



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra psychologie

Bakalářská práce

Duševní poruchy očima soudobé společnosti

Vypracoval: Radek Hajsák
Vedoucí práce: Mgr. Bc. Tomáš Mrhálek, Ph.D

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma Duševní poruchy očima soudobé společnosti jsem vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích

.....

podpis

Poděkování

Rád bych tímto způsobem poděkoval Mgr. Bc. Tomášovi Mrhálkovi, Ph.D., za odborné vedení mé bakalářské práce, za nápomocné konzultace, cenné rady, podporu a notnou dávku trpělivosti. Také bych chtěl poděkovat své přítelkyni, která při mně celou dobu stála, podporovala mě a věřila v úspěšné dokončení mé práce i ve chvílích, kdy jsem sám nevěřil.

ANOTACE

Bakalářská práce se zabývá problematikou postojů a stigmatizace k vybraným duševním poruchám, konkrétně ke schizofrenii a depresi. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se nejprve věnuje zastřešujícímu tématu stigmatizace a jejím důsledkům u duševně nemocných. Dále se tato část postupně věnuje jednotlivým duševním poruchám a jejich komplexnímu popisu. U těchto kapitol závěrem dochází k propojení stigmatizace s konkrétní duševní poruchou.

Empirická část má kvantitativní charakter, jenž je realizován skrze metodu sémantického diferenciálu. Práce si klade jako hlavní cíl zjistit, jaké postoje zaujímá současná společnost k jednotlivým duševním poruchám. Dále se zaměřuje na zjištění rozdílů mezi vnímáním těchto dvou poruch, odlišností v odpovědích respondentů na základě jejich sociodemografických charakteristik, jako je pohlaví, věk, nejvyšší započaté vzdělání a velikost sídla (trvalého bydliště). Závěrem se zaměřuje na odlišnosti v odpovědích na základě osobní zkušenosti s jednotlivými poruchami.

Klíčová slova: stigma, stigmatizace, duševní poruchy, schizofrenie, deprese, depresivní porucha, sémantický diferenciál

ABSTRACT:

The bachelor's thesis deals with the issue of attitudes and stigmatization towards selected mental disorders, specifically schizophrenia and depression. The work is divided into a theoretical and a practical part. The theoretical part first deals with the overarching topic of stigmatization and its consequences for the mentally ill. Furthermore, this part is gradually devoted to individual mental disorders and their comprehensive description. In the concluding chapter, these stigmatizations are connected with a specific mental disorder.

The empirical part, which is due to the quantitative differential of the semantic method. The main goal of the work is to find out what attitudes contemporary society takes towards individual mental disorders. Furthermore, it focuses on identifying the differences between the perception of these two disorders, the differences in the responses of the respondents based on their socio-demographic characteristics such as gender, age, highest level of education and the size of the residence (permanent residence). In conclusion, I get to the differences in the answers based on personal experiences with individual disorders.

Key words: stigma, stigmatization, mental disorders, schizophrenia, depression, depressive disorder, semantic differential

OBSAH

ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST.....	9
1 Vnímání duševních poruch.....	9
1.1 Proměny napříč historií	9
1.2 Stereotypy, předsudky, stigmatizace.....	13
2 Schizofrenie.....	15
2.1 Etymologie a definice schizofrenie	15
2.2 Epidemiologie	16
2.3 Příznaky schizofrenie	17
2.4 Kritéria dle MKN -10	18
2.5 Dělení schizofrenie	19
2.6 Vnímání osob se schizofrenií	20
3 Depresivní porucha	21
3.1 Etymologie a definice deprese	21
3.2 Epidemiologie	23
3.3 Příznaky deprese.....	24
3.4 Kritéria deprese dle MKN–10	25
3.5 Dělení deprese.....	26
3.6 Vnímání osob s depresí.....	27
PRAKTICKÁ ČÁST.....	28
4 Cíle výzkumu	28
4.1 Výzkumný cíl.....	28
4.2 Výzkumné otázky.....	28
5 Metodika.....	29
5.1 Metody	29
5.2 Sběr dat.....	32

5.3	Výzkumný vzorek	33
5.4	Analýza dat	36
5.5	Výzkumná etika	36
6	Výsledky	37
6.1	Rozdíl mezi vnímáním osob se schizofrenií a osob s depresí	37
6.2	Rozdíly ve vnímání osob s duševními poruchami mezi muži a ženami	40
6.3	Vztah mezi věkem respondentů a vnímáním osob s duševními poruchami	42
6.4	Rozdíly ve vnímání osob s duševními poruchami na základě nejvýše započatého vzdělání respondentů.....	46
6.5	Rozdíly ve vnímání osob s duševními poruchami na základě velikosti trvalého bydliště respondentů.....	49
6.6	Rozdíly ve vnímání osob s duševními poruchami na základě míry zkušenosti respondentů	52
6.7	Rekapitulace výsledků a zodpovězení výzkumných otázek	56
6.7.1	VO1: Jaké jsou rozdíly mezi vnímáním osob se schizofrenií a osob s depresí?	56
6.7.2	VO2: Jaké jsou rozdíly ve vnímání osob s duševními poruchami mezi muži a ženami?.....	56
6.7.3	VO3: Jaký je vztah mezi věkem respondentů a jejich vnímáním osob s duševními poruchami?	57
6.7.4	VO4: Jaké jsou rozdíly ve vnímání osob s duševními poruchami na základě nejvýše započatého vzdělání respondentů?	57
6.7.5	VO5: Jaké jsou rozdíly ve vnímání osob s duševními poruchami na základě velikosti trvalého bydliště respondentů?.....	58
6.7.6	VO6: Jaké jsou rozdíly ve vnímání osob s duševními poruchami na základě míry zkušenosti respondentů?.....	59
7	Diskuze	60
7.1	Limity práce	62
8	Závěr	63
	Seznam obrázků	64
	Seznam grafů.....	64
	Seznam tabulek	64
	Seznam zdrojů	65

ÚVOD

Ve své bakalářské práci se zabývám pohledem soudobé společnosti v České republice na dvě vybrané duševní poruchy. Hlavním výzkumným cílem je zjistit, jaké postoje zaujímá současná společnost k jedincům se schizofrenií a depresí. Toto téma jsem zvolil proto, že téma stigmatizace jedinců s duševním onemocněním je stále velice aktuální. Ačkoliv osvěta a destigmatizace už mají v naší společnosti své místo, existuje stále velmi skromné množství české literatury věnující se tomuto tématu. Navíc mnohé stereotypy a předsudky stále přetrvávají a duševně nemocní jedinci musí stigmatizaci nadále čelit.

Teoretická část se dělí na tři kapitoly. V první kapitole se věnuji prostor krátké historii psychiatrie, s níž jde ruku v ruce vnímání duševně nemocného. Závěrem této pasáže vysvětlím rozdíl mezi pojmy stereotyp, předsudek a stigmatizace u duševních poruch. Také uvedu u každého pojmu příklady, pro představu, jakým způsobem jsou duševní poruchy nejčastěji vnímány. Druhá a třetí kapitola jsou si velmi podobné svou strukturou, soustředí se každá na jednu z vybraných poruch. Popisuji v nich základní charakteristiky poruch, jejich zastoupení v populaci, příznaky, uvádím kritéria dle MKN-10. Uvádím také možná dělení obou duševních poruch. Závěrem těchto kapitol dochází k propojení s tematikou vnímání a stigmatizace s každou konkrétní duševní poruchou zvlášť.

V empirické části představím provedený výzkum, jenž užívá kvantitativní strategii. Jako výzkumný nástroj byl v tomto případě použitý sémantického diferenciál, jehož položky jsem pro účely výzkumu sám sestavil. Tvorbu sémantického diferenciálu popisuji ve čtvrté kapitole. Pátá kapitola je věnována výsledům výzkumu a zodpovězení výzkumných otázek. Nakonec v šesté kapitole porovnávám své výsledky s výzkumy zahraničních studií na toto téma.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Vnímání duševních poruch

První kapitola je zaměřena na vnímání duševních poruch společností, postoje vůči nim a jejich stručnou proměnu napříč historií. Poté se přesunu k vymezení pojmu stigma.

1.1 *Proměny napříč historií*

Duševní poruchy jsou nepochybnou součástí lidstva již od jeho samotných počátků. Ve společnosti byly vždy přítomné, jen jejich označení, vysvětlení a léčba procházeli postupnými změnami, jak se měnil přístup a chápání nemoci v dané etapě ve společnosti (Hosák a kol., 2020).

Ocisková a Praško (2015) uvádí, že postavení duševně nemocného je odrazem doby, lépe řečeno odrazem úrovně její vyspělosti a poznatků. Historie přístupu k duševním poruchám se nerozvíjela ani tak lineárně postupnými kroky, jako spíše cyklicky, v podobě náhlých skoků. Jednou z prvních teorií vysvětlující duševní onemocnění bylo působení nadpřirozených sil, kdy příčiny onemocnění byly přičítány posednutí zlými duchy a démony, nelibosti bohů, kletbám či hříchům (Noba, 2019). V těchto raných dobách plnil lékař roli prostředníka mezi nemocným a přírodními či nadpřirozenými silami, o kterých se usuzovalo, že mohou nemoc jak způsobit, tak léčit (Hosák a kol., 2020). Tomu odpovídaly i tehdejší přístupy k léčbě, která se stávala součástí šamanských či náboženských rituálů, které měly dotyčného zbavit posednutí či zlomit kletbu (Ocisková & Praško, 2015). Výjimkou nebyly ani oběti bohům či zařikávání, ale i užívání rostlinných lektvarů, mastí, aplikování rehabilitačních cvičení nebo poslech hudby (Hosák a kol., 2020). Obavy z neznámého, nehmátatelného a nevysvětlitelného ve spojení s nadpřirozenem tak ještě více umocňovaly strach, který už tehdy duševní poruchy bezesporu vyvolávaly (Ocisková & Praško, 2015).

Progres představuje v 5. století před naším letopočtem nástup antického lékaře Hippokrata, který se postavil paradigmatu vysvětlujícímu duševní poruchy působením nadpřirozených sil (Ocisková & Praško, 2015). Hippokratova teorie vysvětlení duševních poruch vycházela z předpokladu tělesného původu nemocí (Hosák a kol. 2020). Tyto poruchy považoval za onemocnění mozku nebo za následek nerovnováhy základních tělních tekutin,

na základě kterých později stanovil vůbec první typologii osobnosti (Ocisková & Praško, 2015). Jednotlivé duševní choroby poté dělil na základě převažující tekutiny, která v důsledku nadbytečnosti zaplavuje mozek. Zaplavení žlutou žlučí se projevovalo vznětlivostí a neklidem, což Hippokrates označil jako mánii. Černá žluč způsobovala melancholii, dále poté pojmenoval další dvě poruchy – frenitis a parafrenitis, které byly příznačné zmateností a byly spojovány se závažnou tělesnou nemocí (Vencovský, 1996).

Jak čas plynul a Řím převzal řecké vědění a kulturu, pokračovala i snaha o vysvětlení a léčbu duševních poruch. Ocisková a Praško (2015) uvádí příklad Celsuse z 1. století našeho letopočtu, který k léčbě duševních poruch užíval masáže a látek vyvolávající spánek či únavu. Scribonius Largus přikládal svým pacientům na hlavu rejnoka elektrického a Galén, zástupce římské eklektické školy věřil, že psychóza může vzniknout sekundárně, z onemocnění různých orgánů. Ačkoliv přírodovědecká koncepce znamenala posun v oblasti léčení a chápání duševních poruch, nedokázala se naplno prosadit a udržet si přednostní postavení.

Počátkem středověku nastalo pro duševní poruchy, ale i vědu jako takovou období temna. Otěže převzala církev a již zmíněný přírodovědecký přístup byl nahrazen náboženským výkladem (Hosák a kol. 2020). Ocisková a Praško (2015) hovoří o tomto období jako o „kroku zpět“, kdy se do popředí dostává opět mysticismus a mnohé dosud již nashromážděné poznatky z vědy a medicíny byly zapomenuty. Nemocní již nebyly vnímány jako nemocní, ale jako posedlí duchy či ďáblem. Na psychickou poruchu se pohlíželo jako na trest boží, seslaný za hříchy dotyčného či za hříchy jeho předků, což odráželo pohled a zacházení s duševně nemocnými, kdy takovýto jedinci byli mučeni, bití a upalováni.

Středověká diagnostika duševních poruch vycházela převážně z díla dominikánských mnichů Institorise a Sprangera, kteří sepsali dílo *Malleus maleficarum*, jenž bylo ústřední příručkou diagnostiky a léčby spolčení s ďáblem, které mělo pro duševně nemocné katastrofální důsledky (Hosák a kol., 2020). Ocisková a Praško (2015) v této souvislosti uvádějí příklad knížectví trevírského, kdy na konci 16. století bylo během období deseti let popraveno přes tisíc údajně ďáblem posedlých lidí. Foucault (1993) také uvádí příklad tzv. lodí bláznů, které měly za úkol duševně nemocné nakládat a převážet od města k městu, čímž měly zbavit společnost od šílených a nezapadajících jedinců. Takovýto jedinci se totiž snadno stávali tuláky a vyvrheli, na základě rozhodnutí tehdejších úřadů byli vyhošťováni a

vyhnání za městské hradby, kde poté byli odsouzeni k bloudění po rozlehlých krajinách, což ale nebylo žádoucí, a tak obratem začala města tyto jedince odchyťovat a poté platila námořníky, aby je odvezli jinam.

Nicméně i v tomto období se našla skupina vzdělavců a odvážlivců, kteří se nebáli vystoupit proti dogmatickému pojetí církve s názorem, že duševní poruchy jsou nemocí a takto postižení jedinci patří do rukou lékařů. Zmínit lze například Paracelsuse, Felixe Plattera či Thomase Sydenhama (Ocisková & Praško, 2015). Nelze opomenout ani Johanna Wyevera a Reginalda Scota, kteří vystupovali proti církevnímu dogmatismu a snažili se lidi přesvědčit, že úvaha vysvětlující duševní poruchy posednutím ďáblem je zcestná. Dokonce se veřejně postavili proti čarodějnickým honům, když sepsali a publikovali díla prosazující názor, že obviněné čarodějnice byly ve skutečnosti jen obyčejné ženy s duševními chorobami, které byly způsobené špatným metabolismem a nemocí, nikoliv tedy démonickou posedlostí. Církevní inkvizice nicméně tyto spisy zkonfiskovala. Hon na čarodějnice tak pokračoval až 17. a 18. století, kdy bylo upáleno více jak 100 000 předpokládaných čarodějnic (Shoeneman, 1977).

Počátkem novověku stále převládal názor, že duševní onemocnění jsou neléčitelná. Začaly sice vznikat ústavy pro duševně choré, které se však nesly spíše v duchu prosté izolace pacientů než ve skutečné pomoci trpícím duševním onemocněním a měly tedy více společného s vězením než s nemocnicí. Tomu odpovídal i přístup a léčba v takovýchto zařízeních, kdy dotyční byli zavíráni za mříže, upoutáni v řetězech a za kázeňské přestupky zavíráni do temných kobek (Ocisková & Praško, 2015). Dle Hosáka a kol. (2020) navíc nebyli duševně nemocní nikterak odlišováni od žebráků, pobudů a drobných přestupníků zákona a pravidel. Dokonce všichni zmínění sdíleli jedna a ta samá zařízení, jejichž primárním účelem bylo zajistit nad těmito jedinci dohled, a zároveň zabezpečit jejich přežití. O snaze separovat duševně nemocné jedince hovoří také Vencovský (1994), dle něhož je duševní choroba v tomto období vnímaná spíše jako veřejné zostuzení, než jako nemoc a neštěstí. Okolí se takovýchto jedinců stranilo a snahou bylo je „odklidit“ do ústraní. Také ale doplňuje, že duševně nemocní byli zavíráni do klecí a vystaveni veřejnému posměchu a lynčování.

K revoluci v přístupu a k léčbě duševních poruch dochází ruku v ruce s Francouzskou revolucí, konkrétněji s příchodem Philippa Pinela. Tento francouzský lékař se domníval, že příčinnou agrese a neklidu u duševně nemocných mohou být právě veškerá omezení, pouta a nesvoboda (Hosák a kol., 2020). Z výše uvedených řádků je zcela patrné, jaký byl přístup k duševně nemocným a nejspíše není nutné znova vypisovat, jakým způsobem s nimi bylo zacházeno. Pod Pinelovo taktovkou však byli duševně nemocní nejprve separováni od vězňů a následně umístěni do specializovaných institucí – psychiatrických ústavů. Tento krok představuje počátek psychiatrického ústavnictví, které zpočátku fungovalo spíše jako azylová psychiatrie. V těchto institucích se Pinel pokoušel zavést léčbu prací a činností, také užíval psychodramat a v teoretické rovině se pokusil o stanovení klasifikace duševních poruch (Ocisková & Praško, 2015). V podstatě se zasloužil o celkové zlepšení základních životních podmínek pro duševně nemocné, konkrétně lze uvést například zlepšení v oblasti výživy, ale hlavně nepřístupoval k těmto osobám s opovržením, jakožto spíše s dosud nevídaným soucitem a důstojností (Noba, 2019).

Ačkoliv i přes Pinelovy reformy v mnohých ústavech přetrvávaly staré způsoby, jeho přispění znamenalo zásadní pokrok v oblasti psychiatrie a celkově přístupu k duševně nemocným (Ocisková & Praško, 2015). Význam jeho přínosu může odrážet i fakt, že dnes je díky svému historickému počínání tradován již známým souslovím jako ten, jenž „zbavil šílence pout“. Tento okamžik tak lze označit za začátek moderní psychiatrie, charakteristický skutečnou a účinnou léčbou duševních nemocí, jež začíná odstraněním omezení a nesvobod. Z tohoto důvodu bývá taky tato událost označována jako Velká revoluce v psychiatrii (Hosák a kol., 2020).

