezi postojem k duševně nemocným a jednotlivými faktory

Tab. 7: Výsledky Kruskal-Wallisovy analýzy pro souvislost mezi postojem k duševně nemocným a faktory bydliště a typ školy

Graf 1: Rozložení odpovědí na otázku Co si představíš, když se řekne „duševní porucha“? (n=28)

Graf 2: Rozložení odpovědí na otázku Jaké znáš duševní poruchy? (n=28)

Graf 3: Rozložení četností věku z hlediska pohlaví v % (n = 216)

Graf 4: Rozložení zdrojů informací o pojmu duševní porucha v % (n = 211)

Graf 5: Rozložení zdrojů informací ve škole dle typu školy v % (n1 = 51; n2 = 102)

Graf 6: Rozložení forem setkání s osobou s duševní poruchou v % (n = 175)

Graf 7: Rozložení druhů pocitů ze setkání s osobou s duševní poruchou v % (n = 162)

Graf 8: Rozložení odpovědí na otázku 01 dle pohlaví a typu školy v % (n = 205)

Graf 9: Rozložení relativních četností typů duševních poruch v % (n = 150)

Graf 10: Rozložení četností správně uvedených duševních poruch v % (n=216)

Graf 11: Rozložení četností rozdílů mezi duševně nemocnými a zdravými lidmi v % (n = 196)

Graf 12: Rozložení odpovědí na otázku o hypotetické realitě dle pohlaví v % (n1=128; n2=84)

Graf 13: Rozložení odpovědí na otázku 16 dle pohlaví v % (n1=128; n2=81)

Obrázek 1: Snímání řetězů duševně nemocným (Charles Louis Lucien Muller, 1793)

Obrázek 2: Nejčastější pojmy asociované s termínem duševní porucha



## **Seznam příloh**

Příloha 1: Formulář zadání BcDP

Příloha 2: Český a cizojazyčný abstrakt BcDP

Příloha 3: Ukázka z prezentace destigmatizační kampaně „Mind the Mind“

Příloha 4: Žádost o spolupráci na výzkumném šetření

Příloha 5: Dotazník postojů k osobám s duševní poruchou

# Přílohy

## Příloha 1: Formulář zadání BcDP

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Akademický rok: 2014/2015

Studijní program: Psychologie  
Forma: Prezenční  
Obor/komb.: Psychologie (PCH)

### Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
POSPÍŠILOVÁ Anna-Marie	K Vejvodáku 1541, Praha - Zbraslav	F13703

#### TÉMA ČESKY:

Postoje adolescentů k osobám s duševní poruchou

#### NÁZEV ANGLICKY:

Attitudes of adolescents towards people with mental illness

#### VEDOUCÍ PRÁCE:

PhDr. Jan Šmahaj, Ph.D. - PCH

#### ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

- 1) Základem pro vypracování bude Manuál pro psaní diplomových prací na Katedře psychologie FF UP v Olomouci (Kolářik, M., 2013)
- 2) Studium a rešerše relevantní české i zahraniční literatury zabývající se danou problematikou
- 3) Zpracování teoretické části zaměřené na definici duševních poruch, stigmatizaci duševně nemocných ad.
- 4) Příprava kvantitativního výzkumu, tvorba dotazníku
- 5) Realizace výzkumu v podobě dotazníků vyplňovaných studenty SŠ v ČR
- 6) Analýza dotazníků, interpretace výsledků
- 7) Závěr a souhrn

#### SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels P. J., Rañacz, J. D., & Rüsch N. (2012). Challenging the Public Stigma of Mental Illness: A Meta-Analysis of Outcome Studies. *Psychiatric Services*, 63(10). Získáno 18. listopadu 2014 z <http://ps.psychiatryonline.org/doi/pdfplus/10.1176/appi.ps.201100529>  
Kučerová, H. (2013). *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada  
Nakonečný, M., (2009). *Sociální psychologie (2. vyd.)*. Praha: Academia

Podpis studenta: .....

Datum: .....

Podpis vedoucího práce: .....

Datum: .....

