

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI**  
**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

2018

Hana Fialová

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI**

**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

**Katedra psychologie a patopsychologie**

## **Diplomová práce**

Bc. Hana Fialová

Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

Analýza možného vlivu vybraných psychiatrických diagnóz  
na hodnotovou hierarchii

Olomouc 2018

vedoucí práce: Mgr. Lucie Křemenková, Ph.D.

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci dne 11.6.2018

.....

## Poděkování

Děkuji vedoucí práce Mgr. Lucii Křeménkové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, poskytnutí cenných rad a připomínek. Dále bych ráda poděkovala celému vedení nemocnice, které mi umožnilo zrealizovat výzkumné šetření a mé rodině, která mě po celou dobu studia podporovala.

# OBSAH

ÚVOD .....	6
I TEORETICKÁ ČÁST .....	7
1. HODNOTY .....	8
1.1 Vymezení pojmu hodnota .....	8
1.2 Hodnota v psychologii .....	9
1.3 Funkce hodnot .....	11
1.4 Klasifikace a koncepty hodnot .....	12
1.5 Hodnotová hierarchie .....	18
1.6 Vliv nemoci na životní hodnoty .....	20
2. VYBRANÁ PSYCHIATRICKÁ ONEMOCNĚNÍ .....	22
2.1 Vymezení psychiatrické diagnózy .....	22
2.2 Klasifikační systémy nemocí .....	22
2.3 Vybrané psychiatrické diagnózy .....	23
2.3.1 Schizofrenie .....	23
2.3.2 Deprese .....	29
II VÝZKUMNÁ ČÁST .....	35
3. VÝZKUMNÝ CÍL A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	36
4. VÝZKUMNÁ METODA .....	38
5. VÝZKUMNÝ SOUBOR .....	39
5.1 Průběh sběru dat .....	42
6. VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	43
6.1 Výzkumná otázka č. 1 .....	43
6.2 Výzkumná otázka č. 2 .....	44
6.3 Výzkumná otázka č. 3 .....	46
6.4 Výzkumná otázka č. 4 .....	48
6.5 Výzkumná otázka č. 5 .....	49
6.6 Výzkumná otázka č. 6 .....	50
6.7 Výzkumná otázka č. 7 .....	51

6.8	Výzkumná otázka č. 8 .....	52
6.9	Výzkumná otázka č. 9 .....	53
6.10	Výzkumná otázka č. 10 .....	54
6.11	Výzkumná otázka č. 11 .....	55
6.12	Výzkumná otázka č. 12 .....	56
7.	DISKUZE .....	58
	ZÁVĚR .....	65
	SOUHRN .....	67
	SUMMARY .....	68
	REFERENČNÍ SEZNAM .....	69
	SEZNAM OBRÁZKŮ .....	74
	SEZNAM TABULEK .....	75
	SEZNAM PŘÍLOH .....	77

# ÚVOD

Hodnoty lze chápat jako to, co je pro nás důležité, co uznáváme a čeho si ceníme. Provázejí nás celým životem a prostřednictvím nich posuzujeme vlastní jednání i svět kolem nás. Všechny hodnoty pro nás však nejsou stejně důležité a v průběhu života se vlivem různých podnětů mohou měnit. Jedním z vlivů může být i výskyt onemocnění.

Důvodem výběru diplomové práce s názvem „Analýza možného vlivu vybraných psychiatrických diagnóz na hodnotovou hierarchii“ byl zejména osobní zájem autorky o danou problematiku.

K výběru tématu přispělo především autorčino přesvědčení, že i přes to, že jsou hodnoty stále aktuálním tématem a středem pozornosti mnoha výzkumů, není věnována dostatečná pozornost zkoumání hodnot pacientů s psychiatrickým onemocněním. Tyto výzkumy se vyskytují jen sporadicky, zejména pak v České republice. Možnou příčinu lze shledat v tom, že lidé si natolik neuvědomují závažnost psychiatrického onemocnění. Tato onemocnění nejen že závažně ovlivňují chování a jednání jedince, ale také jeho celkové fungování v životě osobním i společenském. Rozhodnutí zkoumat preferenci hodnot právě u pacientů s depresí a schizofrenií vzniklo na základě autorčiny praxe. Autorka již několik let s danou skupinou pacientů pracuje a za tuto dobu měla možnost tuto danou skupinu pacientů lépe poznat, hlouběji nahlédnout na jejich prožívání a být nápomocná v hledání jejich smyslu života a následně i plánů do budoucna.

Diplomová práce je uspořádána do dvou základních částí. Teoretická část, která je zároveň první částí práce, přináší poznatky o hodnotách, hodnotové hierarchii a možném vlivu nemocí na životní hodnoty. Dále se věnuje vybraným psychiatrickým nemocem, vymezuje psychiatrickou diagnózu, seznamuje s klasifikačními systémy nemocí a v neposlední řadě je věnována pozornost vybraným psychiatrickým onemocněním, kterými jsou schizofrenie a deprese.

Výzkumná část práce obsahuje základní a dílčí cíle, výzkumné otázky, popis vybrané výzkumné metody, popis výzkumného souboru a výsledky výzkumného šetření a diskuzi. Výzkumnou metodou, která byla využita ve výzkumné části práce, byl dotazník - Rokeachův test hierarchie hodnot, pomocí kterého jsme získali preferenci hodnot u pacientů s psychiatrickou diagnózou a srovnali ji s kontrolní skupinou intaktní společnosti.

# **I TEORETICKÁ ČÁST**



# 1. HODNOTY

Tato kapitola je zaměřena na vymezení pojmu hodnota, o což se pokusilo nespočet autorů různých vědních oborů. Značná část kapitoly je věnována psychologickému pojetí hodnot, popisuje jednotlivé funkce a klasifikace hodnot. Poslední podkapitoly se zmiňují o hodnotové hierarchii a faktorech, které mají vliv na utváření a změnu hierarchického uspořádání životních hodnot.

## 1.1 Vymezení pojmu hodnota

Hodnoty se řadí k často užívaným pojmům v mnoha vědních disciplínách. S hodnotami pracuje nejen ekonomie, ale také antropologie, sociologie, filozofie, psychologie, aj. (Prudký, 2009).

Každá vědní disciplína zkoumá a přistupuje k hodnotám odlišným způsobem. Zatímco filozofie řeší otázku, která z hodnot je nejvyšší a jaké hodnoty by člověk měl mít, psychologie se zabývá tím, jaké hodnoty lidé mají a proč tomu tak je (Göbelová, 2008).

I přesto, že se daný pojem užívá v mnoha souvislostech a s mnoha výklady, má se vždy na mysli něco podstatného pro existenci procesu či jevu, o jehož hodnotách se diskutuje (Prudký, 2009).

**Ve společenských vědách** je hodnota jedním z klíčových pojmů, avšak inklinuje k ní mnoho dalších pojmů podobného významu, podstata hodnoty se tedy nevztahuje pouze k označení preferovaného dobra, ale projektuje se do několika desítek dalších významů.

Dogma<sup>1</sup>, hodnotová orientace<sup>2</sup>, charakter<sup>3</sup>, ideály<sup>4</sup>, aj. představují jen část rozsáhlého seznamu termínů, které se k pojmu hodnota vztahují. Nelze je však používat jako synonymum, protože se vztahují ke konkrétním obsahům. Pojem hodnota však zůstává tou nejvyšší a nejobecnější determinantou, která souvisí s manifestacemi lidského jednání a s globálními procesy (Cakirpaloglu, 2009).

---

<sup>1</sup> Dogma znamená „to, co se ukázalo správné“ (Rahner, 1996, s. 66)

<sup>2</sup> Hodnotová orientace je hierarchicky uspořádaným souborem hodnot, který je přijat jedincem, skupinou nebo společenstvím (Göbelová, 2008). Dle Říčana (2007) je pojem hodnotová orientace zcela totožný s pojmem hodnotová hierarchie, který je blíže specifikován v následující podkapitole „hodnotová hierarchie“

<sup>3</sup> V psychologii je charakter označován za souhrn získaných vlastností určující psychosociální bytí osobnosti (Cakirpaloglu, 2012)

<sup>4</sup> Ideál představuje dokonalý stav, vzor nebo objekt, ale také vysoký cíl ([www.psychologieradosti.cz](http://www.psychologieradosti.cz))

Dle Maslowa (2014) však často nevědomky pojmu hodnota připisujeme různý význam, jelikož obsahuje a znamená příliš mnoho různých věcí a má příliš dlouhou minulost.

Operacionalizací hodnoty došlo k paradoxním situacím, kdy nově vzniklé definice protirečily těm předešlým, což vedlo k ještě většímu terminologickému zmatku. Příčinu terminologické heterogenosti hodnoty lze hledat v její hlavní vlastnosti, a tedy obecnosti (Cakirpaloglu, 2009).

**Z hlediska ekonomie** lze hodnotu definovat jako „*schopnost nějakého předmětu odpovídat potřebám individua a rozlišuje mezi „užitnou hodnotou“, která představuje subjektivní hodnocení podle míry užitečnosti daného předmětu a „směnnou hodnotou“, která je vztažena k nějakému objektivizujícímu faktoru - pro jednoduchost: k nějaké měně – a je stanovena buď poměrem nabídky a poptávky, v tom případě se jí říká „tržní hodnota“, a morální filozofie, jež z ní učiní ústřední pojem, se posléze bude jmenovat politická ekonomie kapitalizmu“ (Prudký, 2009, s. 42).*

**Z hlediska filozofického** lze hodnoty chápat jako to, co je pro člověka užitečné a potřebné k jeho životu, ale i to, co obdivuje, ctí a miluje. Hodnoty řadíme do základní kulturní kategorie, která odpovídá vyšším ideálům a tendencím člověka, obzvláště pak těm estetickým, sociálním a mravním (Göbelová, 2008).

Podle Nytrové a Pikálkové (2011, s. 52) si hodnoty lze zjednodušeně představit jako: „*soukromé a individuální představy o tom, co je důležitější. Jsou to myšlenkové systémy, které se týkají správného a nesprávného, dobrého a zlého. Hodnoty ovlivňují naši reakci na jakoukoli životní zkušenost. Úzce souvisí s tím, čemu věříme a nevěříme, tedy s našimi vnitřními pravdami, přesvědčeními.*“

**V sociálně psychologickém pojetí** je hodnota považována za hodnotu jen tehdy, pokud ji hodnotou shledávají subjekty. Jde o míru subjektivní důležitosti, způsob, jakým hodnotí jedinec určité vlastnosti a děje (Göbelová, 2008).

## 1.2 Hodnota v psychologii

V psychologii existuje mnoho definic hodnot. Samostatná volba toho nejlepšího a nejvýstižnějšího určení podstaty hodnoty záleží na každém z nás, jelikož v tomto oboru neexistují konečné „ideální“ definice (Cakirpaloglu, 2009). Přesto se řada autorů o vymezení tohoto konstruktů pokusila.

**Z hlediska psychologického** lze hodnoty chápat jako: „*naučené struktury, které si jedinec osvojuje od rodičů, učitelů, vrstevníků, sdělovacích prostředků a společnosti obecně a které ovlivňují jeho výběr způsobů a cílů jednání.*“ Pro jedince se může hodnotou stát vše, co u něj vytváří pocity fyzické nebo psychické libosti a vše, co vede k uspokojení jeho potřeb. Hodnotu lze nazvat chtěným cílem (Göbelová, 2008, s. 15).

Jednu z nejužitečnějších definicí hodnot formuloval Brožík (1969): „*hodnota objektu není totožná s objektem, není to ani ideální entita, která se inkarnovala do objektu, není to ani jen subjektivní, jen zdání, ale je to úloha objektu, objektivně existující pozice, kterou objekt má nebo představa kterou znamená v lidském bytí*“ (Brožík in Prudký, 2009, s. 181). Hodnotu tedy lze chápat jako to, co dává smysl našemu životu (Prudký, 2009).

Dalším, kdo se snažil vymezit pojem hodnota, byla Vágnerová (2010, s. 292): „*něco, co má pro daného jedince určitou cenu. Něco, kvůli čemu je ochoten vynaložit značné úsilí, aby toho dosáhl. To znamená, že jde o uspokojivý cíl takto motivovaného jednání.*“ Jsou to kritéria, jejichž prostřednictvím lidé posuzují a hodnotí svět kolem sebe a své vlastní jednání.

„*Hodnota je to, co je jako hodnotné prožíváno čili to, co na sebe strhuje pozornost subjektu. Hodnota je výtvořem konkrétního prožívání jedince. Je to ontologická, existenciální, subjektivizace hodnoty, fundující její existenci v lidské psychice...Jedinou formou existence hodnoty je její prožívání individuální psychikou. Zájem je bezprostředním přiznáním hodnoty, kterou tvoří hodnota sama*“ (Berry, Buczyńská-Garewiczová in Nakonečný, 2012, s. 56).

Rokeach (1968) popisuje hodnotu jako přetrvávající přesvědčení jedince a jeho určité specifické jednání. Cílový stav existence je dle něj osobnostně a sociálně výhodnější, než způsob jednání alternativní.

Říčan (2007) se zmiňuje o dvou významech hodnoty. Prvním významem je vyšší hodnota. Zde se řadí dobro, spravedlnost, krása a tedy vše co daná společnost či nějaká její část uznává za žádoucí, a co je chápáno v tomto smyslu i normou. Druhým významem je hodnota, která uspokojuje jakoukoli potřebu kteréhokoli jedince, tedy co pro něj je hodnotou či má hodnotu.

Dle Šimíčkové-Čížkové (2008) hodnotou není to, co si jedinec přeje, ale to, co subjektivně jako hodnotu uznává. Lze tedy říci, že v nejobecnější rovině mají hodnoty podobu subjektivně akceptovaného smyslu vlastní existence.

Prudký (2009, s. 33) se zmiňuje o životních hodnotách, které „*se vztahují k ucelenému vyjádření vztahu k podstatným atributům vlastního života osoby.*“ Životní hodnoty tvoří zásadní skutečnosti pro život daného nositele hodnot a mají výraznou tendenci k neměnnosti. Lze se domnívat, že jsou životní hodnoty podstatnou součástí souboru hodnot přijatých daným nositelem.

Vedle životních hodnot existují i hodnoty, které jsou časově omezené (objevují se v různé fázi životního cyklu) nebo přesahují osobnostní hranice. Může se například jednat o hodnoty skupiny a jejich žebříček hodnot ve vztahu k určité cílové aktivitě (Prudký, 2009).

### 1.3 Funkce hodnot

Cakirpaloglu (2009) popisuje funkce hodnot podle McGuira (1969), který rozlišuje funkci individuální a sociální.

**Individuální funkce** hodnot v sobě zahrnují dva celky, kterými jsou:

- adaptace člověka na fyzické a sociální podmínky,
- překonávání vlastní existence.

Funkce adaptace člověka na fyzické a sociální podmínky je tvořena hodnotami, které působí jako kritéria v situacích, které jsou pro jedince zcela nové. Většinu hodnot, které se do dané skupiny řadí, člověk získává vlastními zkušenostmi. Jedná se o standardy a vzorce chování, získané zkušenostmi jedince či přijaté v průběhu socializace, kterými následně řeší různé konflikty.

Funkce překonávání vlastní existence odpovídá hodnotám, na kterých si jedinec může vytvářet smysl života a snažit se naplnit vlastní bytí. Patří zde sebehodnocení, seberegulace aj.

**Sociální význam** hodnot lze analyzovat pomocí dvou skupin funkcí:

- sociální integrace,
- sociální racionalizace.

Funkce sociální integrace souvisí s procesy udržení skupiny a celé společnosti a patří zde např. prevence deviantního chování a zaměřování sociální energie do sociálně přijatelných obsahů.

Funkce sociální racionalizace hraje významnou úlohu v dynamice společnosti. Hodnota slouží k ospravedlnění společenských zájmů prostřednictvím nejstarší společenské podpory pro určitý cíl.

Racionalizace přetváří dílčí zájmy různých vrstev, politických skupin a dalších složek společnosti v hodnotový obsah, který bude přijatelný pro co největší počet subjektů uvnitř zájmové heterogenní společnosti. Dané hodnoty se navzájem ovlivňují, doplňují a prolínají (McGuire in Cakirpaloglu, 2009).

Dle Prudkého (2009) mohou hodnoty fungovat jako stavební kameny kultury, zdroj motivace chování, součásti utváření obsahu sociálních fenoménů a vztahů, jeden z definičních znaků osobnosti, základy politických filozofií a ideologií, zdroje sociální a kulturní soudružnosti, zdroje a charakteristiky rozvrstvení a hierarchizace společnosti, atribut morálky.

Rokeach (1970) popisuje hodnoty jako standardy a obecné projekty sloužící k řešení konfliktů, motiv, podklad komunikace, zdroj adjustace i zdroj sebeaktualizace i sebeobrany. Dle něj nás hodnoty vedou v našich aktivitách a určují směr v zaujímání pozic nejen v sociálních vztazích. Usměrnují také naše chování, přispívají k ovlivňování a přesvědčování druhých, napomáhají nám ovlivnit hodnoty ostatních. Napomáhají nám rozumově zdůvodnit svou víru, přesvědčení a postoje tak, aby byly individuálně, ale i sociálně žádoucí (Rokeach in Prudký, 2009).

## **1.4 Klasifikace a koncepty hodnot**

Tato podkapitola pojednává o vybraných klasifikacích a konceptech hodnot. Součástí kapitoly je například klasifikace hodnot dle V.E. Flankla, A. Maslowa nebo R. Kohoutka. Pro výzkumné šetření této práce byl vybrán koncept M. Rokeache a z tohoto důvodu byla větší pozornost věnována právě tomuto konceptu. Součástí kapitoly je i koncept S. H. Schwartze, navazující na koncept M. Rokeache.

Z důvodu výrazné heterogenosti poznatků o hodnotách v psychologii a neustálou potřebu o systematické uspořádání existujících pojmů, lze hodnoty zařadit do obecnějších celků pomocí stabilních kritérií klasifikace. K těmto kritériím lze dospět analýzou již existujících teorií a definic (Cakirpaloglu, 2004).

Dle Pantiće (in Cakirpaloglu, 2004), který se danou problematikou podrobně zabýval, lze hodnoty a hodnocení uspořádat pomocí kritérií teoretických

a metodologických. Nejpočetnější skupinu tvoří kritéria teoretická, která zahrnují dimenze: „objektivnost – subjektivnost, specifičnost – obecnost, relativnost – univerzálnost.“

G.W. Allport, P. E. Vernon a G.Lindzey rozeznávají šest základních kategorií hodnot, kterými jsou hodnoty **teoretické** (odborný růst, získávání nových znalostí), **estetické** (objevování harmonie a krásy), **politické** (moc, postavení, dosahování uznání a vlivu), **sociální** (rodina, přátelství, kooperace a altruismus), **náboženské** (víra a ztotožnění se s morálními principy) a **ekonomické hodnoty** (získávání peněz a majetku) (Göbelová, 2008).

Frankl (2006) k nalezení tvořivého smyslu života rozlišuje tři kategorie hodnot:

- **Tvořící hodnoty**, které lze uskutečnit pouze tvůrčí činností. Není důležité, co člověk dělá, jaké je jeho povolání, ale to, jak pracuje a zda plní obsah svých úkolů.
- **Zážitkové hodnoty**, které se uskutečňují v prožívání a projevují se v tom, jak přijímáme přírodu, umění, krásu lásky i svět.
- **Postojové hodnoty** jejichž uskutečnění spočívá v tom, jak se jedinec staví k omezením svého života a jak se staví vůči nezměnitelnému osudu. Tato kategorie je řazena mezi hodnoty nejvyšší.

Kohoutek (2008) člení hodnoty na hodnoty **ideové** (vlast, náboženská víra, svoboda, užitečnost společnosti), **sociálně emoční** (sourozenci, děti, partner, přátelé, rodiče, dobré mezilidské vztahy a společenská zábava), **pracovní** (v rukodělné, vědecké, umělecké a jiné oblasti), **osobně ambiční** (sláva, úspěch, respekt, uplatnění ve společnosti a společenské postavení), **zájmově činnostní** (studium, cestování, záliby, práce a sport), **tělesné** (celkový vzhled, jídlo a pití, pohodlí i zdraví) **materiální** (byt či dům, bytové zařízení, oblečení, obuv, peníze a celkové materiální i finanční zabezpečení).