Z předcházejících stránek můžeme vidět, že postavení duševně nemocných ve společnosti bylo všelijaké, jen ne rovnocenné a akceptovatelné. Mnohdy s nimi bylo až nelidsky zacházeno a takovýto jedinci bylo často stigmatizováni a izolováni od společnosti. Příchod Philippa Pinela nemění staletí zjetý přístup ze dne na den, ale spíše je jakýmsi světlem ve tmě, který dává duševně nemocným naději v lepší zítřky. Stojí tak spíše na počátku nové éry, na kterou poté navazují další odborníci, jako například Emil Kraepelin s vůbec první systematickou příručkou dělení duševních poruch a řada dalších. Ačkoliv pojetí a vnímání duševních poruch v dnešní době je s tímto historickým pohledem zcela nesrovnatelné, dodnes přetrvávají určité předsudky a stigmatizace vůči osobám s duševními poruchami.

1.2 Stereotypy, předsudky, stigmatizace

V této kapitole se zaměřuji na výše zmíněné předsudky a z nich vyplývající stigmatizace duševně nemocných jedinců. Dle Ociskové (2016) jsou psychiatričtí pacienti nejčastěji vnímáni jako **nebezpeční, agresivní, nevypočitatelní a nespolehliví**. Právě taková označení patří mezi stereotypy a předsudky. Rüsche a kol. (2005) zmiňuje výsledky na sobě nezávislých faktorových analýz z Kanady, Anglie a Německa, ve kterých se potvrdilo, že duševně nemocní jedinci budí v lidech **strach**, což vede k jejich vyřazení ze společnosti. Jsou vnímáni jako **nespolehliví** a neschopní se sami o sebe postarat.

Rozdíl mezi stereotypem a předsudkem vysvětlují např. Rüsche a kol. ve své studii z roku 2005 věnující se stigmatu duševních onemocnění. Autoři popisují stereotyp jako něco, čeho si lidé mohou být vědomi a není zde podmínka, že takovému stereotypu plně věří a ztotožňují se s ním. **Pokud však stereotyp přejde v předsudek, osoba takovému tvrzení sama věří.** Člověk s předsudky vůči určité skupině podporuje negativní stereotypy vůči ní. Pokud by si tedy osoba s předsudky vůči duševně nemocným jedincům přečetla jejich výše zmíněný typický popis dle Ociskové, mohla by na něj mít zhruba tuto reakci: *„To je úplně přesné! Všichni duševně nemocní jsou nebezpeční, agresivní, nevypočitatelní a nespolehliví!“* Rüsche a kol. (2005) upozorňuje na **následky předsudků**, mezi které patří **negativní emocionální odezva**, která může mít podobu strachu: *„Všichni duševně nemocní mě děsí!“* Předsudky poté vedou k **diskriminaci**, v případě strachu se jedná o **vyhýbavé chování**, které se může projevit třeba neochotou přijmout duševně nemocného člověka jako zaměstnance. Jiná situace nastává u předsudků, které plodí nenávisť. Takové předsudky mohou mít za následek **nenávisťné chování**, např. upření pomoci duševně nemocným. Vztah mezi názorem, že duševně nemocní jedinci jsou nebezpeční, následným strachem z nich a zvýšené sociální vzdálenosti byl prokázán v různých zemích, např. v Německu, Rusku a Spojených státech amerických.

Stigmatizace je dle Ociskové (2016) sociální proces, který na začátku pracuje s vlastností, která je pro společnost nepřijatelná. Člověku s takovou vlastností je přidělena **nálepka** mající za následek jeho **vyřazení ze společnosti**. Přestane být jejím plnohodnotným členem, ztratí rovnocenné příležitosti v různých oblastech.

Z předchozí stránky bychom mohli nabýt dojmu, že k vytvoření stigma stačí stereotypy a předsudky. Rüsche a kol. (2005) však uvádí nutnou podmínku k vytvoření stigma: **sociální, ekonomickou a politickou moc**. Všichni jedinci nemají takové postavení, aby mohli uvrhnout stigma na libovolně zvolenou skupinu. Veřejné stigma tedy sestává ze tří již zmíněných komponent – stereotypů, předsudků a diskriminace. Zastřešuje je podstatná podmínka, a to **nerovnováha moci**. Stigma způsobuje pohyb veřejnosti proti stigmatizované skupině.

U stigma hrozí nebezpečí, že si jej jedinec z cílové skupiny **zvnitřní**. Jedná se o postupné přejímání stereotypních postojů společnosti. Jedinec se plně **ztotožní s nálepkou**, jakou mu společnost přidělila. Přestává vidět smysl svého počínání a ztrácí pocit vlastní hodnoty. Netěší ho plány do budoucna. Přes domnělou méněcennost se jedincovo pojetí stává negativním. Směřuje k celkové pasivitě (Ocisková, 2014). Už samotná možnost, že by člověku mohla být nálepka přidělena, vede ke snížení sebedůvěry a k sebestigmatizačním postojům. Tím se dá vysvětlit časté otálení duševně nemocných ve vyhledání odborné péče (Ocisková, 2016).

Nepříznivý vliv stigma na duševně nemocné může mít podobu **vyhýbavého chování, snížení sebedůvěry, či horšího sociálního fungování**. Narůstá jak **sociální úzkostnost**, tak **depressivní symptomatika**, což má za následek celkové **zhoršení kvality života** stigmatizovaného jedince (Ocisková, 2014). Také výsledky studie Linka a kol. z roku 2001 potvrzují, že stigma má silný vliv na sebevědomí duševně nemocných jedinců.

V rámci podpory lidí s duševními poruchami, kteří čelí stigmatizaci společnosti, je nezbytné se stigmatizací dlouhodobě bojovat. Nabízí se cesta **edukace**, tedy šíření osvěty o duševních poruchách; **protestování proti stigmatizujícím stanoviskům společnosti; zprostředkování kontaktu s duševně nemocnými jedinci**. Osobní kontakt by mohl zvýšit vliv edukace na zmírnění stigma. Z výzkumu vyplývá, že ti jedinci, kteří přišli do kontaktu se členy minoritní skupiny, mají menší sklon zaujímat poté k této minoritě stigmatizující postoj (Rüsche a kol., 2005).

Schizofrenie a deprese, kterým se věnuji ve své bakalářské práci, patří mezi závažné duševní poruchy, u kterých je dle Ociskové (2016) problematika stigma popsána důkladněji, než u jiných. Vnímáním obou těchto poruch se budu dále podrobněji věnovat v kapitolách 2.6 Vnímání osob se schizofrenií a 3.6. Vnímání osob s depresí.

2 Schizofrenie

2.1 Etymologie a definice schizofrenie

Volně přeloženo dle Malé (2005), znamená termín schizofrenie „rozštěp mysli“, neboť jak uvádí Orel a kol. (2020), je slovo původně složeno z řeckých kořenů „schizein“, jež ve slovesné formě znamená „štípat“ a „frein“, což znamená „mysl“.

Toto onemocnění spadá dle MKN-10 pod kategorii F20-F29, která je vyčleněna pro poruchy vyznačující se psychotickými příznaky. Mimo samotné schizofrenie do této kategorie spadají schizotypní poruchy a poruchy s bludy (Smolík, 1996). Úvodem uvádím několik definic od různých autorů:

Schizofrenie je dle Vágnerové (2004, str. 333) *„závažná duševní porucha, která se projevuje chronickým narušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobnostní integrity“*.

Ocisková & Praško (2015, str. 45) definují schizofrenii jako *„závažné duševní onemocnění, které významně narušuje schopnost nemocného srozumitelně se chovat, jednat a uplatnit se v životě. Je to závažné psychotické onemocnění charakterizované významnými poruchami v oblasti myšlení, vnímání, emocí, chování a kognitivních funkcí. Jde tedy o poruchu téměř všech psychických funkcí“*.

Orel a kol. (2020, str. 208) hovoří o schizofrenii jako *„o mnohotvárném duševním onemocnění, které významně mění prožívání, chování i postoje ke skutečnosti“*. Díky pestré paletě příznaků, které zahrnují různou intenzitu i formu narušeného vnímání, myšlení, emoce, motivaci i chování, označuje toto onemocnění poněkud poeticky jako *„nemocí sta tváří“*, což má demonstrovat různorodost této poruchy.

2.2 Epidemiologie

Schizofrenie je relativně vzácné onemocnění. Dle Vágnerové (2004) postihuje toto onemocnění přibližně 1% celosvětové populace, bez ohledu na zeměpisnou lokalizaci, pohlaví, rasové příslušenství či sociokulturní vlivy.

Dále uvádí, že toto onemocnění manifestuje především v mladém věku, v rozmezí 15-35 let, přičemž u žen o něco později než u mužů. Svoboda a kol. (2012) konkrétněji uvádí, že u mužů nastává počátek schizofrenie většinou v pozdní adolescenci, zatímco u žen v průměru někdy mezi 25. a 35. rokem. Též doplňuje, že ženy mívají také mírnější formu onemocnění, obecně lépe reagují na léčbu a lépe sociálně fungují než muži, za což pravděpodobně vděčí vlivu estrogenů na dopaminergní systém. Hosák a kol. (2019) nabízí v tomto případě vysvětlení v podobě pozdějšího nástupu stresu spojeného s převzetím dospělé role, nicméně též hovoří i o protektivním faktoru estrogenů.

Co se průběhu týče, bývá často chronický a není neobvyklé, že často vede k trvalé invaliditě (Svoboda a kol., 2012). Také podstatně zvyšuje mortalitu, Mohr (2012) uvádí, že průměrná délka života u pacientů se schizofrenií je snížena až o 25 let a stále klesá.

2.3 Příznaky schizofrenie

U schizofrenie jsou příznaky velmi rozmanité, neboť postupem času dochází v různých etapách tohoto onemocnění k poruše téměř všech psychických funkcí. Dominujícím znakem u této skupiny jsou především psychotické příznaky, které mění a narušují kontakt s realitou. Příkladem takových příznaků jsou zejména bludy a halucinace, ale lze mezi ně zařadit dezorganizované myšlení či katatonní chování (Orel a kol., 2020).

Svoboda a kol. (2012) podotýkají, že je vhodné rozlišovat mezi pozitivními příznaky, negativními příznaky a kognitivním deficitem.

Pozitivní (produktivní) příznaky se dle Orla a kol. (2020, str. 209) vyznačují svou nadměrnou či zkreslenou funkcí (kdy je „něco navíc“), patří sem právě již zmíněné bludy a halucinace. Svoboda a kol. (2012) zároveň udává, že pozitivní příznaky bývají mnohdy nejčastější příčinou hospitalizací.

Negativní (deficitní) příznaky se projevují naopak oslabením či ztrátou funkcí (kdy je „něčeho méně“), mezi tyto příznaky řadíme emoční oploštělost, apatii, ztrátu motivace apod. Obvykle jsou tyto symptomy doprovázeny sociální stažeností a zpravidla jsou hůře léčitelné (Orel a kol., 2020, str. 209).

Svoboda a kol. (2012) považuje kognitivní deficit za jádrový příznak, který je zodpovědný za sociální maladaptaci. Postupně dochází k narušení většiny poznávacích funkcí jedince, přičemž nejvíce bývá zasažena paměť, včetně její pracovní komponenty, exekutivní funkce a pozornost. Myšlení je dle Vágnerové (2004) narušeno z hlediska dynamiky a formy, kdy u schizofreniků dochází ke kvantitativním změnám ve smyslu celkového zpomalení myšlení (bradypsychismus). Může dojít k úplným myšlenkovým zárazům, ustrnutí na jedné myšlence, či naopak k nepřetržitému myšlenkovému trysku, který se na verbální úrovni projeví nesrozumitelnou a nesouvislou skladbou slov. Hosák a kol. (2019) v této souvislosti mluví o inkoherenci myšlení, jež zapříčiňuje celkovou ztrátu návaznosti smyslu jednání a chování dotyčného. Četný výčet příznaků nakonec vytváří komplexní klinický obraz dezorganizace a desintegrace osobnosti.

2.4 Kritéria dle MKN -10

Mohr (2012, str. 344) uvádí diagnostická kritéria dle MKN-10:

- A. *slyšení vlastních myšlenek, vkládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek*
- B. *bludy kontrolovanosti, ovlivňování nebo prožitky pasivity, které se jasně vztahují k pohybům těla nebo končetin, nebo specifickým myšlenkám, jednání nebo cítění, bludné vnímání*
- C. *halucinatorní hlasy, které neustále komentují chování pacienta nebo o něm mezi sebou rozmlouvají, nebo jiné typy halucinatorních hlasů, přicházejících z určité části těla*
- D. *trvalé bludy jiného druhu, které jsou v dané kultuře nepatřičné a nepřijatelné*
- E. *přetrvávající halucinace v kterékoliv formě, když jsou doprovázeny buď prchavými nebo neúplně formovanými bludy bez jasného afektivního obsahu nebo přetrvávajícími ovládacími představami nebo když se vyskytují denně po dobu několika týdnů nebo měsíců*
- F. *zárazy nebo vkládání do toku myšlenek a z nich vyplývající inkoherece nebo irelevantní řeč nebo neologizmy*
- G. *katatonní jednání, jako je vzrušenost, nástavy nebo flexibilitas cerea, negativismus, mutismus a stupor*
- H. *negativní příznaky, jako je výrazná apatie, ochuzení řeči a oploštění nebo nepřiměřenost emočních reakcí, nesmí se jednat o příznaky deprese nebo důsledky medikace I. výrazné a nápadné kvalitativní změny v chování, jako je ztráta zájmů, bezcílnost, nečinnost, ztráta vztahů k okolí a sociální stažení*

Diagnóza schizofrenie vyžaduje, aby byl přítomen nejméně jeden jasně vyjádřený příznak ze skupin A-D nebo alespoň dva příznaky ze skupin uvedených pod E-H, a to po dobu nejméně jednoho měsíce.

2.5 Dělení schizofrenie

Svoboda a kol. (2012, str. 185) uvádí následující dělení, které je založeno na převažující míře patologie, dle které se schizofrenie dělí do několika klinických forem:

- Paranoidní schizofrenie – charakteristická převážně bludy
- Hebefrenní schizofrenie – nápadná především pubertálními projevy chování
- Katatonní schizofrenie – příznačná poruchami hybnosti
- Nediferenciovaná schizofrenie – nemívá obvykle vyhraněnou podobu
- Reziduální schizofrenie – chronický stav po ústupu akutních příznaků
- Simplexní schizofrenie – změny chování, pramenící z postupného uzavření se do sebe

Dle Vágnerové (2004) je rozdělení spíše teoretickou záležitostí, jelikož v praxi se mohou jednotlivé druhy různě překrývat, případně přecházet z jednoho do druhého, přičemž i průběh může být značně různorodý.

2.6 Vnímání osob se schizofrenií

Schizofrenie se pravděpodobně vyskytuje v naší společnosti již odedávna a lze předpokládat, že budila rozporuplné a bouřlivé reakce (Vágnerová, 2004). V této podkapitole se zaměřím na současný postoj společnosti k osobám trpícím schizofrenií.

Jindřich Jašík sdílí ve své knize Cesta ze schizofrenie (2019, str. 93) osobní zkušenost s bojem s nemocí. Podle něj je naše společnost přesvědčená, že *schizofrenici jsou mnohem nebezpečnější než normální lidé* a považují za správné je do konce života tlumit psychofarmaky. Dále zmiňuje svou domněnku, že společnost nezná rozsah a závažnost psychofarmak a navíc je k případným vedlejším účinkům lhostejný. V souvislosti se strachem společnosti ze schizofreniků upozorňuje na situace, ve kterých se rodina schizofreniků mnohdy neúspěšně dovolává pomoci. Žádá o odvezení nemocného na léčení z důvodu jeho přetrvávajícího nebezpečného počínání. Upozorňuje, že nevyslyšení těchto proseb je velmi nebezpečné, jelikož většina schizofreniků ublíží právě v těchto případech.

Ocisková a Praško (2015) zmiňují, že pokud už dojde k ublížení, je většinou směřováno k vlastní osobě. Autoři potvrzují, že schizofrenici jsou stále vnímáni jako nebezpeční, dokonce jsou v médiích prezentováni jako *časované bomby*. Ve skutečnosti však **většinu trestných činů páchají lidé bez duševního onemocnění**, přičemž až **95% vražd je pácháno lidmi bez psychické poruchy**.

Přesto přetrvávají předsudky o **nepředvídatelnosti chování schizofreniků a jejich nebezpečnosti**, a to nejen u laické společnosti, ale i mezi lékaři somatických oborů. **Somatičtí lékaři** dokonce udělují nálepky duševně nemocným o něco více, než laici, a přistupují k nim s pohrdáním. Stigmatizace a s ní spojené negativní prožívání jsou u schizofreniků skutečně široce rozšířené, což vyplývá i z metaanalýzy 54 studií Gerlingera a kol. Výsledky ukazují, že **průměrně 64,5% schizofrenických pacientů se cítí být stigmatizováno**, z čehož **55,9% skutečně zažívá stigmatizaci** (Ocisková, 2014).

Nebývá výjimkou, že pacienti kvůli obavám ze stigmatizace (především jejího diskriminujícího elementu) nevyužívají dostatečně zdravotnické služby, a pokud je využijí, mohou špatně spolupracovat na své léčbě, především co se týče užívání medikace (Ocisková, 2016).

3 Depresivní porucha

3.1 Etymologie a definice deprese

Slovo deprese je převzato z latiny. Původní slovesa jako deprimere, deprimere, deprimere či depressus znamenají stlačit. Význam slovesné formy dnes tedy vyjadřuje stisknout, stlačit či snížit (například výkon nebo náladu). Může ale znamenat i sklíčit, stísnit nebo oslabit. Samotný pojem deprese znamená především pokles, sklíčenost, krize, stagnace atd. (Křivohlavý, 2003).

