

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

INFORMOVANOST VEŘEJNOSTI O DUŠEVNÍM ZDRAVÍ A MOŽNOSTECH PÉČE

PUBLIC AWARENESS OF MENTAL HEALTH
AND CARE OPTIONS



Magisterská diplomová práce

Autor: **Bc. Zuzana Mačátová**

Vedoucí práce: **PhDr. Romana Mazalová, Ph.D.**

Olomouc

2024

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucí své práce PhDr. Romaně Mazalové, Ph.D., za vstřícnost, zájem a cenné rady při vedení této práce. Ráda bych poděkovala Mgr. Ivu Černíkovi za rady ohledně metodologie a také Bc. Julii Mahlerové za užitečné informace týkající se působení „*Klamatérů*“. Rovněž bych ráda vyjádřila dík MUDr. PhDr. Miroslavu Orlovi, Ph.D. za jeho čas a ochotu při konzultování teoretické části práce. Další obrovské díky patří hlavně mojí rodině, příteli a všem kamarádům a spolužákům, za to, že jsou, a že mi po celou dobu studia byly nesmírnou podporou. Bez Vás by to nešlo!

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Informovanost veřejnosti o duševním zdraví a možnostech péče“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne

Podpis

OBSAH

ÚVOD	5
TEORETICKÁ ČÁST	6
1 Duševní zdraví a duševní onemocnění.....	7
1.1 Vymezení problematiky	7
1.2 Pohled mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10, MKN - 11).....	10
1.3 Pohled diagnostického a statistického manuálu (DSM – V).....	12
1.4 Výskyt duševního onemocnění.....	13
1.4.1 Nejčastější duševní onemocnění	15
2 Možnosti péče o duševní zdraví	18
2.1 Psychiatrická péče.....	18
2.1.1 Historický vývoj psychiatrie.....	18
2.1.2 Organizační struktura psychiatrické péče.....	19
2.1.3 Léčebné prostředky psychiatrie	22
2.1.4 Reforma psychiatrické péče.....	22
2.2 Psychologická péče	23
2.3 Psychoterapie	26
2.4 Sociální služby.....	28
2.5 Povinná mlčenlivost a oznamovací povinnost.....	29
2.6 Koučink	30
3 Dostupnost péče.....	31
3.1 Dostupnost péče v České republice	31
3.2 Dostupnost péče v zahraničí	34
4 Informovanost veřejnosti	37
4.1 Zdravotní gramotnost	37
4.1.1 Zdravotní gramotnost v Evropě	37
4.1.2 Zdravotní gramotnost v České republice.....	38
4.2 Zdravotní gramotnost v oblasti duševního zdraví.....	38
4.2.1 Možné důvody a důsledky nízké zdravotní gramotnosti v oblasti duševního zdraví.....	40
4.2.2 Reakce médií a veřejnosti na kauzy spjaté s rozvojem působení pseudodborníků	41
4.3 Osvětové kampaně	42
VÝZKUMNÁ ČÁST	44
5 Výzkumný problém, cíle práce a hypotézy.....	45
6 Metodologický rámec a výzkumné metody	47
6.1 Typ výzkumu a použité metody.....	47
6.1.1 Mental Health Literacy Scale	49

6.2	Etické hledisko a ochrana soukromí	51
7	Sběr dat a výzkumný soubor	52
8	Analýza dat a její výsledky	57
8.1	Metody zpracování dat	57
8.2	Míra informovanosti veřejnosti o duševním zdraví a možnostech péče	57
8.3	Informovanost veřejnosti o duševním zdraví a možnostech péče a její vztah k vybraným sociodemografickým údajům	66
8.3.1	Ověření platnosti stanovených hypotéz.....	69
9	Diskuze.....	77
9.1	Diskuze ke zjištěným výsledkům.....	77
9.2	Limity výzkumu.....	81
9.3	Možnosti praktické aplikace výsledků a možné budoucí výzkumy.....	81
10	Závěr	83
11	Souhrn	85
LITERATURA		91
SEZNAM PŘÍLOH:		105

ÚVOD

Péče o duševní zdraví je v České republice poskytována v různých formách, jako péče psychiatrická, psychologická, ošetrovatelská i sociální. Existuje péče ambulantní, lůžková a intermediární. Odborníků, kteří jsou zde angažováni, je tedy bez pochyby celá řada. Veřejnosti se díky tomu může jevit jako poměrně obtížné se v celém tomto systému orientovat. Současná doba je také prostorem, kdy se téma duševního zdraví stává čím dál tím více diskutovaným. Rovněž lze pozorovat snahu o popularizaci psychologické, potažmo psychiatrické péče, jakožto možnostech péče o duševní zdraví ale také popularizaci psychologie jako vědy. V literatuře se však lze setkat s tvrzeními, že laická veřejnost má mnohdy o profesi odborníků v oblasti duševního zdraví nepřesné nebo zcela mylné či zkreslené představy. Například psycholog bývá častokrát vnímán jako někdo, kdo „umí číst myšlenky“. Laik, který se s psychologickou či psychiatrickou péčí nesetkal, může mít o náplni práce těchto odborníků pouze abstraktní či zkreslenou představu.

To vše mě inspirovalo k tomu, abych se v této práci zaměřila na problematiku toho, jak se lidé vlastně v této oblasti orientují. Zmapování informovanosti by mohlo přinést konkrétní přehled oblastí, ve kterých se veřejnost nevyzná a tím přispět k tomu, na co je potřeba cílit při osvětových programech. Zároveň by tato práce mohla pomoci veřejnosti lépe pochopit a porozumět systému péče o duševní zdraví a rozsahu kompetencí odborníků v této oblasti. Práce tak přináší přesah do praxe.

V teoretické části práce bude definováno duševní zdraví a duševní onemocnění, zároveň budou popsány možnosti a dostupnost péče v České republice. Budou zde popsáni jednotliví zapojení odborníci, jejich náplň práce, kompetence a potřebné vzdělání. Uvedeny budou zahraniční výzkumy na téma informovanosti a zdravotní gramotnosti v této problematice. Praktická část diplomové práce si klade za cíl objasnit, jaká je míra informovanosti české populace o problematice duševního zdraví a možnostech péče.

TEORETICKÁ ČÁST

1 DUŠEVNÍ ZDRAVÍ A DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ

Tato kapitola se věnuje definici a konceptualizaci pojmu duševního zdraví. Pozornost je věnována pojmu well – being. Jsou zmíněny faktory ovlivňující duševní zdraví. Kapitola se dále věnuje popisu duševního onemocnění dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN). Zmíněn je Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (DSM) a prevalence duševních onemocnění. Kapitola poskytuje základní rámec pro porozumění problematice duševního zdraví.

1.1 Vymezení problematiky

Hovoříme-li o tom, co to znamená „být zdravý“ či o zdraví obecně, existuje celá **řada různorodých definic**. V minulosti využívaná definice Světové zdravotnické organizace například definuje obecný pojem zdraví jako „*stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nejen nepřítomnost nemoci nebo vady*“ (WHO in Callahan, 1973, s. 77). Tato definice v sobě skrývá i pojem duševního zdraví, který WHO (2005) definuje následovně: „*stav pohody, ve kterém člověk uskutečňuje svoje schopnosti, zvládá povinnosti každodenního života, dokáže produktivně a plodně pracovat a je schopný přispívat své společnosti.*“

Galderisi et al. (2015) v reakci na WHO navrhují novou **definici duševního zdraví**. Kritizují myšlenku, že hlavním pilířem duševního zdraví by měl být stav pohody. Poukazují na to, že součástí plně prožívaného zdravého lidského života je celé spektrum emocí, ne jenom ty pozitivní, ale i další, jako je smutek, strach či hněv. Duševní zdraví definují jako **dynamický stav** vnitřní rovnováhy, který umožňuje jedincům využívat své schopnosti v souladu s univerzálními hodnotami společnosti. Zahrnují schopnost rozpoznávat, vyjadřovat a regulovat své vlastní emoce, stejně jako schopnost vcítit se do druhých. Důležitá je zároveň dovednost vyrovnávat se s nepříznivými životními událostmi a fungovat v sociálních rolích. Další důležitá složka duševního zdraví je harmonický vztah mezi tělem a myslí. Všechny tyto aspekty v různé míře přispívají ke stavu vnitřní rovnováhy.