S. Kučerová rozlišuje 3 druhy hodnot:

- **přírodní hodnoty**

Dle způsobu, jakým se projevují, je autorka dále rozděluje na hodnoty vitální a sociální.

Vitální hodnoty odpovídají potřebám biologické existence jedince a jsou výrazem tendence uchovat život každého organismu. Patří zde hodnota života, svěžest, zdraví, tělesného blaha i zdatnosti.

Sociální hodnoty jsou projevem vztahu k druhým lidem a egoistických potřeb jedince. Řadíme zde potřebu citové odezvy, potřebu asociace, uplatnění, ocenění, prestiže, potřebu milovat a být milován apod.

- **civilizační hodnoty**

Jsou podmínkou a výsledkem organizace, techniky, ekonomiky i společenské výroby (nezávislost na přírodě, užitku, kulturnosti i komfortu).

- **duchovní hodnoty**

Uspokojují potřebu integrace, vnitřní jednoty sebe sama, vůči přírodě, společnosti a sdělují potřebu uvědomělého řádu života (Kučerová, 1996).

Maslow předkládá uspořádání, v němž jsou hodnoty rozděleny na deficientní (takzvané **D-hodnoty**) a růstové (**B-hodnoty**). Hodnoty považuje za instinktivní připravenost člověka pro vývoj vlastních potenciálů v souladu s vlastní kulturou. Jeho koncepce o biogenetických tendencích jedince se rozšířila na učení o metamotivech jimiž jsou výše zmíněné druhy hodnot. K B-hodnotám (B od angl. being = růst, bytí) patří dobrota, celistvost, jedinečnost, dokonalost, dokončení, spravedlnost, bohatost, nenucenost, hravost, soběstačnost, prostota, krása, živost, pravda a smysluplnost. Cíl seberealizace je možné chápat jako vývoj hodnot a jejich integraci v systém dynamických regulátorů jednání při současném omezení působení D-hodnot, tedy hodnot nižších (D od angl. deficient = nedostatek). Tato koncepce o metamotivech expandovala, až přerostla ve svérázný teoretický rámec humanistické psychologie hodnot. Pojem metamotiv implikuje vývoj jedince směrem k všestranné realizaci potenciálů svobodného bytí (Cakirpaloglu, 2009).

Maslow později seznam patnácti metamotivů čili B-hodnot doplnil tak, že ke každé hodnotě přiřadil její negativní podobu (antihodnotu), která určuje podstatu specifické metapatologie osobnosti. Antihodnotami jsou zlo, chaos, jednotvárnost, nedokonalost, neúplnost, nespravedlnost, chudoba, namáhavost, nedostatek smyslu pro humor, nepředvídatelnost, matoucí složitost, ošklivost, neživost, nečestnost a nedostatek smyslu. Jednou z vlastností hodnot je tendence k seskupení do větších funkčních celků, např. pravda je dobrá, krásná, spravedlivá, celistvá. Stejně jako prostota je krásná, dokonalá, je bohatstvím atd. Triáda hodnot, kterými jsou dobrota, pravda a krása, současně určují stupeň realizace a míru duševní rovnováhy člověka. Právě tyto hodnoty nacházel Maslow u zralých a seberealizovaných osob, které zároveň získaly zvláštní zkušenosti z vrcholových zážitků. U osob neurotických nacházel pravý opak – nedostatek již

zmiňovaných hodnot a vzácných zkušeností vyvěrajících z osobnostního růstu. Maslow tvrdí, že každý člověk směřuje k nejvyšší hodnotě – snaží se setrvat ve stavu štěstí. Být šťastný je podle něj základním cílem a smyslem každého z nás (Cakirpaloglu, 2009).

Inglehart navazuje na podobná východiska jako Rokeach a staví na Maslowově konceptu potřeb. Inglehart rozdělil hodnoty na postmaterialistické a materialistické. Hodnoty **materialistické** nemají pouze hmotnou podobu. Řadíme mezi ně sice hmotné potřeby pro život, ale také hodnoty jistoty, bezpečí, trvalosti řádu, boj proti cenovému růstu, boj proti kriminalitě a respektování sociálního řádu.

**Postmaterialistické** hodnoty v sobě zahrnují hodnoty k naplňování seberealizačních a sociálních potřeb (Prudký, 2009).

Inglehart je toho názoru, že je možné naplňovat potřeby „vyšší úrovně“ až po uspokojení materialistických potřeb. Na základě toho vznikly dvě hypotézy, vzácnosti a socializace. U hypotézy vzácnosti jde o to, že v období ekonomického bezpečí dochází k přesunu potřeb k podstatně vzácnějším hodnotám, kterými jsou seberealizace, bohatší sociálně-politická existence a vyšší participace. V období úpadku se střetem zájmu stávají ekonomické a jiné materiální hodnoty. Hypotéza socializace vychází z faktu, že při tvorbě hodnot je důležité, co má jedinec již zejména naučené. Významným obdobím je adolescence. Dle Ingleharta je stěžejní pro utváření hodnotových struktur adolescentů zkušenost s převahou postmaterialistických a materialistických hodnot. Daný základ hodnotových struktur pak mají adolescenti tendence uchovávat po celý život (Prudký, 2009).

Jedním z dalších známých dělení je dělení podle Rokeache. Ten vymezil tři složky hodnot:

- **kognitivní**, v níž je hodnota poznáním žádoucího, kdy člověk ví, jak se správně chovat a o co usilovat;
- **afektivní**, v níž jde o citový vztah k objektu;
- **behaviorální**, kterou je hodnota intervenující proměnnou, motivem a aktivátorem (Prudký, 2009).

Milton Rokeach je kanadský psycholog, který je považován za autora dosud nejpoužívanějšího nástroje na měření hierarchie hodnot. Tento nástroj zvaný The Values



Survey je do češtiny překládán jako Test hierarchie hodnot a je založen na uspořádání 36 hodnot, z toho 18 instrumentálních a 18 cílových (terminálních).

Seznam těchto hodnot vznikl na základě výběru hodnot z literatury, z autorových vlastních návrhů, návrhů třiceti studentů studující psychologii a sto dospělých osob žijící ve stejném městě jako autor (Obrhelová, 2006).

**Instrumentální** hodnoty se vztahují ke způsobu jednání a k přesvědčením, která vedou k zajištění konečného stavu, tedy postupů přijatelných pro naplňování hodnot cílových. Může jít o hodnoty morální (užitečnost druhým, čestnost, aj.) a o hodnoty spjaté s inteligencí a se sebeuplatněním (tvořivost, schopnost, ambicióznost, aj.).

**Cílové** hodnoty se vztahují ke konečnému stavu, k cílovým stavům existence, které jsou žádoucí. Jde o hodnoty zaměřené na osobnost (pohodlný život, vzrušující život, sebeúcta, moudrost, aj.) nebo na společnost (svoboda, rovnost, aj.).

Mezi těmito hodnotami však nemusí však být vždy jednoznačný vztah, mohou na sebe působit vícenásobně. Dané členění je považováno za vysoce relevantní při specifikaci předmětu výzkumu hodnot, ale zároveň poukazuje na to, že je potřeba s jednotlivými členěními pracovat obezřetně, protože se z části prolínají (Prudký, 2008).

Často je člověk konfrontován se situací, ve které se nemůže chovat způsobem shodným se všemi jeho hodnotami. Situace může aktivovat více hodnot, čímž dojde ke konfliktu mezi danými hodnotami. Musí si vždy vybrat pouze jednu z nich, která je nadřazená. U cílových hodnot si člověk musí vybrat například mezi vlastním poznáním, spásou a pohodlným životem. Znamená to tedy, že hodnotový systém představuje organizační strukturu pro rozhodování a řešení konfliktů.

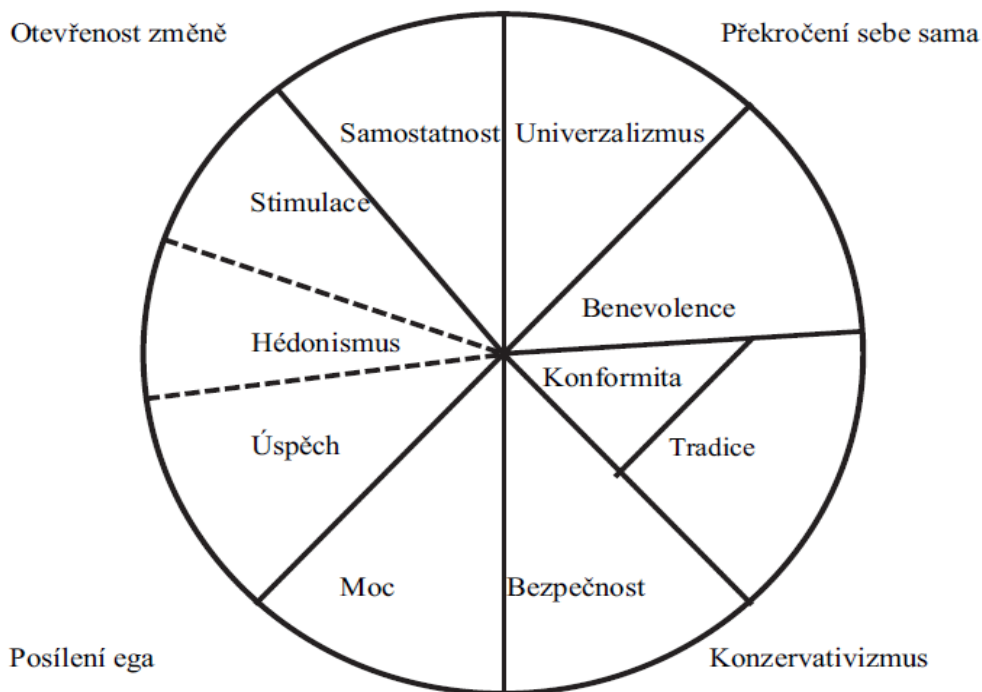
Vzhledem k poměrně velkému množství hodnot, které mají být uspořádány v hierarchii, je teoreticky možné velké množství variací, ale je velmi nepravděpodobné, že budou všechny tyto hodnotové vzorce skutečně nalezeny. Očekává se, že z mnoha sociálních faktorů se prudce omezí počet získaných změn. Podobnosti v oblasti kultury, společenského systému, pohlaví, povolání, vzdělání, náboženského rozvoje a politické orientace jsou hlavními proměnnými, které se pravděpodobně podobají hodnotovým systémům velkého počtu lidí. Lze tedy očekávat, že zatímco osobnostní faktory vyvolávají velké rozdíly v hodnotách jednotlivců, faktory kulturní, institucionální a sociální způsobí pouze nepatrné změny (Rokeach, 1970).

Rokeach ve svých dřívějších pracích tvrdil, že jsou hodnoty uspořádány do hierarchických struktur či podstruktur podle důležitosti v rámci jednotlivých konstitučních prvků systému. To znamená, že centrálnost postavení jednotlivých hodnot je

spojena s její pozicí v hierarchii. O něco později, když Rokeach svůj přístup k ovlivnění hodnot prostřednictvím celého systému rozvinul, tak začal zdůrazňovat vztah celého systému k sebeobrazu jedince a jeho představě o kompetentní morální osobě. Nyní centrálnost hodnot není určena pouze její pozicí v hierarchii, ale zejména vazbami na ostatní hodnoty a sebepojetí jedince (Seitl, 2012).

Dalším z autorů, který bezprostředně navázal na práci Milona Rokeache a je autorem jednoho z nejrozšířenějších výzkumných konceptů, je Shalom Schwartz.

Schwartz hodnoty vymezuje jako abstraktní motivy, které ovlivňují, řídí a vysvětlují normy, názory, postoje i chování a každý jedinec je držitelem několika hodnot různého stupně subjektivní důležitosti. Hodnoty dále popisuje jako žádoucí cíle, ke kterým jedinec směřuje. Tyto cíle pak rozdělil pomocí faktorové analýzy na deset specifických cílů, kterými jsou: univerzalizmus, konformita, tradice, benevolence, moc, bezpečnost, úspěch, stimulace, samostatnost a hédonismus. Samotný model je prezentován v podobě kruhové struktury (viz. obrázek níže), to znamená, že hodnoty v tomto konceptu nestojí jedna vedle druhé, ale vytvářejí určitou strukturu se vztahy podobností. Čím blíže jsou k sobě dvě hodnoty v kruhu znázorněny, tím je větší souvztažnost mezi těmito hodnotami u jednotlivce. Strukturu hodnot je možné rozdělit do dvou dimenzí, které jsou úzce spjaty se specifickými cíli. První dimenze znázorňuje škála překročení sebe sama – posílení ega, přičemž překročení sebe sama je hodnoceno ze skóre položek u univerzalizmu a benevolence, posílení ega je pak hodnoceno ze skóre u položek moci a úspěchu. V druhé dimenzi proti sobě stojí otevřenost změně – konzervace. Otevřenost změně zdůrazňuje stimulaci a samostatnost, konzervace v sobě zahrnuje bezpečnost, tradici a konformitu. Hodnota hédonismus je přiřazována jak k otevřenosti změně, tak i k posílení ega (Sič, Mrhálek, Kajanová, 2012; Vávra, 2007).



Obrázek 1 Struktura lidských hodnot podle Shaloma Schwartze (Vávra, 2007, s. 16)

Na základě této teorie vytvořil Shalom Schwartz dotazník, který vychází z práce Milтона Rokeache a obsahuje celkově 56 hodnot, z toho 30 terminálních a 26 instrumentálních. Respondenti mají za úkol ke každé hodnotě přiřadit číselné hodnocení od -1 do 7 (-1 = hodnoty protikladné k mým; 0 = nedůležité; 3 = důležité; 7 = nejdůležitější) dle důležitosti hodnoty v jejich životě (Obrhelová, 2006).

## 1.5 Hodnotová hierarchie

Všechny hodnoty pro nás nejsou stejně důležité. V průběhu života se hodnoty mění. Ty, které pro nás byly doteď významné, mohou ztratit na důležitosti a jiné hodnoty, které jsme naopak opomíjeli se mohou stát pro nás prioritními. Jednotlivé vztahy mezi hodnotami jsou tvořeny stupňovitým seřazením (hierarchickým uspořádáním) podle důležitosti hodnot (Göbelová, 2008).

V psychologii je pojem hierarchie často chápán dogmaticky jako: „*stabilní, pyramidálně uspořádaný systém pozic a vztahů mezi konstituujícími prvky celku*“ (Cakirpaloglu, 2009, s. 259).

Hierarchii lze charakterizovat také jako „*formu souvislosti a vztahů, kdy jevy nejsou vůči sobě v postavení lineárním a rovnomocném, ale členěny stupňovitě*“ (Dotortíková, 1998, s. 71).

*„Hodnotová hierarchie znamená, že ne všechny hodnoty jsou co do fungování systému stejně významné“ (Dotortíková, 1998, s. 71).*

Dle Říčana (2007) je hodnotová hierarchie, hodnotová orientace i hodnotový systém pojem zcela totožný.

Lze se v běžné praxi setkat i s pojmem žebříček hodnot, což je považováno za pojmenování hovorové (Hartl, Hartlová, 2010).

Hodnotová orientace je jakýmsi hierarchicky uspořádaným souborem hodnot, který je přijat jedincem, skupinou nebo společenstvím. Tvoří stabilní systém hodnot usměřující a regulující naše chování a představuje soubor našich zájmů, postojů a tendencí jednat určitým způsobem, reflektuje naše zkušenosti, umožňuje nám hodnotit a rozlišovat podstatné, nepodstatné, dobré a zlé, a proto patří mezi nejdůležitější část vnitřní struktury naší osobnosti (Göbelová, 2008).

K tomu Kliment (2013) dodává, že si každý jedinec vytváří kromě systému hodnot, který představuje něco žádoucího, také systém antihodnot, to znamená toho, co jedinec nechce a čeho si necení. Struktura hodnot a antihodnot představuje systém žádoucích a nežádoucích cílů, které ovlivňují celkové směřování osobnosti daného jedince.

Ke změně preference některých hodnot dochází na základě získaných zkušeností a vývojově podmíněných proměnách v průběhu celého života. V mladém věku se snažíme dosahovat žádoucích cílů, které si stanovíme, od středního věku se spíše zaměřujeme na udržení již získaných hodnot a ve stáří se snažíme vyrovnat s jejich ztrátou. Pokud v životě jedince dojde k výraznému a osobně významnému zlomu (ztráta blízkého člověka, onemocnění), může se tím změnit i celý jeho systém hodnot. Dojde tak ke zdůraznění hodnoty zdraví, k objevení duchovních hodnot nebo k nárůstu významu spolehlivých mezilidských vztahů. Mezilidské vztahy sice nikdo nezpochybňuje, ale lidé je považují tak trochu za samozřejmost (Vágnerová, 2010).

Dostálová (2016) dodává, že hierarchie hodnot je u různých lidí odlišná a může být uspořádána vertikálně nebo horizontálně. Vertikální hierarchie je uspořádána tak, že jedna hodnota je na vrcholu a ostatní hodnoty jsou umístěny pod ní. Dané uspořádání je doménou lidí, kteří dokáží ve svém životě hodně a pro svou nejvyšší hodnotu obětují celý svůj život. Příkladem mohou být vědci, kteří jediné své myšlenky věnují celý svůj život a v případě neúspěchu jsou ochotni ukončit život, jelikož za svou nejvyšší hodnotu odmítají najít jakoukoliv jinou náhradu. To samé, ale méně nápadně, se může stát i u řadových jedinců s vertikální hierarchií hodnot. Jsou známy případy, kdy jedinci

umírají brzy po odchodu do penze nebo po smrti blízké osoby, jelikož se s tím nedokáží smířit.

V horizontální hierarchii jsou hodnoty uspořádány do několika vodorovných linií, kde leží vždy několik hodnot v jedné řadě a na stejné úrovni. Dané uspořádání je výhodnější pro lepší adaptaci v životě. Jestliže jedinec s tímto typem hodnotového systému v životě přijde o některou z hodnot, dokáže ji bez velkého trápení nahradit jinou. Má-li jedinec rodinné problémy, snaží se více věnovat práci, ztratí-li jedinec dobrou práci, věnuje se více mimopracovním aktivitám, své rodině apod.

Zastánci vertikální hierarchie se musí dle Cakirpalogla (2009) vyrovnat s faktem, že u některých osob byl zjištěn stav nepřítomnosti specificky vyvinutých hodnot. Třebaže hodnotově prázdnou bytost není snadné hájit, v psychologické literatuře se hovoří o empirické evidenci určitého stupně hodnotové nezaujatosti. Tyto osoby fungují převážně adaptivně nebo na úrovni uspokojování základních biologických potřeb.

Vytváření individuálního systému hodnot závisí nejen na věku, jak již bylo zmiňováno, ale i na osobnosti a vnějších vlivech. Jedinci s určitou strukturou osobnostních vlastností mají větší tendence uznávat některé hodnoty a jiné zase přehlížet nebo je nepovažovat za tak důležité. Lidé s vysokou vstřícností považují za důležitou hodnotu kvalitu vztahů s ostatními, zatímco pro jedince svědomité jsou důležité hodnoty morální. Pro extroverty může být podstatné, jak je přijímají a hodnotí ostatní. Dále také jejich postavení, moc a možnost někoho ovlivňovat. Introvertní jedince názor ostatních tolik nezajímá, kladou větší důraz na vlastní pocity a přesvědčení. Velkou hodnotu pro ně má pravda, svoboda jejich směřování, leckdy si cení i moudrosti a nalezení smyslu života. Jednotlivé hodnoty mohou být různě zkombinovány. Jejich souhrn představuje jednu z nejdůležitějších osobnostních charakteristik daného jedince (Vágnerová, 2010).

## **1.6 Vliv nemoci na životní hodnoty**

Zdraví je řazeno mezi nejvýznamnější životní hodnotu každého člověka a již od nepaměti je stavěno na přední místo v hierarchii hodnot. Zdraví by však nemělo být jediným cílem, pouze jednou z podmínek smysluplného života (Čeladová, Čevela, 2010).