Depresivní poruchu (dále jen deprese) řadíme dle Vágnerové (2004) mezi afektivní poruchy. Základem těchto poruch je chorobná nálada, která není v souladu s reálnou životní situací nemocného a narušuje jeho schopnost uvažovat, jednat, případně i některé somatické funkce. Důsledkem je především porucha adaptace a selhávání v sociální oblasti. Dále přikládám několik definic deprese:

Hartl (2004, str. 45) definuje depresi jako „*duševní stav, charakterizovaný pocity smutku, skleslosti, nerozohdnosti, zpomalením duševních i tělesných procesů. úzkostí, apatií, sebeobviňováním.*“

Ocisková a Práško (2015, str. 87) uvádí, že „deprese je charakterizována epizodami chorobného smutku, projevy sklíčené nálady, často neodklonitelné, které působí nemocnému velkou duševní trýzeň a bolest. Je podporována ztrátou sebedůvěry, sníženým sebehodnocením, sebeobviňováním a pesimistickým obsahem myšlení, dále sníženým zájmem o činnosti či záliby dříve potěšujících a celkovou neschopností radosti ze života. Orel a kol. (2020) v této souvislosti mluví o tzv. „černých myšlenkách“, které se mohou rozvinout až v myšlenky na smrt, která se může zdát jako jediným možným řešením.

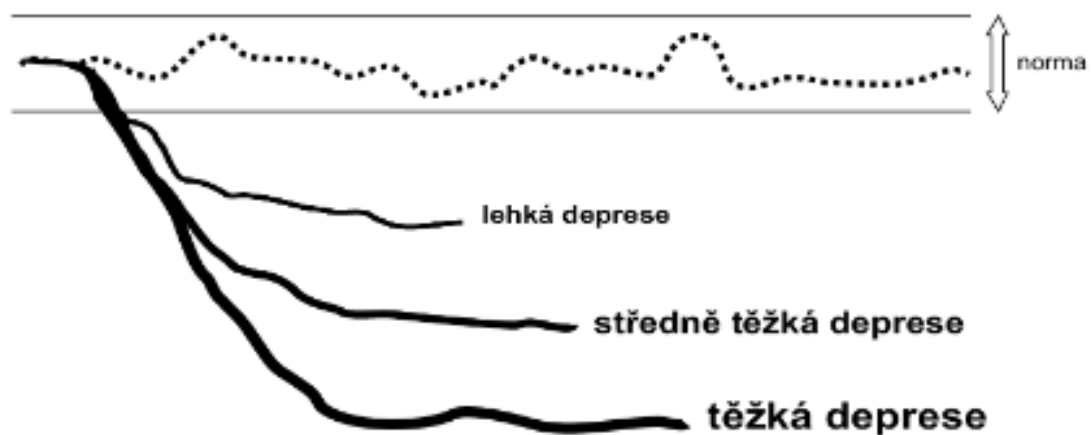
Praško a kol. (2015) mluví o depresi jako o onemocnění, jež postihuje celý organismus, v důsledku čehož má toto již dnes běžně vyskytující se onemocnění vážné dopady na všechny sféry života postiženého jedince (Baldwin & Birtwistle, 2002).

V dnešní době pojem deprese v široké společnosti poněkud zevšedněl. Nabral v podstatě významu běžného smutku či špatné nálady, někdy též lidově nazývaného „depka“ (Hartl, 2004).

To se nadále odráží ve vnímání tohoto onemocnění, které v důsledku záměny bývá následně bagatelizováno. Dle Vágnerové (2004) je pro člověka zcela přirozené kolísání nálad, kdy se dochází ke střídání období, kdy se cítíme lépe a kdy naopak hůře. Citové prožitky, jež adekvátně odrážejí aktuální situaci, jsou běžnou součástí emočního projevu. Nicméně u chorobných poruch afektivity, jako je právě deprese, dochází k mnohem závažnějším změnám v emočním prožívání, které podstatně ovlivňuje jak psychiku, tak i fyziologické reakce člověka. V tomto případě emoce ztrácejí svoji orientačně-regulační funkci, jelikož neodpovídají situaci, poskytují nesprávné informace, čímž vedou k neadekvátnímu jednání. Rozdíl v přirozeném kolísání nálady a deprese může být ilustrativně znázorněn na Obrázku 1.

Obrázek 1

Srovnání depresivní fáze s přirozeným kolísáním nálady



(Orel a kol., 2020, str. 222)

3.2 Epidemiologie

Svoboda a kol. (2012) uvádí, že deprese je vůbec nejčastější poruchou nálady. Dále uvádí, že ve světě v kterémkoliv okamžiku trpí 340 milionů lidí depresí, přičemž celoživotní prevalence se pohybuje okolo 16%, vyšší je u žen (10-25%), u mužů je oproti ženám takřka poloviční (5-15%). O podobných číslech referuje i Vágnerová (2004), která zmiňuje, že deprese postihne 1-20% dospělých lidí. Stejně jako předchozí autor udává, že deprese postihuje častěji ženy než muže, konkrétně v přibližném poměru 2:1 a zároveň dodává, že tato porucha vykazuje určitou závislost na ročním období, nejmenší projev má v letních měsících.

Ocisková & Praško (2015) hovoří o depresi jako o nejčastější psychické poruše u mladších i starších dospělých. Zmiňují také depresi celkově jako čtvrtou nejčastější příčinu invalidity a uvádí odhad, že v roce 2020 bude druhou nejčastější vůbec (Kessler & Bromet, 2013, cit. podle Ocisková & Praško, 2015). Dle posledních zpráv z WHO je nyní deprese vůbec nejčastější příčinou invalidity (World Health Organization, 2021).

3.3 Příznaky deprese

Klíčovým příznakem deprese je porucha nálady, nicméně je též zasaženo myšlení, chování i celkové tělesné fungování. Depresivní syndrom je souhrn specifických projevů chování, pocitů, emocí, způsob myšlení, tělesných potíží a pohledu na sebe, svět a budoucnost. Je důležité zmínit, že existují individuální rozdíly, jednak co se týče chování a prožívaných pocitů u depresivní osoby, a také rozsah, ve kterém jsou tyto pocity prožívány. Velmi individuální je i intenzita obtíží, které mohou v průběhu dne různě kolísat (Praško a kol., 2003).

Hosák a kol. (2019) uvádí, že u osoby postižené depresivním onemocněním lze pozorovat psychomotorickou retardaci, až agitovanost. Spontánní projev bývá snižena a nemocný není schopen adekvátního zrakového kontaktu. Nápadný bývá i svým zanednaným zevnějškem.

Typické pro takové jedince jsou dle Sedláčkové & Praška (2019) pocity smutku, beznadějnosti, sebeobviňování a zbytečnosti, v důsledku čehož se ale mohou vyskytovat i hněv či rozmrzelost nad vlastní neschopností.

Orel a kol. (2020) zmiňují jako symptomy ztrátu energie, provázející snížení výkonu a rychlosti v oblastech a činnostech, jež byly pro nemocného dříve dobře zvládnutelné. Ruku v ruce je narušena schopnost soustředit a koncentrovat se. Celkově klesá mentální výkon a u dotyčného se objevuje patrná nerozhodnost a váhavost. Jako dalším velmi častým znakem uvádí anhedonii, neboli neschopnost prožívat radost. Prožívání událostí dříve přinášejících potěšení a radost se zdá být najednou prázné. To se běžně projevuje především ztrátou dříve oblíbených koníčků a snížením zájmu v oblasti ve vztazích s lidmi a v oblasti sexuality a libida.

U deprese se také mohou objevovat suicidální myšlenky nebo dokonce pokusy, které přichází jako důsledek gradujícího pocitu zoufalství. Rizika suicidálního pokusu jsou z hlediska pohlaví vyšší u žen, nicméně riziko dokonaných sebevražd je naopak vyšší u mužů (Sedláčková & Praško, 2019).

3.4 Kritéria deprese dle MKN-10

Dle MKN – 10 (Raboch & Červený, 2018, str. 3) je pro diagnózu nezbytná přítomnost dvou hlavních a alespoň dvou vedlejších příznaků.

Hlavní příznaky:

- přetrvávající smutek nebo pokleslá nálada,
- výrazné (zřetelné) snížení zájmu či schopnosti prožívat potěšení v aktivitách, které dříve pacienta těšily,
- pokles energie ústící do zvýšené únavnosti a snížené aktivity, výrazná únavnost i po pouze malém úsilí.

Vedlejší příznaky:

- snížená schopnost soustředění a pozornosti,
- snížené sebehodnocení a sebedůvěra,
- pocity neopodstatněné viny a nehodnosti,
- smutné a pesimistické výhledy do budoucnosti,
- myšlenky nebo pokusy o sebepoškození nebo sebevraždu,
- porucha spánku (snížení či zvýšení v porovnání k předchozí normě),
- snížená chuť k jídlu.

Symptomy musí trvat alespoň 2 týdny a měly by být přítomny v dostatečné tíži po většinu dnů a většinu času během dne. Je možné i trvání symptomů po kratší dobu než 2 týdny, pokud jsou symptomy neobvykle výrazné a mají prudký začátek.

3.5 Dělení deprese

Depresi lze dělit z několika úhlů pohledu, především z hlediska intenzity projevů a z hlediska časového výskytu onemocnění. Orel a kol. (2020) uvádí, že afektivní poruchy mívají obecně značnou variabilní dobu trvání. U deprese se jedná o záležitost v řádu týdnů až měsíců, v případě neléčené deprese se může délka trvání protáhnout až na jeden rok.

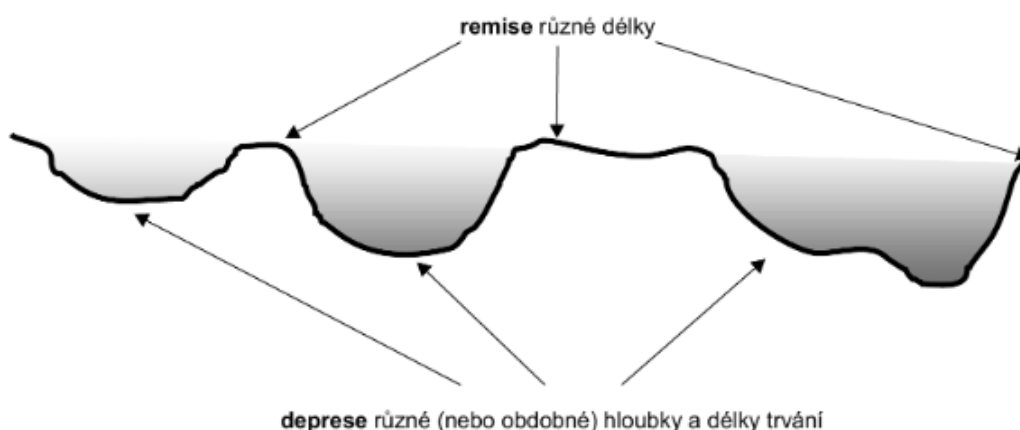
Lze se setkat s výskytem pouze jedné jediné epizody deprese, po které při vymizení příznaků již nikdy nemusí dojít k návratu. V takovém případě hovoříme o depresivní fázi/epizodě (Orel a kol., 2020).

Jednotlivé epizody/fáze poté můžeme dělit dle projevené intenzity klinických příznaků, jak uvádí například Hosák a kol. (2019), kteří rozlišují: lehkou depresivní epizodu (fázi), středně těžkou depresivní epizodu (fázi) a těžkou depresivní epizodu (fázi).

V řadě případů se však dle Orla a kol. (2020) deprese po nějaké době navrací. Prodleva mezi jednotlivými fázemi deprese (remise) se přitom může relativně různit, může trvat v řádu měsíců nebo i let. V případě, že deprese opakuje, hovoříme o tzv. rekurentní depresivní poruše, jejíž možné ilustrativní znázornění může vidět na Obrázku 2.

Obrázek 2

Možný průběh rekurentní (periodické) deprese



(Orel a kol., 2022)

3.6 Vnímání osob s depresí

Deprese patří k nejčastějším duševním onemocněním vůbec. Navíc se zdá, že v poslední době pojem deprese v povědomí společnosti poněkud „zdomácněl“, což vede k některým zcestným interpretacím tohoto jinak mnohdy závažného a komplexního onemocnění. Například výsledky výzkumu, jenž prováděl Wang a Lai (2008) ukazují, že **40% lidí vnímá nemocné s depresí jako nepředvídatelné, 20% odpovídajících je považuje za nebezpečné a necelých 10% vysvětluje vznik deprese slabou osobností nemocného.** S těmito výsledky korespondují i závěry ze staršího výzkumu, jenž prováděl Crisp a kol. (2000), který uvádí, že **23% lidí považuje osoby za nebezpečné, 56% je považuje za nepředvídatelné a takřka 20% si myslí, že depresivní jedinci by se měli vzchopit a dát se dohromady.** Munizza a kol. (2013) který prováděl národní průzkum v Itálii v oblasti veřejného mínění a postojů vůči depresi došel k závěru, že všeobecně rozšířeným názorem (75%) je, že **lidé trpící depresí by měli svůj problém sdílet s okolím.**

Zajímavý výzkum na poměrně velkém vzorku 3047 respondentů provedli v rámci průřezové studie Cook & Wang (2010) v Kanadě v provincii Alberta. K výběru účastníků ve věku 18-74 let bylo využito náhodné vytáčení čísel. Účastníkům potom byla předložena případová viněta popisující depresivního jedince, následně respondenti odpovídali na dotazník osobního stigma. Po vyhodnocení byla odhadnuta procenta stigmatizujících postojů. Dále pak ještě získaná data byla porovnána na základě demografických a sociodemografických proměnných. Z výsledků plyne, že **45,9% ze všech účastníků souhlasilo, že depresivní jedinci byli nepředvídatelní a 21,9% zastávalo názor, že lidé s depresí jsou nebezpeční.** Výzkumníci také zaznamenali významné rozdíly ve stigmatizujících postojích na základě pohlaví, věku, vzdělání. Byl nalezen výrazně **větší podíl mužů zastávajících stigmatizující postoje** u každé z devíti položek stigma. Dále účastníci **s vyšší úrovní vzdělání uváděli méně stigmatizující postoje** než ti s nižším vzděláním. Výzkum nenalezl žádnou souvislost mezi věkem a stigmatizací deprese.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 Cíle výzkumu

4.1 Výzkumný cíl

Hlavním výzkumným cílem práce je zjistit, jaké postoje zaujímá současná společnost k jedincům se schizofrenií a depresí. Jako dílčí cíl jsem stanovil zjištění rozdílů mezi vnímáním těchto dvou poruch. Dále zjištění odlišností v odpovědích respondentů na základě jejich sociodemografických charakteristik, jako je pohlaví, věk, nejvyšší započaté vzdělání, velikost sídla (trvalého bydliště). Nakonec jsem se zaměřil na odlišnosti v odpovědích na základě osobní zkušenosti s jednotlivými poruchami.

4.2 Výzkumné otázky

Pro realizaci výzkumu a naplnění jeho výzkumných cílů jsem stanovil následující výzkumné otázky:

VO1: Jaké jsou **rozdíly** mezi vnímáním osob se **schizofrenií** a osob s **depresí**?

VO2: Jaké jsou **rozdíly** ve vnímání osob s duševními poruchami mezi **muži a ženami**?

VO3: Jaký je vztah mezi **věkem** respondentů a jejich vnímáním osob s duševními poruchami?

VO4: Jaké jsou rozdílly ve vnímání osob s duševními poruchami na základě **nejvýše započatého vzdělání** respondentů?

VO5: Jaké jsou rozdílly ve vnímání osob s duševními poruchami na základě **velikosti trvalého bydliště** respondentů?

VO6: Jaké jsou rozdílly ve vnímání osob s duševními poruchami na základě **míry zkušenosti** respondentů?

5 Metodika

Empirická část bakalářské práce má kvantitativní charakter. Pro její realizaci byla zvolena metoda dotazníkového šetření.

5.1 Metody

Pro realizaci tohoto výzkumu byla zvolena metoda **dotazníkového šetření**, přičemž jako výzkumný nástroj byl využit **sémantický diferenciál**, který jsem pro účely této práce sám zkonstruoval. Na počátku jsem si položil otázku: „Jak je člověk se schizofrenií/depresí vnímán společnostmi? Jak se jedinci s těmito poruchami projevují?“. Poté byla stanovena **položková banka**, která byla nadále rozčleněna na dvě samostatné sekce, kdy každá z nich byla spjata s konkrétní duševní poruchou. Na základě přiloženého seznamu literatury a zdrojů byly tyto položkové banky postupně naplňovány adjektivy, pomocí kterých byly duševní poruchy charakterizovány. Při druhém kroku byla provedena **redukce adjektiv**, která buďto nebyla dostatečně přiléhavá, která se částečně překrývala nebo byla cizího původu či zasahovala do příliš psychologické terminologie. K zůstávajícím adjektivům byla následně přiřazena **antonyma**. Tyto dvojice bipolárních adjektiv pak prošly ještě jednou redukcí, po které bylo zformováno konečných 21 dvojic adjektiv do současné podoby sémantického diferenciálu.

Respondenti měli za úkol přiřadit jednotlivým duševním poruchám hodnotu na škále jedna až sedm, a to nejprve v sekci pro schizofrenii (21 škál), poté v sekci pro depresivní poruchu (také 21 škál). Celkem tedy odpovídali na 42 škál, jejichž hodnocení mělo níže uvedenou podobu:

nebezpečný	1	2	3	4	5	6	7	bezpečný
------------	---	---	---	---	---	---	---	----------

Na další stránku přikládám všechny škály, které jsem později při statistickém zpracování výsledků označil jako S1, D1, S2, D2 atd. v závislosti na tom, z jaké sekce pocházejí, tzn. s jakou duševní poruchou souvisejí. S jsem zvolil pro schizofrenii a D pro depresi.