Hartl a Hartlová (2000) popisují duševní zdraví pomocí následujících kritérií:

- pozitivní postoj jedince vůči sobě samému,

- zdravý růst a stupeň sebeaktualizace,
- vyvinuté ústřední syntetizující funkce,
- autonomie,
- přiměřené vnímání reality,
- zvládání vnějšího prostředí.

V současnosti se v souvislosti s duševním zdravím běžně vyskytuje pojem *well – being*, do češtiny překládán jako duševní pohoda či dobré bytí. Tento pojem vychází z předpokladu, že duševní zdraví není potřeba chápat jako pouhou nepřítomnost duševní nemoci, nýbrž v kontextu dosahování běžných životních cílů, což částečně koresponduje s definicemi popsány výše. Tématem *well – being* se v psychologii zabývá celá řada autorů. Mezi nejznámější patří Seligman (Jayawickreme, Forgeard, & Seligman, 2012) nebo Ryffová (Ryff & Keyes, 1995), která rovněž vytvořila sebeuposuzovací škálu, která popisuje duševní pohodu pomocí následujících šesti dimenzí: autonomie, zvládání prostředí, osobní růst, pozitivní vztahy s druhými, životní smysl a sebedpřijetí.

Ačkoli mezi definicemi duševního zdraví nepanuje mezi odbornou veřejností naprostá shoda, lze říci, že se obecně jedná o integrální a nezbytnou **součást zdraví celkového**. Jedná se o **stav rovnováhy**, se kterou jedinec souzní. Duševně zdravý člověk je schopen vytvářet a udržovat láskyplné vztahy, naplňovat svoje potřeby, smýšlet pozitivně o sobě i ostatních a adaptovat se na změny, se kterými je během života v neustálé konfrontaci (Bhugra, Till, & Sartorius, 2013).

Duševní zdraví ovlivňuje nepochybně mnoho faktorů. V posledních dvou dekadách je tomuto tématu věnována nemalá pozornost. Odborníci zkoumají, co vše a jakým způsobem se na duševním zdraví podílí. To, zda u jedince dojde k rozvoji duševního onemocnění ovlivňují nejen genetické predispozice ale také životní styl a charakteristiky prostředí, ve kterém jedinec žije (Ptáček, Vňuková, & Raboch, 2017). Současné poznatky naznačují, že předpoklad k rozvoji duševní poruchy je vytvořen spolupůsobením velkého počtu genů. Genetický podíl je však pro různé typy duševních poruch rozdílný. Výsledek je však vždy dán spolupůsobením genetické výbavy jedince s vlivy prostředí (Orel, 2020).

Duševní onemocnění neboli duševní porucha je pojem označující velké množství různých potíží, ovlivňujících náladu, myšlení či chování jedince. Americká psychologická asociace (n.d.) definuje duševní poruchu, jako poruchu kognitivních funkcí a/nebo emocí, atypickým chováním a omezeným fungováním v sociálním prostředí nebo libovolnou

kombinaci těchto faktorů. Světová zdravotnická organizace (WHO, 2022a) uvádí obdobnou definici. Duševní porucha je charakterizována významným narušením kognice, emoční regulace nebo poruchou chování jedince a promítá se do každodenního fungování. Existuje mnoho různých typů duševních poruch. Duševní poruchy mohou být také označovány jako narušení duševního zdraví. Zahrnují rovněž psychosociální postižení a (jiné) duševní stavy spojené s výrazným distresem, poruchou fungování nebo rizikem sebepoškození.

Hranice mezi normou a tím, co již do normy nespadá však nemusí být u všech duševních poruch vždy zcela zřetelná. Proto se nelze vyhnout diagnostickým manuálům a klasifikacím, které mohou rozlišení „zdravého“ a „nemocného“ z části usnadnit. Soudobé klasifikační systémy jsou vyvíjeny mezinárodní spoluprací celou řadou odborníků lékařských i nelékařských oborů. Pokud u jedince dojde k narušení duševního zdraví, je důležité zjistit, o co se jedná, a poté zahájit adekvátní léčbu. Manuál rovněž poskytuje lékařům společný jazyk pro komunikaci o svých pacientech (Orel, 2020).

V době psaní této diplomové práce (rok 2023/2024) tvoří platné diagnostické manuály Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10, MKN -11) a Diagnostický a statistický manuál (DSM – V), a proto jsou jim věnovány následující dvě podkapitoly.

Přesto, že jsou kategorické diagnostické manuály nezbytným a velice užitečným vodítkem, bývají kritizovány pro jejich nedostatky. Cílem kritiky je například fakt, že zde není vymezeno „zdravé“ a „normální“ fungování. Jednotlivá diagnostická kritéria jsou pro různá onemocnění téměř totožná a mnoho nemocí se ve svých příznacích překrývá, neexistují tedy dostatečně přesná kritéria, která by je mezi sebou dokázala odlišit. Problém představuje rovněž vysoká komorbidita mezi nemocemi (Galatzer-Levy & Bryant, 2013).

Některé projevy duševních obtíží jsou však v mnoha případech běžnou součástí lidského života a nemusí nezbytně znamenat přítomnost diagnostikovatelné duševní nemoci. Lidé se běžně potýkají s různými strastmi, což je normální a očekávatelná součást lidského života. Všechny tyto problémy mohou vyústit v různorodé projevy, jako jsou úzkost, smutek nebo stres, ale to samo o sobě ihned neznamená diagnózu duševní nemoci. Duševní zdraví je bezpochyby složitým kontinuem, na němž se jedinci mohou pohybovat a mít různé úrovně duševní pohody. Je tedy třeba chápat duševní zdraví s ohledem na rozmanité individuální faktory a kontext, a nejen v pouhém vztahu k diagnostickým kritériím (Dušek & Večeřová – Procházková, 2010).

1.2 Pohled mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10, MKN - 11)

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN) je publikace vydána Světovou zdravotnickou organizací. V anglickém originále *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, zkráceně ICD. Je užívána v Evropě a předepisuje postupy označování a klasifikace lidských onemocnění, poruch, zdravotních problémů a dalších příznaků. V současné době (v době psaní této diplomové práce; podzim 2023) je v ČR užívána její desátá revize (MKN-10). V květnu 2019 na 72. Světovém zdravotnickém zasedání však byla schválena jedenáctá revize (MKN – 11), která vstoupila v platnost dne 1. ledna 2022 s pětiletým přechodným obdobím. Aktuálně se tedy pracuje na její implementaci do českého systému zdravotní péče (ÚZIS ČR, 2023a).

Historie Mezinárodní klasifikace nemocí sahá až do roku 1893. Původně byla označována jako Klasifikace příčin úmrtí. Jejím hlavním cílem bylo mezinárodní srovnání příčin úmrtí. Světová zdravotnická organizace se klasifikace ujala v roce 1948. Roku 1949 se na konferenci v Paříži jednalo již o šesté revizi, která započala přeměnu této klasifikace do dnešní podoby, a to v univerzální seznam diagnóz. Tento seznam se mnoho účelnou pomůckou například pro řízení zdravotní politiky, nebo při vykazování péče zdravotním pojišťovnám. (ÚZIS ČR, 2023b).

MKN – 10 je v České republice užívána od roku 1994. K její poslední aktualizaci došlo v roce 2020. Celý manuál člení nemoci do následujících diagnostických kategorií, které jsou vždy označeny velkým tiskacím písmem. Pro přehlednost jsou všechny diagnostické kategorie MKN – 10 uvedeny v tabulce č. 1.

Tabulka 1: Kategorie MKN – 10

Skupina nemocí	Kód MKN - 10
Infekční a parazitární nemoci	A, B
Novotvary	C
Nemoci krve a imunity	D
Nemoci endokrinní a metabolické	E
Nemoci duševní a poruchy chování	F
Nemoci nervové soustavy	G
Nemoci oka a očních adnex, nemoci ucha	H
Nemoci oběhové soustavy	I
Nemoci dýchací soustavy	J
Nemoci trávicí soustavy	K
Nemoci kůže a podkožního vaziva	L
Nemoci svalové a kosterní soustavy	M
Nemoci močové a pohlavní soustavy	N
Těhotenství, porod, šestinedělí, perinatální stavy, vrozené vady, deformace	O, P, Q
Příznaky, znaky a nálezy nezařazené jinde	R
Poranění, otravy, následky působení vnějších příčin	S, T
Zevní příčiny nemocí a úmrtí	V, W, X, Y
Faktory ovlivňující zdravotní stav	Z
Provizorní určení pro nové diagnózy nejisté etiologie nebo nouzového použití	U

Zdroj: (ÚZIS ČR, 2023b).