Dle Bártlové (2005) bylo dříve zdraví považováno za hodnotu cílovou, které má být vše podřazeno. Dnes je chápána spíše jako hodnota instrumentální, kdy není zdraví cílem samo o sobě, pouze prostředkem k dosahování úspěchu, pohody apod.

To, že je zdraví jako hodnota člověkem vysoce ceněna však nebrání tomu, aby lidé zaujímalí ke svému zdraví rozdílný postoj. Potřeba biologického zdraví je u všech stejná,

ale v rovině duchovní se může objevit hodnotová rozdílnost. Někteří jedinci jsou chorobně úzkostní ke svému zdraví, jiní naprosto lhostejní. Všichni jsou však členem určité společnosti a vytváří si svou hierarchii hodnot v rámci společenského systému v němž žijí. Každá společnost má vlastní systém hodnot a norem společenského jednání, a tím se formulují ustálené představy o společenské hodnotě zdraví a jejím významu (Bártlová, 2005).

Hierarchii hodnot bude mít jinak uspořádanou jedinec zdravý a jinak člověk žijící s nemocí. Některé životní hodnoty bereme za zajištěné a neuvědomujeme si, že může nastat jejich změna např. ochrnutím po autonehodě, ztrátou sluchu apod.

Zkoumáním hierarchií hodnot pacientů se somatickým onemocněním se zabývali výzkumníci z České republiky i ze zahraničí. Jedním z nich je Řebíčková (2009), která metodou rozhovorů zjistila, že pacienti s onkologickým onemocněním prochází určitou změnou. Někdo větší, někdo menší, ale nikdo z nich již nebyl stejný. Hodnoty, které pro ně byly dříve důležité, jsou náhle malicherné a to, co bylo opomíjeno, je nyní preferováno.

Podobný výzkum provedly Greszta a Siemińska (2011), které zkoumaly změny hodnot pacientů také po nádorovém onemocnění. Výzkumu se zúčastnilo 50 pacientů, u nichž se v rozmezí prvních šesti měsíců zkoumala změna současných hodnot oproti těm předešlým. Z výzkumného šetření, ve kterém byl použit Rokeachův test hierarchie hodnot vyplynulo, že 27 hodnot z 36 se změnilo, z nichž 16 hodnot vzrostlo (spasení, odpouštějící, užitečný, čistý, poslušný, čestný, bezpečí rodiny, moudrost, vnitřní rovnováha, aj.) a 11 dříve preferovaných hodnot významně pokleslo (vzrušující život, potěšení, pohodlný život, schopný, ambiciózní, smysl pro užitečnost, inteligentní, aj.). Jiné hodnoty se změnily mírně nebo se nezměnily vůbec.

Výzkumy, které by zkoumaly hierarchii hodnot pacientů s psychiatrickým onemocněním, se vyskytují již méně často. Jedním z výzkumníků, který se zaměřil na onemocnění psychiatrické je Golenischenko (2010). Ve svém výzkumném šetření se zabýval změnou hodnotového uspořádání u pacientů neurotických a pacientů se schizofrenií. Výzkumné šetření bylo provedeno u 50 pacientů s odstupem času – před léčbou a v remisi. Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že hodnotová hierarchie pacientů se schizofrenií je méně náchylná ke změnám v průběhu léčby a také to, že pacienti se schizofrenií přikládají větší pozornost hodnotám spojeným se seberealizací, zatímco neurotičtí pacienti se zaměřují na zdraví, lásku, vnitřní harmonii a šťastný rodinný život.

## 2. VYBRANÁ PSYCHIATRICKÁ ONEMOCNĚNÍ

Ve druhé kapitole si přiblížíme pojem psychiatrická diagnóza, seznámíme se s klasifikačními systémy, které se ke stanovení těchto diagnóz využívají, a v neposlední řadě se zaměříme na jednotlivé psychiatrické diagnózy, které jsme si zvolili pro výzkumné šetření v praktické části této práce.

### 2.1 Vymezení psychiatrické diagnózy

Termín *diagnosis* pocházející z řečtiny v překladu znamená hloubkové či rozšiřující poznání a je konečným produktem procesu diagnostikování (Klenková, 2006). Podle Hosáka (2015) je diagnóza definována pomocí kritérií, které určují, jaké symptomy, jaká doba trvání a okolnosti vzniku musí být přítomny ke stanovení nebo naopak vyloučení určité diagnózy. Pavlovský (2012) pak za správnou diagnózu považuje východisko optimální terapie a adekvátní prognózu nemoci. Diagnózy psychiatrické, které jsou předmětem dané kapitoly, Orel (2016 s. 22) definuje jako: „určité konstrukty, které vycházejí z vědeckých poznatků, pozorování, výsledků vyšetření, rozboru konkrétních případů a výzkumů.“

### 2.2 Klasifikační systémy nemocí

V průběhu 19. a 20. století v psychiatrii vznikaly různé diagnostické systémy a klasifikace, které vycházely z modelů psychických poruch. Jednalo se o model psychosociální, organický, farmakomorfální a agnostický. Se vznikem Světové zdravotnické organizace byla v roce 1948 vydána Mezinárodní statistická klasifikace, tu však zprvu nevyužívaly všechny státy, a proto došlo k následným úpravám. Větších změn tato klasifikace dosáhla až v roce 1959. Cílem veškerých úprav bylo odstranit diagnostické závěry diagnóz a vytvořit tak jednoduché operacionální definice. V roce 1965 byla vydána 8. revize a postupně se vytvářely revize další (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015).

V současné době platí v Evropě klasifikační systém 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), která je platná od roku 1992 (Orel, 2016). Daná klasifikace byla počátkem 90. let 20. století testována ve dvaceti zemích a v té době 90 % odborníků, kteří se na testování podíleli, shledali MKN-10 za použitelnou. Daná klasifikace se tak i v České republice stala základem pro diagnostiku duševních nemocí (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015). Hosák (2015) se zmiňuje o přípravách nové revize seznamu

psychiatrických poruch v MKN-11. Daná revize by měla být ovlivněna již využívaným diagnostickým a statistickým manuálem Americké psychiatrické asociace DSM-5 a měla by zrušit některé podtypy schizofrenního onemocnění, odstranit členění poruch spojených se somatickými symptomy, shrnout je do celku s názvem Porucha s tělesnými příznaky atp.

O účelech planého klasifikačního systému se zmiňuje Raboach (2013). Zaprvé je důležité stanovit správnou diagnózu a zvolit tak efektivní léčebnou metodu, dále pak zajišťuje jazyk všem pracovníkům v oboru, kteří tak mohou spolu snadněji komunikovat. Příkladem může být komunikace mezi lékařem a psychologem. Místo toho, aby psychiatr složitě popisoval symptomy pacienta, který má pokleslou náladu, obtíže se soustředěním, ztrátu chuti k jídlu a který uvažuje o sebevraždě, stačí díky systému sdělit psychologovi, že se jedná o pacienta s depresivní poruchou.

## **2.3 Vybrané psychiatrické diagnózy**

Daný klasifikační systém vymezuje jednotlivé kategorie psychiatrických stavů, které jsou seskupeny do diagnostických skupin a kategorií (Raboach, 2013). Duševní nemoci tvoří v MKN-10 skupinu F a jsou rozdělené do 11 oddílů. Hosák (2015) však uvádí, že se v každodenní praxi stále setkává s tradičním dělením na neurotické a psychotické poruchy, i přestože současná klasifikace MKN-10 toto dělení oslabila. S daným tvrzením souhlasí i autorka dané práce. Tradiční dělení považuje za mnohem jednodušší a je názoru, že je stále v praxi využíváno.

Pro výzkumné šetření této práce byly vybrány psychiatrické diagnózy ze dvou oddílů. Jedná se o schizofrenii a depresi. Deprese je v České republice považována v porovnání s jinými státy za nejčastější psychickou poruchu, což také souvisí i s vyšší sebevražedností v naší zemi. Schizofrenie se řadí mezi nejčastější a zároveň nejzávažnější psychotickou poruchu, přesto se výzkumy, které by se těmito poruchami zabývaly, objevují sporadicky. Z tohoto důvodu se následující text bude věnovat těmto vybraným psychiatrickým diagnózám a pokusíme se je blíže specifikovat.

### **2.3.1 Schizofrenie**

Schizofrenie je nejčastějším a zároveň nejzávažnějším onemocněním ze skupiny psychotických poruch.

Psychotické poruchy lze definovat jako: „*závažné duševní poruchy, při kterých je narušena schopnost nemocného srozumitelně jednat a správně se orientovat v realitě.*



*Je ovlivněno cítění, myšlení, vnímání, jednání a schopnost uspokojivě naplnit život a dostát svým životním rolím“ (Petr, 2014, s. 210). Pojem **psychóza** je řeckého původu („psyché“ = duše) a byl poprvé použit v roce 1945 jako alternativa do té doby používaných termínů mánie nebo šílenství (Ocisková, Praško, 2015). Dle Kučerové (2013) přestanou jednotlivé složky osobnosti fungovat, tak jak mají a porucha jedné z nich se ihned odrazí ve fungování druhé. Tím dojde k vnitřnímu chaosu bez logického smyslu, který mohou zdraví lidé automaticky za logický považovat. Zjednodušeně lze říci, že člověk v psychóze není člověkem, kterým býval a chová se jinak, než se choval obvykle.*

MKN-10 (2008) mezi psychózy dále řadí schizofrenii, schizotypální poruchu, poruchu s trvalými bludy, akutní a přechodné psychotické poruchy, indukovanou poruchu s bludy, schizoafektivní poruchy, neurčené neorganické psychózy a jiné neorganické psychotické poruchy.

**Schizofrenie** lze chápat jako poruchu myšlení, kdy schopnost jedince rozpoznat skutečnost, jeho emocionální reakce, myšlenkové procesy, úsudek a schopnost komunikovat se zhoršuje natolik, že je vážně narušena (Warner, 1994 in Birchwood, Jackson, 2014).

Slovo schizofrenie je původu řeckého („schizo“ znamená štěpit a „phren“ označuje myšlení). Daný pojem měl zdůraznit přítomnost rozštěpení mezi emocemi, myšlením a chováním. Laickou veřejností je však velmi často mylně vykládán jako „rozštěpení osobnosti“ (Doubek a kol., 2010). Jedinci, kteří trpí schizofrenií, slyší a vidí věci, které nejsou skutečné, ztrácejí tak kontakt s realitou a na základě jejich představ začnou jednat nepřiměřeně a neobvykle (Fišar a kol., 2009).

**Prevalence** schizofrenie se nachází někde mezi 0,7 a 1,4 %. Nastupuje velmi často nenápadně, začátek nemoci se u mužů objevuje nejčastěji mezi 16. až 25. rokem, u žen mezi 25. až 35. rokem. Výskyt onemocnění v dětství je vzácný. Pozdější začátek je taktéž možný, ale příznaky a průběh onemocnění bývá poněkud jiný, jelikož nemoc zasáhne již zformovanou mysl a osobnost. Ačkoli celoživotní riziko nemoci se vyskytuje stejně často u žen jako u mužů, muži častěji onemocní v mladším věku než ženy. Někteří autoři to připisují pozdějšímu nástupu stresu spojeného s převzetím dospělé role nebo ochrannému vlivu estrogenů. Roční incidence této nemoci se pohybuje mezi 7 až 13 novými případy na 100 000 obyvatel (Hosák, 2015; Doubek a kol., 2010).

Přesné **příčiny vzniku** schizofrenie nejsou doposud známy, ale předpokládá se multifaktoriální etiologie. To znamená, že na vzniku nemoci se podílí více příčin. Může se jednat o kombinaci faktorů biologických a psychosociálních. Společně pak vytvářejí

dispozici ke vzniku nemoci a vedou současně k vyšší zranitelnosti. Dle nejnovějších poznatků je schizofrenie onemocněním mozku, jehož podklad vzniká již v nitroděložním období, ale projevuje se zpravidla později. V tomto období již dochází k narušení komunikace mezi různými částmi mozku (Skopová, 2016). Za základní biologický faktor, který se na vzniku schizofrenie podílí je považována dědičnost. Jestliže někdo v rodině onemocní schizofrenií, je zde větší pravděpodobnost, že příbuzní onemocní také, popř. jinou duševní poruchou. Jestliže onemocní jeden z rodičů schizofrenií, je asi 10 % pravděpodobnost, že se u jejich dítěte nemoc vyskytne. Jestliže by byli nemocni oba rodiče, zvyšuje se toto riziko pro jejich dítě na 30–40 %. Studie dále prokázaly, že obě jednovaječná dvojčata onemocní schizofrenií častěji (30–40 %) než dvouvaječná dvojčata (10 %), a to i v takovém případě, že dvojčata vyrůstají odděleně v jiném prostředí. Lze tedy říci, že se schizofrenie jako nemoc nedědí, pouze se do určité míry dědí předpoklad k onemocnění (Doubek a kol., 2010).

Mezi stresové spouštěče Hosák (2015) řadí intrauterinní vystavení infekčnímu onemocnění matky nebo jejímu extrémnímu hladovění. Vyšší riziko onemocnění může být spojeno s imigrací a s potížemi života mimo vlastní společenství, problémy ve vztahu ke svým vrstevníkům, u žen zátěž spojená s porodem, traumatem mozku apod. Pravděpodobnost výskytu onemocnění u disponovaných osob zvyšuje i zneužívání drog, zejména kanabinoidů a metamfetaminu. Vliv těchto faktorů na průběh a závažnost onemocnění je značný, ale nepředstavuje ani dostačující a nezbytný kauzální faktor.

V **patogenezi** schizofrenie nepochybně hraje roli neurotransmitter dopaminu, který ovlivňuje citlivost vůči podnětům ovlivňujícím chování jedince a jejich výběr. Významnou roli mají i neurotransmitery serotonin a excitační aminokyselina glutamát, které podobně jako dopamin ovlivňují výběr a tlumení podnětů vstupujících do mozkové kůry. To vede k projevům jejího zahlcení podněty v důsledku snížené schopnosti rozlišit významné podněty od těch nevýznamných a k následné aktivaci mentálních i fyziologických kompenzačních mechanismů.

**Průběh** schizofrenie bývá velmi variabilní. Jedná se většinou o onemocnění epizodické. Těmto epizodám se v případě opakování říká relaps neboli znovu vzplanutí nemoci. Pro jedince je každá epizoda určitou zátěží a způsobuje výrazné změny v jeho psychice a fungování ve všech oblastech života. Dochází ke změnám ve vztahu k sobě samému i okolí, často nemocný ztrácí přátele, zaměstnání nebo možnost dalšího studia. Zejména první epizoda nastupuje velmi rychle, a ve většině případech, vyžaduje hospitalizaci (Orel, 2016). Podle Fišara (2009) se mohou jedinci trpící schizofrenií několik

měsíců uzavírat do sebe, přerušovat sociální kontakty, mohou se u nich vyskytovat tzv. prodromální příznaky. Tyto příznaky zahrnují zanedbávání zevnějšku, ztrátu zájmů, poruchu spánku, vztahovačnost, pocity napětí, neklid, úzkost, zhoršování pracovní výkonnosti, halucinace, bludy, aj, které se často mohou krýt s osobnostními rysy a postupně se stupňují, až dojde k propuknutí samotné psychotické ataky. Po odeznění akutních psychotických příznaků pak dle Doubka (2010) dochází k oslabení v řadě oblastí. Organismus na to reaguje zvýšenou citlivostí na změny a sníženou odolností vůči zátěži. Nemocný může začít mít obavy z budoucnosti, pocity méněcennosti, často neví, jak dál a jediným možným řešením vidí sebevraždu.

Neexistuje však žádná jednoznačná vyšetřovací metoda, která by se dala použít ke včasnému stanovení psychiatrické diagnózy schizofrenie. Psychiatr musí nemocného vyšetřit a nějakou dobu jej pozorovat, aby mohl podle přítomných symptomů diagnózu stanovit nebo naopak vyvrátit (Doubek a kol., 2010). Ke stanovení diagnózy se dnes využívají klinické známky nemoci, které jsou popsány v 10. vydání Mezinárodní klasifikace nemocí. Orel (2016) a Hosák (2015) se shodli na tom, že příznaky musí být u jedince přítomny po dobu alespoň jednoho měsíce, aby se schizofrenie dala přesně diagnostikovat.

**Typické příznaky** lze rozdělit na skupinu pozitivních příznaků a na skupinu negativních příznaků. Pozitivní příznaky lze chápat jako příznaky, které nemocný jedinec získává oproti normě smyslových vjemů zdravé populace (Petr a kol., 2014). Typickým pozitivním příznakem jsou halucinace, které Fišar (2009, s. 217-2018) chápe jako „*falešné smyslové vjemy, vznikající bez jasného zevního podnětu; člověk slyší, vidí nebo cítí věci, které ostatní nevnímají, časté jsou také halucinace intrapsychické, kdy mají nemocní pocit, že jim někdo myšlenky odnímá nebo vnucuje.*“ Časté jsou také bludy, které můžeme definovat jako „*nepravdivé, falešné představy, které nemocnému připadají zcela pravdivé a nelze mu je vymluvit*“ (Fišar, 2009, s. 218). Obsahem bludů mohou být pocity pronásledování, přesvědčení o nadpřirozených schopnostech nebo o významném původu. Velmi častý je obsah náboženský (Fišar, 2009). Mezi pozitivní příznaky dále řadíme ztrátu náhledu a kontaktu se skutečností, dezorganizovanou řeč, tvorbu neologismů a neúčelné chování. Mezi negativní příznaky schizofrenie patří nemluvnost, nesoustředěnost, omezené prožívání, schází prožitek příjemných pocitů, dochází k redukci energie, zájmů a je snížen sociální kontakt (Obereignerů a kol., 2011). Negativní příznaky jako by nemocnému určité vlastnosti odníмали (Petr a kol., 2014).

Schizofrenie se dle MKN-10 ([www.uzis.cz](http://www.uzis.cz)) dělí na několik typů:

**Paranoidní schizofrenie (F20.0)** je nejčastěji se vyskytující formou, což se ukázalo i v našem výzkumném šetření. Do výzkumného šetření bylo zařazeno 25 pacientů se schizofrenií a u všech těchto pacientů byl diagnostikován právě tento typ schizofrenie. S daným tvrzením se ztotožňuje i autorka práce, která se za dobu své praxe, setkala jen sporadicky s jiným typem schizofrenie.

Paranoidní schizofrenie se dle Ociskové a Praška (2015) objevuje ve vyšším věku. S tímto tvrzením však autorka práce nesouhlasí, jelikož se opakovaně setkala i s pacienty, kterým byla paranoidní schizofrenie diagnostikována již kolem 18. roku života.

Schizofrenie bývá doprovázena poruchami vnímání, bludy a halucinacemi (Kelnarová, Matějková, 2014). Halucinace se vyskytují převážně sluchové. Označení „paranoidní“ dostala tato schizofrenie zejména podle často přítomných bludů. Bludy mohou zahrnovat velikášské<sup>5</sup>, ale i perzekuční<sup>6</sup> témata (Ocisková, Praško, 2015).

**Hebefrenní schizofrenie (F20.1)** se projevuje v období dospívání, a proto jsou často první symptomy nemoci zaměňovány s pouhými projevy puberty. Jedná se o schizofrenii s typicky nápadnými afektivními změnami, bludy, halucinacemi a nepředvídatelným, nezodpovědným chováním. U tohoto typu schizofrenie je nálada plochá a nepřiměřená, myšlení dezorganizované, řeč inkoherentní. Lidé mají sklony k sociální izolaci. Prognóza hebefrenní schizofrenie je z důvodu rychlého vývoje negativních příznaků, zvláště pak oploštění afektů a ztrátě vůle, špatná (Kelnarová, Matějková, 2014; [www.uzis.cz](http://www.uzis.cz)).

**Katatonní schizofrenie (F20.2)** je poměrně vzácná a je charakteristická svými výraznými psychomotorickými poruchami (hyperkináza, stupor nebo povelový automatismus a negativismus). Strnulost může přetrvávat delší dobu (Kelnarová, Matějková, 2014; [www.uzis.cz](http://www.uzis.cz)).