Škály sémantického diferenciálu:

Škála 1: nebezpečný - bezpečný

Škála 2: samotářský - společenský

Škála 3: pečlivý - ledabylý

Škála 4: nerozhodný - rozhodný

Škála 5: málomluvný - upovídaný

Škála 6: důvěryhodný - nedůvěryhodný

Škála 7: líný – pracovitý

Škála 8: přizpůsobivý - nepřizpůsobivý

Škála 9: hloupý - chytrý

Škála 10: nejistý - jistý

Škála 11: apatický - empatický

Škála 12: stydlivý - odvážný

Škála 13: pozorný - nepozorný

Škála 14: uzavřený - otevřený

Škála 15: agresivní - mírumilovný

Škála 16: bez zájmu - zvědavý

Škála 17: opatrný - riskující

Škála 18: zodpovědný - nezodpovědný

Škála 19: předvídatelný – nepředvídatelný

Škála 20: pasivní - aktivní

Škála 21: vyléčitelný – nevyléčitelný

Současně jsem do návrhu zpracovával **sociodemografickou část dotazníku**, která vypadala následovně. Na úplný začátek dotazníku jsem zařadil dvě otázky, jednu na **pohlaví** a druhou na **věk** respondentů. U pohlaví byly na výběr položky *Muž, Žena a Jiné*. Pro zodpovězení věku jsem zvolil pole pro stručnou otevřenou odpověď. Poté následoval samotný sémantický diferenciál. Sociodemografickými otázkami jsem pokračoval na konci dotazníku, tedy po položkách sémantického diferenciálu, aby respondenti neodpovídali na položky sémantického diferenciálu kvůli sociodemografické části zkráceně. V této závěrečné části dotazníku se vyskytují otázky na **nejvyšší započaté vzdělání** respondentů, **obor studia či profesi**, dále na **velikost jejich sídla** (zde se jedná konkrétně o trvalé bydliště) a nakonec otázka zaměřená na **míru osobní zkušenosti** s osobami se schizofrenií, potažmo zkušenost s osobami s depresí.

Otázky na nejvyšší započaté vzdělání, velikost sídla a míru osobní zkušenosti byly konstruovány jako otázky s nucenou volbou. Otázka na obor studia či profesi respondentů byla otevřená. Pro statistické zpracování jsem se později rozhodl odpovědi na ni nevyužít.

U **vzdělání** mohli respondenti vybírat z odpovědí *Základní škola, Střední škola zakončená vyučením, Střední škola zakončená maturitní zkouškou, Vyšší odborná škola nebo konzervatoř, Vysoká škola (Bc.), Vysoká škola (Mgr. a vyšší)*. **Velikost svého trvalého bydliště** vybírali z možností *méně než 2000 obyvatel, 2001 - 10.000 obyvatel, 10.001 - 50.000 obyvatel, 50.001 - 100.000 obyvatel, 100.001 - 1.000.000 obyvatel, 1.000.001 a více obyvatel*.

Poslední dvě otázky týkající se **zkušenosti s duševně nemocnými jedinci** (nejprve s osobami se schizofrenií, poté zvláště s osobami s depresí) jsem přebral ze studie z roku 2016 (Thonon, B. & Laroi, F.), přeložil je včetně odpovědí a mírně upravil.

1. *Žádné. Nikdy jsem se s takovou osobou nesetkal osobně, ani skrz literaturu, film, média apod.*
2. *Zprostředkované. O takové osobě jsem četl, viděl film, slyšel v médiích apod.*
3. *Už jsem se s takovou osobou setkal osobně.*
4. *S takovou osobou jsem studoval či pracoval.*
5. *U člena rodiny je diagnostikována schizofrenie/depresivní porucha.*
6. *Aktuálně s takovou osobou žiji*

Návrh dotazníku jsem následně přesunul z programu Excel do **Google Forms** v online prostředí. Právě v podobě Google Forms dotazníku byl distribuován respondentům skrz různé **sociální sítě**. Po ukončení sběru dat jsem využil ke statistickému zpracování program **Jamovi**. Tabulky výsledků jsem upravoval pomocí **Excelu**.

5.2 Sběr dat

Sběr dat probíhal v období od 21. června 2022 do 26. června 2022. Data byla získávána za pomoci dotazníkového šetření, formou online dotazníku Google Forms sdíleného na sociálních sítích. Primárně byl sdílený na Facebooku na mém profilu a ve skupinách *VYPLŇOVÁNÍ DOTAZNÍKŮ, Dobrovolníci pro výzkum - vědecké dotazníky k diplomce, bakalářce atp., Studentské dotazníky, Sdílíme dotazníky*. Sekundárně byl poté sdílen mým blízkým okolím a spolužáky.

Pro získávání respondentů byla zvolena jedna z metod záměrného, neboli nenáhodného či nepravděpodobnostního výběru, a to konkrétně metoda dobrovolného výběru. Tomuto způsobu výběru se také říká sebevýběr, což dokonale popisuje, jak probíhá. Každý z respondentů sám sebe dobrovolně zvolí k vyplnění dotazníku. Nevýhodou je, že se tím pádem do výzkumu zapojují pouze motivovaní jedinci, které téma výzkumu nějakým způsobem oslovuje. Zároveň se zapojují spíše mladší jedinci, jelikož více využívají sociální sítě. To může mít za následek zkreslení výsledků výzkumu, především nereprezentativnost, tedy nemožnost transparence výsledků na celou populaci.

Oslovení respondentů na začátku dotazníku:

Dobrý den, poprosím Vás o zhruba 10 minut času pro vyplnění mého dotazníku k bakalářské práci na katedře psychologie Jihočeské univerzity. Jmenuji se Radek Hajsák a věnuji se aktuálním postojům české společnosti vůči duševním poruchám.

Dotazník je zcela anonymní a můžete jej kdykoliv přerušit. Získaná data budou použita pouze pro účely statistického zpracování. Předem děkuji za Vaši ochotu.

5.3 Výzkumný vzorek

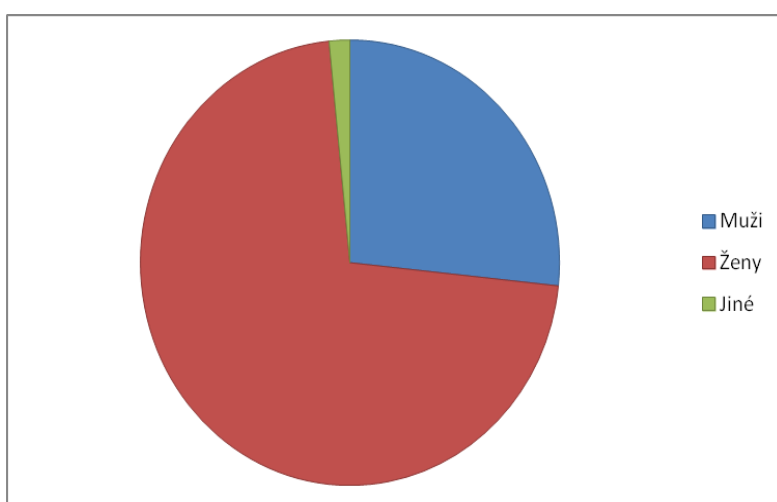
Dotazník vyplnilo celkem 315 respondentů. Z celkového počtu se v šesti odpovědích objevují položky, které jsem pro účely statistického zpracování vyřadil. Vyřazené odpovědi se zobrazují v pravém sloupečku Tabulky 1. Konkrétně se jedná o odpověď „Nevím“ u otázky na věk respondentů, která se vyskytla jednou, a odpověď „Jiné“ u otázky na pohlaví respondentů, která se vyskytla pětkrát. Ostatní položky byly zodpovězeny bezproblémově, jak můžeme vidět v tabulce č. 1 níže.

Tabulka 1

Vyřazené odpovědi

	Použité odpovědi	Vyřazené odpovědi
Věk	314	1
Pohlaví	310	5
Vzdělání	315	0
Velikost sídla (trvalé bydliště)	315	0
(S)Zkušenosti s osobami se schizofrenií	315	0
(D) Zkušenosti s osobami s depresí	315	0

Co se týče **pohlaví** respondentů, výzkumný soubor je tvořen z větší části ženami, a to konkrétně 226 (71,7%). Dále dotazník vyplnilo 84 mužů (26,7%). Pět osob (1,6%) zvolilo možnost „Jiné“.



Graf 1

Četnost pohlaví

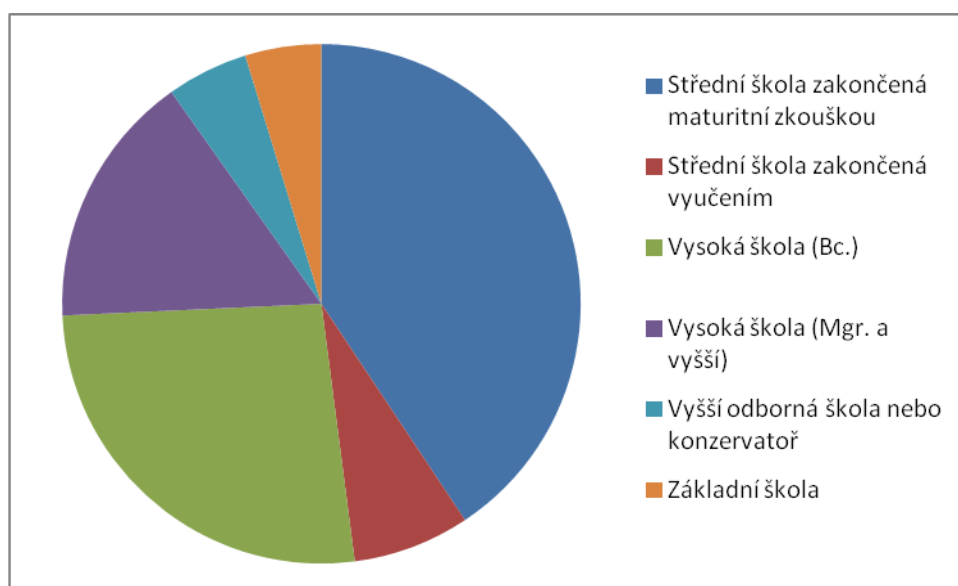
Průměrný věk respondentů je **30,4 let**. Jako nejnižší věk bylo uvedeno 9 let a jako nejvyšší 99 let.

Tabulka 2

Věkové rozložení respondentů

	Použité odpovědi	Vyřazené odpovědi	Průměr	Medián	Minimum	Maximum
Věk	314	1	30,4	24	9	99

Nejvíce respondentů zvolilo jako **své nejvýše započaté vzdělání** Střední školu zakončenou maturitní zkouškou. To se týká 128 respondentů, což odpovídá 40,6% z celku. Jako druhý nejvíce zastoupený nejvyšší stupeň započatého vzdělání byla uváděná Vysoká škola (Bc.), a to 83 respondenty, tedy 26,3% z celku. Poté následovala Vysoká škola (Mgr. a vyšší), kterou vybralo 50 respondentů, kteří tvoří 15,9% z celku. Jako méně zastoupené stupně nejvýše započatého vzdělání pak vyšly následující: Střední škola zakončená vyučením (23 respondentů, tedy 7,3%), Vyšší odborná škola nebo konzervatoř (16 respondentů, tedy 5,1%), Základní škola (15 respondentů, tedy 4,8%).



Graf 2

Nejvyšší započaté vzdělání

Velikost trvalého bydliště respondentů máme znázorněnou v Tabulce 3. Nejvíce zastoupená kategorie je sídlo s počtem 2001 – 10.000 obyvatel, které uvedlo 84 respondentů (26% z celku). Další dvě hojně zastoupené velikosti sídla jsou méně než 2000 obyvatel se 70 respondenty (22,2% z celku) a 10.001 – 50.000 obyvatel s 66 respondenty (21% z celku). Mezi méně zastoupené kategorie patří sídla s velikostí 50.001 – 100.000 obyvatel (46 respondentů, tedy 14,6% z celku) a 100.001 – 1.000.000 obyvatel (28 respondentů, tedy 8,9% z celku). Na posledním místě se umístila kategorie 100.001 – 1.000.000 a více obyvatel (21 respondentů, tedy 6,7% z celku).

Tabulka 3

Velikost trvalého bydliště

Velikost sídla	Počet respondentů	V procentech
méně než 2000 obyvatel	70	22,20%
2001 - 10.000 obyvatel	84	26,70%
10.001 - 50.000 obyvatel	66	21,00%
50.001 - 100.000 obyvatel	46	14,60%
100.001 - 1.000.000 obyvatel	28	8,90%
1.000.001 a více obyvatel	21	6,70%

Zkušenosti respondentů s osobami se schizofrenií a s osobami s depresí jsou zachyceny v Tabulce 4. Lze z ní vyčíst, respondenti mají více osobních zkušeností s osobami s depresí.

Tabulka 4

Míra zkušenosti s osobami se schizofrenií/depresí

Míra zkušenosti	Schizofrenie		Deprese	
	Počet respondentů	V procentech	Počet respondentů	V procentech
Žádné. Nikdy jsem se s takovou osobou nesetkal osobně, ani skrz literaturu, film, média apod	25	7,90%	6	1,90%
Zprostředkované. O takové osobě jsem četl, viděl film, slyšel v médiích apod.	139	41,10%	35	11,10%
Už jsem se s takovou osobou setkal osobně.	90	28,60%	116	36,80%
S takovou osobou jsem studoval či pracoval.	27	8,60%	62	19,70%
U člena rodiny je diagnostikována schizofrenie/deprese.	27	8,60%	56	17,80%
Aktuálně s takovou osobou žiji.	7	2,20%	40	12,70%

5.4 *Analýza dat*

Nejprve jsem otestoval normalitu dat. Data sice nejsou normálního rozložení, předpoklad normality však přesto můžeme považovat za splněný, jelikož máme vysoký počet pozorování a tím pádem platí Centrální limitní věta.

První výzkumná otázka se zabývá rozdílem ve vnímání jednotlivých duševních poruch. Pro testování rozdílů mezi vnímáním osob se schizofrenií a osob s depresí jsem zvolil **Párový T-test**, neboli T-test pro závislé vzorky. Dále byl využit **Mann-Whitneyho test**, což je neparametrická obdoba T-testu pro nezávislé vzorky, pomocí kterého bylo zjišťováno, zdali se vnímání duševních poruch liší mezi muži a ženami. Vztah mezi věkem respondentů a jejich hodnocením osob s duševními poruchami jsem zjišťoval **Spearmanovo korelačním koeficientem**.

Pro statistickou analýzu dat ze sociodemografické části dotazníku byla použita **Jednofaktorová (Welchova) ANOVA**, pomocí které jsem testoval, jestli se vnímání osob s duševními poruchami liší mezi skupinami respondentů s různým stupněm nejvýše započatého vzdělání, různou velikostí trvalého bydliště a různou mírou zkušenosti s jedinci s danými duševními poruchami.

5.5 *Výzkumná etika*

Výzkumná etika byla ošetřena úvodním textem dotazníku. Respondenti byli ujištěni o anonymitě dotazníku a seznámeni s **možností odstoupení** od výzkumu, v tomto případě tedy libovolným přerušením vyplňování dotazníku. Také byli informováni o **účelu** dotazníku. Samotným vyplněním a odesláním dotazníku tedy souhlasili se statistickým zpracováním svých odpovědí v rámci mé bakalářské práce.

6 Výsledky

6.1 Rozdíl mezi vnímáním osob se schizofrenií a osob s depresí

Zda existuje shoda ve vnímání duševních poruch (schizofrenie, deprese) jsem zkoumal pomocí **T-testu pro závislé vzorky**.

U všech dvojic adjektiv v sémantickém diferenciálu kromě položek S11, D11 (apatický - empatický) vyšlo $p < 0,05$, takže všechny dvojice adjektiv kromě těchto dvou jsou respondenty vnímány odlišně u schizofrenie a odlišně u deprese. **Mezi položkami S11 a D11 se neprokázal statisticky významný rozdíl**, na škále apatický – empatický respondenti hodnotili obě duševní poruchy podobně.

U všech ostatních položek vyšlo $p < 0,05$, což znamená, že na všech těchto škálách byl zaznamenán **signifikantní rozdíl** v postojích respondentů k osobám se schizofrenií a k osobám s depresí. Výsledky můžeme vidět v Tabulce 5.

Ze sloupečku **Velikost účinku** lze vyčíst velikost rozdílu v postojích respondentů ke schizofrenii a depresi u jednotlivých položek sémantického diferenciálu. **Největší rozdíl je patrně u položek S16, D16 (bez zájmu – zvědavý)**. Na této škále je průměrná odpověď pro schizofrenii 4,04 a pro depresi 2,32. Respondenti tedy vybrali střední, víceméně neutrální hodnotu pro osoby se schizofrenií, ale osoby s depresí ohodnotili spíše jako bez zájmu. Dále je významný rozdíl v odpovědích na položky S21, D21 (vyléčitelný – nevyléčitelný). Zde je schizofrenie hodnocena průměrně číslem 4,70, tedy spíše střední hodnota, mírně nakloněná k pólu nevyléčitelný, zatímco deprese číslem 2,56, což směřuje naopak spíše k pólu vyléčitelný. Třetí největší rozdíl v hodnocení duševních poruch se týká položek S20, D20 (pasivní – aktivní). Pro osoby se schizofrenií byla průměrně volena odpověď 3,83, tedy spíše pasivní, ale velmi blízko k neutrálnímu středu škály. Jedinci s depresí byli průměrně hodnoceni číslem 2,37, tedy o něco blíže pólu pasivní, než lidé se schizofrenií.

Nyní se přesunu k **nejmenším rozdílům**. Prvenství patří samozřejmě položkám S11, D11 (apatický – empatický), jelikož u nich se rozdíl v postojích respondentů k jednotlivým poruchám vůbec neprokázal jako signifikantní. Průměrná odpověď pro jedince se schizofrenií je na této škále 3,38 a pro jedince s depresí 3,49. Z toho lze usoudit, že respondenti nepřisuzují zmíněným duševním poruchám příliš velký vliv na apatii, potažmo empatii.