Duševním onemocněním tedy připadá písmeno F a dále se člení do kategorií uvedených v tabulce č. 2:

Tabulka 2: Diagnostické kategorie nemocí duševních a poruch chování dle MKN – 10

Skupina duševních onemocnění	Kód MKN - 10
Organické duševní poruchy včetně symptomatických	F00–F09
Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek	F10–F19
Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy	F20–F29
Afektivní poruchy (poruchy nálady)	F30–F39
Neurotické, stresové a somatoformní poruchy	F40–F48
Syndromy poruch chování spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory	F50–F59
Poruchy osobnosti a chování u dospělých	F60–F69
Mentální retardace	F70–F79
Poruchy psychického vývoje	F80–F89
Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání	F90–F98
Neurčená duševní porucha	F99

Zdroj: (ÚZIS ČR, 2023b).

1.3 Pohled diagnostického a statistického manuálu (DSM – V)

Zatímco MKN zahrnuje diagnostiku zdraví celkového včetně duševního, DSM je manuál speciálně vyvinut pouze pro diagnostiku v oblasti duševního zdraví. Je užíván v zemích mimo Evropu – v Severní Americe, ve většině zemí Jižní Ameriky a na Novém Zélandu. V současné době je schválenou klasifikací 5. revize Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM – V). Autorem je Americká psychiatrická asociace (APA). DSM podobně jako MKN obsahuje popisy, symptomy a další kritéria, která napomáhají s diagnostikou. Jedná se o příručku, kterou APA vydává a aktualizuje již od roku 1952 s cílem zlepšit diagnostiku, léčbu i výzkum duševních poruch. Manuál byl vyvinut ve spolupráci více než 200 odborníků a lékařů z řad psychiatrie, psychologie, neurověd, biologie, statistiky, pediatrie, sociálních a behaviorálních věd (Orel, 2020; APA, 2022).

Aktuální revize DSM – V kromě pouhého kategorizování duševních poruch zahrnuje rovněž další aspekty, jako jsou vývojové, kulturní a genderové faktory. Duševní poruchy jsou řazeny do následujících kategorií (v závorkách jsou uvedeny pro ilustraci konkrétní příklady) (American Psychiatric Association, 2013):

- neurovývojové poruchy (např.: ADHD),
- poruchy schizofrenního spektra a jiné psychotické poruchy,
- bipolární a související poruchy,
- depresivní poruchy,
- úzkostné poruchy,
- obsedantně-kompulzivní a související poruchy,
- traumatické poruchy a poruchy spojené se stresem,
- disociativní poruchy,
- poruchy se somatickými příznaky a související poruchy,
- poruchy příjmu potravy a jídelního chování,
- eliminační poruchy (enuréza, enkopréza),
- poruchy schématu spánek-bdění,
- sexuální dysfunkce,
- genderová dysforie,
- disruptivní poruchy, poruchy ovládnání impulzů a poruchy chování,
- poruchy spojené s užíváním látek a poruchy se závislostí,
- neurokognitivní poruchy (např.: Alzheimerova choroba),
- poruchy osobnosti,
- parafilní poruchy,
- jiné duševní poruchy.

1.4 Výskyt duševního onemocnění

Tato podkapitola se zabývá problematikou prevalence duševního onemocnění, tj. četnosti výskytu těchto stavů, a to jak v České republice, tak i ve světě. Pozornost je věnována rovněž úmrtnosti. V této podkapitole budou analyzována dostupná data týkající se duševního zdraví. Rovněž jsou popsány nejčastější diagnózy. Je tak umožněno lépe porozumět aktuální situaci.

Poskytnout přesná čísla světové prevalence je obtížné, neboť údaje, které jsou v současné době k dispozici z populačních průzkumů, jsou často omezeny na několik specifických poruch duševního zdraví či pouze na konkrétní věkové skupiny (OECD/European Union, 2022). Nicméně WHO (2022a) uvádí, že duševní poruchou celosvětově trpí přibližně 970 milionů lidí. To znamená, že se s duševním onemocněním ve

svém životě potýká každý osmý člověk. Dostupná data z roku 2019 uvádějí jako nejčastější výskyt úzkostné a depresivní poruchy. Úzkostné poruchy se vyskytovaly u 301 milionů osob, včetně 58 milionů dětí a dospívajících. Depresí trpělo celkem 280 milionů lidí, včetně 23 milionů dětí a mladistvých. Tato čísla jsou však z období před vypuknutím pandemie COVID – 19. Současné odhady uvádí, že se tato čísla ještě zvýšila (WHO, 2022b).

Rozdíly výskytu duševního onemocnění mezi pohlavími se odvíjí od konkrétní diagnózy. Depresivní a úzkostné poruchy jsou až o 50 % častější u žen. U mužů je naproti tomu vyšší pravděpodobnost rozvoje závislosti. Vzhledem k tomu, že depresivní a úzkostné poruchy tvoří nejvíce případů duševních poruch, celkově tedy žije s duševní poruchou mírně více žen (13,5 %, přibližně 508 milionů žen) než mužů (12,5 %, přibližně 462 milionů mužů) ale tento rozdíl není razantní. Některé z těchto genderových rozdílů mohou být způsobeny také větším sklonem žen tyto problémy řešit (WHO, 2022b).

Odhadnout úmrtnost spojenou s duševním zdravím je velmi složité. Psychické problémy nebo sebevražda se většinou neuvádějí jako příčina smrti v úmrtních listech nebo ve statistikách úmrtnosti pro konkrétní zemi, přestože je špatné duševní zdraví častokrát důležitým faktorem. Dle odhadů Světové zdravotnické organizace umírají lidé se závažným duševním onemocněním přibližně o 10 až 20 let dříve než obecná populace (2022b).

Například kardiovaskulární onemocnění, respirační onemocnění či různé infekce jsou prokazatelně častější u osob s duševním onemocněním. V těchto případech není duševní stav samotnou příčinou úmrtí, ale je to významný rizikový faktor (WHO, 2018). Sebevražda celosvětově představuje více než 1 ze 100 úmrtí. V roce 2019 ztratilo život kvůli sebevraždě odhadem 703 000 lidí napříč věkovými skupinami, což představuje 9 případů na 100 000 obyvatel. Odhady míry sebevražd výrazně kolísají mezi jednotlivými zeměmi. Zhruba tři čtvrtiny všech sebevražd se vyskytují v zemích s nízkým a středním příjmem, kde žije většina světové populace. Nicméně nejvyšší míra sebevražd je ve vysokopříjmových zemích, a to 10,9 na 100 000 obyvatel. Tyto země však také častěji disponují kvalitnějšími údaji z evidence úmrtí. Z dostupných dat tedy jednoznačně vyplývá, že se jedná o závažný globální problém (WHO, 2021).

Prevalence duševních onemocnění ve státech Evropské unie činí okolo 84 milionů osob. Nejčastější diagnózou jsou, stejně jako celosvětově, úzkostné poruchy (5,4 % populace). Následují depresivní poruchy, které postihují přibližně 4,5 % obyvatel. Odhaduje se že přibližně 11 milionů jedinců ze zemí EU trpí závislostí na drogách či alkoholu (2,4 %).

Bipolární porucha, ovlivňuje téměř 5 milionů lidí, což představuje 1,0 % populace. Schizofrenní poruchy postihují dalších přibližně 1,5 milionu jedinců, což odpovídá 0,3 %. Podle zemí je výskyt duševního onemocnění nejvyšší ve Finsku, Nizozemsku, Francii a Finsku (s mírou 18,5 % nebo více populace s alespoň jednou poruchou). Nejnižší naopak v Rumunsku, Bulharsku a Polsku (s mírou méně než 15 % populace). Některé z těchto rozdílů mezi jednotlivými zeměmi mohou být způsobeny tím, že lidé, kteří žijí v zemích, kde je vyšší povědomí o duševním zdraví a menší stigmatizace ohledně duševních onemocnění, a také kde je větší dostupnost služeb péče, mohou mít větší šanci na to, že budou diagnostikováni nebo že sami o sobě více otevřeně prozradí své psychické problémy. V mnoha zemích stále existuje silné stigma spojené s různými duševními obtížemi, a v některých zemích se toto stigma prolíná s rozšířeným přesvědčením, že je jednoduše lepší ignorovat duševní choroby. Problematice stigmatizace a důvodům malé informovanosti se věnuje kapitola 7 (Munizza et al., 2013; OECD/European Union, 2022).