**Nediferencovanou schizofrenii (F20.3)** lze chápat jako psychotické stavy, které nelze zařadit do žádného podtypu F20.0 – F20.2, i přestože splňují všeobecná diagnostická kritéria pro schizofrenii.

**Postschizofrenní deprese** je dlouhodobě přetrvávajícím depresivním stavem, který se projevuje jako dozvuky schizofrenie. Některé pozitivní nebo negativní příznaky jsou

---

<sup>5</sup> Velikášský blud souvisí s expanzivní náladou. Patří sem blud o vznešeném původu, vynálezectví, bohatství, erotické neodolatelnosti, o nadpřirozených schopnostech, mimořádném poslání apod.

<sup>6</sup> Perzekuční blud je charakterizován chorobnou vztahovačností a podezíravostí, jde o chorobné přesvědčení o pronásledování vlastní osoby. Patří sem i žárlivecký blud, což je chorobné přesvědčení o nevěře partnera

přítomny, ale jsou již v pozadí klinického obrazu. Pro tyto depresivní stavy je charakteristické zvýšené riziko sebevraždy. Jestliže veškeré příznaky schizofrenie odezní, je možné stav diagnostikovat jako depresivní epizodu (www.uzis.cz).

Pro **reziduální schizofrenii (F20.5)** je typické chronické stádium charakterizované dlouhodobými, ne však nezbytně nezvratnými, negativními příznaky (zpomalené psychomotorické tempo, pasivita a nedostatek iniciativy, chudá řeč v množství i obsahu, snížená aktivita, defektní sociální projevy a snížená péče o vlastní osobu) (www.uzis.cz).

**Schizophrenia simplex (F20.6)** je charakteristická svým pozvolným a progresivním vývojem podivností v chování, úpadkem celkového projevu a neschopností vyhovět požadavkům společnosti. Nemocný začne ztrácet hygienické návyky, uzavírat se do sebe a přestane být schopen vyhovět požadavkům společnosti (Kelnarová, Matějková, 2014; www.uzis.cz).

V případě **Postschizofrenní deprese (F20.4)** se k odeznívající schizofrenii připojuje depresivní pokles nálady (www.uzis.cz).

Pavlovský (2012) dodává, že se diagnostikuje až tehdy, když se u nemocného v posledním roce objevily jasné příznaky schizofrenie a nejméně v posledních dvou týdnech patrné příznaky deprese při současném přetrvávání příznaků schizofrenie.

Posledními typy dle MKN-10 jsou **jiná schizofrenie (F20.8)** a **schizofrenie nespecifikovaná (F20.9)**.

**Léčba** schizofrenie by měla zahrnovat včasnou a individuálně přizpůsobenou farmakoterapii, psychoedukaci a rehabilitaci změněných sociálních dovedností. Velký význam má také psychoterapie, zejména pak po odeznění akutní ataky. Léky, které se v léčbě schizofrenie používají, se nazývají antipsychotika. Antipsychotik je celá řada a jsou dostupné ve formě tablet i injekcí. Výhodou injekcí s prodlouženým uvolňováním, které jsou zjednodušeně nazývané „depotní injekce“, je aplikace v delších intervalech (2 týdny až měsíc). Pacienti tak nemusí myslet na užití tablety, stačí pouze docházet pravidelně na injekce ke svému psychiatrovi (Skopová, 2016). Hosák (2015) se zmiňuje o antipsychotících 2. generace, které se převážně používají při počínajícím onemocnění, a které nevyvolávají nežádoucí extrapyramidové příznaky (porucha napětí, hybnosti či ztuhlost). Radíme mezi ně olanzapin, risperidon, quetiapin, amisulprid, klozapin a aripiprazol.

Další důležitou součástí léčby je léčba pomocí psychologických prostředků. „*Psychoterapie pomáhá obnovit přirozený pocit kontroly nad svým vnímáním, myšlenkami a představami, emocemi a chováním*“ (Doubek, 2013, s. 255). Rozlišujeme rodinnou, individuální, skupinovou a kognitivně-behaviorální terapii.

Rodinná terapie začleňuje do léčby i rodinné příslušníky a měla by přispět k vytvoření příznivého klima v rodině bez prudkých emocí, výčitek či hádek.

Individuální psychoterapie se snaží obnovit důvěru ve svět a vytvořit si pevný vztah s osobou, které lze důvěřovat v krizových situacích. Skupinová psychoterapie, díky důvěrné a přátelské atmosféře, pomáhá pacientovi si uvědomit, že druzí prožívají mnohdy podobné věci a učí se od nich, jak se s onemocněním vyrovnat a jak řešit každodenní problémy. Kognitivně-behaviorální terapie je zaměřena na celkové zklidnění, zbavení se úzkostného způsobu myšlení, relaxaci a úpravu neadekvátního chování (Doubek, 2013). Taktéž důležitá je podle Hosáka (2015) i psychoedukace, která v sobě zahrnuje poučení pacienta i jeho rodiny o povaze nemoci, jejím průběhu, prevenci, eventuálně rehabilitaci, interpersonálních a sociálních problémech, které jsou s nemocí spojené.

Pacienti s dobrým rodinným zázemím, kteří jsou schopni účinně snižovat stresovou zátěž, vedou plnohodnotný život. Jedna třetina pacientů se schizofrenií se zcela uzdraví, u další třetiny nemocných se během života může vyskytnout několik epizod nemoci a poslední třetina pacientů má průběh chronický, s mnohdy dlouhotrvajícími příznaky, které mohou v různé míře narušovat život nemocného jedince se schizofrenií (Doubek a kol., 2010).

### **2.3.2 Deprese**

Deprese se dříve řadila mezi psychózy, dnes ji současná psychiatrie řadí mezi afektivní stavy neboli poruchy nálady a mezi nejčastěji se vyskytující duševní poruchy. Dle Babiakové, Petra a Venglářové (2006) jsou také nejlépe rozpoznatelnými stavy v psychiatrii. Onemocnění je velmi závažné a je spojeno s vysokým rizikem ohrožení života sebevražděnými pokusy (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010). Dle Kosové (2009) si 15 % depresivních pacientů vezme život a 50 % se v průběhu svého života pokusí minimálně o jeden sebevražděný pokus. Latalová (2010) je toho názoru, že pouze 10 až 15 % jedinců s depresí se o sebevraždu pokusí a u dvou třetin depresivních pacientů se objeví sebevražděné myšlenky. Dle Raboacha (2013) představuje deprese ve vyspělých

státech i nejčastější příčinu pracovní neschopnosti. S depresí je spojen i vyšší výskyt rizika smrti na kardiovaskulární onemocnění (Kosová, 2009).

Depresi charakterizoval Praško (2003, s. 18): „*deprese je nemoc, nikoliv lenost, nedostatek vůle nebo slabošství. Je to nemoc, která vede k vážnému životnímu utrpení.*“

Kalvach (2012, s. 291) depresi chápe jako „*soubor charakteristických příznaků, z nichž vedoucím příznakem (symptomem) je smutná nálada.*“

Dle Kosové (2009) se **prevalence** deprese pohybuje od 5 do 10 %. Jiného názoru je Raboach (2013), který tvrdí, že deprese postihuje téměř pětinu populace. Ženy trpí depresí dvakrát častěji než muži, roční incidence u mužů je 1 %, zatímco u žen 2-3 % (Hosák, 2015).

Janosiková se zmiňuje o teorii biologické a psychosociální, které **vysvětlují příčiny vzniku** poruch nálad. Dle biologické teorie jsou příčinou deprese biochemické, endokrinologické, imunitní, strukturální a funkční změny CNS. Psychosociální teorie uvádějí, že významnou roli mají nepříznivé životní události. Velký podíl mají také i faktory genetické. Větší předpoklad ke vzniku deprese mají ženy, což Janosiková dává do souvislosti s hormonální nerovnováhou. Ženy také vyhledávají častěji odbornou pomoc než muži. Ti své potíže spíše maskují a řeší agresí nebo alkoholem (Janosiková in Petr, 2014).

Babiaková, Petr, Venglářová (2006) teorie doplňují o psychodynamickou a biogenní teorii. Dle psychodynamické teorie je zásadní zejména první rok života dítěte a matčina citlivost k jeho potřebám. Jestliže nedochází k dostatečnému uspokojování potřeb dítěte, dojde u něj k negativnímu ladění ke světu. Začnou převládat pocity nedůvěřivosti a nejistoty vůči okolí a mohou se postupně rozvíjet depresivní sklony. Biogenní teorie říká, že jsou poruchy nálady doprovázeny biochemickými změnami, které v organismu probíhají. Jedná se zejména o hladiny serotoninu, dopaminu a noradrenalinu. Hlavním faktorem při vzniku deprese je považován nedostatek noradrenalinu.

Kučerová (2013) se zmiňuje o původním **rozdělení deprese**, endogenní a exogenní depresi. Endogenní deprese je totožná s pojmem velká deprese, který využívá světová literatura, a lze ji chápat jako depresi, která vzniká z interních příčin organismu, které nejsou doposud zcela objasněny. Existují různé hypotézy, které se zabývají působením biochemických procesů a funkcemi receptorů, které se snaží vysvětlit nemoc na úrovni buněčné. Neobjasňuje však její příčinu, tedy proč k poruchám dochází. Deprese exogenní lze chápat jako depresi, která vzniká na základě zjevné příčiny. Pacient je schopen sám

řící, z čeho je smutný. Raboach (2013) dřívější dělení neuznává. Dle něj dané dělení neodpovídá realitě a nejčastěji se jedná o etiopatogenezi smíšenou.

Klasifikace poruch nálady prodělala v druhé polovině 20. století významné změny a dnes se pro diagnostiku těchto poruch využívá MKN-10 ([www.uzis.cz](http://www.uzis.cz)).

Jestliže se u nemocného objeví jen jedna epizoda, hovoříme o tzv. depresivní fázi/epizodě (F32). Ta se dle MKN-10 dělí následovně:

#### **Lehká depresivní fáze (F32.0)**

V této fázi jsou u nemocného přítomny alespoň dva příznaky deprese. Je schopen se účastnit běžných denních činností, ale je z toho deprimován.

#### **Středně těžká depresivní fáze (F32.1)**

V této fázi můžeme u nemocného vyzorovat více jak čtyři příznaky deprese. Denní aktivity vykonává, ale s většími obtížemi.

#### **Těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků (F32.2)**

Tato fáze je charakteristická přítomností řady příznaků, které nemocného skličují. Typickými příznaky jsou pocity viny, beznaděje a ztráta sebehodnocení. Objevují se i sebevražedné myšlenky, pokusy a většinou i příznaky somatické.

#### **Těžká depresivní fáze s psychotickými příznaky (F32.3)**

Tato fáze je totožná s fází předchozí, ale zahrnuje navíc bludy, halucinace a stupor. Jde o závažný stav, který ohrožuje pacienta, hladověním a žízněním, sebevraždou a zároveň mu zabraňuje v sociálních aktivitách.

Depresivním fázím, které se objevují ojediněle nebo mají atypický průběh, jsou vyhrazeny kategorie:

#### **Jiné depresivní fáze (F32.8)**

#### **Depresivní fáze nespécifikované (F32.9)**

V mnoha případech se může deprese po nějaké době vrátit a pauza mezi depresivními fázemi může trvat několik měsíců i let. Dle MKN-10 hovoříme o tzv. periodické depresivní poruše (F33). Ta zahrnuje kategorie:

#### **Periodická depresivní porucha, současná fáze je lehká (F33.0)**

Tato porucha je charakterizována opakovanými fázemi deprese, současná fáze je lehká.



### **Periodická depresivní porucha, současná fáze je středně těžká (F33.1)**

Při této poruše dochází k opakovaným fázím deprese, současná fáze je středně těžká.

### **Periodická depresivní porucha, současná fáze je těžká, ale bez psychotických symptomů (F33.2)**

Lze ji charakterizovat jako poruchu s opakovanými fázemi deprese, současná fáze je těžká, ale bez psychotických příznaků.

### **Periodická depresivní porucha, současná fáze je těžká s psychotickými příznaky (F33.3)**

U dané poruchy dochází k opakovaným fázím deprese, současná fáze je středně těžká, ale s psychotickými příznaky.

### **Periodická depresivní porucha, v současné době v remisi (F33.4)**

O této fázi hovoříme tehdy, jestliže nemocný v minulosti prodělal dvě a více depresivních fází, ale v současnosti se u něj žádné příznaky neprojevují již více měsíců.

Periodickým depresivním poruchám, které jsou odlišné od předchozích poruch a nelze je mezi ně zařadit lze využít kategorie:

### **Jiné periodické depresivní poruchy (F33.8)**

### **Periodická depresivní porucha nespécifikovaná (F33.9) ([www.uzis.cz](http://www.uzis.cz)).**

Abychom mohli depresivní epizodu diagnostikovat je nezbytná minimálně dvoutýdenní přítomnost pokleslé nálady, snížené energie a aktivity, snížení zájmu, snížené schopnosti se radovat, zhoršené koncentrace a zvýšené unavitelnosti (Kosová, 2009).

Deprese může být dále doprovázena **příznaky**, jako jsou pocity zmaru, beznadějí, zoufalství, neschopností se rozhodovat, nesoustředěností, ale také zpomaleným myšlením, útlumem motivace či přesvědčením, že nic v životě již nemá cenu. Pacienta v tomto psychickém rozpoložení nelze navést na jiné myšlenky, abychom mu tak alespoň na chvíli ulevili. Únik před depresí nenalézají pacienti ani ve spánku (Latalová, 2010). Hammen a Watkins (2018) se zmiňují o několika podobách poruch spánku v depresi. Mohou se objevit potíže s usínáním, nespavost nebo naopak nadbytek spánku.

Člověk v depresi bývá smutný, pokud se ho zeptáme na nějaké veselé zážitky, na žádné si nevzpomene. Ze své nynější situace nevidí východisko, nic ho netěší. Je uzavřený, vyhýbá se lidem, s nikým sám od sebe kontakt nenavazuje. Jeho odpovědi jsou strohé, využívá jednoduché věty nebo neodpovídá vůbec. Smutek lze vypožorovat i na jeho zevnějšku. Jeho obličej je maskovitý, bez mimických projevů a bez výrazu. Jeho pohyby jsou pomalé, celkově jedinec působí sklesle, utrápeně a tomu také odpovídá jeho držení těla a chůze (Babiaková, Petr, Venglářová, 2006). Kalvach (2012) příznaky doplňuje o nesmyslné výčitky a pesimismus. Dle Babiakové, Petra a Venglářové (2006) u pacienta vyhasíná sexuální libido, chybí mu chuť k pohybu a nemá chuť k jídlu, což má za následek snížení hmotnosti a zvýšení rizika zácpy. Pacienti v těžších depresích nejsou schopni plnit své povinnosti, nedochází do práce, školy a popisují, že je každá činnost stojí neúměrně mnoho sil.

**Léčba** deprese má tři základní cíle:

- zmírnit a odstranit příznaky deprese,
- navrátit nemocnému jeho původní pracovní a sociální schopnosti,
- zabránit relapsu a vzniku komplikací, které mohou vést až k sebevražedným pokusům.

V léčbě se využívají farmakologické i nefarmakologické metody. Mezi farmakologické metody řadíme antidepresiva, mezi nefarmakologické pak psychoterapii, elektrokonvulzivní léčbu či fototerapii (Hosák, 2015). Za výhodu farmakologie Raboach (2013) považuje její jednoduchou aplikaci, která nezabírá v podstatě žádný čas. Psychoterapie je dle něj sice časově náročná, avšak nepřináší žádné vedlejší účinky. Optimální je však kombinace antidepresiv i psychoterapie. Léky způsobí ústup příznaků a psychoterapie pomůže naučit pacienta účinnější způsoby, jak řešit každodenní problémy.

Antidepresiva tvoří rozsáhlou skupinu léků, všechny mají však přibližně stejnou účinnost. Svým působením na jednotlivé receptory v mozku pomáhají obnovovat nedostatek nebo sníženou dostupnost některých neurotransmiterů (serotonin, noradrenalin, dopamin, aj.), jejichž rovnováha je předpokladem správného fungování psychických funkcí včetně emocí (Skopová, 2011). Při správném podání antidepresiv dochází k efektu až po několika týdnech. V současné době jsou nejvíce podávány především látky typu SSRI (specifické inhibitory zpětného vychytávání serotoninu). Bylo prokázáno, že tyto látky jsou stejně účinné jako klasická tricyklická antidepresiva, ale mají podstatně méně nežádoucích účinků (Raboach, 2013).

Elektrokonvulzivní léčba se využívá u nejtěžších forem deprese, zvláště tam, kde je ohrožen život pacienta sebevražedným jednáním. Dříve byla nazývána jako elektrošoková léčba a je považována za dosud nejúčinnější biologickou léčebnou metodu v psychiatrii. V průběhu elektrokonvulzivní terapie je elektrickou stimulací mozku opakovaně vyvoláván epileptický záchvat, čímž dojde k neurofyzilogickým změnám v mozku (Hosák, 2015).

Fototerapie je léčba jasným světlem. Používají se světelné panely, intenzita jednoho světla je 2500-5000 luxů. Jedná se pouze o doplňkovou metodou léčby, samotná nemá déle přetrvávající účinek.

Jestliže není deprese léčena, může to vést u pacienta k riziku chronifikace, psychické devastaci, zhoršení souběžně probíhajících nemocí a v neposlední řadě i k dlouhodobé pracovní neschopnosti, finanční ztrátě a nabourání osobního a společenského života (Latalová, 2010).

## **II VÝZKUMNÁ ČÁST**

### 3. VÝZKUMNÝ CÍL A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Zkoumání životních hodnot je středem zájmu mnoha výzkumů různých oborů. Jak je již z výše uvedených odborných zdrojů známo, životní hodnoty člověka jsou individuální a během života se vlivem různých podnětů mohou měnit. Jedním z takových vlivů může být výskyt vážného onemocnění, který by mohl způsobit změnu uspořádání hodnot v hodnotové hierarchii jedince. Výzkumy se snaží poukázat na to, zda mají jednotlivá onemocnění na uspořádání hodnot pacienta nějaký vliv či nikoliv. Většinou se jedná však o onemocnění somatická, méně často o výzkumy, které by zkoumaly životní hodnoty pacientů s psychiatrickým onemocněním, i přestože život jedince výrazně ovlivňují. Sporadicky se pak vyskytují výzkumy, které by se zabývaly pacienty s depresí a schizofrenií přičemž by prokázaly, zda mají daná onemocnění vliv na hodnotovou hierarchii pacienta.

Hlavním cílem této práce je **zmapovat možný vliv vybraných psychiatrických diagnóz na hodnotovou hierarchii.**

#### Dílčí cíle:

1. Analýza nejvíce preferovaných hodnot u pacientů s psychiatrickou diagnózou.
2. Analýza nejméně preferovaných hodnot u pacientů s psychiatrickou diagnózou.
3. Srovnání hodnot u osob s psychiatrickou diagnózou a osob intaktní společnosti.

#### Výzkumné otázky

Jak již bylo výše uvedeno, tato práce si klade za cíl zmapovat možný vliv vybraných psychiatrických diagnóz na hodnotovou hierarchii. Na základě tohoto hlavního cíle a cílů dílčích, jsme si zvolili výzkumné otázky:

Dílčí cíl č. 1:

Výzkumná otázka č. 1: Jaké hodnoty preferují osoby se schizofrenií?

Výzkumná otázka č. 2: Jaké hodnoty preferují osoby s depresí?

Výzkumná otázka č. 3: Jak se liší nejvíce preferované hodnoty u pacientů se schizofrenií ve vztahu k pohlaví?

Výzkumná otázka č. 4: Jak se liší nejvíce preferované hodnoty u pacientů s depresí ve vztahu k pohlaví?

Výzkumná otázka č. 5: Jaké je srovnání preferovaných hodnot u psychiatrických pacientů?

Dílčí cíl č. 2:

Výzkumná otázka č. 6: Jaké hodnoty jsou u osob se schizofrenií nejméně preferované?

Výzkumná otázka č. 7: Jaké hodnoty jsou u osob s depresí nejméně preferované?