Jedince s oběma poruchami hodnotí jako spíše apatické, ale průměry odpovědí se spíše blíže střední (neutrální) hodnotě. **Jako signifikantní, ale patřící mezi nejnižší rozdíly, lze uvést odpovědi na škálách S9, D9 (chytrý – hloupý)**, kde průměrná odpověď pro jedince se schizofrenií je 4,54 a pro jedince s depresí 4,68. Jedinci s oběma poruchami jsou zde hodnoceni průměrně jako spíše hloupí, ačkoliv hodnota na škále se zase jen mírně odklání od středu. Třetí nejmenší rozdíl vidíme u škál S18, D18 (zodpovědný – nezodpovědný), přičemž zde jsou osoby s duševní poruchou hodnoceni spíše jako nezodpovědní, ale průměrné hodnoty jsou u schizofrenie 4,64 a u deprese 4,41, z čehož je patrné, že respondenti se opět spíše drželi odpovědí na středu škály.

Souhrnně se tedy z průměrných odpovědí pro osoby se schizofrenií a pro osoby s depresí dá říct následující:

Osoby se **schizofrenií** jsou vnímány jako více **nebezpečné, nedůvěryhodné, nepřizpůsobivé, agresivní, nezodpovědné, nepředvídatelné a nevyléčitelné**, než osoby s depresí.

Osoby s **depresí** jsou vnímány jako více **samotářské, ledabylé, nerozhodné, málomluvné, líné, nejisté, stydlivé, nepozorné, uzavřené, bez zájmu, opatrné a pasivní**, než osoby se schizofrenií.

Tabulka 5: Rozdíl mezi vnímáním osob se schizofrenií a osob s depresí

	p	Velikost účinku	ø schizofrenie	SD schizofrenie	ø deprese	SD deprese
(S1), (D1) nebezpečný - bezpečný	< .001***	-0.5750	3,71	1,46	4,92	1,52
(S2), (D2) samotářský - společenský	< .001***	0.4880	3,17	1,31	2,37	1,35
(S3), (D3) pečlivý - ledabylý	< .001***	-0.2944	4,16	1,46	4,74	1,61
(S4), (D4) nerozhodný - rozhodný	< .001***	0.2539	3,17	1,43	2,70	1,42
(S5), (D5) málomluvný - upovídaný	< .001***	0.5439	3,63	1,53	2,55	1,35
(S6), (D6) důvěryhodný - nedůvěryhodný	< .001***	0.5092	4,91	1,49	3,93	1,60
(S7), (D7) líný - pracovitý	< .001***	0.4672	4,27	1,14	3,50	1,32
(S8), (D8) přizpůsobivý - nepřizpůsobivý	< .001***	0.2830	4,92	1,42	4,40	1,51
(S9), (D9) hloupý - chytrý	0.047*	-0.1122	4,54	1,07	4,68	1,08
(S10), (D10) nejistý - jistý	< .001***	0.2313	2,74	1,22	2,41	1,24
(S11), (D11) apatický - empatický	0.385	-0.0490	3,38	1,39	3,49	1,82
(S12), (D12) stydlivý - odvážný	< .001***	0.4479	3,67	1,33	2,94	1,28
(S13), (D13) pozorný - nepozorný	0.003**	-0.1707	4,48	1,51	4,79	1,55
(S14), (D14) uzavřený - otevřený	< .001***	0.5584	3,03	1,42	2,14	1,21
(S15), (D15) agresivní - mírumilovný	< .001***	-0.5453	3,62	1,20	4,55	1,27
(S16), (D16) bez zájmu - zvědavý	< .001***	0.9403	4,04	1,39	2,32	1,38
(S17), (D17) opatrný - riskující	< .001***	0.3668	3,72	1,51	2,98	1,55
(S18), (D18) zodpovědný - nezodpovědný	0.010**	0.1470	4,64	1,29	4,41	1,38
(S19), (D19) předvídatelný - nepředvídatelný	< .001***	0.6043	5,73	1,30	4,57	1,52
(S20), (D20) pasivní - aktivní	< .001***	0.8342	3,83	1,30	2,37	1,32
(S21), (D21) vyléčitelný - nevyléčitelný	< .001***	0.9363	4,70	1,84	2,56	1,61

6.2 Rozdíly ve vnímání osob s duševními poruchami mezi muži a ženami

Dále jsem zjišťoval, jestli jsou duševní poruchy vnímány shodně muži a ženami. Využil jsem **Mann-Whitney test**, což je neparametrická obdoba **T-test** pro **nezávislé výběry**. V Tabulce 6 na další straně vidíme, že p value je nižší než 0,05 u následujících dvojic adjektiv.

Schizofrenie:

- S13 (pozorný – nepozorný)
- S16 (bez zájmu – zvědavý)

Deprese:

- D1 (nebezpečný – bezpečný)
- D9 (hloupý – chytrý)
- D11 (apatický – empatický)
- D13 (pozorný – nepozorný)
- D17 (opatrný – riskující)

U těchto škál je tedy **signifikantní rozdíl mezi postoji mužů a postoji žen** k osobám s duševními poruchami. **Ženy** vnímají osoby se **schizofrenií** jako více **nepozorné** a více **bez zájmu**, než muži. Dále hodnotí osoby s **depresí** jako **bezpečnější a chytřejší** než muži, ale na druhou stranu jako více **apatické, nepozorné a opatrné**.

Pro zbytek škál vyšlo $p > 0,05$. To znamená, že u těchto dvojic adjektiv není statisticky významný rozdíl mezi postoji mužů a žen.

Tabulka 6: Rozdíly ve vnímání osob s duševními poruchami mezi muži a ženami

	p	Velikost účinku	ø muži	SD muži	ø ženy	SD ženy
(S1) nebezpečný - bezpečný	0.499	0.04899	3,82	1,47	3,68	1,46
(S2) samotářský - společenský	0.312	0.07269	3,27	1,27	3,12	1,30
(S3) pečlivý - ledabylý	0.583	0.03956	4,07	1,50	4,19	1,44
(S4) nerozhodný - rozhodný	0.604	0.03745	3,24	1,39	3,13	1,43
(S5) málomluvný - upovídaný	0.715	0.02644	3,68	1,52	3,6	1,53
(S6) důvěryhodný - nedůvěryhodný	0.688	0.02918	4,83	1,51	4,94	1,48
(S7) líný - pracovitý	0.572	0.03840	4,37	1,24	4,26	1,09
(S8) přizpůsobivý - nepřizpůsobivý	0.752	0.02291	4,88	1,47	4,95	1,38
(S9) hloupý - chytrý	0.180	0.09018	4,42	1,08	4,62	1,03
(S10) nejistý - jistý	0.303	0.07375	2,89	1,37	2,67	1,13
(S11) apatický - empatický	0.922	0.00711	3,38	1,47	3,38	1,35
(S12) stydlivý - odvážný	0.669	0.03066	3,62	1,25	3,68	1,36
(S13) pozorný - nepozorný	0.002**	0.22540	4,01	1,61	4,65	1,43
(S14) uzavřený - otevřený	0.432	0.05663	3,13	1,46	2,96	1,37
(S15) agresivní - mírumilovný	0.285	0.07580	3,71	1,24	3,58	1,18
(S16) bez zájmu - zvědavý	0.023*	0.16314	4,32	1,40	3,96	1,37
(S17) opatrný - riskující	0.921	0.00722	3,73	1,42	3,72	1,53
(S18) zodpovědný - nezodpovědný	0.705	0.02708	4,62	1,25	4,64	1,31
(S19) předvídatelný - nepředvídatelný	0.881	0.01064	5,74	1,26	5,74	1,31
(S20) pasivní - aktivní	0.656	0.03171	3,88	1,36	3,79	1,27
(S21) vyléčitelný - nevyléčitelný	0.163	0.10151	4,51	1,70	4,77	1,90
(D1) nebezpečný - bezpečný	0.017*	0.17262	4,56	1,63	5,06	1,47
(D2) samotářský - společenský	0.886	0.01022	2,3	1,19	2,35	1,38
(D3) pečlivý - ledabylý	0.184	0.09619	4,96	1,53	4,7	1,61
(D4) nerozhodný - rozhodný	0.538	0.04420	2,73	1,37	2,65	1,42
(D5) málomluvný - upovídaný	0.393	0.06126	2,68	1,50	2,46	1,27
(D6) důvěryhodný - nedůvěryhodný	0.644	0.03345	3,87	1,64	3,98	1,58
(D7) líný - pracovitý	0.293	0.07433	3,39	1,20	3,49	1,33
(D8) přizpůsobivý - nepřizpůsobivý	0.894	0.00969	4,44	1,46	4,43	1,51
(D9) hloupý - chytrý	0.016*	0.15908	4,49	1,00	4,77	1,07
(D10) nejistý - jistý	0.123	0.10993	2,58	1,35	2,30	1,15
(D11) apatický - empatický	0.045*	0.14575	3,81	1,82	3,35	1,81
(D12) stydlivý - odvážný	0.451	0.05415	3,05	1,29	2,87	1,27
(D13) pozorný - nepozorný	0.015*	0.17567	4,45	1,62	4,93	1,52
(D14) uzavřený - otevřený	0.143	0.10335	2,30	1,29	2,07	1,17
(D15) agresivní - mírumilovný	0.629	0.03408	4,48	1,38	4,57	1,22
(D16) bez zájmu - zvědavý	0.080	0.12421	2,44	1,29	2,23	1,39
(D17) opatrný - riskující	0.020*	0.16867	3,32	1,62	2,84	1,48
(D18) zodpovědný - nezodpovědný	0.819	0.01622	4,45	1,37	4,41	1,36
(D19) předvídatelný - nepředvídatelný	0.877	0.01122	4,55	1,42	4,59	1,55
(D20) pasivní - aktivní	0.083	0.12374	2,55	1,35	2,27	1,27
(D21) vyléčitelný - nevyléčitelný	0.228	0.08618	2,39	1,57	2,61	1,61

6.3 Vztah mezi věkem respondentů a vnímáním osob s duševními poruchami

Pro testování souvislosti věku a vnímání osob s duševními poruchami jsem zvolil statistickou metodu **Spearmanova korelačního koeficientu**.

U těchto položek se prokázala souvislost věku a vnímání duševních poruch ($p < 0,05$):

Schizofrenie:

- S2 (samotářský – společenský)
- S3 (pečlivý – ledabylý)
- S14 (uzavřený – otevřený)
- S16 (bez zájmu – zvědavý)
- S21 (vyléčitelný – nevyléčitelný)

Deprese:

- D4 (nerozhodný – rozhodný)
- D11 (apatický – empatický)
- D13 (pozorný – nepozorný)
- D16 (bez zájmu – zvědavý)
- D17 (opatrný – riskující)

Pro výše zmíněné dvojice adjektiv se **prokázal statisticky významný vztah mezi věkem respondentů a jejich vnímáním osob s duševními poruchami**.

V Tabulce 7 vidíme vždy kladnou či zápornou korelaci a její velikost. Kladná korelace znamená, že hodnocení respondentů na škále roste úměrně s jejich věkem, nebo naopak úměrně s jejich věkem klesá. Konkrétně to znamená, že čím jsou **respondenti starší**, tím mají větší tendenci hodnotit osoby se **schizofrenií** jako **ledabylé** a **nevyléčitelné** a osoby s **depresí** jako nepozorné. Negativní korelace nám ukazuje, že čím jsou respondenti starší, tím mají větší tendenci volit nižší hodnotit na škálách sémantického diferenciálu, tedy blíže adjektivům vlevo. Konkrétně tedy mají respondenti s rostoucím věkem vyšší tendenci hodnotit osoby se **schizofrenií** jako **samotářské, uzavřené, bez zájmu** a osoby s **depresí** jako **nerozhodné, apatické, bez zájmu a opatrné**. Nicméně všechny zmíněné korelaci mají pouze slabou sílu.

U ostatních položek **nebyl nalezen statisticky významný vztah** mezi věkem respondentů a jejich vnímáním duševně nemocných jedinců.

Tabulka 7: Vztah mezi věkem respondentů a vnímáním osob s duševními poruchami

Korelační matice		
		věk
(S1) nebezpečný - bezpečný	Spearman's rho	-0.076
	p-value	0.177
(S2) samotářský - společenský	Spearman's rho	-0.137 *
	p-value	0.015
(S3) pečlivý - ledabylý	Spearman's rho	0.153 **
	p-value	0.006
(S4) nerozhodný - rozhodný	Spearman's rho	-0.019
	p-value	0.736
(S5) málomluvný - upovídaný	Spearman's rho	-0.062
	p-value	0.273
(S6) důvěryhodný -	Spearman's rho	0.101
	p-value	0.074
(S7) líný - pracovitý	Spearman's rho	-0.061
	p-value	0.285
(S8) přizpůsobivý -	Spearman's rho	0.014
	p-value	0.807
(S9) hloupý - chytrý	Spearman's rho	-0.039
	p-value	0.493
(S10) nejistý - jistý	Spearman's rho	0.010
	p-value	0.858
(S11) apatický - empatický	Spearman's rho	-0.063
	p-value	0.264
(S12) stydlivý - odvážný	Spearman's rho	-0.035
	p-value	0.537
(S13) pozorný - nepozorný	Spearman's rho	0.081
	p-value	0.154
(S14) uzavřený - otevřený	Spearman's rho	-0.149 **
	p-value	0.008
(S15) agresivní - mírumilovný	Spearman's rho	-0.106
	p-value	0.060
(S16) bez zájmu - zvědavý	Spearman's rho	-0.128 *
	p-value	0.024
(S17) opatrný - riskující	Spearman's rho	0.031
	p-value	0.579
(S18) zodpovědný -	Spearman's rho	0.097
	p-value	0.085
(S19) předvídatelný -	Spearman's rho	0.091
	p-value	0.109
(S20) pasivní - aktivní	Spearman's rho	-0.090
	p-value	0.110
(S21) vyléčitelný - nevyléčitelný	Spearman's rho	0.132 *

(D1) nebezpečný - bezpečný	Spearman's	-0.007	
	p-value	0.898	
(D2) samotářský - společenský	Spearman's	-0.046	
	p-value	0.417	
(D3) pečlivý - ledabylý	Spearman's	0.071	
	p-value	0.208	
(D4) nerozhodný - rozhodný	Spearman's	-0.147 **	
	p-value	0.009	
(D5) málomluvný - upovídaný	Spearman's	-0.101	
	p-value	0.075	
(D6) důvěryhodný - nedůvěryhodný	Spearman's rho	0.090	
	p-value	0.112	
(D7) líný - pracovitý	Spearman's	-0.040	
	p-value	0.484	
(D8) přizpůsobivý -	Spearman's	0.046	
	p-value	0.420	
(D9) hloupý - chytrý	Spearman's	0.021	
	p-value	0.715	
(D10) nejistý - jistý	Spearman's	-0.090	
	p-value	0.110	
(D11) apatický - empatický	Spearman's	-0.281 ***	
	p-value	<0.001	
(D12) stydlivý - odvážný	Spearman's	-0.047	
	p-value	0.409	
(D13) pozorný - nepozorný	Spearman's	0.180 **	
	p-value	0.001	
(D14) uzavřený - otevřený	Spearman's	-0.016	
	p-value	0.782	
(D15) agresivní - mírumilovný	Spearman's	-0.013	
	p-value	0.812	
(D16) bez zájmu - zvědavý	Spearman's	-0.132 *	
	p-value	0.019	
(D17) opatrný - riskující	Spearman's	-0.159 **	
	p-value	0.005	
(D18) zodpovědný - nezodpovědný	Spearman's rho	0.076	
	p-value	0.177	
(D19) předvídatelný - nepředvídatelný	Spearman's rho	-0.043	
	p-value	0.443	
(D20) pasivní - aktivní	Spearman's	-0.024	
	p-value	0.674	
(D21) vyléčitelný - nevyléčitelný	Spearman's	0.037	
	p-value	0.510	
Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001			

6.4 Rozdíly ve vnímání osob s duševními poruchami na základě nejvýše započatého vzdělání respondentů

Pro zjištění případných rozdílů ve vnímání osob s duševními poruchami na základě nejvyššího započatého vzdělání respondentů jsem zvolil **Jednofaktorovou (Welchovu) ANOVU**. Respondenty jsem rozřadil do skupin dle jejich nejvyššího započatého vzdělání, které uvedli v dotazníku. Analýza rozptylu mi umožnila zjistit, zda a u kterých škál se objevují rozdíly ve vnímání osob s duševními poruchami mezi alespoň některými skupinami respondentů.

U níže vypsanych položek vyšlo $p < 0,05$, jak můžeme vyčíst i v Tabulce 8. Z toho plyne, že pro tyto položky **se prokázal statisticky významný rozdíl** mezi alespoň některými skupinami respondentů na základě jejich nejvyššího započatého vzdělání.

Schizofrenie:

- S1 (nebezpečný – bezpečný)
- S7 (líný – pracovitý)
- S8 (přizpůsobivý – nepřizpůsobivý)
- S19 (předvídatelný – nepředvídatelný)

Deprese:

- D2 (samotářský – společenský)
- D6 (důvěryhodný – nedůvěryhodný)
- D20 (pasivní – aktivní)

Jako **nejvíce nebezpečné** hodnotili schizofreniky respondenti se **SŠ zakončenou vyučením** (průměrně 3,09) a nejméně nebezpečné respondenti s VOŠ/konzervatoří (s průměrem 3,94). Jako **nejvíce líné** (průměrně 3,87) je posoudili respondenti se **ZŠ** a nejméně líné (průměrně 4,54) respondenti s VŠ (Bc.). Jako **nejvíce nepřizpůsobivé** (průměrně 5,61) je hodnotí respondenti se **SŠ zakončenou vyučením** a nejvíce přizpůsobivé (3,73) respondenti se ZŠ. Jako **nejvíce nepředvídatelné** (průměrně 6,00) je hodnotí respondenti se **SŠ s vyučením** a nejméně nepředvídatelné (průměrně 4,93) respondenti se ZŠ.