Co se týká situace v České republice, nejnovější dohledatelná data z roku 2021 uvádí, že se v daném roce léčilo s duševní poruchou 756 115 jedinců. Prevalence zjištěných duševních onemocnění se počítá jako počet pacientů s onemocněním evidovaných v Národním registru hrazených zdravotních služeb (NRHZS) za konkrétní rok. Nejčastější jsou vybrané poruchy nálady – F30 - 39 (35,6 % z celkového počtu), z nichž je nejvíce diagnostikována deprese, depresivní epizody a dystymie či smíšená úzkostně depresivní porucha. Na druhém místě jsou vybrané neurotické, stresové a somatoformní poruchy (F40 - 48), tvoří 15,6 % všech diagnóz. Až 12, 2 % udělených diagnóz představují závažná duševní onemocnění, mezi která jsou řazena následující onemocnění: F20-F29 – Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy, F31 – bipolární afektivní porucha, těžké depresivní fáze a F42 – obsedantně kompulzivní porucha (ÚZIS ČR, 2021).

Výskyt všech duševních onemocnění narůstá. Průměrný meziroční nárůst, při srovnání dat z roku 2010 s daty z roku 2021, sahá téměř ke 2 %. Nejrychleji v české populaci narůstá prevalence demencí (od roku 2010 do roku 2021 nárůst o 72 %), nejpatrnější vzrůstající trend je u Alzheimerovy nemoci. Současně narůstá i počet závažných duševních onemocnění (16,6 % za posledních 10 let) (Melicharová et al., 2021).

1.4.1 Nejčastější duševní onemocnění

Výše byly uvedeny nejčastější diagnózy duševních poruch v České republice – vybrané poruchy nálady, z nichž je nejvíce diagnostikována deprese, dystymie či smíšená

úzkostně depresivní porucha a vybrané neurotické, stresové a somatoformní poruchy. Tato podkapitola se bude věnovat jejich definici, popisu příznaků a diagnostickým kritériím. Cílem podkapitoly není podat vyčerpávající informace o uvedených onemocněních, ale poskytnout základní povědomí a orientaci.

Poruchy nálady (F30 – 39) neovlivňují pouze náladu, ale zasahují do všech oblastí jedincova života (Orel, 2020). Dle MKN – 10 do této skupiny řadíme dílčí diagnostické jednotky uvedené v tabulce 3:

Tabulka 3: Poruchy nálady

Poruchy nálady	Kód MKN - 10
Manická fáze/epizoda	F30
Bipolární afektivní porucha	F31
Depresivní fáze/epizoda	F32
Periodická (rekurentní) depresivní porucha	F33
Trvalé (perzistentní) poruchy nálady	F34
Jiné afektivní poruchy (poruchy nálady)	F38
Neurčená afektivní porucha (porucha nálady)	F39

Zdroj: (ÚZIS ČR, 2023b).

Charakteristickým znakem **deprese (depresivní epizody – F32)** je depresivní nálada, pro kterou je typický smutek, ztráta zájmů či potěšení po dobu minimálně 2 týdnů. Mezi diagnostická kritéria patří depresivní nálada, která je pro daného jedince nenormální, neschopnost prožívat příjemné, pokles energie a únava. Dále jsou přítomny příznaky jako poruchy spánku, změna chuti k jídlu, ztráta sebedůvěry, výčitky a vyskytují se rovněž myšlenky na sebevraždu (Raboch & Pavlovský, 2013).

Deprese může mít různé formy. Mezinárodní klasifikace nemocí dělí depresi podle závažnosti na lehkou, středně těžkou a těžkou. Toto dělení vychází z počtu příznaků, které u pacienta lze pozorovat (ÚZIS ČR, 2023b). Délka trvání tohoto onemocnění může být různá, v řádu týdnů a měsíců. U některých osob je možné pozorovat jedinou depresivní epizodu, která se po odeznění příznaků již nemusí vracet. Často se však po nějaké době, měsících i letech, vrací. Poté se jedná o **Periodickou (rekurentní) depresivní poruchu (F33)**. Zmiňovaná **dystymie** spadá do skupiny **perzistentních (trvalých) poruch nálady (F34)**. Zde je typická dlouhodobost potíží, které lze pozorovat již od útlého věku či

adolescence. Diagnostickým kritériem je délka trvání déle než dva roky. Dystymie se vyznačuje vleklým subdepresivním laděním (Orel, 2020).

Do skupiny **neurotických, stresových a somatoformních poruch (F40 - 48)** spadají dle MKN – 10 kategorie pro přehlednost uvedené v tabulce č. 4:

Tabulka 4: *Neurotické, stresové a somatoformní poruchy*

Poruchy neurotického okruhu	Kód MKN - 10
Fobické úzkostné poruchy	F40
Jiné anxiózní poruchy	F41
Obsedantně nutkavá porucha	F42
Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení	F43
Disociativní (konverzní) poruchy	F44
Somatoformní poruchy	F45
Jiné neurotické poruchy	F48

Zdroj: (ÚZIS ČR, 2023b).

Přestože se jedná o poměrně širokou a různorodou skupinu onemocnění, hlavním společným příznakem je především **úzkost a tělesné projevy**. Úzkost je definována jako subjektivně nepříjemný pocit vnitřní tenze, ohrožení a obav bez skutečného nebezpečí. Poruchovou se úzkost stává tehdy, je-li její intenzita natolik výrazná, že je jedincem špatně snášena a narušuje běžné denní fungování (Dušek & Večeřová – Procházková, 2010).

Příčiny vzniku jsou velmi komplexní. U některých jedinců může být hlavním faktorem rozvoje vrozená dispozice, u jiných zátěžová situace a okolnosti, či vliv výchovy, učení a imitace. Biologické příčiny zahrnují nadměrnou aktivaci sympatické části autonomního nervového systému (podmiňuje stresovou reakci) či pokles hladiny kyseliny gama – aminomáselné (hlavní tlumivý mediátor mozku). Prokázáno je i zvýšené uvolňování katecholaminů (adrenalinu a noradrenalinu) (Orel, 2020).

2 MOŽNOSTI PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ

V dnešní rychle se rozvíjející společnosti je péče o duševní zdraví bezpochyby stále naléhavějším tématem. Následující podkapitoly se budou věnovat shrnutí systému péče o duševní zdraví v České republice, včetně představení jednotlivých angažovaných odborníků a jejich vzdělání.

2.1 Psychiatrická péče

Povolání psychiatra představuje zásadní pilíř moderního zdravotnictví, neboť se zabývá diagnostikou, léčbou a péčí o duševní zdraví jednotlivců. Podkapitola se zaměřuje na popis systému psychiatrické péče, který zahrnuje diagnostiku, léčbu, prevenci a rehabilitaci pro osoby trpící různými duševními poruchami.

2.1.1 Historický vývoj psychiatrie

Termín **psychiatrie**, jako název lékařské vědy, byl poprvé použit německým lékařem Johannem Christianem Reilem v roce 1808 a v doslovném překladu znamená **léčení duše** (Hosák & Hrdlička, 2015). Psychické nemoci jsou od nepaměti součástí lidské společnosti. Ne vždy však bylo k duševně nemocným patřičně přistupováno. Vysvětlení možných příčin duševních poruch a přístup k nim byl nezdědka zakládán na zcela neadekvátních a mylných základech. Ve středověku například byly psychické nemoci považovány za výplod ďábla a přístup k nemocným tomu také odpovídal. Lidé s duševním onemocněním byli častokrát vězněni, mučeni, izolováni či dokonce upalováni pro nařčení z čarodějnictví (Radimský, 1997).