Výzkumná otázka č. 8: Jak se liší nejméně preferované hodnoty u pacientů se schizofrenií ve vztahu k pohlaví?

Výzkumná otázka č. 9: Jak se liší nejméně preferované hodnoty u pacientů s depresí ve vztahu k pohlaví?

Výzkumná otázka č. 10: Jaké je srovnání nejméně preferovaných hodnot u psychiatrických pacientů?

Dílčí cíl č. 3:

Výzkumná otázka č. 11: Jaké je srovnání nejvíce preferovaných hodnot u psychiatrických pacientů a intaktní společnosti?

Výzkumná otázka č. 12: Jaké je srovnání nejméně preferovaných hodnot u psychiatrických pacientů a intaktní společnosti?

## 4. VÝZKUMNÁ METODA

Ve výzkumném šetření jsme si zvolili kvantitativní výzkum. Jeho úkolem je statisticky popsat závislost mezi proměnnými, změřit intenzitu této závislosti atp. Pracuje s velkým souborem respondentů a jednou z používaných metod v kvantitativním výzkumu je právě dotazník (Kutnohoorská, 2009).

### **Rokeachův test hierarchie hodnot**

Pro analýzu hierarchie hodnot jsme použili Rokeachův test hierarchie hodnot, který je součástí přílohy č. 1. Tento dotazník obsahuje 36 hodnot a je rozdělen do dvou seznamů. První seznam zahrnuje 18 hodnot označovaných jako hodnoty instrumentální. Druhý seznam zahrnuje taktéž 18 hodnot a tvoří jej hodnoty cílové. Hodnoty instrumentální se vztahují ke způsobu jednání a k přesvědčením, která vedou k zajištění konečného stavu. Hodnoty cílové pak definují konečný stav, tedy to, o co má smysl usilovat (Prudký, 2008). Tyto hodnoty jsou předloženy respondentům, kteří mají za úkol jednotlivé hodnoty seřadit dle důležitosti a přiřadit jim číslo od 1 do 18 (1 = nejdůležitější, 18 = nejméně důležitý). Při zpracování výsledků byla pozornost věnována pěti nejvíce preferovaným hodnotám a třem neméně preferovaným hodnotám.

Instrumentálními hodnoty v dotazníku: ambiciózní, velkomyslný, schopný, veselý, pořádný, odvážný, odpouštějící, užitečný, čestný, tvořivý, nezávislý, inteligentní, logický, citový, poslušný, zdvořilý, odpovědný, kontrolující se.

Cílové hodnoty v dotazníku: pohodlný život, vzrušující život, smysl pro užitečnost, svět míru, svět krásy, rovnost, bezpečí rodiny, svoboda, štěstí, vnitřní rovnováha, zralá láska, národní bezpečnost, potěšení, spasení, vlastní poznání, sociální uznání, přátelství, moudrost.

Nejen že pomoci této metody lze zjistit hodnotové preference jednotlivců, ale slouží také k odhalení shod či odlišností u jednotlivých skupin. Může taktéž vypovídat o stabilitě či proměnlivosti hodnotových struktur, které jsou příznačné pro různé oblasti a úrovně sociální existence, lze formulovat teze o dynamice, setrvačnosti hodnotových struktur, o míře platnosti či dokonce o vztazích k demografickým, sociálním a kulturologickým charakteristikám populace. Výhodou této metody je, že určité hodnoty jsou dané kultuře vlastní (Rokeach in Prudký, 2009).

## 5. VÝZKUMNÝ SOUBOR

Do výzkumného šetření bylo metodou záměrného výběru zařazeno celkem 100 respondentů. Z toho 50 respondentů tvořila výzkumná skupina (osoby s vybranou psychiatrickou diagnózou) a 50 respondentů tvořila skupina kontrolní (osoby intaktní společnosti).

Rozložení respondentů dle pohlaví bylo poměrně vyvážené. Výzkumný soubor byl tvořen ze 49 mužů a 51 žen. Z tohoto souboru, kontrolní skupinu tvořilo 25 mužů a 25 žen, výzkumnou skupinu tvořilo 24 mužů a 26 žen.

Do výzkumné skupiny byli řazeni pacienti se schizofrenií a pacienti s depresí. Výzkumného šetření se zúčastnilo 25 pacientů s paranoidní schizofrenií a 25 pacientů se středně těžkou depresí. Všichni pacienti, kteří se zúčastnili výzkumného šetření užívali psychofarmaka.

Při výběru osob s psychiatrickou diagnózou jsme se řídili určitými kritérii:

- Osoby hospitalizované v psychiatrické nemocnici na lůžkovém otevřeném oddělení,
- základní dg. je schizofrenie nebo deprese,
- schizofrenie v relapsu<sup>7</sup>,
- hospitalizace delší než 7 dní,
- bez zvýšeného režimu PSP<sup>8</sup>.

Výzkumný soubor byl tvořen osobami ve věkovém rozmezí 16-70 let. Průměrný věk respondentů byl 39 let. Z toho výzkumná skupina byla tvořena osobami ve věkovém rozmezí 24-62 let. Průměrný věk této skupiny činil 43 let. Kontrolní skupinu tvořily osoby ve věkovém rozmezí 16-70 let, průměrný věk činil 35 let.

Další údaje o respondentech znázorňují následující tabulky.

---

<sup>7</sup> Opětovné objevení se příznaků nemoci

<sup>8</sup> PSP = pokoj soustředěné péče. Pacienti v PSP režimu nebyli zdravotně schopni účastnit se výzkumného šetření, proto bylo jedním z kritérií pro výběr osob zvoleno „bez zvýšeného režimu PSP“



**Tabulka 1. Rozložení respondentů s psychiatrickou diagnózou dle pohlaví**

	pacienti se schizofrenií		pacienti s depresí	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<b>muži</b>	13	52 %	11	44 %
<b>ženy</b>	12	48 %	14	56 %

**Tabulka 2. Rozložení respondentů s psychiatrickou diagnózou dle pracovního zařazení**

	pacienti se schizofrenií		pacienti s depresí	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<b>student/ka</b>	0	0 %	0	0 %
<b>zaměstnaný/á</b>	0	0 %	10	40 %
<b>nezaměstnaný/á</b>	1	4 %	6	24 %
<b>starobní důchod</b>	2	8 %	1	4 %
<b>invalidní důchod</b>	22	88 %	8	32 %
<b>mateřská dovolená</b>	0	0 %	0	0 %

**Tabulka 3. Rozložení respondentů s psychiatrickou diagnózou dle nejvyššího dosaženého vzdělání**

	pacienti se schizofrenií		pacienti s depresí	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<b>základní</b>	6	24 %	4	16 %
<b>střední bez maturity s výučním listem</b>	12	48 %	8	32 %
<b>střední s maturitou</b>	5	20 %	10	40 %
<b>vyšší odborné</b>	1	4 %	0	0 %
<b>vysokoškolské bakalářské</b>	1	4 %	2	8 %
<b>vysokoškolské magisterské</b>	0	0 %	1	4 %
<b>vysokoškolské doktorské</b>	0	0 %	0	0 %

Tabulka 4. Rozložení respondentů intaktní společnosti dle pohlaví

	intaktní společnost	
	<i>n</i>	%
<b>muži</b>	25	50 %
<b>ženy</b>	25	50 %

Tabulka 5. Rozložení respondentů intaktní společnosti dle pracovního zařazení

	intaktní společnost	
	<i>n</i>	%
<b>student/ka</b>	3	6 %
<b>zaměstnaný/á</b>	41	82 %
<b>nezaměstnaný/á</b>	2	4 %
<b>starobní důchod</b>	2	4 %
<b>invalidní důchod</b>	0	0 %
<b>mateřská dovolená</b>	2	4 %

Tabulka 6. Rozložení respondentů intaktní společnosti dle nejvyššího dosaženého vzdělání

	intaktní společnost	
	<i>n</i>	%
<b>základní</b>	2	4 %
<b>střední bez maturity s výučním listem</b>	15	30 %
<b>střední s maturitou</b>	16	32 %
<b>vyšší odborné</b>	2	4 %
<b>vysokoškolské bakalářské</b>	10	20 %
<b>vysokoškolské magisterské</b>	4	8 %
<b>vysokoškolské doktorské</b>	1	2 %

## 5.1 Průběh sběru dat

Výzkumné šetření bylo prováděno v psychiatrické nemocnici v Moravskoslezském kraji.<sup>9</sup> Písemná žádost o povolení výzkumného šetření v daném zařízení byla osobně předána řediteli, který následně žádost schválil za podmínky, že veškerá data budou anonymní.<sup>10</sup> Tato podmínka byla splněna.

Po schválení žádosti byl o výzkumném šetření a technice sběru dat informován primář a vrchní sestra, kteří realizaci výzkumného šetření na jejich primariátu povolili. Jednotlivé termíny sběru dat byly předem domlouvány osobně nebo telefonicky se staničními sestrami vybraných otevřených stanic.

Samotný sběr dat probíhal od prosince 2016 do května 2018. V průběhu tohoto období byli vybíráni respondenti dle výše zmiňovaných kritérií. Vhodní respondenti byli před vyplněním dotazníku obeznámeni s tématem a účelem výzkumného šetření a informováni o anonymitě dotazníku. Před samotným vyplňováním byli respondenti požádáni o podepsání souhlasu s účastí na výzkumném šetření, který je součástí dotazníku<sup>11</sup> (viz. příloha č. 1). Následně respondenti obdrželi potřebné instrukce k vyplnění dotazníku. Časový rozsah vyplňování nebyl stanoven, respondenti měli na jeho vyplnění dostatek času. Průměrná délka vyplnění činila cca 10 minut. U osob s psychiatrickou diagnózou se opakovaně stávalo, že neznali název své lékařské diagnózy nebo ji znali jen pod jejím číslem. V takovém případě byli respondenti požádáni, aby kolonku ponechali prázdnou. Každá diagnóza v dotazníku byla zkontrolována s dokumentací, případně dopsána.

Veškerá získaná data byla zpracována v počítačovém programu Microsoft Word 2016 a počítačovém programu Microsoft Excel 2016.

---

<sup>9</sup> Na základě domluvy s vedením není nemocnice jmenována a blíže specifikována

<sup>10</sup> Z důvodu zachování anonymity nemocnice není schválená žádost o výzkumné šetření součástí příloh

<sup>11</sup> Tato část byla v místě přerušované čáry ihned po vyplnění dotazníku odstřižena, čímž bylo docíleno anonymity respondentů

## 6. VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

V této části jsou prezentovány výsledky výzkumného šetření. Pro lepší názornost byla kapitola rozčleněna do jednotlivých podkapitol, které mají podobu odpovědí na výzkumné otázky.

### 6.1 Výzkumná otázka č. 1

Jaké hodnoty preferují osoby se schizofrenií?

Tabulka 7. Nejvíce preferované instrumentální hodnoty osob se schizofrenií

pořadí	hodnoty	četnost	četnost v %
1. místo	nezávislý	7	28 %
2. místo	citový	3	12 %
	odpovědný	3	
3. místo	čestný	3	12 %
	citový	3	
4. místo	nezávislý	4	16 %
5. místo	čestný	5	20 %

Z tabulky 7 je patrné, že pacienti se schizofrenií nejčastěji na prvním místě uváděli nezávislý (n=7), na druhém místě citový a odpovědný (n=3), na třetím místě pak citový a čestný (n=3). Čtvrté místo obsadila opět hodnota nezávislý (n=4) a páté místo hodnota čestný (n=5).

**Tabulka 8. Nejvíce preferované cílové hodnoty osob se schizofrenií**

pořadí	hodnoty	četnost	četnost v %
<b>1. místo</b>	pohodlný život	4	16 %
	bezpečí rodiny	4	
<b>2. místo</b>	svět míru	6	24 %
<b>3. místo</b>	bezpečí rodiny	3	12 %
<b>4. místo</b>	svoboda	4	16 %
<b>5. místo</b>	rovnost	4	16 %

Z tabulky 8 vyplývá, že cílovými hodnotami, které jsou osobami se schizofrenií nejvíce preferované, jsou hodnoty pohodlný život a bezpečí rodiny (n=4), které se umístily na místě prvním. Dále pak pacienti se schizofrenií na druhém místě nejvíce volili svět míru (n=6) a na místě třetím bezpečí rodiny (n=3). Na místě čtvrtém se umístila dle četnosti svoboda (n=4) a na pátém místě rovnost (n=4).

## 6.2 Výzkumná otázka č. 2

Jaké hodnoty preferují osoby s depresí?

**Tabulka 9. Nejvíce preferované instrumentální hodnoty osob s depresí**

pořadí	hodnoty	četnost	četnost v %		
<b>1. místo</b>	nezávislý	6	24 %		
<b>2. místo</b>	citový	4	16 %		
	velkomyslný				
<b>3. místo</b>	odpovědný	5	20 %		
<b>4. místo</b>	nezávislý	inteligentní	schopný	3	12 %
<b>5. místo</b>	odpouštějící	5	20 %		

Jak ukazuje tabulka 9, pacienti s depresí nejčastěji na prvním místě uváděli nezávislý (n=6), na druhém místě citový a velkomyslný (n=4), na třetím místě pak

odpovědný (n=5). Na čtvrtém místě se shodně umístily hodnoty nezávislý, inteligentní a schopný (n=3) a na pátém místě odpouštějící (n=5).

**Tabulka 10. Nejvíce preferované cílové hodnoty osob s depresí**

pořadí	hodnoty		četnost	četnost v %
<b>1. místo</b>	bezpečí rodiny	svět míru	6	24 %
<b>2. místo</b>	bezpečí rodiny		4	16 %
<b>3. místo</b>	šťěstí		5	20 %
<b>4. místo</b>	zralá láska		6	24 %
<b>5. místo</b>	bezpečí rodiny	šťěstí	3	12 %

Z tabulky 10 je patrné, že cílovými hodnotami, které jsou osobami s depresí nejvíce preferované, jsou hodnoty bezpečí rodiny a svět míru (n=6), které se umístily na prvním místě. Na druhém místě pacienti nejvíce volili bezpečí rodiny (n=4), na třetím místě šťěstí (n=5) a na čtvrtém místě pak hodnotu zralá láska (n=6). Na pátém místě se nejvíce objevovalo bezpečí rodiny a šťěstí (n=3).

### 6.3 Výzkumná otázka č. 3

Jak se liší nejvíce preferované hodnoty u pacientů se schizofrenií ve vztahu k pohlaví?

Tabulka 11. Srovnání nejvíce preferovaných instrumentálních hodnot u pacientů se schizofrenií ve vztahu k pohlaví

MUŽI					ŽENY			
1.	nezávislý				1.	odpovědný	nezávislý	
2.	citový				2.	odpovědný		
3.	zdvořilý	inteligentní	čestný	ambiciózní	3.	citový		
4.	velkomyslný				4.	čestný	nezávislý	zdvořilý
5.	schopný		pořádný		5.	čestný		

Jak je patrné v tabulce 11, muži se schizofrenií za nejdůležitější hodnotu považují hodnotu nezávislý. Stejně tak tomu je i u žen, ty však na stejné místo řadí i hodnotu odpovědný, která u mužů překvapivě nezaujímá ani jedno místo pěti nejpreferovanějších hodnot. Na druhém místě se u mužů umístila hodnota citový, zatímco u žen to byla hodnota odpovědný. Na místě třetím u mužů to byly hodnoty zdvořilý, inteligentní, čestný a ambiciózní, zatímco u žen to byla hodnota citový. Na čtvrtém místě muži upřednostňovali velkomyslný, ženy pak čestný, nezávislý a zdvořilý. Na pátém místě se umístily hodnoty schopný a pořádný, u žen hodnota čestný. Hodnoty, které se umístily na druhém až pátém místě jsou zcela odlišné ve svém umístění. Lze však vidět shodu v hodnotách citový a zdvořilý, které se u mužů i u žen umístily na prvních pěti místech nejpreferovanějších hodnot.

**Tabulka 12. Srovnání nejvíce preferovaných cílových hodnot u pacientů se schizofrenií ve vztahu k pohlaví**

MUŽI				ŽENY				
1.	pohodlný život			1.	bezpečí rodiny			
2.	svět míru	svět krásy	štěstí	2.	bezpečí rodiny	svět míru		
3.	rovnost		bezpečí rodiny	3.	svět míru			
4.	vzrušující život		bezpečí rodiny	4.	svoboda			
5.	štěstí			5.	potěšení	spasení	rovnost	pohodlný život

Z tabulky 12 vyplývá, že muži se schizofrenií za nejdůležitější cílovou hodnotu považují pohodlný život, zatímco ženy nejvíce preferují bezpečí rodiny. Na druhém místě se u mužů shodně umístil svět míru, svět krásy a štěstí, u žen bezpečí rodiny a také svět míru. Na místě třetím u mužů to byly hodnoty rovnost a bezpečí, zatímco u žen to byl svět míru. Na čtvrtém místě muži upřednostňovali vzrušující život a bezpečí rodiny, ženy svobodu. Na pátém místě se u mužů umístilo štěstí, u žen potěšení, spasení, rovnost, ale také pohodlný život. Hodnoty, které se umístily na prvním, třetím, čtvrtém a pátém místě jsou zcela odlišné ve svém umístění. Lze však vidět shodu v hodnotách pohodlný život, rovnost a bezpečí rodiny, které se u mužů i u žen umístily na prvních pěti místech nejpreferovanějších hodnot.



## 6.4 Výzkumná otázka č. 4

Jak se liší nejvíce preferované hodnoty u pacientů s depresí ve vztahu k pohlaví?

Tabulka 13. Srovnání nejvíce preferovaných instrumentálních hodnot u pacientů s depresí ve vztahu k pohlaví

MUŽI		ŽENY	
1.	nezávislý	1.	čestný
2.	citový	2.	velkomyslný
3.	zdvořilý	3.	odpovědný
4.	schopný	4.	nezávislý
5.	odpouštějící	5.	čestný
			velkomyslný

Z tabulky 13 vyplývá, že muži s depresí na první místo nejvíce volili hodnotu nezávislý na rozdíl od žen, které preferují hodnotu čestný. Na druhém místě se umístila u žen i mužů hodnota velkomyslný, muži však ve stejném počtu volili i hodnotu citový. Třetí místo u mužů obsadil zdvořilý, u žen odpovědný, na čtvrtém místě pak u mužů hodnota schopný a u žen hodnota nezávislý. Na pátém místě muži preferují hodnotu odpouštějící, zatímco ženy hodnoty čestný a velkomyslný. Jak je patrné v tabulce, jediným shodným umístěním u mužů i žen je umístění hodnoty velkomyslný, avšak v celkovém výskytu hodnot na prvních pěti místech nejvíce preferovaných hodnot lze najít shodu i u hodnoty nezávislý, které se vyskytuje u obou pohlaví.

Tabulka 14. Srovnání nejvíce preferovaných cílových hodnot u pacientů s depresí ve vztahu k pohlaví

MUŽI		ŽENY	
1.	svět míru	1.	bezpečí rodiny
2.	moudrost	2.	bezpečí rodiny
3.	štěstí	3.	vnitřní rovnováha
4.	zralá láska	4.	zralá láska
5.	svoboda	5.	štěstí
			potěšení

Z tabulky 14 je patrné, že muži s depresí nejvíce preferovali svět míru, na druhém místě nejvíce volili moudrost, na třetím místě štěstí, a na čtvrtém místě se nejvíce

objevovala zralou lásku a na pátém místě pak svoboda. Naopak ženy přikládaly nejvyšší hodnotu bezpečí rodiny, které se u nich objevovalo na prvním i druhém místě. Třetí místo obsadila vnitřní rovnováha, čtvrté místo zralá láska a páté místo štěstí a potěšení. Jedinou shodu lze vidět u hodnoty zralá láska, které se u mužů i žen s depresí umístila na 3. místě nejvíce preferovaných hodnot.

## 6.5 Výzkumná otázka č. 5

Jaké je srovnání preferovaných hodnot u psychiatrických pacientů?