## Příloha 2: Český a cizojazyčný abstrakt BcDP

### ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ DIPLOMOVÉ PRÁCE

<b>Název práce:</b>	Postoje adolescentů k osobám s duševní poruchou
<b>Autor práce:</b>	Anna-Marie Pospíšilová
<b>Vedoucí práce:</b>	PhDr. Jan Šmahaj, Ph.D.
<b>Počet stran a znaků:</b>	79 stran; 138 350 znaků
<b>Počet příloh:</b>	5
<b>Počet titulů použité literatury:</b>	83

#### **Abstrakt:**

Předkládaná bakalářská práce se zabývá tématem postojů adolescentů k osobám s duševní poruchou. Mezi dílčí cíle práce patřilo zmapovat informovanost o problematice duševních poruch a zkušenost s duševně nemocnými. V rámci stanovených hypotéz byl zkoumán vliv pohlaví, typu školy, osobní zkušenosti a velikosti místa bydliště jednak na postoje k duševně nemocným a jednak na ochotu přátelit se s nimi. Vzhledem k absenci vhodného standardizovaného nástroje použili autoři dotazník vlastní konstrukce – *Dotazník postojů k osobám s duševní poruchou*, který byl ve formě tužka-papír skupinově administrován na 2 gymnáziích a 1 střední odborné škole. Kvantitativního výzkumného šetření se zúčastnilo 216 žáků středních škol ve věku 15-20 let, kteří byli vybráni metodou záměrného výběru přes instituci. Z provedeného výzkumu vyplynulo, že dívky mají pozitivnější postoje k duševně nemocným a jsou zároveň ochotnější se s nimi přátelit než chlapci. Prokázán byl také vliv osobní zkušenosti s duševně nemocnými osobami na ochotu se s těmito osobami přátelit. Vliv typu školy a velikosti místa bydliště na postoje a ochotu přátelit se potvrzen nebyl.

**Klíčová slova:** postoje, duševní poruchy, adolescence, stigmatizace

## ABSTRACT OF BACHELOR THESIS

<b>Title:</b>	Attitudes of adolescents towards people with mental illness
<b>Author:</b>	Anna-Marie Pospíšilová
<b>Supervisor:</b>	PhDr. Jan Šmahaj, Ph.D.
<b>Number of pages and characters:</b>	79 pages; 138 350 characters
<b>Number of appendices:</b>	5
<b>Number of references:</b>	83

### **Abstract:**

This bachelor thesis concerns attitudes of adolescents towards people with mental illness. To map the knowledge of mental health problems and experience with mentally ill were some of our aims. Within the stated hypothesis the influence of gender, type of secondary school, personal experience and size of a place of residence on attitudes towards mentally ill and willingness to befriend such persons was investigated. Due to lack of a convenient standardized instrument the authors used self-constructed questionnaire, which was administrated via paper and pen at 3 secondary schools. The quantitative research involved 216 pupils aged 15 to 20 years, who were chosen through intentional selection via institution method. The results showed that girls have more positive attitudes towards mentally ill and are more willing to befriend them than boys. The influence of personal experience with mentally ill on willingness to befriend such persons was also proved. The influence of type of secondary school and size of a place of residence were not confirmed.

**Key words:** attitudes, mental illness, adolescence, stigmatization

## Příloha 3: Ukázka z prezentace destigmatizační kampaně „Mind the Mind“

### Malý kvíz



“Duševní poruchy jsou  
vzácné”

Zvedněte zelenou kartu, pokud souhlasíte  
Zvedněte červenou kartu, pokud nesouhlasíte

8

### Duševní poruchy?



Duševní porucha postihne 1 ze 4 Evropanů během  
jejich života



9

### “Nové identity”



Rozdělte se do skupin po **šesti lidech**.

Dostanete tajnou identitu!  
Jakmile budete vědět, jaká je vaše tajná identita,  
projednejte se skupinou:

*Jaký hudební žánr je nejlepší  
a proč?*

*Jsou lepší psi nebo kočky  
a proč?*



4

### Jak se cítí lidé s depresí?



Co říká pán o svém životě s depresí?

Jak jste se cítili během poslouchání jeho  
vyprávění?

Dovedete si představit, že byste se stali  
kamarádem někoho s depresí?