Historický vývoj psychiatrie by se dle Orla (2020) dal shrnout do **čtyř významných mezníků**. **Prvním z těchto mezníků** je vyřčení myšlenky, že duševní nemoci mají své medicínské příčiny. S touto myšlenkou přišel profesor lékařské fakulty v Kolíně nad Rýnem Johannes Weyer již v 16. století (Raboch & Pavlovský, 2013).

Jako přelom a zároveň **druhý mezník** psychiatrické péče by se dalo označit období Francouzské revoluce. Významné je jméno francouzského lékaře Philipa Pinela (1745–1826). Pinel se domníval, že hlavním zdrojem násilí a neklidu mohou být právě ona omezení, pouta a nesvoboda duševně nemocných lidí, kteří do té doby byli běžně vězněni a omezováni

pomocí okovů či řetězů. Ve zkratce lze říci, že Pinel „zbavil duševně nemocné pout“. Tento čin bývá označován jako revoluce z toho důvodu, že cesta moderní psychiatrie k účinné léčbě začíná právě odstraněním nesvobody duševně nemocných. Mimo jiné Pinel zavádí léčebný režim či léčbu prací (Radimský, 1997; Hosák & Hrdlička, 2015).

Třetí mezník přináší práce Sigmunda Freuda (1856–1939). Freud se zabýval nevědomými procesy, obrannými mechanismy a možnými příčinami duševních poruch a je považován za zakladatele psychoanalýzy. Freud ovlivnil pochopení, diagnostiku, klasifikaci i léčbu duševních nemocí a **rozvoj psychoterapie**. Měl vliv především na americkou psychiatrii (Raboch & Pavlovský, 2013). Dalším průkopníkem moderní psychiatrie byl například **Emil Kraepelin** (1856–1926), který byl příznivcem názoru, že psychická onemocnění mají biologickou příčinu, což by se v té době dalo považovat za značně průkopnické. Kraepelin přišel rovněž s první klasifikací duševních poruch. Z jeho prací dokonce čerpají i současné diagnostické manuály (Bar & Ebert, 2010).

Čtvrtou a velice důležitou **revoluci** představuje objev a zavedení **psychofarmak** v 50. letech 20. století. Jako první psychofarmakum byl v roce 1952 syntetizován chlorpromazin. Do praxe byl zaveden v roce 1956. Tento lék byl původně vyvinut jako antihistaminikum. Užíval se při léčbě bludů a halucinací u schizofrenie a dalších psychotických onemocnění. Tímto bodem začíná rozvoj užívání farmak v péči o duševní zdraví (Hosák & Hrdlička, 2015). Ve 21. století je již psychiatrie považována za moderní medicínský obor. Při léčbě duševně nemocných je využíváno jak účinnosti léků, tak nezastupitelné role psychoterapie (Praško, 2003).

2.1.2 Organizační struktura psychiatrické péče

Psychiatr je absolventem nejméně šestiletého prezenčního studia lékařské fakulty (se získaným titulem MUDr.), který složil atestační zkoušku z psychiatrie. Celková doba specializačního vzdělávání před složením atestační zkoušky je minimálně 5 let, během kterých absolvuje povinné praxe. Psychiatr nahlíží zejména na **biologické souvislosti** duševních poruch z **lékařského hlediska**. V léčbě duševních poruch je tedy oprávněn využívat biologických prostředků v podobě **psychofarmak**. Bylo by však značně zjednodušující obor psychiatrie popisovat pouze tímto způsobem, lze jej totiž označit za **komplexní** či celostní obor, protože propojuje péči nejen somatickou a farmakologickou, nýbrž v celkovém obrazu zahrnuje i sociální, psychoterapeutickou a soudní problematiku (Motlová et al., 2021; MZ ČR, 2011).

Strukturu zdravotnických institucí v České republice utváří Ministerstvo zdravotnictví a podílejí se na ní i zdravotní pojišťovny. Psychiatrická zařízení jsou zřizována buď jako samostatná pracoviště, nebo mohou být součástí většího zdravotnického zařízení. V České republice rozlišujeme **tři formy psychiatrické péče**, a to konkrétně:

- ambulantní péči,
- lůžkovou péči,
- komunitní péči.

Nejvíce je u nás rozvinuta ambulantní péče a lůžková psychiatrická zařízení. **Spolupráce** mezi všemi složkami péče je však pro zajištění co největší efektivity bezesporu nutná (Hosák & Hrdlička, 2015).

Služby **ambulantní péče** poskytují **psychiatrické ambulance**. Návštěva této ambulance často představuje pro většinu klientů vstupní bod, který dále ovlivňuje navazující služby v procesu péče o duševní zdraví. Celá řada psychických stavů a poruch se však dokáže obejít bez nutnosti hospitalizace. Pacienti dochází na pravidelné kontroly stavu a pro sledování případných komplikací či úpravu medikace k psychiatrovi, který v takové ambulanci pracuje. Ideálně by pacienti měli mít možnost navštěvovat psychiatra v blízkosti místa jejich bydliště. Měly by být umožněny častější kontroly v případě nutnosti (např. při zhoršení stavu), aniž by pacient musel být nutně hospitalizován (Orel, 2020).

Pokud se ambulantní péče zdá v péči o pacienta jako nedostačující, může ambulantní psychiatr indikovat léčbu v **lůžkovém zařízení**. Taková péče je dostupná prostřednictvím **psychiatrických oddělení nemocnic, psychiatrických klinik fakultních nemocnic či psychiatrických nemocnic** (do roku 2013 byly označovány jako psychiatrické léčebny). V psychiatrických nemocnicích jsou psychiatrická oddělení s různou specializací – některá se zaměřují na dětskou populaci, jiná na dospělé pacienty. Oddělení pracující se seniory se nazývají gerontopsychiatrická. Oddělení jsou dále specializovaná podle druhu a naléhavosti obtíží, např.: akutní, psychoterapeutické, neurotické, psychotické, oddělení závislostí a další. (Hosák & Hrdlička, 2015).

Hospitalizace může být **dobrovolná**, v indikovaných případech, ohrožuje-li pacient sebe nebo okolí, může být hospitalizován i **nedobrovolně**. Rozhodnutí o nedobrovolné hospitalizaci může lékař na svou zodpovědnost učinit na základě bezprostředního a osobního posouzení stavu pacienta. Toto rozhodnutí by mělo být pečlivě písemně odůvodněno. Přípustnost nedobrovolné hospitalizace projednává soud (Švarc, 2008).

Rozlišují se **uzavřená psychiatrická oddělení**, kde mají pacienti omezen volný odchod. To je nezbytné z důvodu ochrany jak pacientů, tak okolí. Děje se tak v případech, kdy jsou jedinci dezorientovaní, mají narušen kontakt s realitou či jsou nebezpeční sobě nebo okolí. V závislosti na stavu jsou však stále oprávněni přijímat návštěvy či chodit na vycházky s doprovodem. Na **otevřených odděleních** probíhá hospitalizace pacientů, jejichž stav není na tolik akutní, že by vyžadoval neustálou kontrolu (Orel, 2020).

Komunitní péče, jinak také péče intermediární či komplementární, je v České republice rozvíjena od druhé poloviny 20. století. Komunitní péče bývá zřizována prostřednictvím sociálních služeb (Marková et al., 2005). Mimo to je rozvoj této formy péče součástí reformy psychiatrické péče, která na našem území probíhá od roku 2013. Psychiatrické reformě se dále věnuje podkapitola 2.1.4 (Dudová, 2018).

Cílem komunitní péče je pomoci lidem s duševním onemocněním žít co nejvíce v podmínkách běžného života tak, aby mohly být co nejvíce uspokojeny jejich zdravotní, psychologické i sociální potřeby. Intermediární forma péče je poskytována prostřednictvím denních stacionářů, které zajišťují denní program pro klienty. Zřizována jsou krizová psychiatrická centra, jež poskytují například neodkladnou psychiatrickou péči formou krizové intervence či trvalou možnost telefonického kontaktu. Jsou pro klienty dostupná často i 24 hodin denně jako zařízení prvního kontaktu. Součástí krizových center bývá i lůžková část, která poskytuje krátkodobou hospitalizaci (v řádu několika dnů) (Marková et al., 2005; Pěč, 2017). Dále se sem řadí chráněné dílny, chráněná pracoviště či pracovní tréninková centra, jež umožňují zapojení klientů do pracovní činnosti a pravidelný denní režim, sociální kontakty a rozvoj pracovních dovedností, chráněné bydlení, domovy se zvláštním režimem, terapeutické kluby, svépomocné skupiny (rovněž pro rodinné příslušníky) a další (Orel, 2020).