Tabulka 15. Srovnání preferovaných instrumentálních hodnot u psychiatrických pacientů

pacienti se schizofrenií		pacienti s depresí	
1.	nezávislý	1.	nezávislý
2.	citový      odpovědný	2.	citový      velkomyslný
3.	citový      čestný	3.	odpovědný
4.	nezávislý	4.	nezávislý    inteligentní    schopný
5.	čestný	5.	odpouštějící

Z tabulky 15 vyplývá, že pacienti se schizofrenií i pacienti s depresí za nejdůležitější instrumentální hodnotu považují hodnotu nezávislý. Na druhé místě nejčastěji řadili hodnotu citový. Druhé místo dále obsadila u pacientů se schizofrenií hodnota odpovědný, zatímco u pacientů s depresí to byla hodnota velkomyslný. Třetí místo bylo zcela odlišné. Pacienti se schizofrenií nejvíce volili na třetí místo hodnotu citový a čestný, zatímco pacienti s depresí volili hodnotu odpovědný. Shodu lze najít na čtvrtém místě u hodnoty nezávislý, která se objevuje u obou skupin psychiatrických pacientů. Pacienti s depresí na čtvrté místo dále umístili hodnotu inteligentní a schopný. Další rozdíl lze vidět opět na místě pátém, kdy pacienti se schizofrenií upřednostňovali hodnotu čestný, zatímco ženy hodnotu odpouštějící. Při nahlédnutí na celkové umístění cílových hodnot, na prvních pěti místech lze najít shodu u hodnoty odpovědný, které se vyskytuje u obou skupin pacientů.

**Tabulka 16. Srovnání preferovaných cílových hodnot u psychiatrických pacientů**

pacienti se schizofrenií			pacienti s depresí		
1.	bezpečí rodiny	pohodlný život	1.	bezpečí rodiny	svět míru
2.	svět míru		2.	bezpečí rodiny	
3.	bezpečí rodiny		3.	šťěstí	
4.	svoboda		4.	zralá láska	
5.	rovnost		5.	bezpečí rodiny	šťěstí

Z tabulky 16 vyplývá, že pacienti se schizofrenií i pacienti s depresí za nejdůležitější instrumentální hodnotu považují hodnotu bezpečí rodiny. Bezpečí rodiny taktéž pacienti se schizofrenií nejčastěji volili i na místě třetím a pacienti s depresí dokonce na místě druhém i pátém. Pacienti se schizofrenií však na první místo nejčastěji volili i pohodlný život a pacienti s depresí svět míru. Další hodnoty jsou již odlišné. Na druhé místě pacienti se schizofrenií nejčastěji volili svět míru, zatímco pacienti s depresí volili bezpečí rodiny. Na čtvrté místo pacienti s depresí nejčastěji řadili hodnotu svoboda, na místě pátém rovnost, u pacientů s depresí se na čtvrtém místě se nejvíce objevovala zralá láska a na pátém místě bezpečí rodiny a šťastí.

## 6.6 Výzkumná otázka č. 6

Jaké hodnoty jsou u osob se schizofrenií nejméně preferované?

**Tabulka 17. Nejméně preferované instrumentální hodnoty osob se schizofrenií**

pořadí	hodnoty	četnost	četnost v %
<b>16. místo</b>	odpovědný	4	16 %
<b>17. místo</b>	kontrolující se	5	20 %
<b>18. místo</b>	tvořivý	4	16 %

Z tabulky 17 vyplývá, že nejméně důležitou hodnotou je pro osoby se schizofrenií hodnota tvořivý (n=4). Na předposlední místě se umístila hodnota kontrolující (n=5) a na třetím místě od konce hodnota odpovědný (n=4).

**Tabulka 18. Nejméně preferované cílové hodnoty osob se schizofrenií**

pořadí	hodnoty	četnost	% četnost
16. místo	spasení	4	16 %
17. místo	národní bezpečnost	6	24 %
18. místo	spasení	12	48 %

Nejméně preferovanou cílovou hodnotou u pacientů se schizofrenií je spasení (n=12), která se umístila na posledním, ale i třetím místě od konce (n=4). Na předposledním místě se umístila národní bezpečnost (n=6).

## 6.7 Výzkumná otázka č. 7

Jaké hodnoty jsou u osob s depresí nejméně preferované?

**Tabulka 19. Nejméně preferované instrumentální hodnoty osob s depresí**

pořadí	hodnoty	četnost	četnost v %
16. místo	inteligentní      logický	4	16 %
17. místo	pořádný	4	16 %
18. místo	poslušný	6	24 %

Z tabulky 19 je patrné, že instrumentálními hodnotami, které osoby s depresí nejčastěji volili na 16. místě, jsou hodnoty inteligentní a logická (n=4) a na 17. místo nejvíce volili hodnotu pořádný. Nejméně preferovanou hodnotou, které se umístila až na 18. místě je hodnota poslušný (n=6).

**Tabulka 20. Nejméně preferované cílové hodnoty osob s depresí**

pořadí	hodnoty	četnost	četnost v %
16. místo	potěšení	4	16 %
17. místo	národní bezpečnost	9	36 %
18. místo	spasení	12	48 %

Z tabulky 20 vyplývá, že nejméně preferovanou hodnotou osob s depresí je spasení, které se umístilo až na posledním místě (n=12). Na předposledním místě se umístila národní bezpečnost (n=9) a třetí od konce potěšení (n=4).

## 6.8 Výzkumná otázka č. 8

Jak se liší nejméně preferované hodnoty u pacientů se schizofrenií ve vztahu k pohlaví?

**Tabulka 21. Srovnání nejméně preferovaných instrumentálních hodnot u pacientů se schizofrenií ve vztahu k pohlaví**

MUŽI		ŽENY	
16.	odvážný nezávislý poslušný odpovědný	16.	tvořivý odpovědný
17.	kontrolující se	17.	odpouštějící
18.	tvořivý logický	18.	veselý pořádný odvážný užitečný

Z tabulky 21 vyplývá, že mezi nejméně preferované hodnoty u pacientů se schizofrenií se umístilo poměrně velké množství hodnot. Jedinou shodu lze najít u hodnoty odpovědný, které se umístila u mužů i žen se schizofrenií na 16. místě a u hodnot tvořivý a odvážný, které se liší svým umístěním, ale u obou pohlaví zaujímaly poslední tři nejméně preferované hodnoty.

**Tabulka 22. Srovnání nejméně preferovaných cílových hodnot u pacientů se schizofrenií ve vztahu k pohlaví**

MUŽI		ŽENY	
16.	svět míru spasení sociální uznání	16.	smysl pro užitečnost potěšení spasení
17.	vzrušující život	17.	národní bezpečnost
18.	spasení	18.	spasení

Jak je z tabulky 22 zřejmé, cílovou hodnotou, která je u mužů i žen nejméně preferovanou, je spasení. Hodnota spasení se umístila na 18. a 16. místě u mužů i žen. Ostatní hodnoty se u žen a mužů zcela liší. Muži se schizofrenií na 17. místě nejvíce volili

vzrušující život a na 16.místě svět míru, sociální uznání, zatímco ženy se schizofrenií volily na 17. místě národní bezpečnost a na místě 16. smysl pro užitečnost, potěšení a spasení.

## 6.9 Výzkumná otázka č. 9

Jak se liší nejméně preferované hodnoty u pacientů s depresí ve vztahu k pohlaví?

Tabulka 23. Srovnání nejméně preferovaných instrumentálních hodnot u pacientů s depresí ve vztahu k pohlaví

MUŽI		ŽENY	
16.	logický tvořivý	16.	pořádný inteligentní
17.	pořádný	17.	užitečný
18.	poslušný	18.	poslušný

Z tabulky 23 je patrné, že muži i ženy s depresí nejméně preferují hodnotu poslušný. Na 17. místě muži s depresí volili hodnotu pořádný, zatímco ženy nejvíce volili hodnotu užitečný. Rozdíl mezi pohlavími je i na místě 16. U mužů se zde umístily hodnoty logický a tvořivý, u žen pak pořádný a inteligentní. Lze vidět podobnost také u hodnoty pořádný, které u mužů zaujímá předposlední místo a u žen je třetí od konce, čímž se řadí mezi nejméně preferované hodnoty.

Tabulka 24. Srovnání nejméně preferovaných cílových hodnot u pacientů s depresí ve vztahu k pohlaví

MUŽI		ŽENY	
16.	vzrušující život smysl pro užitečnost	16.	potěšení
17.	národní bezpečnost	17.	národní bezpečnost
18.	spasení	18.	spasení

Z tabulky 24 vyplývá, že muži i ženy s depresí považují za nejméně důležitou hodnotu spasení, která se umístila na posledním místě a národní bezpečnost, která zaujímá místo předposlední. Rozdíl mezi muži a ženami nastal pouze v hodnotě, kterou řadili na 16. místo. Pro muže s depresí není důležitý vzrušující život a smysl pro užitečnost, pro ženy potěšení.

## 6.10 Výzkumná otázka č. 10

Jaké je srovnání nejméně preferovaných hodnot u psychiatrických pacientů?

Tabulka 25. Srovnání nejméně preferovaných instrumentálních hodnot u psychiatrických pacientů

pacienti se schizofrenií		pacienti s depresí	
16.	odpovědný	16.	inteligentní      logický
17.	kontrolující se	17.	pořádný
18.	tvořivý	18.	poslušný

Z tabulky 25 je patrné, že nejméně preferované hodnoty u pacientů se schizofrenií a pacientů s depresí se zcela liší. Zatímco pacienti se schizofrenií považují za důležité hodnoty tvořivý, kontrolující se a odpovědný, pro pacienty s depresí je nejméně důležitou hodnotou poslušný, dále pak pořádný, inteligentní a logický.

Tabulka 26. Srovnání nejméně preferovaných cílových hodnot u psychiatrických pacientů

pacienti se schizofrenií		pacienti s depresí	
16.	spasení	16.	potěšení
17.	národní bezpečnost	17.	národní bezpečnost
18.	spasení	18.	spasení

V tabulce 26 je patrné, že pacienti se schizofrenií i pacienti s depresí považují hodnotu spasení za nejméně důležitou, jelikož v obou případech zaujímá poslední místo a dále pak národní bezpečnost, které se umístila na místě předposledním. Odlišnost v uspořádání nejméně preferovaných hodnot u daných skupin pacientů lze vidět u hodnot umístěných na 16. místě. Zatímco u pacientů se na třetím od konce umístilo spasení, u pacientů s depresí potěšení.

## 6.11 Výzkumná otázka č. 11

Jaké je srovnání nejvíce preferovaných hodnot u psychiatrických pacientů a intaktní společnosti?

**Tabulka 27. Srovnání nejvíce preferovaných instrumentálních hodnot u psychiatrických pacientů a intaktní společnosti**

pacienti s psychiatrickou diagnózou		intaktní společnost	
1.	nezávislý	1.	čestný
2.	citový	2.	čestný   veselý
3.	čestný	3.	odpovědný
4.	nezávislý	4.	velkomyslný
5.	čestný	5.	inteligentní

Jak je patrné z tabulky 27, uspořádání nejvíce preferovaných hodnot u pacientů s psychiatrickou diagnózou a osob intaktní společnosti je zcela odlišné. Pacienti s psychiatrickou diagnózou nejvíce preferují hodnotu nezávislý, která se u nich objevuje i na místě čtvrtém. Osoby intaktní společnosti nejvíce preferují hodnotu čestný, která zaujímá druhé místo a u pacientů s psychiatrickou diagnózou je umístěna až na třetím a pátém místě

**Tabulka 28. Srovnání nejvíce preferovaných cílových hodnot u psychiatrických pacientů a intaktní společnosti**

pacienti s psychiatrickou diagnózou		intaktní společnost	
1.	bezpečí rodiny	1.	bezpečí rodiny
2.	bezpečí rodiny	2.	bezpečí rodiny
3.	štěstí	3.	vnitřní rovnováha   vlastní poznání
4.	bezpečí rodiny   zralá láska	4.	štěstí
5.	štěstí	5.	přátelství

Z tabulky 28 vyplývá, že pacienti s psychiatrickou diagnózou i intaktní společnost si myslí, že nejvíce důležité je bezpečí rodiny, jelikož se umístila u obou skupin na prvním i druhém místě. Odlišně se umístilo štěstí, které pacienti s psychiatrickou diagnózou nejvíce volili na třetí a páté místo, zatímco intaktní společnost na místo čtvrté. Další



hodnoty jsou odlišné. Intaktní společnost nejvíce volila na čtvrtém místě vnitřní rovnováhu a vlastní poznání, na pátém místě pak přátelství. Pacienti s psychiatrickou diagnózou na čtvrtém místě nejvíce preferovali kromě bezpečí rodiny i zralou lásku.

## 6.12 Výzkumná otázka č. 12

Jaké je srovnání nejméně preferovaných hodnot u psychiatrických pacientů a intaktní společnosti?

**Tabulka 29.** Srovnání nejméně preferovaných instrumentálních hodnot u psychiatrických pacientů a intaktní společnosti

pacienti s psychiatrickou diagnózou		intaktní společnost	
16.	inteligentní	16.	odvážný
17.	kontrolující se	17.	užitečný
18.	logický	18.	kontrolující se      tvořivý

Jak je patrné z tabulky 29, uspořádání nejméně preferovaných hodnot u pacientů s psychiatrickou diagnózou a osob intaktní společnosti se zcela liší.

Pacienti s psychiatrickou diagnózou nejméně preferují hodnotu logický, která se u nich objevuje na místě posledním, osoby intaktní společnosti nejméně preferují hodnoty kontrolující se a tvořivý. Hodnota kontrolující se lze vidět i u pacientů s psychiatrickou diagnózou, která je umístěna na místě předposledním, ale intaktní společnost nejvíce volila hodnotu užitečný. Třetí od konce se umístila u pacientů s psychiatrickou diagnózou hodnota inteligentní, u intaktní společnosti hodnota odvážný.

**Tabulka 30. Srovnání nejméně preferovaných cílových hodnot u psychiatrických pacientů a intaktní společnosti**

pacienti s psychiatrickou diagnózou			intaktní společnost	
16.	potěšení	smysl pro užitečnost	16.	svět krásy
17.	národní bezpečnost		17.	národní bezpečnost
18.	spasení		18.	spasení

Z tabulky 30 vyplývá, že pacienti s psychiatrickou diagnózou i intaktní společnost považují spasení a národní bezpečnost za nejméně důležité cílové hodnoty. Odlišnost lze vidět u hodnot umístěných na 16. místě. Zatímco u pacientů s psychiatrickou diagnózou se na třetím od konce umístilo potěšení a smysl pro užitečnost, u pacientů s depresí to byl svět krásy.

## 7. DISKUZE

V této části práce jsou interpretovány výsledky výzkumného šetření a uvedeny možné problematické aspekty tohoto šetření. Cílem práce bylo zmapovat možný vliv vybraných psychiatrických diagnóz na hodnotovou hierarchii jedince. Na základě dohledaných informací z literárních pramenů se lze domnívat, že hierarchii hodnot bude mít jinak uspořádanou jedinec zdravý, a jinak člověk žijící s nemocí.

Do výzkumného šetření bylo metodou záměrného výběru zařazeno 100 respondentů. Z toho 50 respondentů tvořila skupina kontrolní (osoby intaktní společnosti). Preference hodnot byla srovnávána i v závislosti na pohlaví. Rozložení respondentů dle pohlaví bylo poměrně vyvážené. Výzkumný soubor byl tvořen 49ti muži a 51 ženami. Z tohoto souboru, tvořilo kontrolní skupinu 25 mužů a 25 žen, výzkumnou skupinu tvořilo 24 mužů a 26 žen.

Do výzkumné skupiny byli řazeni pacienti se schizofrenií a pacienti s depresí. Před samotným výběrem výzkumné skupiny bylo nutné stanovit kritéria, které každý respondent, zařazený do výzkumného šetření, musel splňovat, abychom minimalizovali možné faktory, které by mohly výsledky zkreslit.

V první řadě je potřeba se zmínit o těchto možných problematických aspektech výzkumného šetření, které by mohly zkreslení dat zapříčinit.

Jedním z nich je samotná volba výzkumné metody, kterou je dotazník. Jeho hlavními nevýhodami je menší pružnost, nižší věrohodnost získaných dat. Příprava dotazníku vyžaduje větší pečlivost a formulace otázek nemusí být vždy všem srozumitelná (Ferjenčík, 2010).

Ve výzkumném šetření byl použit Rokeachův test hierarchie hodnot. Nejen psychiatrickým pacientům, ale mnohdy i intaktní společnosti připadal dotazník poměrně složitý, některým pojmům nerozuměli a měli tendenci více hodnotám přiřazovat stejnou důležitost. Za výhodu však považujeme naši přítomnost při vyplňování dotazníku, díky čemuž zde byla možnost s respondenty diskutovat nejasnosti. Domníváme se však, že některé odpovědi mohly být tímto faktorem ovlivněny.

Dalším aspektem, který mohl zapříčinit zkreslení výsledků, je i výzkumný vzorek, který nebyl dostatečně velký.

Jistý vliv může mít také to, že výzkumného šetření se zúčastnili respondenti všech věkových kategorií, různého pohlaví a různých vrstev společnosti. Z toho vyplývá, že výsledky lze interpretovat a vztahovat pouze k danému souboru a nelze je zobecnit na

celou populaci psychiatrických pacientů. Výsledky také nelze považovat za zcela relevantní, jelikož výsledky jsou vyhodnoceny formou odhadů.

Překvapivé bylo umístění více hodnot na jedné příčce, což bylo způsobeno tím, že jednotliví pacienti, zejména se schizofrenií, preferovali jiné hodnoty. Domníváme se, že toto může být způsobeno hned několika faktory. Jedním z nich mohou být samotné důsledky onemocnění. Schizofrenie, jak již bylo v teoretické části popsáno, způsobují poruchu kognitivních funkcí, které v sobě zahrnují poruchu myšlení, pozornosti, paměti, poruchu rychlosti zpracování informací i schopnost porozumění. Pacienti často popisují, že „mají v hlavě chaos“, středem jejich zájmu je onemocnění a snahou je dostat se alespoň do „normálu“ před relapsem. Dalším faktorem může být i to, že všichni pacienti se schizofrenií, kteří se výzkumného šetření zúčastnili, v té době užívali pravidelně léky (psychofarmaka). Domníváme se, že by bylo vhodné příště do výzkumného šetření zařadit pacienty se schizofrenií, kteří jsou v remisi, případně porovnat hierarchii pacientů v remisi a relapsu.

Výsledky výzkumného šetření jsou dále interpretovány na základě stanovených výzkumných otázek.

### **Výzkumná otázka č. 1: Jaké hodnoty preferují osoby se schizofrenií?**

Osoby se schizofrenií preferují instrumentální hodnoty: nezávislý, citový, čestný a odpovědný. Z cílových hodnot pak pohodlný život, bezpečí rodiny a svět míru. Důvodem, proč se pohodlný život u pacientů se schizofrenií umístil na prvním místě, může být ten, že tito pacienti mají ve většině případů invalidní důchod a nemají tolik povinností jako pracující osoby. Zajímavým zjištěním bylo také umístění hodnot svoboda a rovnost na prvních pěti místech. Lidé, kteří jsou zdraví a nejsou nikým a ničím omezováni, tyto hodnoty mohou brát za samozřejmost. Jinak na to pohlíží pacienti s duševním onemocněním, na které stále laická veřejnost pohlíží jako na méněcenné, a kteří jsou z důvodu zhoršení stavu i několikrát ročně hospitalizováni v psychiatrické nemocnici na uzavřeném oddělení, čímž je jejich svoboda určitým způsobem narušena.

### **Výzkumná otázka č. 2: Jaké hodnoty preferují osoby s depresí?**

Instrumentálními hodnotami, které osoby s depresí nejvíce preferují jsou hodnoty: nezávislý, citový, velkomyslný a odpouštějící. Překvapivé je, že se na prvních místech objevují i hodnoty odpovědný, inteligentní a schopný. Cílovými hodnotami, které jsou nejvíce preferované osobami s depresí jsou bezpečí rodiny, svět míru, zralá láska a štěstí.