Osoby s **depresí** jsou hodnoceni jako **nejvíce samotářské** (průměrně 2,16) respondenty se **SŠ zakončenou maturitní zkouškou** a nejméně samotářské (průměrně 3,38) respondenty s VOŠ/konzervatoří. Jako spíše důvěryhodné (průměrně 3,48) je hodnotili respondenti s VŠ (Bc.) a jako spíše **nedůvěryhodné** (průměrně 4,25) respondenti s **VOŠ/konzervatoří**. Jako **nejvíce pasivní** (průměrně 2,17) je označili respondenti s **VŠ (Bc.)** a nejméně pasivní (průměrně 3,73) respondenti se ZŠ.

U ostatních položek se neprokázal signifikantní rozdíl ve vnímání jedinců s duševními poruchami mezi žádnými skupinami respondentů na základě jejich vzdělání.

Tabulka 8: Rozdíly ve vnímání osob s duševními poruchami na základě nejvýše započatého vzdělání respondentů

	p	ZŠ		SŠ (vyučení)		SŠ (maturita)		VOŠ/konz.		VŠ (Bc.)		VŠ (Mgr. a vyšší)	
		ø	SD	ø	SD	ø	SD	ø	SD	ø	SD	ø	SD
(S1) nebezpečný - bezpečný	0.039*	3,60	1,50	3,09	1,16	3,86	1,52	3,94	1,18	3,84	1,60	3,36	1,17
(S2) samotářský - společenský	0.400	4,00	1,65	2,91	1,78	3,14	1,20	3,50	1,41	3,11	1,23	3,14	1,25
(S3) pečlivý - ledabylý	0.364	3,80	1,37	4,48	1,62	4,28	1,44	3,94	1,73	3,92	1,42	4,26	1,44
(S4) nerozhodný - rozhodný	0.821	3,53	1,25	3,09	1,51	3,08	1,28	3,31	1,82	3,23	1,48	3,22	1,65
(S5) málomluvný - upovídaný	0.390	4,00	1,51	3,04	1,75	3,56	1,45	3,50	1,46	3,66	1,45	3,94	1,73
(S6) důvěryhodný - nedůvěryhodný	0.061	4,13	1,85	5,26	1,94	4,98	1,42	4,38	1,54	4,72	1,39	5,32	1,35
(S7) líný - pracovitý	0.047*	3,87	1,13	4,09	1,24	4,09	1,12	4,38	1,31	4,54	1,05	4,46	1,18
(S8) přizpůsobivý - nepřizpůsobivý	0.002**	3,73	1,53	5,61	1,50	5,08	1,24	4,31	1,58	4,67	1,42	5,14	1,43
(S9) hloupý - chytrý	0.540	4,20	1,37	4,61	1,34	4,58	1,08	4,50	1,10	4,65	1,01	4,36	0,88
(S10) nejistý - jistý	0.237	3,07	1,49	2,39	1,03	2,77	1,24	3,44	1,55	2,63	1,13	2,72	1,16
(S11) apatický - empatický	0.325	4,31	1,69	3,09	1,54	3,41	1,27	3,88	1,67	3,31	1,31	3,20	1,53
(S12) stydlivý - odvážný	0.337	3,60	1,40	3,35	1,19	3,55	1,32	3,50	1,59	3,86	1,30	3,90	1,33
(S13) pozorný - nepozorný	0.337	4,00	1,60	4,48	1,88	4,63	1,48	4,38	1,41	4,23	1,43	4,66	1,48
(S14) uzavřený - otevřený	0.571	3,47	1,69	3,00	1,71	2,87	1,37	3,38	1,63	3,13	1,43	3,08	1,26
(S15) agresivní - mírumilovný	0.118	4,40	1,12	3,57	1,44	3,53	1,22	3,69	1,14	3,71	1,17	3,46	1,09
(S16) bez zájmu - zvědavý	0.852	4,20	1,32	3,65	1,50	4,03	1,33	4,19	1,42	4,06	1,44	4,10	1,45
(S17) opatrný - riskující	0.652	3,73	1,39	3,26	1,63	3,66	1,52	3,75	1,53	3,82	1,46	3,94	1,53
(S18) zodpovědný - nezodpovědný	0.146	4,13	1,13	5,00	1,45	4,80	1,22	4,63	1,41	4,42	1,34	4,58	1,30
(S19) předvídatelný - nepředvídatelný	0.033*	4,93	1,22	6,00	1,48	5,84	1,30	5,00	1,51	5,64	1,19	5,94	1,19
(S20) pasivní - aktivní	0.250	3,80	1,21	3,52	1,31	3,77	1,26	3,56	1,63	3,84	1,28	4,24	1,29
(S21) vyléčitelný - nevyléčitelný	0.078	3,60	1,55	4,30	1,77	4,92	1,89	4,94	1,69	4,61	1,85	4,70	1,82
(D1) nebezpečný - bezpečný	0.256	4,87	1,30	5,61	1,59	4,78	1,54	4,75	1,34	5,08	1,52	4,78	1,54
(D2) samotářský - společenský	0.023*	3,13	1,51	2,78	1,48	2,16	1,19	3,38	1,78	2,27	1,24	2,34	1,47
(D3) pečlivý - ledabylý	0.309	3,80	1,82	5,26	1,76	4,78	1,58	4,69	1,35	4,77	1,67	4,64	1,47
(D4) nerozhodný - rozhodný	0.066	3,93	1,62	2,74	1,66	2,64	1,43	2,81	1,52	2,48	1,28	2,78	1,27
(D5) málomluvný - upovídaný	0.643	2,87	1,41	2,70	1,61	2,48	1,35	3,06	1,53	2,46	1,25	2,54	1,28
(D6) důvěryhodný - nedůvěryhodný	0.023*	3,80	1,82	4,22	1,62	4,23	1,73	4,25	1,57	3,48	1,42	3,70	1,33
(D7) líný - pracovitý	0.344	4,07	1,67	3,35	1,37	3,52	1,31	3,81	1,76	3,27	1,24	3,62	1,16
(D8) přizpůsobivý - nepřizpůsobivý	0.188	3,73	1,39	4,26	1,66	4,48	1,54	3,88	1,31	4,59	1,50	4,32	1,44
(D9) hloupý - chytrý	0.532	4,33	1,35	4,91	1,35	4,78	1,08	4,56	0,89	4,55	1,35	4,66	1,02
(D10) nejistý - jistý	0.279	3,20	1,61	2,57	1,38	2,34	1,20	2,88	1,71	2,34	1,16	2,24	1,06
(D11) apatický - empatický	0.237	4,20	1,42	3,74	1,96	3,63	1,79	3,31	1,78	3,23	1,86	3,28	1,85
(D12) stydlivý - odvážný	0.442	3,40	1,60	2,91	1,31	2,78	1,22	3,38	1,54	3,04	1,28	2,92	1,21
(D13) pozorný - nepozorný	0.392	4,00	1,46	4,78	1,88	4,83	1,58	4,50	1,67	4,89	1,51	4,88	1,32
(D14) uzavřený - otevřený	0.334	2,93	1,75	2,00	1,41	2,09	1,22	2,63	1,36	2,07	1,02	2,04	1,09
(D15) agresivní - mírumilovný	0.100	4,13	1,25	4,65	1,27	4,62	1,27	3,69	1,25	4,63	1,25	4,58	1,26
(D16) bez zájmu - zvědavý	0.070	3,53	1,89	2,39	1,47	2,22	1,34	2,88	1,31	2,14	1,26	2,28	1,29
(D17) opatrný - riskující	0.069	4,13	1,73	2,61	1,41	2,89	1,56	3,44	1,67	3,07	1,48	2,76	1,48
(D18) zodpovědný - nezodpovědný	0.678	4,47	1,55	4,26	1,66	4,51	1,40	4,56	1,32	4,43	1,18	4,10	1,47
(D19) předvídatelný - nepředvídatelný	0.996	4,60	1,40	4,52	1,70	4,57	1,66	4,75	1,34	4,53	1,27	4,56	1,57
(D20) pasivní - aktivní	0.014*	3,73	1,75	2,52	1,31	2,25	1,24	3,06	1,44	2,17	1,19	2,32	1,30
(D21) vyléčitelný - nevyléčitelný	0.268	2,67	1,68	3,17	1,72	2,52	1,56	2,94	1,69	2,28	1,50	2,66	1,75

6.5 Rozdíly ve vnímání osob s duševními poruchami na základě velikosti trvalého bydliště respondentů

Pro zjištění shodnosti či rozdílnosti postojů respondentů k osobám s duševními poruchami na základě velikosti jejich trvalého bydliště jsem zvolil opět **Jednofaktorovou (Welchovu) ANOVU**. Respondenty jsem tentokrát rozřadil dle velikosti jejich sídla, kterou zvolili v sociodemografické části dotazníku. S pomocí analýzy rozptylu jsem zjistil, jestli a u kterých škál se objevují rozdíly ve vnímání osob s duševními poruchami mezi alespoň některými skupinami respondentů.

U tohoto testu vyšlo $p < 0,05$ pouze u položek **D15 a D17**. Pro tyto položky tedy **byl nalezen signifikantní rozdíl** mezi postoji respondentů s různou velikostí trvalého bydliště.

Deprese:

- D15 (agresivní – mírumilovný)
- D17 (opatrný – riskující)

U škál D15 i D17 je největší rozdíl patrný mezi odpověďmi ve 2. a 4. kategorii velikosti sídla. Osoby s **depresí** byly hodnoceny jako **nejvíce mírumilovné** (průměrně 4,97) respondenty s velikostí trvalého bydliště **2001 – 10.000 obyvatel** a **nejméně mírumilovné** (průměrně 4,31) respondenty s velikostí trvalého bydliště **50.001 - 100.000 obyvatel**.

Dále byly hodnoceny jako nejvíce opatrné (průměrně 2,61) respondenty s velikostí trvalého bydliště **2001 – 10.000 obyvatel** a nejméně opatrné (průměrně 3,49) respondenty s velikostí trvalého bydliště **50.001 - 100.000 obyvatel**.

U všech ostatních položek vyšlo $p > 0,05$, takže pro tyto položky **nebyl nalezen signifikantní rozdíl** ve vnímání duševně nemocných jedinců mezi respondenty s různou velikostí trvalého bydliště.

Tabulka 9: Rozdíly ve vnímání osob s duševními poruchami na základě velikosti trvalého bydliště respondentů

	p	1		2		3		4		5		6	
		ø	SD	ø	SD	ø	SD	ø	SD	ø	SD	ø	SD
(S1) nebezpečný - bezpečný	0.198	3,63	1,57	3,80	1,49	3,55	1,52	3,57	1,42	3,86	1,21	4,29	1,10
(S2) samotářský - společenský	0.654	2,94	1,25	3,19	1,20	3,21	1,42	3,26	1,31	3,32	1,42	3,38	1,43
(S3) pečlivý - ledabylý	0.753	3,96	1,48	4,30	1,43	4,09	1,62	4,26	1,31	4,11	1,52	4,29	1,27
(S4) nerozhodný - rozhodný	0.303	2,93	1,21	3,10	1,43	3,23	1,57	3,54	1,50	3,36	1,62	3,10	1,26
(S5) málomluvný - upovídaný	0.185	3,37	1,42	3,58	1,56	3,61	1,50	3,57	1,33	3,96	1,80	4,43	1,72
(S6) důvěryhodný - nedůvěryhodný	0.689	4,87	1,56	5,06	1,45	4,73	1,58	4,98	1,45	4,75	1,62	5,14	1,01
(S7) líný - pracovitý	0.390	4,24	1,17	4,38	1,07	4,35	1,12	4,35	1,18	4,07	1,25	3,81	1,17
(S8) přízpůsobivý - nepřizpůsobivý	0.909	5,04	1,48	4,85	1,48	4,95	1,27	4,83	1,68	4,79	1,32	5,05	0,92
(S9) hloupý - chytrý	0.935	4,63	1,01	4,60	1,02	4,45	1,28	4,48	0,96	4,54	1,07	4,48	1,03
(S10) nejistý - jistý	0.362	2,63	1,13	2,86	1,13	2,85	1,53	2,50	1,09	2,57	1,07	3,05	1,24
(S11) apatický - empatický	0.583	3,17	1,39	3,56	1,39	3,32	1,51	3,43	1,22	3,29	1,36	3,62	1,43
(S12) stydlivý - odvážný	0.344	3,50	1,29	3,85	1,39	3,52	1,38	3,70	1,26	3,61	1,17	4,10	1,26
(S13) pozorný - nepozorný	0.251	4,64	1,53	4,40	1,58	4,11	1,59	4,65	1,35	4,82	1,47	4,52	1,03
(S14) uzavřený - otevřený	0.720	2,83	1,38	3,01	1,31	3,03	1,51	3,17	1,37	3,21	1,66	3,29	1,52
(S15) agresivní - mírumilovný	0.255	3,39	1,15	3,82	1,06	3,62	1,33	3,63	1,40	3,46	1,11	3,76	1,14
(S16) bez zájmu - zvědavý	0.582	3,93	1,39	4,04	1,30	3,91	1,58	4,22	1,33	4,00	1,33	4,48	1,37
(S17) opatrný - riskující	0.227	3,54	1,61	3,94	1,58	3,58	1,48	3,54	1,39	3,79	1,34	4,24	1,30
(S18) zodpovědný - nezodpovědný	0.924	5,62	1,07	4,55	1,32	4,76	1,18	4,59	1,42	4,68	1,22	4,76	1,09
(S19) předvídatelný - nepředvídatelný	0.931	5,86	1,22	5,74	1,30	5,64	1,40	5,67	1,46	5,75	1,24	5,62	1,07
(S20) pasivní - aktivní	0.242	3,69	1,49	3,88	1,10	3,65	1,45	3,89	1,16	4,04	1,29	4,33	1,07
(S21) vyléčitelný - nevléčitelný	0.779	4,60	1,79	4,69	1,83	4,88	1,85	4,87	1,72	4,64	2,08	4,19	2,09
(D1) nebezpečný - bezpečný	0.175	5,16	1,42	4,65	1,59	5,09	1,45	4,87	1,49	5,21	1,66	4,43	1,60
(D2) samotářský - společenský	0.794	2,29	1,26	2,30	1,29	2,30	1,45	2,59	1,56	2,61	1,37	2,33	1,16
(D3) pečlivý - ledabylý	0.075	4,44	1,73	4,88	1,48	4,83	1,71	4,50	1,71	4,68	1,34	5,48	1,29
(D4) nerozhodný - rozhodný	0.573	2,61	1,51	2,83	1,30	2,59	1,50	2,70	1,46	3,00	1,31	2,38	1,43
(D5) málomluvný - upovídaný	0.932	2,51	1,25	2,54	1,27	2,45	1,53	2,65	1,52	2,75	1,24	2,48	1,17
(D6) důvěryhodný - nedůvěryhodný	0.883	3,90	1,64	3,94	1,59	3,88	1,69	4,02	1,37	3,68	1,63	4,29	1,79
(D7) líný - pracovitý	0.552	3,40	1,28	3,45	1,35	3,71	1,42	3,63	1,18	3,43	1,32	3,14	1,35
(D8) přízpůsobivý - nepřizpůsobivý	0.469	4,46	1,52	4,49	1,51	4,14	1,60	4,70	1,35	4,25	1,51	4,29	1,52
(D9) hloupý - chytrý	0.416	4,84	1,09	4,56	0,92	4,65	1,39	4,74	0,98	4,79	1,03	4,43	0,87
(D10) nejistý - jistý	0.989	2,36	1,13	2,40	1,18	2,52	1,44	2,35	1,40	2,39	1,07	2,38	1,16
(D11) apatický - empatický	0.140	3,34	1,72	3,73	1,92	3,47	1,89	2,93	1,74	3,68	1,54	4,05	1,86
(D12) stydlivý - odvážný	0.288	2,76	1,25	3,04	1,33	2,80	1,32	3,15	1,23	3,25	1,30	2,71	1,15
(D13) pozorný - nepozorný	0.814	4,87	1,60	4,69	1,49	4,65	1,74	4,93	1,47	5,04	1,37	4,76	1,45
(D14) uzavřený - otevřený	0.947	2,13	1,23	2,20	1,30	2,15	1,28	2,13	1,22	1,96	0,92	2,10	1,00
(D15) agresivní - mírumilovný	0.026*	4,46	1,20	4,31	1,23	4,97	1,32	4,33	1,08	4,93	1,61	4,43	1,03
(D16) bez zájmu - zvědavý	0.855	2,26	1,35	2,49	1,54	2,23	1,23	2,28	1,44	2,36	1,37	2,14	1,15
(D17) opatrný - riskující	0.012*	2,70	1,49	3,49	1,60	2,61	1,45	2,96	1,61	3,18	1,61	2,90	1,18
(D18) zodpovědný - nezodpovědný	0.305	4,39	1,41	4,44	1,28	4,44	1,52	4,07	1,32	4,50	1,43	4,86	1,20
(D19) předvídatelný - nepředvídatelný	0.212	4,89	1,58	4,68	1,36	4,26	1,63	4,54	1,41	4,50	1,60	4,14	1,53
(D20) pasivní - aktivní	0.282	2,23	1,34	2,51	1,32	2,41	1,34	2,28	1,46	2,64	1,22	2,00	0,95
(D21) vyléčitelný - nevléčitelný	0.450	2,33	1,47	2,70	1,58	2,55	1,62	2,87	1,83	2,43	1,71	2,24	1,41

Legenda k Tabulce 9:

1. méně než 2000 obyvatel
2. 2001 - 10.000 obyvatel
3. 10.001 - 50.000 obyvatel
4. 50.001 - 100.000 obyvatel
5. 100.001 - 1.000.000 obyvatel
6. 1.000.001 a více obyvatel

6.6 Rozdíly ve vnímání osob s duševními poruchami na základě míry zkušenosti respondentů

Potřetí jsem **Jednofaktorovou (Welchovu) ANOVU** užil k nalezení rozdílů v postojích respondentů k osobám s duševními poruchami na základě jejich zkušenosti s takovými osobami. Vytvořil jsem kategorie respondentů podle toho, jakou míru zkušenosti s duševní poruchou vybrali v dotazníku – zvlášť pro sekci věnovanou osobám se schizofrenií, a zvlášť pro sekci věnovanou osobám s depresí.