Dnešní systém psychiatrické péče nese značná pozitiva (např.: vyšší dostupnost psychofarmak či zlepšující se odbornost psychiatrů a dalších angažovaných odborníků). Alarmující je však nedostatek psychiatrů a s tím se pojící dostupnost. Dostupnosti péče o duševní zdraví se v této práci věnuje samostatná kapitola. Obor psychiatrie je v České republice oproti jiným medicínským oborům, ale i ve srovnání s jinými státy EU, rovněž nedostatečně finančně zajištěn (Ondráčková, 2017).

2.1.3 Léčebné prostředky psychiatrie

Stanoviska a postupy léčby duševních poruch zpracovává **Psychiatrická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP)** za pomoci předních odborníků z řad psychiatrů, ale i psychologů a psychoterapeutů. Tyto postupy odpovídají současným světovým standardům a jsou v souladu s lékařskou etikou (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2023). Psychiatrie, oproti jiným medicínským oborům, již od svého vzniku, bojuje se značnou stigmatizací. Z tohoto důvodu se snaží o vyváženější vztah lékaře a pacienta, kdy je pacient seznámen s výhodami léčby a je pro ni motivován. Lékař při tom vychází z **medicíny založené na důkazech** (evidence – based přístup) (Drozdová, 2022).

Důležitou součástí psychiatrické léčby představuje **užití psychofarmak**. Psychofarmaka je souhrnný název pro léky užívající se pro léčbu různých duševních stavů a poruch. Do skupiny těchto léčiv patří **antidepresiva, antipsychotika, anxiolytika, thymopropylaktika, hypnotika, neuroprotektiva, kognitiva** a další (Dušek & Večeřová – Procházková, 2010).

Léčba v psychiatrii by měla být **ideálně komplexní** a zahrnovat také správnou **edukaci** pacientů, včetně jejich blízkých či ošetřujících osob. Měly by být poskytnuty informace o onemocnění a stanovené diagnóze, možnostech léčby, ale i možných nežádoucích účincích léků. Tímto způsobem lze podporovat informovanost a spolupráci pacientů a jejich blízkých, což přispívá k celkové efektivitě psychiatrické péče (Ewertzon et al., 2010; McCabe et al., 2013).

2.1.4 Reforma psychiatrické péče

V říjnu 2013 byl **Ministerstvem zdravotnictví** vydán dokument s názvem **Strategie reformy psychiatrické péče**. Tato reforma vznikla jako reakce na zastaralý systém péče o duševně nemocné, sníženou dostupnost péče a její institucionalizaci. Na Strategii reformy psychiatrické péče navazuje **Národní akční plán pro duševní zdraví do roku 2030**, který strategii rozpracovává do konkrétních cílů. Záměrem je snaha o naplňování lidských práv osob s duševním onemocněním a zvýšit kvalitu jejich života. Reforma si klade za cíl restrukturalizovat složky psychiatrické péče a podporovat rozvoj nových služeb. Dosáhnout těchto cílů by se mělo posílením ambulantní a komplementární péče, a zároveň vytvořením **podpůrné multidisciplinární funkční sítě**, která propojuje psychiatrickou, psychologickou a sociální péči. Reforma se dále snaží o větší dostupnost péče v terénu, to znamená například

v místě bydliště klienta a v komunitě, kde daný jedinec žije. Tyto změny by měly umožnit omezení počtu lůžek následné péče v psychiatrických nemocnicích a tím rovněž snížit finanční náklady s tím spojené (MZ ČR, 2013).

Centra duševního zdraví

S reformou péče o duševní zdraví souvisí rozvoj **Center duševního zdraví (CDZ)**. Systém psychiatrické péče, převážně lůžkových zařízení, je v České republice dlouhodobě přetížen. Častokrát jsou totiž hospitalizováni pacienti, kteří sice potřebují psychologickou i psychiatrickou péči, ale jejich stav si dlouhodobou hospitalizaci nevyžaduje. To je jeden z důvodů vzniku CDZ, aby těmto klientům umožnila psychiatrickou i psychologickou péči a zároveň dlouhodobou podporu v podobě sociálního poradenství, či pomoci při hledání zaměstnání. CDZ fungují spádově podle místa bydliště a jsou zřizována Ministerstvem zdravotnictví. Tým CDZ je multidisciplinární, tvoří ho sociální pracovníci, zdravotní sestry, psychologové, lékaři ale také peer konzultanti. Díky tomuto multidisciplinárnímu přístupu stojí Centra duševního zdraví na pomezí zdravotnických a sociálních zařízení (MZ ČR, 2020).

2.2 Psychologická péče

Podkapitola se detailněji zaměřuje na jednotlivé aspekty psychologické péče, aby čtenář měl komplexní přehled o potřebném vzdělání psychologů a jejich roli, klinické psychologii, psychologickém poradenství a psychoterapii. Budou zde stručně vymezeny ty obory psychologie, jež jsou pokládány za důležité v celkovém kontextu práce.

Psycholog je absolventem minimálně pětiletého akreditovaného studijního programu v oboru psychologie (tříletého bakalářského a dvouletého navazujícího magisterského studia). V České republice tedy s titulem Mgr., případně PhDr. před jménem (Orel, 2020). Je to kvalifikovaný odborník, který se profesně psychologii věnuje (Kraus, 2005).

Možnosti uplatnění psychologa jsou poměrně široké, může se věnovat personalistice, koučování, dopravní psychologii, psychologickému poradenství, terapii, vědě a výzkumu. Dále může pracovat v oblasti ozbrojených složek, zabývat se soudně znaleckou činností, působit ve školství (jako školní psycholog či v pedagogicko – psychologických poradnách) anebo pracovat ve zdravotnictví jako klinický psycholog. Přestože je psycholog pomáhající profesí, v každém z oborů se náplň jeho práce může do značné míry odlišovat (Vymětal, 2010).

Poradenský psycholog působí v psychologických poradnách. Činnost poraden je legislativně zakotvena v zákoně 108/2006 Sb., o sociálních službách. Odbornost poradenství je dále vymezena vyhláškou č. 505/2006 Sb., která přináší dělení na **základní a odborné sociální poradenství**. **Základní poradenství** se zabývá poskytováním informací při řešení nepříznivých sociálních situacích, kdy klientům nabízí možnosti výběru sociálních služeb a forem pomoci. **Odborné sociální poradenství** je zaměřeno na potřeby jednotlivých skupin osob. V sociálních službách se s poradenským psychologem lze setkat v **rámci individuálního, skupinového, párového nebo rodinného poradenství**. Tyto psychology potom sdružuje **Asociace manželských a rodinných poradců ČR, z.s.** (dále AMRP), která poskytuje postgraduální vzdělávání a zajišťuje udržování a zvyšování profesních kompetencí. Asociace má rovněž svůj etický kodex, ze kterého při své práci poradenští psychologové vychází (AMRP, 2021).

Poradce využívá psychologické poznatky při práci s **problémy v mezilidských vztazích**, a to konkrétně vztazích rodinných, manželských a obecně mezilidských. Služby, které poradenský psycholog poskytuje zahrnují dle výčtu AMRP (n. d.):

- poradenská pomoc jednotlivcům, párům, manželům a rodinám,
- rozvodové poradenství a porozvodové vedení (především v zájmu nezletilých dětí),
- psychologická pomoc osobám osamělým,
- předmanželské poradenství,
- psychologická pomoc občanům v životních krizích,
- osvětová, výchovná, vzdělávací a publikační činnost,
- psychologická pomoc rodinám i jednotlivcům zasaženým nezaměstnaností,
- psychologická pomoc rodinám s fyzicky, sociálně či jinak handicapovaným člověkem.