Pacienti v depresi mohou mít pocit, že již nezvládají plnit své pracovní kompetence, cítí se neschopní, zbyteční a chybí jim sebevědomí. Překvapivý je fakt, že osoby s depresí preferují hodnoty inteligentní, odpovědný, schopný a hodnotu štěstí. Důvodem je pravděpodobně úspěšně prodělaná terapie, která mohla dané hodnoty u pacientů s depresí posílit.

### **Výzkumná otázka č. 3: Jak se liší nejvíce preferované hodnoty u pacientů se schizofrenií ve vztahu k pohlaví?**

Pro muže se schizofrenií je nejdůležitější hodnota nezávislý. Stejně tak je tomu i u žen, ty však na stejné místo řadí i hodnotu odpovědný. Zajímavé však je, že hodnota odpovědný u mužů nezaujímá ani jedno místo pěti nejpreferovanějších hodnot. Další hodnoty, které se umístily na druhém až pátém místě jsou zcela odlišné ve vztahu k pohlaví. Muži preferují hodnoty: zdvořilý, inteligentní, čestný, ambiciózní, velkomyslný a schopný, zatímco ženy považují za důležité hodnoty: citový, čestný, zdvořilý. Lze však vidět shodu v hodnotách citový a zdvořilý, které se u mužů i žen umístily na prvních pěti místech nejpreferovanějších hodnot. Jak již v úvodu bylo zmíněno, překvapivým zjištěním je množství hodnot, které se na prvních příčkách objevily, a které by mohly být způsobeny právě rozdílem pohlaví, ale také užíváním léků, ovlivněním kognitivních funkcí těchto pacientů, a tím i k nesprávnému uspořádání hodnot dle jejich důležitosti. Muži se schizofrenií za nejdůležitější hodnoty považují pohodlný život, zatímco ženy nejvíce preferují bezpečí rodiny. Zde je možné vidět rozdíl mezi rolemi v rodině, které žena a muž zastávají. Hodnotami, které jsou dále preferovány muži i ženami jsou svět míru a rovnost. Ostatní hodnoty jsou zcela odlišné. Jednou z hodnot, které ženy považují za důležité je spasení, což v porovnání s ostatními výsledky je překvapivé, jelikož tato hodnota u celé výzkumné skupiny zaujímá poslední místo.

### **Výzkumná otázka č. 4: Jak se liší nejvíce preferované hodnoty u pacientů s depresí ve vztahu k pohlaví?**

Muži s depresí nejvíce volili hodnoty: nezávislý, citový, velkomyslný, zdvořilý, schopný a odpouštějící, na rozdíl od žen, které nejvíce volily hodnoty: čestný, velkomyslný, odpovědný a nezávislý. Jediným shodným umístěním u mužů i žen je umístění hodnoty velkomyslný, avšak v celkovém výskytu hodnot na prvních pěti místech nejvíce preferovaných hodnot lze najít shodu u hodnoty nezávislý, které se vyskytuje u obou pohlaví.

### **Výzkumná otázka č. 5: Jaké je srovnání preferovaných hodnot u psychiatrických pacientů?**

Pacienti se schizofrenií i pacienti s depresí za nejdůležitější instrumentální hodnotu považují hodnotu nezávislý. To může být způsobeno tím, že tito pacienti nepracují, mají málo finančních prostředků a jsou odkázáni na pomoc druhých. Další hodnoty, které byly shodné u obou skupin pacientů byly citový a odpovědný. Ostatní hodnoty se ve vztahu k pohlaví lišily. Muži dále preferují hodnoty čestný, zatímco ženy preferují hodnoty velkomyslný, inteligentní, schopný a odpouštějící. U cílových hodnot lze vidět shodu na prvním místě u bezpečí rodiny. Bezpečí rodiny taktéž pacienti se schizofrenií nejčastěji volili i na místě třetím a pacienti s depresí dokonce na místě druhém i pátém. Pacienti se schizofrenií však na první místo nejčastěji volili i pohodlný život a pacienti s depresí svět míru. Další hodnoty jsou již odlišné. Na druhé místě pacienti se schizofrenií nejčastěji volili svět míru, zatímco pacienti s depresí volili bezpečí rodiny. Na čtvrté místo pacienti s depresí nejčastěji řadili hodnotu svoboda, na místě pátém rovnost, u pacientů s depresí se na čtvrtém místě nejvíce objevovala zralá láska a na pátém místě bezpečí rodiny a štěstí.

### **Výzkumná otázka č. 6: Jaké hodnoty jsou u osob se schizofrenií nejméně preferované?**

Nejméně důležitými instrumentálními hodnotami jsou pro osoby se schizofrenií hodnoty: tvořivý, kontrolující se a odpovědný. Zde je možné považovat za zajímavé to, že pacienti se schizofrenií nepreferují vlastní kontrolu. Předpokládala bych, že pro ně bude vlastní kontrola důležitá, protože se kvůli onemocnění mnohdy dostávají do bizarních situací, které si v tu chvíli ani neuvědomují. Nejméně preferovanými cílovými hodnotami u pacientů se schizofrenií jsou spasení a národní bezpečnost.

### **Výzkumná otázka č. 7: Jaké hodnoty jsou u osob s depresí nejméně preferované?**

Nejméně preferovanou hodnotou, která se umístila až na 18. místě, je hodnota poslušný. Dalšími hodnotami, které jsou pro danou skupinu pacientů nejméně důležité, jsou hodnoty: pořádný, inteligentní a logický. Cílovými hodnotami, které jsou nejméně preferované osobami s depresí jsou spasení, národní bezpečnost a potěšení. Zde je překvapivé umístění hodnoty potěšení, která je v rozporu s předešlým umístěním hodnoty štěstí na prvních pěti nejvíce preferovaných místech. Lze totiž předpokládat, že pokud preferují hodnotu štěstí, bude mít pro ně podobný význam i hodnota potěšení.

**Výzkumná otázka č. 8: Jak se liší nejméně preferované hodnoty u pacientů se schizofrenií ve vztahu k pohlaví?**

Mezi nejméně preferované hodnoty u pacientů se schizofrenií se umístilo poměrně velké množství hodnot. Jedinou shodu lze najít u hodnoty odpovědný, která se umístila u mužů i žen se schizofrenií na 16. místě a u hodnot tvořivý a odvážný, které se liší svým umístěním, ale u obou pohlaví zaujímaly poslední tři nejméně preferované hodnoty. Cílovou hodnotou, která je u mužů i žen nejméně preferovanou, je spasení. Ostatní hodnoty se u žen a mužů zcela liší. Muži považují za nejméně důležité svět míru, sociální uznání, vzrušující život, ženy pak smysl pro užitečnost, potěšení a národní bezpečnost.

**Výzkumná otázka č. 9: Jak se liší nejméně preferované hodnoty u pacientů s depresí ve vztahu k pohlaví?**

Muži i ženy s depresí nejméně preferují hodnotu poslušný a pořádný. Ostatní hodnoty jsou však u mužů a žen odlišné. Muži nepreferují hodnoty logický a tvořivý, zatímco ženy nepreferují hodnoty užitečný a inteligentní. Cílovou hodnotou, která je pro muže i ženy s depresí nejméně důležitá je spasení, a dále pak národní bezpečnost. Rozdíl mezi muži a ženami nastal pouze v hodnotě, kterou řadili na 16. místo. Pro muže s depresí není důležitý vzrušující život a smysl pro užitečnost, pro ženy potěšení. Umístění vzrušujícího života a smyslu pro užitečnost může souviset s pocitem méněcennosti, zbytečnosti a nechutí do činností, které se u pacientů s depresí často objevují.

**Výzkumná otázka č. 10: Jaké je srovnání nejméně preferovaných hodnot u psychiatrických pacientů?**

Překvapilo nás zjištění, že pacienti se schizofrenií a pacienti s depresí považují za nepodstatné zcela odlišné instrumentální hodnoty. Dalo by se očekávat, že se alespoň v něčem budou shodovat, jako tomu bylo výše u hodnoty nezávislý, která je u obou skupin nejpreferovanější. Ukázalo se však, že zatímco pro pacienty se schizofrenií nejsou důležité hodnoty: tvořivý, kontrolující se a odpovědný, pro pacienty s depresí jsou to hodnoty: poslušný, pořádný, inteligentní a logický. U cílových hodnot je již možné vidět shodu u hodnot spasení a národní bezpečnost, které pacienti se schizofrenií i pacienti s depresí nepovažují na důležité. Jedinou odlišností je umístění hodnoty potěšení u pacientů s depresí na třetí místo od konce.

**Výzkumná otázka č. 11: Jaké je srovnání nejvíce preferovaných hodnot u psychiatrických pacientů a intaktní společnosti?**

Uspořádání nejvíce preferovaných instrumentální hodnot u pacientů s psychiatrickou diagnózou a osob intaktní společnosti je poměrně odlišné. Jedinou shodnou hodnotou je hodnota čestný, z čehož vyplývá, že nejen pro nemocné, ale i zdravé jedince je důležité být vážený, důvěryhodný a udělat si co nejlepší jméno u ostatních. Pacienti s psychiatrickou diagnózou preferují kromě hodnoty čestný i hodnotu nezávislý, zatímco osoby intaktní společnosti preferují hodnoty veselý, odpovědný, inteligentní a velkomyslný. Příčina preference hodnoty nezávislý, byla již zmiňována výše. Jde o to, že pacienti nepracují, zejména pak pacienti se schizofrenií, kteří mají většinou invalidní důchod, ale i tak mají mnohdy málo finančních prostředků a jsou odkázáni na pomoc druhých. Danou závislostí se u nich může hodnota citový posilovat. Naopak u intaktní společnosti lze vidět převahu hodnot inteligentní a odpovědný, což může souviset s kariérou. U cílových hodnot se pacienti s psychiatrickou diagnózou a intaktní společnost v preferovaných hodnotách již shodla poměrně více. Na prvním i druhém místě se umístilo u obou skupin bezpečí rodiny.

Překvapivým výsledkem bylo vysoké umístění štěstí a přátelství nejen u pacientů s psychiatrickou diagnózou, u kterých by se to předpokládalo. Vypadá to, že i když je člověk zdravý, má práci, rodinu, tak to neznamená, že bere štěstí a přátelství jako samozřejmost. Taktéž je překvapivé, jak vysoce je důležitá pro intaktní společnost vnitřní rovnováha a vlastní poznání, které se umístily na místě třetím.

#### **Výzkumná otázka č. 12: Jaké je srovnání nejméně preferovaných hodnot u psychiatrických pacientů a intaktní společnosti?**

Uspořádání nejméně preferovaných instrumentální hodnot u pacientů s psychiatrickou diagnózou a osob intaktní společnosti je poměrně odlišné. Jedinou shodnou hodnotou je hodnota kontrolující se. Hodnotami, které nejsou pro pacienty s psychiatrickou diagnózou preferované, jsou hodnoty logický a inteligentní, zatímco u intaktní společnosti to jsou hodnoty tvořivý, užitečný a odvážný. U cílových hodnot opět lze vidět větší shodu než u hodnot instrumentálních. Pacienti s psychiatrickou diagnózou i intaktní společnost nepreferují spasení a národní bezpečnost. Spasení, které se opakovaně objevuje na posledních místech může být zapříčiněno tím, že lidé v dnešní době nepřikládají až tak velkou váhu víře. Odlišnost lze vidět u hodnot umístěných na místě 16. Zatímco u pacientů s psychiatrickou diagnózou se na třetím od konce umístilo potěšení a smysl pro užitečnost, u pacientů s depresí to byl svět krásy.



Jak se na základě provedeného výzkumného šetření ukázalo, vybrané psychiatrické diagnózy mají na hodnotovou hierarchii jedince určitý vliv. Hierarchie hodnot pacientů s psychiatrickou diagnózou a osob intaktní společnosti se svým uspořádáním výrazně liší.

Podobný výzkum provedl Golenischenko (2010), který se ve svém výzkumném šetření zabýval změnou hodnotového uspořádání u pacientů se schizofrenií a pacientů neurotických. Výzkumného šetření se účastnilo 50 pacientů. Z jeho výzkumného šetření bylo zjištěno, že většina pacientů považuje za nejdůležitější hodnoty: vzrušující život a sociální uznání. Velký význam přikládají sociálně významným hodnotám, moudrosti a tvořivosti. Dále bylo zjištěno, že hodnotová hierarchie pacientů se schizofrenií je méně náchylná ke změnám v průběhu léčby a také to, že pacienti se schizofrenií přikládají větší pozornost hodnotám spojeným se seberealizací, zatímco neurotičtí pacienti se zaměřují na zdraví, lásku, vnitřní harmonii a šťastný rodinný život.

Další výzkum, který se zabývá stejnou problematiku, zrealizovala Balatová (2012), která však zkoumala hierarchii hodnot v souboru dospívajících jedinců s poruchami chování. Výzkumného šetření se zúčastnilo 200 jedinců ve věku 10-18 let a výzkumnou metodou byl Rokeachův test hierarchie hodnot. Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že dospívající s poruchami chování preferují instrumentální hodnoty: veselý, schopný, nezávislý, čestný a odpovědný. Nejméně preferované hodnoty byly velkomyslný, poslušný a shovívavý. Cílovými hodnotami byly shledány štěstí, přátelství, svoboda a zralá láska. Nejméně preferované cílové hodnoty byly: svět krásy, národní bezpečnost.

## ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývá analýzou možného vlivu vybraných psychiatrických diagnóz na hodnotovou hierarchii. Práce zahrnuje část teoretickou a část výzkumnou.

Teoretická část zpracovává přehled poznatků o hodnotách, vymezuje hodnotu v různých oborech, zejména pak v psychologii. Zmiňuje se o hodnotové hierarchii, o klasifikaci a konceptech hodnot. Poslední podkapitola pojednává o možném vlivu nemoci na hodnotovou hierarchii a obsahuje informace o výzkumech, které se danou problematikou zabývaly. Druhá kapitola vymezuje pojem psychiatrické diagnózy a seznamuje s klasifikačními systémy nemocí. Největší pozornost je věnována vybraným psychiatrickým diagnózám, u nichž je popsán samotný průběh, prevalence, příčiny vzniku, dělení, příznaky, ale i samotná léčba. Vybranými psychiatrickými diagnózami jsou schizofrenie a deprese.

Výzkumná část zahrnuje základní a dílčí cíle, výzkumné otázky, popis vybrané výzkumné metody a výzkumného souboru, ale také výsledky výzkumného šetření a diskuzi. Výzkumné šetření, v němž byl použit kvantitativní výzkum, je zaměřen na analýzu preferencí hodnot pacientů s depresí, se schizofrenií a jejich srovnání s osobami intaktní společnosti. Preference hodnot byla srovnávána i v závislosti na pohlaví. Respondenti s psychiatrickou diagnózou byli vybíráni na základě předem stanovených kritérií. Do výzkumného šetření byli zařazeni pacienti hospitalizovaní v psychiatrické nemocnici na otevřeném lůžkovém oddělení. Jednalo se o pacienty, kteří byli hospitalizováni déle než 7 dní, neměli lékařem nařízený zvýšený režim PSP a jejichž hlavní diagnózou byla schizofrenie nebo deprese.

Do výzkumného šetření bylo metodou záměrného výběru zařazeno celkem sto respondentů. Z toho padesát respondentů tvořila skupina kontrolní, tedy osoby intaktní společnosti. Použitou výzkumnou metodou byl dotazník - Rokeachův test hierarchie hodnot. Před samotným vyplňováním dotazníku byli respondenti požádáni o podepsání souhlasu s účastí na výzkumném šetření, který je součástí dotazníku, avšak pro zachování anonymity byl ihned odstrižen. Získaná data byla zpracována, pro lepší přehlednost uspořádána do tabulek a následně vyhodnocena.

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že pacienti s psychiatrickou diagnózou nejvíce preferují instrumentální hodnoty: **nezávislý, citový, čestný**, zatímco intaktní společnost preferuje hodnoty: **čestný, veselý, odpovědný, velkomyslný, inteligentní**.

Cílovými hodnotami, které pacienti s psychiatrickou diagnózou nejvíce preferují jsou hodnoty: **bezpečí rodiny, štěstí, zralá láska**, zatímco intaktní společnost nejvíce preferuje hodnoty: **bezpečí rodiny, vnitřní rovnováha, vlastní poznání, štěstí, přátelství**.

Instrumentálními hodnotami, které jsou pacienty s psychiatrickou diagnózou nejméně preferované jsou hodnoty: **logický, kontrolující se, inteligentní**, zatímco u intaktní společnosti to jsou hodnoty: **kontrolující se, tvořivý, užitečný, odvážný**.

Pacienti s psychiatrickou diagnózou za nejméně důležité cílové hodnoty považují hodnoty: **spasení, národní bezpečnost, potěšení, smysl pro užitečnost**, pro intaktní společnost jsou nejméně důležité hodnoty: **spasení, národní bezpečnost, svět krásy**.

Hlavním cílem této práce bylo zmapovat možný vliv vybraných psychiatrických diagnóz na hodnotovou hierarchii. Jak se na základě provedeného výzkumného šetření ukázalo, vybrané psychiatrické diagnózy na hodnotovou hierarchii jedince vliv mají. Hierarchie hodnot pacientů s psychiatrickou diagnózou a osob intaktní společnosti se svým uspořádáním výrazně liší.

Autorka práce by se ráda podělila o výsledky výzkumného šetření na semináři, který se bude konat letos v psychiatrické nemocnici, ve které pracuje. Nebránila by se také možnosti provést další výzkum zabývající se danou problematikou, avšak ve větším rozsahu, s doplněním dalších výzkumných metod, popřípadě i s volbou jiných psychiatrických onemocnění.

## **SOUHRN**

Diplomová práce se zabývá možným vlivem vybraných psychiatrických diagnóz na hodnotovou hierarchii. Teoretická část je rozdělena na dvě kapitoly. První kapitola zpracovává přehled poznatků o hodnotách, hodnotové hierarchii, zmiňuje se o klasifikaci a konceptech hodnot a na závěr se zmiňuje o možném vlivu nemoci na hodnotovou hierarchii. Druhá kapitola vymezuje psychiatrické diagnózy a seznamuje s klasifikačními systémy nemocí. Podstatná část kapitoly se věnuje vybraným psychiatrickým onemocněním, kterými jsou schizofrenie a deprese.

Výzkumná část, v níž byl použit kvantitativní výzkum, je zaměřena na analýzu preferencí hodnot pacientů s depresí, se schizofrenií a jejich srovnání s osobami intaktní společnosti. Použitou výzkumnou metodou byl dotazník - Rokeachův test hierarchie hodnot. Výsledky šetření jsou v diskuzi srovnávány s autory, kteří se zabývali stejnou problematikou. V závěru práce jsou shrnuty nejdůležitější poznatky.

## **SUMMARY**

This diploma thesis deals with possible influence of selected psychiatric diagnoses on value hierarchy. Theoretical part is divided into two chapters. First chapter processes overview of findings about values, value hierarchy, mentions classification and concepts of values and at the end it mentions possible influence of disorder on value hierarchy. Second chapter defines psychiatric diagnoses and acquaints with classificatory systems of disorders. Major part of the chapter devotes to selected psychiatric disorders, which are schizophrenia and depression.

Research part, in which I used quantitative research, is focused on analysis of preferences of patients, who suffer from depression, schizophrenia and their comparison to persons of intact society. As research method I used questionnaire – Rokeach Value Survey. Results of this research are compared in discussion with authors, who have dealt with same problems. At the end of this thesis I have summed up the most important findings.