13

#### **Příloha 4: Žádost o spolupráci na výzkumném šetření**

Vážená paní, vážený pane,

dovoluji si Vás oslovit jakožto studentka z Katedry psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. V rámci své bakalářské práce na téma **Postoje adolescentů k osobám s duševní poruchou** budu provádět výzkum ve formě **dotazníků** zaměřených na studenty gymnázií, středních škol a odborných učilišť ve věku 15-19 let. Mým záměrem je zjistit, jaké názory a postoje má současná generace dospívajících k osobám s duševními poruchami. Administrace a vyplnění dotazníku zabere **maximálně 20 minut**. Jedná se o dobrovolné a anonymní vyplnění. Vaší škole budu moci po vyhodnocení a zpracování dotazníků (duben 2016) poskytnout souhrnné výsledky z celého výzkumu.

Testování bude probíhat během června 2015. Vámi navrhnutému termínu se pokusím co nejvíce časově přizpůsobit.

V případě Vašeho zájmu o spolupráci mne prosím kontaktujte na této e-mailové adrese.

Předem Vám děkuji za odpověď.

S pozdravem a přáním pěkného dne

Anna-Marie Pospíšilová

Studentka 2. ročníku

Katedra psychologie FF

Univerzita Palackého v Olomouci

## Příloha 5: Dotazník postojů k osobám s duševní poruchou



Univerzita Palackého  
v Olomouci

**Realizátor výzkumu:**

Anna-Marie Pospíšilová

pospisilova.annamarie@gmail.com

+420 604795954

### DOTAZNÍK POSTOJŮ K OSOBÁM S DUŠEVNÍ PORUCHOU

Ahoj,

jmenuji se Anna-Marie Pospíšilová a jsem studentka druhého ročníku oboru Psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci. Tento dotazník byl vytvořen v rámci mé bakalářské práce na téma *Postoje adolescentů k osobám s duševní poruchou*. Dotazník se zabývá postoji k duševně nemocným osobám.

Dotazník obsahuje **19 otázek** a jeho vyplnění ti nezabere více jak **15 minut**. Na žádnou otázku neexistuje správná nebo špatná odpověď, odpovídej proto upřímně. Pokud ti žádná odpověď nebude vyhovovat, zvol tu, která je tvému názoru nejbližší. Zodpověz, prosím, všechny otázky.

Vyplnění dotazníku je zcela **anonymní** a **dobrovolné**. Vyplněním dotazníku dáváš souhlas k jeho zpracování pro účely výzkumu. Pokud budeš mít v průběhu vyplňování dotazníku jakékoliv otázky, neváhej se obrátit na administrátora.

#### Instrukce k vyplnění:

Zvolenou odpověď označ křížkem.



Pokud budeš chtít odpověď změnit, označ ji křížkem a zakroužkuj.



**Děkuji ti za tvůj čas a účast ve výzkumu.**

**NEOTÁČEJ NA DALŠÍ STRÁNKU, DOKUD NEDOSTANEŠ POKYN  
OD ADMINISTRÁTORA!!!**

**01. Napiš vlastními slovy, co si představíš, když se řekne *duševní porucha*.**

Když se řekne *duševní porucha*, představím si \_\_\_\_\_

---

---

---

**02. Pokud znáš nějaké duševní poruchy, vypiš je:**

---

---

---

**NEOTÁČEJ NA DALŠÍ STRÁNKU!!!**



**V rámci tohoto dotazníku jsou v následujících otázkách použity termíny *postoj* a *duševní porucha*. Přečti si, prosím, následující odborné definice těchto dvou pojmů. Můžeš se k nim v průběhu vyplňování kdykoliv vrátit.**

**Postoj:** relativně trvalá soustava pozitivních nebo negativních hodnocení a tendencí jednání vůči osobám, skupinám, věcem, událostem atd. (např. pozitivní postoj k třídění odpadu – třídím odpad, jelikož si myslím, že tím pomáhám zlepšit životní prostředí).

**Duševní porucha:** dlouhodobý stav, který člověku zabraňuje normálně fungovat v běžném každodenním životě. Duševní porucha může významně a dlouhodobě narušovat myšlení, nálady a chování jedince. Mezi nejčastější duševní poruchy patří deprese (dlouhodobý silný smutek a úzkost), panická porucha (bezdůvodné opakované záchvaty strachu a úzkosti) či maniodepresivní porucha (silné a dlouhodobé kolísání nálad od nepřiměřeně dobré nálady spojené s přebytkem energie až po hluboký smutek spojený s vysokou únavou).