Častokrát se lze setkat s **nejasnostmi** mezi povoláním **psychiatra** a **klinického psychologa**. Psycholog ve své práci pracuje s psychodiagnostickými metodami a užívá psychologických prostředků, tudíž nepředepisuje léky. Klinický psycholog je jedno z mála povolání v rámci psychologie, které je vymezeno v zákonech ČR. Zároveň je to jediná psychologická profese se státem zaručenou kvalitou vzdělávání. Tato garance není u žádné jiné psychologické profese. **Klinický psycholog** je odborníkem na duševní nemoci a duševní

zdraví, je podrobně vzdělán v psychologii osobnosti, vývojové psychologii, psychologii zdraví a nemoci (Lečbych, 2015).

U nelékařských povolání ve zdravotnictví je nezbytné dle zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních absolvovat **akreditovaný kvalifikační kurz** pro získání odborné způsobilosti k výkonu povolání ve zdravotnictví. Absolvent tohoto kurzu je definován jako **psycholog ve zdravotnictví**. V ČR je tento kurz mimo samotné vysokoškolské vzdělání a účast na něm je zpoplatněna. Splnění tohoto kurzu je, kromě absolvovaného magisterského studia, jednou z podmínek zařazení do **specializačního vzdělávání v klinické psychologii** (MZ ČR, 2023; NSP, 2023). **Klinickým psychologem** se poté psycholog stává úspěšným složením **atestační zkoušky**. Ta završuje **pětileté specializační vzdělávání** organizované Institutem postgraduálního vzdělávání zdravotníků (IPVZ) (MZ ČR, 2010).

Status klinického psychologa umožňuje vykonání druhé atestační zkoušky z **psychoterapie**. Ta je podmíněna minimálně pětiletým psychoterapeutickým výcvikem, který je akreditovaný pro oblast zdravotnictví (Lečbych, 2015). Katedra klinické psychologie IPVZ dále organizuje pro absolventy atestační zkoušky z klinické psychologie specializační vzdělávání v oboru dětské klinické psychologie. **Dětský klinický psycholog** je oprávněn poskytovat specializovanou psychologickou péči dětem všech věkových kategorií ve všech typech zdravotnických zařízení, ve státním i nestátním sektoru. Celková doba této atestační přípravy činí minimálně 24 měsíců (IPVZ, 2010).

Pozice klinického psychologa je legislativně upravena dle § 122 vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Dále je klinický psycholog oprávněn k provádění činností zdravotnického pracovníka v souladu s § 3, odst. 1, 2 a § 22 zákona č. 96/2004 Sb. **Náplň práce klinického psychologa** tedy podle příslušných zákonů může tvořit:

- klinicko-psychologická diagnostika,
- podpůrná psychoterapie a socioterapie,
- neodkladná péče v případě akutních psychických krizí a traumat,
- rehabilitace, reedukace a resocializace psychických funkcí,
- školení zdravotnických pracovníků v oblasti psychologie zdraví a nemoci,
- psychologická prevence, výchova a poradenství ke zdravému způsobu života,

- v rozsahu své odborné způsobilosti prevence psychologických problémů zdravotnických pracovníků,
- poradenská činnost v oblasti péče o psychický stav tělesně i duševně nemocných pacientů, včetně paliativní péče o nevléčitelně nemocné a přípravy na lékařské zákroky,
- odborná konziliární, posudkovou a dispenzární činnost (MZ ČR, 2010; IPVZ, n.d.).

Klinické psychology sdružuje **Asociace klinických psychologů České republiky** (AKP ČR). Jedná se o samosprávnou, profesní, odbornou organizaci. Zabývá se etickými otázkami souvisejícími s výkonem profese a spravuje agendu celoživotního vzdělávání klinických psychologů. Členství v asociaci je však dobrovolné, což může být problematické (AKP ČR, 2022).

2.3 Psychoterapie

Česká asociace pro psychoterapii (2017) definuje **psychoterapii** jako záměrné a cílené používání psychoterapeutických prostředků kvalifikovaným odborníkem (psychoterapeutem) v souladu s vědeckými poznatky. Je to léčebné působení na nemoc či poruchu psychologickými prostředky s cílem zmírnit jedincovy problémy a usnadnit jeho efektivní fungování ve společnosti. Základním nástrojem psychoterapie je **rozhovor**. V průběhu psychoterapie dochází ke změnám v prožívání a chování. V různých směrech psychoterapie je užíváno různých psychoterapeutických technik a metod. Společný důležitý prvek je však **psychoterapeutický vztah** klienta a terapeuta a klientovo **pozitivní očekávání**. Psychoterapie hraje roli při prevenci, léčbě i rehabilitaci zdravotních poruch. Přínosná je však i pro osoby, které touží samy sobě lépe porozumět a uspořádat si svůj život (Vymětal, 2010; Kratochvíl, 2017).

Psychoterapii v jasném **zákonném rámci** může dle České psychoterapeutické společnosti (ČtPS) poskytovat pouze **klinický psycholog** či **psychiatr** s kvalifikací v systematické psychoterapii garantovanou Ministerstvem zdravotnictví ČR (čili s akreditovaným psychoterapeutickým výcvikem a atestací v psychoterapii) (ČPtS, 2022). Psychoterapie je však klientům poskytována napříč různými resorty (ve zdravotnictví, školství, v sociálních službách, adiktologických službách i živnostenských praxích). Mimo resort zdravotnictví nicméně není poskytování psychoterapie legislativně zakotveno a

v České republice je v současné době praktikování psychoterapie poněkud nepřehledné (Břečka & Fiala, 2021).

Vzhledem **k absenci společné právní úpravy**, která by upravovala základní standardy poskytování psychologických a psychoterapeutických služeb, neexistuje rovněž žádná zastřešující organizace, která by dohlížela na kvalitu poskytovaných služeb a zastávala zájmy jak profesionálů, tak jejich klientů. To může rovněž dávat prostor různým samozvaným odborníkům bez potřebného vzdělání, jejichž působení může být do jisté míry problematické. Aktuální stav dále může komplikovat orientaci klientů v psychologických a psychoterapeutických službách, a tím zvyšovat riziko využívání nekvalitních služeb. Velice limitovaná je i postižitelnost poskytovatelů služeb a omezené možnosti pomoci. To vše vede především k nízké ochraně klientů a zvýšenému riziku jejich poškození (ČAP, 2022).

Tento problém se snaží řešit například zmiňovaná Česká asociace pro psychoterapii (ČAP) a Unie psychologických asociací (UPA ČR). Společně přichází s návrhem nového zákona o psychologických a psychoterapeutických službách se snahou o vyšší přehlednost a dostupnost péče (ČAP & UPA ČR, 2023).

Česká psychoterapeutická společnost (ČPtS) přinesla rozdělení psychoterapie dle kvalifikace psychoterapeuta na tři stupně (Kratochvíl, 2017):

- 1. Psychoterapie podpurná** – vykazovat ji může psycholog a každý lékař.
- 2. Psychoterapie odborná** – **vykazovat** ji může psycholog se závěrečnou zkouškou z postgraduální specializační průpravy pro práci ve zdravotnictví, psychiatr s atestací z psychiatrie a lékař pracující v jiném oboru se speciální zkouškou v akreditovaném vzdělávacím zařízení.
- 3. Psychoterapie systematická** – **požaduje** jak speciální vzdělávání, tak i výcvik a supervizi, u které je stanoven počet hodin a vykonání kvalifikační zkoušky u komise.

Existuje několik základních **psychoterapeutických směrů**, které se mezi sebou liší svými technikami, délkou trvání terapie, časové perspektivy, na kterou se zaměřují (minulost vs. přítomnost), zda pracují s kognicí, emocemi či chováním. Dále například podle toho, zda se zaměřují více na symptomatické působení nebo pátrají po původu problémů více do hloubky. Každý ze směrů má svá vlastní teoretická východiska (Kratochvíl, 2017).

Rozlišujeme **psychodynamickou psychoterapii**, která je řazena mezi směry tradiční a vychází z psychoanalýzy Sigmunda Freuda. Hlavním znakem hlubinných směrů je uznání

předpokladu, že psychické obsahy, motivace, reakce i vztahy jsou ovlivňovány nejen vědomou ale i **nevědomou částí osobnosti**. Terapie zde spočívá v postupném odkrývání nevědomého psychického obsahu. Jedná se o dlouhodobý psychoterapeutický proces, který se snaží pracovat na příčinách klientových problémů (McWilliams, N., 2022).