Hodnota $p < 0,05$ vyšla u následujících škál:

Schizofrenie:

- S1 (nebezpečný – bezpečný)
- S11 (apatický – empatický)
- S19 (předvídatelný – nepředvídatelný)

Deprese:

- D6 (důvěryhodný – nedůvěryhodný)
- D7 (líný – pracovitý)

Pro tyto škály **byl nalezen signifikantní rozdíl** v postojích vůči duševně nemocným jedincům mezi respondenty s různou mírou zkušenosti s takovými jedinci.

Jako nejvíce **nebezpečné** (průměrně 3,30) hodnotili schizofreniky respondenti, jejichž **rodinnému členovi je diagnostikována schizofrenie**. Nejméně nebezpečné (4,29) respondenti, kteří aktuálně žijí se schizofrenikem. Jako nejvíce **apatické** (průměrně 3,00) je hodnotili respondenti, kteří **se schizofrenikem aktuálně žijí**, a za nejméně apatické (průměrně 3,89) je označili respondenti, jejichž rodinnému členovi je diagnostikována schizofrenie. Jako nejvíce **nepředvídatelné** (průměrně 6,03) je hodnotili respondenti, kteří mají se schizofreniky pouze **zprostředkované zkušenosti**, a nejméně nepředvídatelné (průměrně 5,22) respondenti, kteří se schizofreniky studovali či pracovali.

Jedinci s **depresí** byli hodnoceni jako spíše **nedůvěryhodní** (průměrně 4,28) respondenty, kteří s takovými jedinci **nemají žádné zkušenosti** a spíše důvěryhodní (průměrně 2,43) respondenty, kteří aktuálně žijí s osobou s depresí. Dále byli ohodnoceni jako nejvíce **líní** (průměrně 3,34) respondenty, kteří mají s osobami s depresí **pouze zprostředkované zkušenosti** a nejméně líní (průměrně 3,86) respondenty, kteří s osobou s depresí aktuálně žijí.

U ostatních škál se neprokázaly signifikantní rozdíly v odpovědích respondentů na základě míry jejich osobní zkušenosti s osobami s duševními poruchami.

Tabulka 10: Rozdíly ve vnímání osob se schizofrenií na základě míry zkušenosti respondentů

	p	1		2		3		4		5		6	
		ø	SD	ø	SD	ø	SD	ø	SD	ø	SD	ø	SD
(S1) nebezpečný - bezpečný	0.042*	3,84	1,60	3,47	1,40	4,01	1,43	4,11	1,25	3,30	1,61	4,29	1,89
(S2) samotářský - společenský	0.597	3,32	1,41	3,05	1,19	3,23	1,29	3,44	1,09	3,30	1,79	2,86	2,04
(S3) pečlivý - ledabýlý	0.452	3,92	1,58	4,04	1,39	4,14	1,46	4,41	1,12	4,67	1,82	4,43	1,99
(S4) nerozhodný - rozhodný	0.982	3,08	1,47	3,19	1,33	3,16	1,44	3,07	1,30	3,41	1,93	3,00	1,92
(S5) málomluvný - upovídaný	0.816	3,28	1,67	3,56	1,37	3,73	1,48	3,81	1,67	3,67	1,88	4,00	2,65
(S6) důvěryhodný - nedůvěryhodný	0.078	4,92	1,66	5,15	1,32	4,83	1,53	4,37	1,31	4,81	1,78	3,71	2,22
(S7) líný - pracovitý	0.252	4,20	1,32	4,40	1,00	4,38	1,02	4,15	0,91	3,78	1,58	3,14	2,27
(S8) přizpůsobivý - nepřizpůsobivý	0.156	4,88	1,45	5,12	1,35	4,82	1,29	4,41	1,50	5,07	1,66	3,71	2,14
(S9) hloupý - chytrý	0.372	4,88	1,09	4,51	1,06	4,44	0,95	4,44	0,75	4,63	1,52	5,29	1,38
(S10) nejistý - jistý	0.643	2,80	1,38	2,69	1,13	2,87	1,34	2,89	0,97	2,52	1,40	2,29	1,11
(S11) apatický - empatický	0.011*	3,48	1,69	3,07	1,18	3,60	1,31	3,78	0,97	3,89	2,04	3,00	2,24
(S12) stydlivý - odvážný	0.557	3,32	1,46	3,74	1,25	3,61	1,30	3,89	0,97	3,74	1,91	3,29	1,11
(S13) pozorný - nepozorný	0.411	4,96	1,34	4,40	1,58	4,46	1,29	4,22	1,22	4,78	1,91	4,29	2,29
(S14) uzavřený - otevřený	0.342	2,68	1,52	2,94	1,29	3,12	1,44	3,41	1,15	2,96	1,81	3,86	2,27
(S15) agresivní - mírumilovný	0.183	3,48	1,19	3,43	1,10	3,73	1,06	3,70	1,27	4,15	1,61	4,00	2,24
(S16) bez zájmu - zvědavý	0.216	3,56	1,42	4,14	1,28	4,16	1,34	4,22	1,01	3,44	1,85	3,71	2,56
(S17) opatrný - riskující	0.761	3,84	1,52	3,68	1,43	3,87	1,39	3,89	1,50	3,37	1,96	3,14	2,48
(S18) zodpovědný - nezodpovědný	0.689	4,56	1,42	4,76	1,25	4,50	1,16	4,74	0,98	4,48	1,78	4,43	2,07
(S19) předvídatelný - nepředvídatelný	0.015*	5,56	1,47	6,03	1,10	5,57	1,26	5,22	1,25	5,33	1,94	5,86	1,22
(S20) pasivní - aktivní	0.771	3,60	1,41	3,83	1,29	3,88	1,14	3,96	0,94	3,63	1,80	4,57	1,90
(S21) vyléčitelný - nevléčitelný	0.402	4,96	1,74	4,54	1,79	4,79	1,84	5,11	1,76	4,85	2,21	3,57	2,07

Legenda k Tabulce 10:

1. Žádné. Nikdy jsem se s takovou osobou nesetkal osobně, ani skrz literaturu, film, média apod.
2. Zprostředkované. O takové osobě jsem četl, viděl film, slyšel v médiích apod.
3. Už jsem se s takovou osobou setkal osobně.
4. S takovou osobou jsem studoval či pracoval.
5. U člena rodiny je diagnostikována schizofrenie.
6. Aktuálně s takovou osobou žiji

Tabulka 11: Rozdíly ve vnímání osob s depresí na základě míry zkušenosti respondentů

	p	1		2		3		4		5		6	
		ø	SD	ø	SD	ø	SD	ø	SD	ø	SD	ø	SD
(D1) nebezpečný - bezpečný	0.460	4,40	1,58	5,17	1,40	4,89	1,47	4,78	1,74	4,52	1,87	4,57	1,72
(D2) samotářský - společenský	0.200	2,24	1,36	2,17	1,18	2,52	1,36	2,56	1,37	2,44	1,74	3,86	1,95
(D3) pečlivý - ledabylý	0.749	4,68	1,46	4,91	1,57	4,64	1,57	4,85	1,38	4,52	1,99	3,14	2,19
(D4) nerozhodný - rozhodný	0.477	2,96	1,31	2,53	1,29	2,64	1,32	2,89	1,58	3,04	2,05	3,71	1,60
(D5) málomluvný - upovídaný	0.304	2,64	1,29	2,39	1,23	2,66	1,41	2,56	1,22	2,81	1,84	2,86	1,35
(D6) důvěryhodný -	0.019*	4,28	1,67	3,98	1,59	3,94	1,49	3,48	1,58	4,15	1,92	2,43	1,13
(D7) líný - pracovitý	0.019*	3,64	1,22	3,34	1,16	3,70	1,33	3,56	1,28	3,37	1,74	3,86	2,55
(D8) přizpůsobivý - nepřizpůsobivý	0.115	3,92	1,04	4,62	1,51	4,33	1,44	4,07	1,64	4,37	1,76	4,14	2,04
(D9) hloupý - chytrý	0.242	4,76	1,05	4,64	1,07	4,68	1,08	4,52	1,05	4,89	1,19	5,00	1,41
(D10) nejistý - jistý	0.321	2,52	1,09	2,26	1,13	2,60	1,34	2,41	1,31	2,41	1,50	2,43	1,40
(D11) apatický - empatický	0.224	3,84	1,68	3,42	1,82	3,33	1,74	3,67	1,96	3,70	2,04	4,00	2,16
(D12) stydlivý - odvážný	0.482	2,68	1,18	2,91	1,16	2,84	1,35	3,63	1,50	2,93	0,15	3,00	1,00
(D13) pozorný - nepozorný	0.574	4,76	1,42	4,89	1,41	4,70	1,65	4,81	1,36	4,70	2,04	4,43	2,15
(D14) uzavřený - otevřený	0.198	2,32	1,28	1,91	0,98	2,34	1,25	2,48	1,67	1,96	1,22	2,57	1,90
(D15) agresivní - mírumilovný	0.147	4,40	1,19	4,67	1,31	4,51	1,19	4,33	1,07	4,37	1,36	4,57	2,07
(D16) bez zájmu - zvědavý	0.379	3,16	1,84	2,10	1,12	2,38	1,42	2,26	1,43	2,19	1,47	3,57	1,62
(D17) opatrný - riskující	0.762	3,12	1,59	2,94	1,50	2,91	1,49	3,93	1,62	2,33	1,33	3,29	2,43
(D18) zodpovědný - nezodpovědný	0.391	4,56	1,12	4,48	1,25	4,49	1,43	4,37	1,28	3,93	1,69	3,29	2,36
(D19) předvídatelný - nepředvídatelný	0.522	4,56	1,47	4,62	1,49	4,49	1,56	4,78	1,19	4,70	1,73	3,14	1,77
(D20) pasivní - aktivní	0.230	3,08	1,53	2,17	1,18	2,43	1,35	2,30	1,03	2,59	1,47	2,57	2,37
(D21) vyléčitelný - nevyléčitelný	0.580	2,52	1,66	2,29	1,35	2,67	1,57	2,81	2,06	3,44	2,15	2,14	1,07

Legenda k Tabulce 11:

1. Žádné. Nikdy jsem se s takovou osobou nesetkal osobně, ani skrz literaturu, film, média apod.
2. Zprostředkované. O takové osobě jsem četl, viděl film, slyšel v médiích apod.
3. Už jsem se s takovou osobou setkal osobně.
4. S takovou osobou jsem studoval či pracoval.
5. U člena rodiny je diagnostikována depresivní porucha.
6. Aktuálně s takovou osobou žiji

6.7 Rekapitulace výsledků a zodpovězení výzkumných otázek

V této kapitole provedu rekapitulaci výsledků, které tentokrát přiřadím pod jednotlivé výzkumné otázky a pomocí výsledů tyto otázky zodpovím.

6.7.1 VO1: Jaké jsou rozdíly mezi vnímáním osob se schizofrenií a osob s depresí?

První výzkumná otázka se zabývá shodností či rozdílností vnímání schizofrenie a deprese. Z výsledků Párového T-test vyplynulo, že respondenti tohoto výzkumu vnímají osoby se schizofrenií a osoby s depresí rozdílně na téměř všech škálách sémantického diferenciálu. Výjimku tvoří pouze škály S11, D11 (apatický – empatický), pro které vyšlo $p > 0,05$. Mezi škálami S11 (pro osoby se schizofrenií) a D11 (pro osoby s depresí) se tedy neprokázal signifikantní rozdíl mezi vnímáním těchto osob. Osoby se **schizofrenií** jsou vnímány jako více **nebezpečné, nedůvěryhodné, nepřízpůsobivé, agresivní, nezodpovědné, nepředvídatelné a nevyléčitelné**, než osoby s depresí. Osoby s **depresí** jsou vnímány jako více **samotářské, ledabylé, nerozhodné, málomluvné, líné, nejisté, stydlivé, nepozorné, uzavřené, bez zájmu, opatrné a pasivní**, než osoby se schizofrenií.

6.7.2 VO2: Jaké jsou rozdíly ve vnímání osob s duševními poruchami mezi muži a ženami?

Druhá výzkumná otázka se věnuje rozdílům ve vnímání osob s duševními poruchami mezi muži a ženami. Ve výsledcích se ukázal **statisticky významný rozdíl v postojích mužů a v postojích žen** u škál **S13 (pozorný – nepozorný)** a **S16 (bez zájmu – zvědavý)** pro osoby se schizofrenií a u škál **D1 (nebezpečný – bezpečný)**, **D9 (hloupý – chytrý)**, **D11 (apatický – empatický)**, **D13 (pozorný – nepozorný)** a **D17 (opatrný – riskující)** pro osoby s depresí. Pro ostatní položky sémantického dotazníku vyšlo $p > 0,05$, tudíž se u nich neprokázal signifikantní rozdíl v postojích k osobám s duševními poruchami mezi muži a ženami.

Ženy hodnotí osoby se schizofrenií i osoby s depresí jako více **nepozorné**, než muži. Jedinci se schizofrenií jsou hodnoceni jako bez zájmu spíše ženami. Ženy dále hodnotí osoby s **depresí** jako **bezpečnější a chytřejší** než muži, ale na druhou stranu jako více **apatické, nepozorné a opatrné**.

6.7.3 VO3: Jaký je vztah mezi věkem respondentů a jejich vnímáním osob s duševními poruchami?

Třetí výzkumná otázka se zaměřuje na zkoumání případného vztahu mezi věkem respondentů a jejich hodnocením osob s duševními poruchami. **Signifikantní vztah mezi věkem respondentům a jejich hodnocením osob s duševními poruchami** se ukázal u škál **S2 (samotářský – společenský)**, **S3 (pečlivý – ledabylý)**, **S14 (uzavřený – otevřený)**, **S16 (bez zájmu – zvědavý)** a **S21 (vyléčitelný – nevléčitelný)** pro osoby se schizofrenií a u škál **D4 (nerozhodný – rozhodný)**, **D11 (apatický – empatický)**, **D13 (pozorný – nepozorný)**, **D16 (bez zájmu – zvědavý)** a **D17 (opatrný – riskující)** pro osoby s depresí. Všechny zmíněné korelace mají slabou sílu, můžeme je však přesto interpretovat následovně. Čím jsou **respondenti starší**, tím mají větší tendenci hodnotit osoby se **schizofrenií** jako **ledabylé** a **nevléčitelné**, jako **samotářské**, **uzavřené**, **bez zájmu** a osoby s **depresí** jako **nepozorné**, **nerozhodné**, **apatické**, **bez zájmu** a **opatrné**.

U všech ostatních škál vyšlo $p > 0,05$, tudíž se neprokázala statisticky významná souvislost mezi věkem respondentů a jejich postoji k osobám s duševními poruchami.

6.7.4 VO4: Jaké jsou rozdíly ve vnímání osob s duševními poruchami na základě nejvýše započatého vzdělání respondentů?

Čtvrtá výzkumná otázka se zabývá možným rozdílem mezi odpověďmi respondentů s různým stupněm nejvýše započatého vzdělání. Statisticky významný rozdíl se prokázal u škál **S1 (nebezpečný – bezpečný)**, **S7 (líný – pracovitý)**, **S8 (přizpůsobivý – nepřizpůsobivý)** a **S19 (předvídatelný – nepředvídatelný)** pro osoby se schizofrenií a u škál **D2 (samotářský – společenský)**, **D6 (důvěryhodný – nedůvěryhodný)** a **D20 (pasivní – aktivní)** pro osoby s depresí. U ostatních škál se neprokázal signifikantní rozdíl v odpovědích respondentů s různým stupněm nejvyššího započatého vzdělání.

Jako **nejvíce nebezpečné** hodnotili schizofreniky respondenti se **SŠ zakončenou vyučením** (průměrně 3,09) a nejméně nebezpečné respondenti s **VOŠ/konzervatoří** (s průměrem 3,94). Jako **nejvíce líné** (průměrně 3,87) je posoudili respondenti se **ZŠ** a nejméně líné (průměrně 4,54) respondenti s **VŠ (Bc.)**. Jako **nejvíce nepřizpůsobivé** (průměrně 5,61) je hodnotí respondenti se **SŠ zakončenou vyučením** a nejvíce přizpůsobivé (3,73) respondenti se **ZŠ**.

Jako **nejvíce nepředvídatelné** (průměrně 6,00) je hodnotí respondenti se **SŠ s vyučením** a nejméně nepředvídatelné (průměrně 4,93) respondenti se ZŠ.

Osoby s **depresí** jsou hodnoceni jako **nejvíce samotářské** (průměrně 2,16) respondenty se **SŠ zakončenou maturitní zkouškou** a nejméně samotářské (průměrně 3,38) respondenty s VOŠ/konzervatoří. Jako spíše důvěryhodné (průměrně 3,48) je hodnotili respondenti s VŠ (Bc.) a jako spíše **nedůvěryhodné** (průměrně 4,25) respondenti s **VOŠ/konzervatoří**. Jako **nejvíce pasivní** (průměrně 2,17) je označili respondenti s **VŠ (Bc.)** a nejméně pasivní (průměrně 3,73) respondenti se ZŠ.

6.7.5 VO5: Jaké jsou rozdíly ve vnímání osob s duševními poruchami na základě velikosti trvalého bydliště respondentů?

Pátá výzkumná otázka se věnuje rozdílům ve vnímání osob s duševními poruchami mezi respondenty s různou velikostí trvalého. Výsledky ukázaly, že v postojích respondentů k duševně nemocným jedincům **existuje alespoň jeden rozdíl mezi některými kategoriemi velikosti trvalého bydliště** pouze u škál **D15 (agresivní – mírumilovný)** a **D17 (opatrný – riskují)** ze sekce věnované posouzení osob s depresí. U škál D15 i D17 je největší rozdíl patrný mezi odpověďmi ve 2. a 4. kategorii velikosti sídla.