**1. Pohlaví:** (Označ jednu možnost.)

- 1  Žena  
2  Muž

**2. Věk:** (Vypiš číslovkou.) \_\_\_\_\_

**3. Velikost místa bydliště:** (Označ jednu možnost.)

- 1  0 – 1000 obyvatel  
2  1001 – 5000 obyvatel  
3  5001 – 20000 obyvatel  
4  20001 – 100000 obyvatel  
5  více jak 100000 obyvatel

**4. Typ školy:** (Označ jednu možnost.)

- 1  Gymnázium osmileté  
2  Gymnázium čtyřleté  
3  Gymnázium šestileté  
4  Střední odborná škola  
5  Střední odborné učiliště

**5. Ročník:** (Vypiš číslovkou.) \_\_\_\_\_

**6. Setkal/a ses již někdy s pojmem duševní porucha před vyplňováním tohoto dotazníku?** (Označ jednu možnost.)

- 1  Ano (Pokračuj na otázku č. 7)  
2  Ne (Pokračuj na otázku č. 9)






**7. Pokud ano, kde ses s tímto pojmem setkal/a? (Označ jednu či více možností.)**

- 1  U rodičů či jiných příbuzných
- 2  Ve škole
- 3  Na internetu
- 4  V TV
- 5  V knize či časopise
- 6  Jiné (Vypiš): \_\_\_\_\_

**8. Pokud ses s tímto pojmem setkal/a ve škole, za jakých to bylo okolností? (Označ jednu či více možností.)**

- 1  Nešel/a jsem se s pojmem duševní porucha ve škole
- 2  V předmětu Společenské vědy
- 3  Během besedy, workshopu aj.
- 4  Jiné (Vypiš): \_\_\_\_\_

**9. Označ obrázek, který nejvíce charakterizuje tvůj postoj k osobám s duševní poruchou. (Označ jednu možnost.)**

- 1  2  3  4  5
-     
- Pozitivní      Spíše pozitivní      Neutrální      Spíše negativní      Negativní

**10. Setkal/a ses někdy s člověkem s duševní poruchou? (Označ jednu či více možností.)**

- 1  Ano, v médiích, filmech atp. (Vypiš, s jakou poruchou: ) \_\_\_\_\_
- 2  Ano, osobně (Vypiš, s jakou poruchou: ) \_\_\_\_\_
- 3  Ne

**11. Pokud ano, jaké jsi měl/a z tohoto setkání pocity? (Označ jednu či více možností.)**

- 1  Dosud jsem se nesešel/a s člověkem s duševní poruchou
- 2  Strach
- 3  Zmatení
- 4  Nejistota
- 5  Lítost
- 6  Vztek
- 7  Jiné (vypiš): \_\_\_\_\_

**12. Pokud znáš osobně nějakého člověka s duševní poruchou, z jakého prostředí, či okruhu lidí pochází? (Označ jednu možnost.)**

- 1  Neznám osobně člověka s duševní poruchou
- 2  Rodina
- 3  Kamarádi
- 4  Známi
- 5  Jiné (Vypiš): \_\_\_\_\_

**13. Představ si, že by některý z tvých spolužáků/spolužaček tři týdny vůbec nechodil do školy. Po třech týdnech se vrátí a ty se dozvíš, že byl/a v nemocnici, kde mu/jí diagnostikovali duševní poruchu – depresi. Tento spolužák/spolužačka se teď s nikým nebaví. Jak se k němu/ní budeš nyní chovat? (Napiš vlastními slovy.)**

---

---

---

**14. V čem se podle tebe liší lidé s duševní poruchou od zdravých lidí? (Doplň pokud možno co nejkonkrétněji započatou větu.)**

Člověk s duševní poruchou \_\_\_\_\_

---

---

**15. Umíš si představit, že by se člověk s duševní poruchou stal tvým kamarádem?**

(Označ jednu možnost.)

1  Ano

2  Ne

**16. Kdyby ses dozvěděl/a, že někdo z tvých blízkých kamarádů onemocněl duševní poruchou, jak bys nejspíš zareagoval/a? (Doplň započatou větu.)**

Choval/a bych se k němu/ní \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**17. Chtěl/a bys něco dodat k vyplňování dotazníku?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Děkuji ti za vyplnění dotazníku 😊.**

**Zkontroluj prosím, zda jsi zodpověděl/a všechny otázky.**

**V případě zájmu o výsledky výzkumu mne kontaktuj na e-mailové adrese uvedené v záhlaví dotazníku.**