## REFERENČNÍ SEZNAM

1. BALATOVÁ, Kristýna. 2012. *Analýza hierarchie hodnot jedinců s poruchami chování (se zaměřením na specifické poruchy chování) v období pubescence a adolescence: rigorózní práce*. Brno: Masarykova Univerzita, Pedagogická fakulta. 181 s. Vedoucí rigorózní práce prof. PhDr. Marie Vítková, CSc.
2. BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
3. BIRCHWOOD, MAX; JACKSON, CHRIS. *Schizophrenia*. Philadelphia: Taylor & Francis. 2014. 157 s. ISBN 1-86377-552-7.
4. CAKIRPALOGLU, Panajotis. *Psychologie hodnot*. Olomouc: Votobia, 2004. 427 s. ISBN 80-7220-195-6.
5. CAKIRPALOGLU, Panajotis. *Psychologie hodnot*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2009. 376 s. ISBN 978-80-244-2295-4.
6. CAKIRPALOGLU, Panajotis. *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada, 2012. 287 s. ISBN 978-80-247-4033-1.
7. ČELEDOVÁ, Libuše a ČVELA, Rostislav. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada, 2010. 128 stran. ISBN 978-80-247-3213-8.
8. DOROTÍKOVÁ, Soňa. *Filosofie hodnot: problémy lidské existence, poznání a hodnocení*. Praha: Univerzita Karlova, 1998. 162 s. ISBN 80-86039-79-X.
9. DOSTÁLOVÁ, Olga. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Praha: Grada, 2016. 166 stran. Sestra. ISBN 978-80-247-5706-3.
10. DUŠEK, Karel a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada, 2015. 646 stran. Psyché. ISBN 978-80-247-4826-9.
11. FERJENČÍK, Ján. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál, 2010. 255 s. ISBN 978-80-7367-815-9.
12. FIŠAR, Zdeněk a kol. *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. Praha: Grada, 2009. 383 s. Psyché. ISBN 978-80-247-2737-0.
13. GERLA, Václav. I – Ideály a iluze In: *Psychologie od A do Z* [online]. ©2010-2015 [cit. 2018-05-30]. Dostupné z: <http://www.psychologieradosti.cz/nase-publikace/a-z-ideal.html>.

14. GOLENISCHENKO, A. P03-171 - Schizophrenics and neurotics value system comparative research. *European Psychiatry* [online]. 2010, 25(1) [cit. 2018-05-16]. ISSN ISSN 0924-9333. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(10\)71225-6](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(10)71225-6).
15. GÖBELOVÁ, Taťána. *Hodnotová výchova v pedagogické praxi*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2008. 64 s. ISBN 978-80-7368-542-3.
16. GRESZTA, Elzbieta, SIEMIŃSKA, Marianna. Patient-Perceived Changes in the System of Values After Cancer Dignosis. *Journal od Clinical Psychology in Medical Settings* [online]. 2011, 18(1) [cit. 2018-05-18]. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10880-011-9221-z>.
17. HAMMEN, Constance; WATKINS Ed. *Depression*. New York: Routledge, 2018. 283 s. ISBN 978-1-315-54280-5.
18. HARTL, Pavel a HARTLOVÁ, Helena. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál, 2010. 797 s. ISBN 978-80-7367-686-5.
19. HOSÁK, Ladislav a kol. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Karolinum, 2015. 647 stran. ISBN 978-80-246-2998-8.
20. KELNAROVÁ, Jarmila a MATĚJKOVÁ, Eva. *Psychologie 2. díl: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2014. Sestra. ISBN 978-80-247-3600-6.
21. KLIMENT, Pavel. *Psychologie osobnosti pro andragogy: studijní text pro kombinované studium*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. Studijní opory. ISBN 978-80-244-3584-8.
22. KOHOUTEK, Rudolf. Motivace chování a prožívání z hlediska psychologie osobnosti. *Psychologie v teorii a praxi* [online]. 2008 [cit. 2018-03-17]. Dostupné z: <http://rudolfkohoutek.blog.cz/0812/osobnost-jeji-zajmy-a-hodnoty>.
23. KOSOVÁ, Jiřina. Depresivní porucha a její léčba. *FarmiNews*, 2009, č. 5, s. 4-6. ISSN: 1214-5017.
24. KŘEMÉNKOVÁ, Lucie. Osobní hodnoty a hodnotové systémy studentů a pracovníků humanitního zaměření. *Psychologie a její kontexty*, 2015, č. 2, s. 17-35. ISSN 1803-9278.
25. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie smysluplnosti existence: otázky na vrcholu života*. Praha: Grada, 2006. 204 s. Psyché. ISBN 80-247-1370-5.

26. KUČEROVÁ, Helena. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada, 2013. 166 s. Psyché. ISBN 978-80-247-4733-0.
27. KUČEROVÁ, Stanislava. *Člověk – hodnoty-výchova*. Přešov: ManaCon, 1996. ISBN 80-85668-34-3.
28. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
29. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. 163 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2069-2.
30. MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ Martina a BABIAKOVÁ Mira. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
31. MASLOW, Abraham Harold. *O psychologii bytí*. Praha: Portál, 2014. 317 s. ISBN 978-80-262-0618-7.
32. *MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online], c2018 [cit. 2018-03-17]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>.
33. NYTROVÁ, Olga a PIKÁLKOVÁ, Marcela. *Dialog mezi hodnotami, aneb, Hodnoty vyřčené a hodnoty žité*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2011. 384 s. ISBN 978-80-7452-014-3.
34. NAKONEČNÝ, Milan. *Emoce*. Praha: Triton, 2012. 501 s. ISBN 978-80-7387-614-2.
35. OBEREIGNERŮ, Radko. 2011. Kognitivní deficity u schizofrenie. *Psychiatrie pro praxi*, roč. 12, č. 2, s. 74–79. ISSN 1213-0508.
36. OBRHELOVÁ, Veronika. 2006. *Hodnotový systém (srovnání hodnot frekventatně dlouhodobých sebezkušnostních výcviků v psychoterapii s hodnotami psychoterapeutů: rigorózní práce*. Praha: Karlova Univerzita, Filozofická fakulta. 102 s. Vedoucí rigorózní práce PhDr. Vendula Junková.
37. OCISKOVÁ, Marie a PRAŠKO, Ján. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada, 2015. 374 stran. Psyché. ISBN 978-80-247-5199-3.



38. OREL, Miroslav a kol. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. Praha: Grada, 2016. 338 stran. Psyché. ISBN 978-80-247-5516-8.
39. PAVLOVSKÝ, Pavel. Blud a ovládací představa. *Psychiatria pro prax*, 2005, č. 2, s. 66-68. ISSN 1803-9278. ISSN 1335-9584
40. PAVLOVSKÝ, Pavel a kol. *Soudní psychiatrie a psychologie*. Praha: Grada, 2012. 232 s. Psyché. ISBN 978-80-247-4332-5.
41. PETR, Tomáš a kol. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. 295 s. Sestra. ISBN 978-80-247-4236-6.
42. PRAŠKO, Ján, PRAŠKOVÁ, Hana a PRAŠKOVÁ, Jana. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. Praha: Portál, 2003. 180 s. ISBN 80-7178-809-0.
43. PRUDKÝ, Libor a kol. *Inventura hodnot: výsledky sociologických výzkumů hodnot ve společnosti České republiky*. Praha: Academia, 2009. 341 s. ISBN 978-80-200-1751-2.
44. PRUDKÝ, Libor a kol. *Studie o hodnotách*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2009. 236 s. ISBN 978-80-7380-266-0.
45. ROKEACH, Milton. *Beliefs Attitudes and Values: a Theory of Organization and Change*. San Francisco: Jossey-Bass.
46. Rokeach, M. (1968). A theory of organization and change within value-attitude systems. *Journal of Social Issues*, 24 (1), pp.13-33.
47. RABOCH, Jiří a kol. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2013. 466 s. ISBN 978-80-246-1985-9.
48. RABOCH, Jiří, PAVLOVSKÝ, Pavel a JANOTOVÁ, Dana. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 5. vyd. Praha: Triton, 2012. 239 s. ISBN 978-80-7387-582-4.
49. RAHNER, Karl. *Teologický slovník*. Praha: Zvon, 1996. 426 s. ISBN 80-7113-088-5.
50. ŘEBÍČKOVÁ, Hana. 2009. *Ta nemoc mi změnila život. Změny životních postojů a hodnot u onkologických pacientů i jejich blízkých: diplomová práce*. Brno: Masarykova Univerzita, Pedagogická fakulta. 142 s. Vedoucí diplomové práce Mgr. Tomáš Dvořáček, DiS.
51. ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie osobnosti: [obor v pohybu]*. Vyd. 5., rozš., Praha: Grada, 2007. 196 s. Psyché. ISBN 978-80-247-1174-4.

52. SEITL, Martin. *Poznávání interpersonálních charakteristik osobnosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. 164 s. Monografie. ISBN 978-80-244-3320-2.
53. SIČ, Petr. a kol. Hodnotový systém a vybrané aspekty trávení volného času u studujících FF MU. Brno: FF MU [online]. 2013 [cit. 2018-05-26]. Dostupné z: [http://psychkont.osu.cz/fulltext/2012/Sic,Mrhalek,Kajanova\\_2012\\_2.pdf](http://psychkont.osu.cz/fulltext/2012/Sic,Mrhalek,Kajanova_2012_2.pdf)
54. SKOPOVÁ, Jaroslava. *Schizofrenie-vážné, ale dobře léčitelné onemocnění: informace pro pacienty a jejich blízké*. Praha: Galén, 2016. 22 stran. ISBN 978-80-7492-232-9.
55. SKOPOVÁ, Jaroslava. *informace pro pacienty a jejich blízké. Moderní antidepressiva a jejich použití v léčbě nejčastějších psychických poruch*. Praha: Galén, 2011. 28 stran. Dostupné z: [https://www.lundbeck.com/upload/cz/files/pdf/Brozury/Informace\\_pro\\_pacienty\\_a\\_jejich\\_blizke.pdf](https://www.lundbeck.com/upload/cz/files/pdf/Brozury/Informace_pro_pacienty_a_jejich_blizke.pdf).
56. ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. *Osobnost a její rozvoj*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2008. 92 s. ISBN 978-80-7368-620-8.
57. VÁVRA, Martin. Hodnotový portrét evropských zemí. Srovnávací analýza s použitím přístupu Shaloma Schwartze. Studie CESES FSV UK, 2007, č. 2, 69 s. ISSN 1801-1519. Dostupné z: [https://www.ceses.cuni.cz/CESES-20-version1-sesit\\_07\\_02.pdf](https://www.ceses.cuni.cz/CESES-20-version1-sesit_07_02.pdf)
58. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychologie osobnosti*. Praha: Karolinum, 2010. 467 s. ISBN 978-80-246-1832-6.

## **SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obrázek 1 Struktura lidských hodnot podle Shaloma Schwartze (Vávra, 2007, s. 16)..... 18

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. Rozložení respondentů s psychiatrickou diagnózou dle pohlaví.....	40
Tabulka 2. Rozložení respondentů s psychiatrickou diagnózou dle pracovního zařazení...	40
Tabulka 3. Rozložení respondentů s psychiatrickou diagnózou dle nejvyššího dosaženého vzdělání.....	40
Tabulka 4. Rozložení respondentů intaktní společnosti dle pohlaví .....	41
Tabulka 5. Rozložení respondentů intaktní společnosti dle pracovního zařazení .....	41
Tabulka 6. Rozložení respondentů intaktní společnosti dle nejvyššího dosaženého vzdělání .....	41
Tabulka 7. Nejvíce preferované instrumentální hodnoty osob se schizofrenií.....	43
Tabulka 8. Nejvíce preferované cílové hodnoty osob se schizofrenií .....	44
Tabulka 9. Nejvíce preferované instrumentální hodnoty osob s depresí.....	44
Tabulka 10. Nejvíce preferované cílové hodnoty osob s depresí .....	45
Tabulka 11. Srovnání nejvíce preferovaných instrumentálních hodnot u pacientů se schizofrenií ve vztahu k pohlaví .....	46
Tabulka 12. Srovnání nejvíce preferovaných cílových hodnot u pacientů se schizofrenií ve vztahu k pohlaví.....	47
Tabulka 13. Srovnání nejvíce preferovaných instrumentálních hodnot u pacientů s depresí ve vztahu k pohlaví.....	48
Tabulka 14. Srovnání nejvíce preferovaných cílových hodnot u pacientů s depresí ve vztahu k pohlaví.....	48
Tabulka 15. Srovnání preferovaných instrumentálních hodnot u psychiatrických pacientů .....	49
Tabulka 16. Srovnání preferovaných cílových hodnot u psychiatrických pacientů .....	50
Tabulka 17. Nejméně preferované instrumentální hodnoty osob se schizofrenií.....	50
Tabulka 18. Nejméně preferované cílové hodnoty osob se schizofrenií .....	51
Tabulka 19. Nejméně preferované instrumentální hodnoty osob s depresí.....	51
Tabulka 20. Nejméně preferované cílové hodnoty osob s depresí .....	51
Tabulka 21. Srovnání nejméně preferovaných instrumentálních hodnot u pacientů se schizofrenií ve vztahu k pohlaví .....	52
Tabulka 22. Srovnání nejméně preferovaných cílových hodnot u pacientů se schizofrenií ve vztahu k pohlaví.....	52

Tabulka 23. Srovnání nejméně preferovaných instrumentálních hodnot u pacientů s depresí ve vztahu k pohlaví.....	53
Tabulka 24. Srovnání nejméně preferovaných cílových hodnot u pacientů s depresí ve vztahu k pohlaví.....	53
Tabulka 25. Srovnání nejméně preferovaných instrumentálních hodnot u psychiatrických pacientů.....	54
Tabulka 26. Srovnání nejméně preferovaných cílových hodnot u psychiatrických pacientů .....	54
Tabulka 27. Srovnání nejvíce preferovaných instrumentálních hodnot u psychiatrických pacientů a intaktní společnosti.....	55
Tabulka 28. Srovnání nejvíce preferovaných cílových hodnot u psychiatrických pacientů a intaktní společnosti .....	55
Tabulka 29. Srovnání nejméně preferovaných instrumentálních hodnot u psychiatrických pacientů a intaktní společnosti.....	56
Tabulka 30. Srovnání nejméně preferovaných cílových hodnot u psychiatrických pacientů a intaktní společnosti .....	57

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1 Informovaný souhlas s účastí na výzkumném šetření

Příloha 2 Dotazník hodnot

## PŘÍLOHA 1

## DOTAZNÍK HODNOT

Dobrý den,

jsem studentkou magisterského studia na Univerzitě Palackého v Olomouci. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění následujícího dotazníku, který se zabývá životními hodnotami. Dotazník je zcela anonymní. Prosím Vás o pravdivé a pečlivé vyplnění dotazníku. Veškeré získané informace budou použity pouze pro účely zpracování mé diplomové práce.

Děkuji za Váš čas a ochotu.

Bc. Hana Fialová

**1) Pohlaví:**

Žena

Muž

**2) Věk: \_\_\_\_\_**

**3) Pracovní zařazení:**

Student/ka

Starobní důchod

Zaměstnaný/á

Invalidní důchod

Nezaměstnaný/á

Mateřská dovolená

**4) Nejvyšší dosažené vzdělání:**

Základní

Střední bez maturity s výučním listem

Střední s maturitou

Vyšší odborné

Vysokoškolské bakalářské

Vysokoškolské magisterské

Vysokoškolské doktorské

**5) Psychiatrická diagnóza: \_\_\_\_\_**

**6) Užívání léků (psychofarmaka)**

ano

ne

---

Svým podpisem stvrzuji, že se kvantitativního výzkumného šetření účastním zcela dobrovolně. Byl/a jsem poučen/a o etických principech výzkumu a seznámen/a se zpracováním získaných informací.

V ..... dne.....

## PŘÍLOHA 2

### INSTRUMENTÁLNÍ HODNOTY

#### POŘADÍ

- \_\_\_\_\_ ambiciózní (pracovitý, usilovný)
- \_\_\_\_\_ velkomyslný (tolerantní)
- \_\_\_\_\_ schopný (kompetentní, efektivní)
- \_\_\_\_\_ veselý (dobromyslný, vtipný)
- \_\_\_\_\_ pořádný (uklizený, čistý)
- \_\_\_\_\_ odvážný (stojí za svým přesvědčením)
- \_\_\_\_\_ odpouštějící (omlouvající ostatní)
- \_\_\_\_\_ užitečný (pracující pro blaho ostatních)
- \_\_\_\_\_ čestný (upřímný, spolehlivý)
- \_\_\_\_\_ tvořivý (zkoušející, kreativní)
- \_\_\_\_\_ nezávislý (soběstačný)
- \_\_\_\_\_ inteligentní (chytrý, chápavý)
- \_\_\_\_\_ logický (soustavný, racionální)
- \_\_\_\_\_ citový (milující, citlivý)
- \_\_\_\_\_ poslušný (plnící povinnosti)
- \_\_\_\_\_ zdvořilý (dobře vychovaný)
- \_\_\_\_\_ odpovědný (spolehlivý)
- \_\_\_\_\_ kontrolující se (sebekázeň)



## CÍLOVÉ HODNOTY

### POŘADÍ

- \_\_\_\_\_ pohodlný život ( příjemný život)
- \_\_\_\_\_ vzrušující život ( stimulující, aktivní )
- \_\_\_\_\_ smysl pro užitečnost ( dlouhodobé pomáhání)
- \_\_\_\_\_ svět míru (bez válek a konfliktů)
- \_\_\_\_\_ svět krásy (příroda a umění)
- \_\_\_\_\_ rovnost (bratrství, spravedlnost)
- \_\_\_\_\_ bezpečí rodiny (péče o blízké)
- \_\_\_\_\_ svoboda (nezávislost)
- \_\_\_\_\_ štěstí (spokojenost)
- \_\_\_\_\_ vnitřní rovnováha (bez vnitřních konfliktů)
- \_\_\_\_\_ zralá láska (sexuální i duševní)
- \_\_\_\_\_ národní bezpečnost (zajištění před napadením)
- \_\_\_\_\_ potěšení (radostný život plný zábavy)
- \_\_\_\_\_ spasení (věčný život, víra, spiritualita, nenáboženské pojetí)
- \_\_\_\_\_ vlastní poznání (sebeocení)
- \_\_\_\_\_ sociální uznání (úcta, obdiv)
- \_\_\_\_\_ přátelství (blízký vztah)
- \_\_\_\_\_ moudrost (zralé porozumění životu)

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Hana Fialová
<b>Katedra:</b>	Katedra psychologie a patopsychologie
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Lucie Křeménková, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2018

<b>Název práce:</b>	Možný vliv vybraných psychiatrických diagnóz na hodnotovou hierarchii
<b>Název v angličtině:</b>	Analysis of the possible impact of selected psychiatric diagnoses on value hierarchy
<b>Anotace práce:</b>	<p>Diplomová práce se zabývá možným vlivem vybraných psychiatrických diagnóz na hodnotovou hierarchii. První kapitola zpracovává přehled poznatků o hodnotách, hodnotové hierarchii, zmiňuje se o klasifikaci a konceptech hodnot a na závěr se zmiňuje o možném vlivu nemoci na hodnotovou hierarchii. Druhá kapitola vymezuje psychiatrické diagnózy a seznamuje s klasifikačními systémy nemoci. Podstatná část kapitoly se věnuje vybraným psychiatrickým onemocněním, kterými jsou schizofrenie a deprese.</p> <p>Výzkumná část, v níž byl použit kvantitativní výzkum je zaměřena na analýzu preferencí hodnot pacientů s depresí, se schizofrenií a jejich srovnání s osobami intaktní společnosti. Použitou výzkumnou metodou byl dotazník - Rokeachův test hierarchie hodnot.</p>
<b>Klíčová slova:</b>	Hodnoty, hodnotová hierarchie, Rokeachův test hierarchie hodnot, psychiatrická diagnóza, schizofrenie, deprese.

<b>Anotace v angličtině:</b>	<p>This diploma thesis deals with possible influence of selected psychiatric diagnoses on value hierarchy. First chapter processes overview of findings about values, value hierarchy, mentions classification and concepts of values and at the end it mentions possible influence of disorder on value hierarchy. Second chapter defines psychiatric diagnoses and acquaints with classificatory systems of disorder. Major part of the chapter devotes to selected psychiatric disorders, which are schizophrenia and depression.</p> <p>Research part, in which I used quantitative research, is focused on analysis of preferences of patients, who suffer from depression, schizophrenia and their comparison to persons of intact society. As research method I used questionnaire – Rokeach Value Survey.</p>
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Values, value hierarchy, rokeach values survey, psychiatric diagnosis, schizophrenia, depression
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	<p>Příloha 1 Informovaný souhlas s účastí na výzkumném šetření</p> <p>Příloha 2 Dotazník hodnot</p>
<b>Rozsah práce:</b>	77
<b>Jazyk práce:</b>	Český jazyk