Osoby s **depresí** byly hodnoceny jako **nejvíce mírumilovné** (průměrně 4,97) respondenty s velikostí trvalého bydliště **2001 – 10.000 obyvatel** a **nejméně mírumilovné** (průměrně 4,31) respondenty s velikostí trvalého bydliště **50.001 - 100.000 obyvatel**. Dále byly hodnoceny jako nejvíce opatrné (průměrně 2,61) respondenty s velikostí trvalého bydliště **2001 – 10.000 obyvatel** a nejméně opatrné (průměrně 3,49) respondenty s velikostí trvalého bydliště **50.001 - 100.000 obyvatel**. U všech ostatních škál sémantického diferenciálu se neprokázaly signifikantní rozdíly v postojích respondentů na základě velikosti jejich trvalého bydliště.

6.7.6 V06: Jaké jsou rozdíly ve vnímání osob s duševními poruchami na základě míry zkušenosti respondentů?

Šestá výzkumná otázka se zaměřuje na rozdíly ve vnímání osob s duševními poruchami mezi respondenty s různou mírou zkušenosti s těmito jedinci. **Statisticky významný rozdíl** mezi odpověďmi alespoň dvou skupin respondentů se prokázal u škál **S1 (nebezpečný – bezpečný)**, **S11 (apatický – empatický)** a **S19 (předvídatelný – nepředvídatelný)** pro osoby se schizofrenií a u škál **D6 (důvěryhodný – nedůvěryhodný)** a **D7 (líný – pracovitý)** pro osoby s depresí. U ostatních položek vyšlo $p > 0,05$, nebyl u nich tedy nalezen významný rozdíl v posuzování duševně nemocných jedinců respondenty s různou mírou zkušenosti s duševně nemocnými jedinci.

Jako nejvíce **nebezpečné** (průměrně 3,30) hodnotili schizofreniky respondenti, jejichž **rodinnému členovi je diagnostikována schizofrenie**. Nejméně nebezpečné (4,29) respondenti, kteří aktuálně žijí se schizofrenikem. Jako nejvíce **apatické** (průměrně 3,00) je hodnotili respondenti, kteří **se schizofrenikem aktuálně žijí**, a za nejméně apatické (průměrně 3,89) je označili respondenti, jejichž rodinnému členovi je diagnostikována schizofrenie. Jako nejvíce **nepředvídatelné** (průměrně 6,03) je hodnotili respondenti, kteří mají se schizofreniky pouze **zprostředkované zkušenosti**, a nejméně nepředvídatelné (průměrně 5,22) respondenti, kteří se schizofreniky studovali či pracovali.

Jedinci s **depresí** byli hodnoceni jako spíše nedůvěryhodní (průměrně 4,28) respondenty, kteří s takovými jedinci **nemají žádné zkušenosti** a spíše důvěryhodní (průměrně 2,43) respondenty, kteří aktuálně žijí s osobou s depresí. Dále byli ohodnoceni jako nejvíce **líní** (průměrně 3,34) respondenty, kteří mají s osobami s depresí **pouze zprostředkované zkušenosti** a nejméně líní (průměrně 3,86) respondenty, kteří s osobou s depresí aktuálně žijí.

7 Diskuze

V této kapitule shrnu výsledky své bakalářské práce a porovnáám je s dalšími studii na podobné téma.

První výzkumná otázka se zabývala **rozdílem mezi vnímáním osob se schizofrenií a osob s depresí**. Téměř u všech položek sémantického diferenciálu vplynuly najevo statisticky významné rozdíly ve vnímání schizofrenie a deprese. Angermeyer a Mtschinger (2003) ve své studii uvádí, že **schizofrenici jsou vnímáni jako více agresivní, nepředvídatelní a nebezpeční**, než lidé s depresí. To je v souladu s výsledky této práce, jelikož na škálách S15, D15 (agresivní – mírumilovný) skórovala schizofrenie 3,62 (blíže k pólu agresivní) a deprese 4,55 (blíže k pólu mírumilovný); dále na škálách byla schizofrenie průměrně hodnocena 5,73 (spíše nepředvídatelný) a deprese 4,57 (spíše předvídatelný); také na škálách S1, D1 (nebezpečný – bezpečný) se výsledky shodují, jelikož schizofrenici jsou hodnoceni jako více nebezpeční (3,71) než lidé s depresí (4,92).

Druhá výzkumná otázka se zabývala rozdíly ve vnímání osob s duševními poruchami **mezi muži a ženami**. Griffiths a kol. (2008) uvádí, že stigma bývá vyšší u mužů, než u žen. Angermeyer a Dietrich (2006) tvrdí, že vztah mezi pohlavím a postoji k duševním poruchám je nekonzistentní. To souhlasí s mými zjištěními souhrnně, jelikož na některých škálách zauímají více stigmatizující postoj muži a na jiných ženy. Konkrétně u škály D1 (nebezpečný – bezpečný) je průměrná odpověď mužů 4,56 a průměrná odpověď žen 5,06), z čehož vyplývá, že muži mají větší tendenci hodnotit jedince s depresivní poruchou jako nebezpečné, než ženy, což je v souladu se zjištěním Griffiths a kol. (2008) o

Dále stojí za zmínku porovnání výsledků na poslední výzkumnou otázku, která je cílená na rozdíly ve vnímání osob s duševními poruchami mezi respondenty s **různou mírou zkušenosti** s duševně nemocnými jedinci. Otázku do dotazníku jsem převzal ze studie Thonona a Laroie (2016), v jejichž výzkumu v roce 2016 se 50% respondentů nikdy neseťkalo s osobou se schizofrenií a 37.9% uvedlo, že má o osobách se schizofrenií pouze zprostředkované informace (např. z TV). 17,8% respondentů již potkali osobně jedince se schizofrenií, pro 7.4% respondentů platí, že jejich rodinnému příteli byla diagnostikována schizofrenie, 7.7% respondentů pracovalo či studovalo se schizofrenikem a 2.4% respondentů žilo s takovým jedincem. Respondenti mého výzkumu mají mnohem větší zkušenost s jedinci se schizofrenií.

Pouze 7,9% uvedlo, že takového jedince nikdy nepotkalo. 41% má zprostředkované informace, což se shoduje s výsledky Thonona a Lairioie. 28% respondentů mého výzkumu se již setkalo s takovou osobou osobně (více než ve studii Thonona a Lairioie). Počet respondentů, kteří se schizofreniky studovali či pracovali, schizofrenii mají v rodině diagnostikovanu či žijí s jedincem se schizofrenií zhruba odpovídá zjištěním zmíněné studie z roku 2016.

V tomto ohledu se více autorů shoduje, že osobní zkušenost s duševně nemocnými má za následek zmírnění stigmatu. Např. Rüsche a kol. (2005) uvádí, že ti jedinci, kteří přišli do kontaktu se členy minoritní skupiny, mají menší sklon zaujímat poté k této minoritě stigmatizující postoj. Angermeyer a Dietrich (2006) také zmiňují, že kontakt s duševně nemocnými jedinci by mohl pomoci redukovat negativní postoje vůči nim.

Rozdíl ve vnímání osob s duševními poruchami na základě míry zkušenosti respondentů byl prokázán také ve studii Griffiths a kol. (2008), ve které vyšlo, že lidé s malým povědomím o depresi mají vyšší tendenci ji stigmatizovat. Souhlasné tvrzení představuje i studie Crispa a kol. (2000), ve které vyšlo najevo, že pokud lidé znali někoho s duševním onemocněním, tak se neobjevil signifikantní rozdíl v názoru na to, zda jsou depresivní lidé nebezpeční. Výzkum v této bakalářské práci odhalil rozdíly v odpovědích respondentů na základě jimi uvedené míry zkušenosti pouze u některých položek sémantického diferenciálu. Nedá se však říci, že s výsledky výše uvedených studií souhlasí. Například na škále S1 (nebezpečný – bezpečný) vnímání schizofreniků na základě zkušenosti s nimi kolísá – seřazené od nejmenší míry zkušenosti po největší jsou průměrné odpovědi následující: 3,84; 3,47; 4,01; 4,11; 3,30; 4,29. Respondenti s nejmenší mírou zkušenosti sice vidí schizofreniky jako více nebezpečné, než respondenti s největší mírou zkušenosti, proměna postoje však neprobíhá plynule s růstem zkušenosti. Také například respondenti, kteří uvedli, že se schizofrenikem aktuálně žijí, hodnotili jedince se schizofrenií jako apatické. Bylo by potřeba provést ještě Post hoc test, aby se rozdíly nevyčítaly pouze z průměrných odpovědí, ale byly statisticky přesně spočítané.

7.1 *Limity práce*

Jsem si vědom, že má bakalářská práce má řadu limitů. Co se týče metodologických limitů, výsledky nemohou být vztaženy na celou českou populaci, neboť výzkumný vzorek byl s ohledem na malý rozsah práce zformován sebevýběrem. Zastoupení respondentů v jednotlivých kategoriích sociodemografických proměnných neodpovídá jejich skutečnému zastoupení ve společnosti. Sběr dat probíhal pouze několik dní, což mohlo také zkreslit výsledky, jelikož lze předpokládat, že dotazník vyplnili pouze nejvíce motivovaní jedinci. Bylo by tedy vhodnější zvolit některou formu náhodného výběru, u které by se dodržela reprezentativnost.

Pro případně opakování výzkumu by bylo žádoucí využít u některých statistických metod tzv. post hoc testy, aby bylo možné lépe popsat, mezi kterými konkrétními skupinami dochází k jakým rozdílům v jejich odpovědích. V současné podobě je tento výzkum pouze schopný ukázat, že např. u výsledků VO4 se alespoň jedna skupina nejvýše započatého vzdělání v odpovědích u uvedených škál liší od druhé skupiny nejvýše započatého vzdělání. Nelze však přesně určit, která od které a jak, právě kvůli nevyužití post hoc testu.

Někteří respondenti se na mě obrátili ohledně struktury dotazníku. Vytýkali mu, že není uvedeno, zda mají posuzovat osoby, které jsou medikovány, či nikoliv. Dále bylo několik jedinců nespokojeno s faktem, že mají uvést velikost svého trvalého bydliště. Zastávali názor, že jejich aktuální bydliště (rozdílné od trvalého) má na ně větší vliv, a že trvalé bydliště je pouze formalitou. Poslední opakující se výtky se týká otázky na zkušenost s duševně nemocnými jedinci (ve výsledcích spadá pod VO6). Respondentům vadí, že v dotazníku chybí možnost, že osoba sama trpí schizofrenií, respektive depresí. Otázku i s možnostmi odpovědí jsem však převzal ze zahraniční studie Thonona a Laroie (2016), proto si za možnostmi odpovědí v tomto znění stojím, aby bylo možné výsledky studií porovnávat.

8 Závěr

V této bakalářské práci jsem se věnoval postojům české společnosti vůči duševním poruchám, konkrétně vůči schizofrenii a depresi. V teoretické části jsem nejprve stručně popsal historii přístupu k duševním poruchám a stereotypům s nimi spojenými. Následně jsem věnoval prostor konkrétním duševním poruchám, tedy schizofrenii a depresi.

V empirické části jsem představil samotný výzkum, jehož hlavním cílem bylo zjistit, jaké postoje zaujímá současná společnost k jedincům se schizofrenií a depresí. V práci jsem dospěl k závěru, že schizofrenie a deprese je vnímána velmi odlišně. Zvolené sociodemografické proměnné, jako je pohlaví, věk a velikost sídla respondentů hrají roli v jejich postojích pouze u některých položek dotazníku, ne komplexně.

I přes výše zmíněné limity přináší práce určitý přínos, a to především svým zasazením do českého prostředí a shodou s některými zjištěními zahraničních studií. Práce má mnohem větší potenciál, než byl využit. Pro případné opakování výzkumu bych doporučil především využití většího vzorku, ideálně reprezentativního, a užití post hoc testů.

Seznam obrázků

Obrázek 1: Srovnání depresivní fáze s přirozeným kolísáním nálady	str. 22
Obrázek 2: Možný průběh rekurentní (periodické) deprese	str. 26

Seznam grafů

Graf 1: Četnost pohlaví	str. 33
Graf 2: Nejvyšší započaté vzdělání	str. 34

Seznam tabulek

Tabulka 1: Vyřazené odpovědi	str. 33
Tabulka 2: Věkové rozložení respondentů	str. 34
Tabulka 3: Velikost trvalého bydliště	str. 35
Tabulka 4: Míra zkušenosti s osobami se schizofrenií/depresí	str. 35
Tabulka 5: Rozdíl mezi vnímáním osob se schizofrenií a osob s depresí	str. 39
Tabulka 6: Rozdíly ve vnímání osob s duševními poruchami mezi muži a ženami	str. 41
Tabulka 7: Vztah mezi věkem respondentů a vnímáním osob s duševními poruchami	str. 44
Tabulka 8: Rozdíly ve vnímání osob s duševními poruchami na základě nejvýše započatého vzdělání respondentů	str. 48
Tabulka 9: Rozdíly ve vnímání osob se schizofrenií na základě velikosti trvalého bydliště respondentů	str. 50
Tabulka 10: Rozdíly ve vnímání osob s depresí na základě míry zkušenosti respondentů	str. 54
Tabulka 11: Rozdíly ve vnímání osob s duševními poruchami na základě míry zkušenosti respondentů	str. 55

Seznam zdrojů

Angermeyer, M. C., & Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: A review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(3), 163-179. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00699.x>

Angermeyer, M., & Matschinger, H. (2003). Public beliefs about schizophrenia and depression: similarities and differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 526-534. <https://doi.org/10.1007/s00127-003-0676-6>

Baldwin, D. S., & Birtwistle, J. (2002). *An atlas of depression*. Parthenon Publishing Group.

Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I., & Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry*, 177(6), 4-7.

Cook, T., & Wang, J. (2010). Descriptive epidemiology of stigma against depression in a general population sample in Alberta. *BMP Psychiatry*, 10(29).
<https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-29>

Griffiths, K., Christensen, H., & Jorm, A. Predictors of depression stigma. (2008). *BMC Psychiatry*, 8(25). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-25>

Hartl, P. (2004). *Stručný psychologický slovník*. Portál.

Hosák, L., Hrdlička, M., Libeger, J., Bažant, J., Bažantová, V., Bůžková, J., Dudová, I., Hanušová, A., Hollý, M., Honzák, R., Hosák, L., Hosáková, J., Hrnčiarová, J., Humpl, L., Hýža, M., Chvála, V., Konrád, J., Köhler, R., Masopust, J., ...Žirková, I. (2019). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Karolínium.

Jašík, J. (2019). *Cesta ze schizofrenie*. Jindřich Jašík.

Křivohlavý, J. (2003). *Jak zvládat depresi*. Grada.

Link, B., Struening, E., Neese-Todd, S., Asmussen, S., & Phelan, J. (2001). The Consequences of Stigma for the Self-Esteem of People With Mental Illnesses. *Psychiatric Services*, 52(12), 1621-1626. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.12.1621>

- Malá, E. (2005). *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. Grada Publishing.
- Mohr, P. (2012). Schizofrenie: diagnostika a současné terapeutické možnosti. *Medicína pro praxi*, 9 (8,9). <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2012/09/07.pdf>
- Munizza, C., Argentero, P., Coppo, A., Tibaldi, G., Giannantonio, M., Picci, R., & Rucci, P. (2013). Public Beliefs and Attitudes towards Depression in Italy: A National Survey. *PLOS ONE*, 8(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0063806>
- Noba. (2019). *History of Mental Illness*. Dostupné 5. 7. 2022 z <https://nobaproject.com/textbooks/lauren-brewer-new-textbook/modules/history-of-mental-illness>
- Ocisková, M., & Praško, J. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Grada.
- Ocisková, M., Praško, J., Vrbová, K., Kamarádová D., Jelenová D., Látalová, K., Mainerová, B., Sedláčková, Z., & Ticháčková, A. (2014) Stigmatizace a sebestigmatizace u pacientů se schizofrenií. *Česká a slovenská Psychiatrie*, 110(5), 250-258. <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=980>
- Ocisková, M., Vrbová, K., Praško, J., Látalová, K., Holubová, M., Grambal, A., & Maráčková, M. (2016). Sebestigmatizace u pacientů s poruchami schizofrenního spektra. *Česká a slovenská Psychiatrie*, 11(5), 211-220. <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1113>
- Orel, M., Facová, V., Heřman, M., Koranda, P., Šimonek, J., & Volková Palátová, L. (2020). *Psychopatologie: Nauka o nemocech duše*. Grada Publishing.
- Praško, J., Prašková, J., & Prašková, H. (2003). *Deprese a jak ji zvládat*. Portál.
- Raboch, J., & Červený, R. (2018). *Doporučené diagnostické a terapeutické postupy: Deprese*. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP.
- Rüsch, N., Angermeyer, M., & Corrigan, P. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20, 529-539. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004>

Smolík, P. (1996). *Duševní a behaviorální poruchy*. Maxdorf.

Svoboda, M., Češková, E., & Kučerová, H. (2012). *Psychopatologie a psychiatrie pro psychology a speciální pedagogy*. Portál.

Thonon, B. & Laroi, F. (2016). What predicts stigmatisation about schizophrenia? Results from a general population survey examining its underlying cognitive, affective and behavioural factors. *Psychosis*, 9(2), 99-109.

<https://doi.org/10.1080/17522439.2016.1229361>

Vaculíčková Sedláčková, Z., & Praško, J. (2019). *Deprese a poruchy osobnosti*. Univerzita Palackého v Olomouci.

Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál.

Vencovský, E. (1996). *Psychiatrie dávných věků*. Karolinum.

Wang, J., & Lai, D. (2008). The relationship between mental health literacy, personal contacts and personal stigma against depression. *Journal of Affective Disorders*, 110(1-2), 191-196.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.01.005>

World Health Organization. (2021). *Depression*. Dostupné 21. 6. 2022 z

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>