Kognitivně – behaviorální terapie (KBT) je naopak zaměřena na přítomnost, bývá krátkodobá a časově ohraničená. Tato terapie klade důraz na proces učení a jeho léčebné využití. Například osoby trpící depresí mají, dle poznatků KBT, vytvořené chybné schéma, podle kterého si vše, co se kolem nich děje, vysvětlují ve svůj neprospěch. KBT pracuje na přeučení nezdravých myšlenkových schémat, což se následně odráží pozitivní změnou v jedincově chování a prožívání. Ale také naopak vychází z předpokladu, že ke změně myšlení lze dojít změnou chování. Tato terapie se využívá zejména při léčbě úzkostných poruch, fobií a depresivních poruch. Od klienta je očekáván aktivní přístup a spolupráce. Konečným cílem je dosáhnout samostatnosti klienta (Leichsenring, Hiller, Weissberg, & Leibing, 2006; Kratochvíl, 2017).

Humanistická psychoterapie se zaměřuje sebeuskutečňování a realizaci vlastního potenciálu. Psychoterapeut provází klienta na cestě k osobnostnímu růstu. K humanistické psychoterapii se řadí gestalt terapie, na osobu zaměřený přístup či existenciální přístupy (Vymětal, 2010).

Výše uvedené je dělení psychoterapie podle **základních směrů** (Kratochvíl, 2017). Psychoterapeutických přístupů však existuje celá řada. Dále se rozlišují například přístupy zaměřené na tělo, systémové, systemické a komunikační pojetí či integrativní a eklektický přístup, kde dochází ke kombinaci myšlenek a technik z různých psychoterapeutických škol (Vybíral & Roubal, 2010).

2.4 Sociální služby

Další resort péče o duševní zdraví tvoří **sociální služby**. Sociální služby mohou být poskytovány formou ambulantních, terénních i pobytových služeb. Sociální služby mohou být považovány za určitý doplněk psychologické a psychiatrické péče. Zároveň jsou důležitým prvkem v návazné péči o jedince s duševním onemocněním a dotváří komplexitu péče. Pro komplexní péči je totiž potřeba multidisciplinární přístup (Dudová, 2018). O jeho rozvoj se zasazuje rovněž **Reforma psychiatrické péče**, o které pojednává

kapitola 2.1.4. Činnost sociálních služeb se řídí **zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách**. Tyto služby se dle příslušného zákona dělí následovně:

- sociální poradenství (základní a odborné),
- sociální péče,
- sociální prevence.

Využití sociálních služeb je nedílnou součástí komplementární péče v psychiatrii (více v kapitole 2.1.2).

Odborníkem v sociálních službách je **sociální pracovník**, který splňuje předpoklady definované dle **zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách**. Jedním z těchto předpokladů je **odborné vzdělání sociálního směru**. Zákon ukládá, že sociální pracovník musí být absolventem vyššího odborného vzdělání (v oborech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost) nebo ukončené vysokoškolské vzdělání (v bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku, akreditovaném podle zvláštního právního předpisu). Případně, pokud se jedná o absolventa jiného vysokoškolského oboru, může se stát sociálním pracovníkem po absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů v celkovém rozsahu 200 hodin a mít za sebou nejméně 5 let praxe v sociálních službách. Vzdělávací kurzy a programy jsou akreditovány Ministerstvem práce a sociálních věcí.

Náplň práce potom vychází z práv a povinností definovaných právním systémem, zaměstnavatelem a profesními standardy. Sociální pracovníci mohou poskytovat jak krátkodobou, tak dlouhodobější pomoc. Klientům poskytují například sociálně – právní poradenství, podporu či pomoc s rozvojem klíčových kompetencí. Dále komunikují s úřady nebo mohou klientům zprostředkovávat kontakty na další instituce a odborníky (Burianová, n.d.)

2.5 Povinná mlčenlivost a oznamovací povinnost

Povinnost mlčenlivosti je státem uložená a představuje uplatnění ústavního principu ochrany soukromí. Na zákonné úrovni je upravena **zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů**. **Kliničtí psychologové** jsou vázáni stejnou mlčenlivostí jako lékaři vyplývající ze **zákona o zdravotních službách**. **Poradenští psychologové** či **sociální**

pracovníci vycházejí ze **zákona o sociálních službách**. Odborníkům v péči o duševní zdraví je přikládána rovněž etickými kodexy příslušných profesních spolků a asociací.

Oznamovací povinnost znamená existenci natolik závažných situací, při kterých právní řád zbavuje odborníky mlčenlivosti. Mlčenlivosti se nelze dovolávat v případě povinnosti oznámit či překazit trestný čin. **Při nenaplnění oznamovací povinnosti** hrozí dle právního řádu **sankce** (Šámal, 2012).

2.6 Koučink

Hartl (2004) definuje **koučink** jako metodu práce s lidmi, která je založena na myšlence, že dospělý **člověk se nejlépe učí praxí a vlastními zkušenostmi**. Jedná se o nedirektivní způsob řízení lidí, kdy se usiluje o jeho **růst v profesním i osobním životě**. Dle Horské (2009) kouč tedy primárně necílí na péči o osoby s duševním onemocněním. Kouč napomáhá dosahovat klientových vytyčených cílů pomocí koučovacích metod, které napomáhají maximalizovat klientův potenciál. Koučovací styly buď přímo či nepřímo vychází z psychoterapeutických směrů.

V České republice se koučem může stát ten, kdo absolvuje koučovací výcvik. Tento výcvik by, v ideálním případě, měl být realizován certifikovanou společností. Světově uznávanou organizací, která vzdělává a sdružuje kouče je ICF (International Coach Federation). V České republice působí organizace EMCC Czech Republic. Žádný zákon však neupravuje, jaké vzdělání by měl uchazeč o koučovací výcvik mít. Česká legislativa koučink jako obor žádným způsobem nereguluje a je vázán volnou živností (EMCC, n. d., Mahlerová, 2022b).

Navzdory vysoké poptávce, koučovací průmysl stále hledá profesionální legitimitu a je vnímán jako rozvíjející se obor s velkými rozdíly v pozadí koučů, koučovacích praktikách a kvalitě. Studie Mezinárodní federace koučů zjistila, že největší překážkou této profese jsou právě „neškolení koučové“ a zmatek na trhu ohledně výhod koučování (ICF, 2012). Daňková (2015) uvádí, že v současné době znamená koučink pro mnoho koučů bez adekvátního výcviku dobrý byznys. Tyto nejasnosti se odráží i ve výzkumu. Pole stále postrádá jasný a dohodnutý smysl toho, jaké by měly být výsledky koučování nebo jak by měly být měřeny (Athanasopoulou & Dopson, 2018).

3 DOSTUPNOST PÉČE

Možnosti péče o duševní zdraví byly popsány v předchozí kapitole. Tato kapitola se zaměřuje na analýzu dostupnosti péče o duševní zdraví v České republice a v zahraničí.

3.1 Dostupnost péče v České republice

Přestože existuje snaha odborné veřejnosti o transformaci péče o duševní zdraví (Reforma psychiatrické péče) a její přiblížení evropskému standardu, česká psychiatrická péče je dlouhodobě podfinancovaná a od počátku 90. let 20. století prozatím nedošlo k žádné výrazné systémové změně, která by v psychiatrické péči představovala průlom. Největším problémem v dostupnosti je v současné době nedostatek odborného personálu (Hosák & Hrdlička, 2015; MZ ČR, 2023).

Dle dostupných dat za rok 2020 činil **počet psychiatrů** v České republice **1 668** lékařů (přibližně **16 psychiatrů na 100 000 obyvatel**) (WHO, 2020). Dle dat z Psychiatrické ročenky 2022 (ÚZIS ČR, 2023) činil **počet evidovaných poskytovatelů ambulantní psychiatrické péče 1 046** (počet zahrnuje ambulance psychiatrie, dětské a dorostové psychiatrie, gerontopsychiatrie, sexuologie i ambulance pro návykové nemoci). V těchto ambulancích pracovalo celkem **1 298 lékařů** (jeden lékař může mít více úvazků na více místech). Počet ambulancí se liší napříč kraji, dostupnost tak není po celé České republice stejná. Počet poskytovatelů ambulantní péče v krajích je pro přehlednost shrnut v tabulce 5:

Tabulka 5: Počet poskytovatelů ambulantní péče v krajích v roce 2022

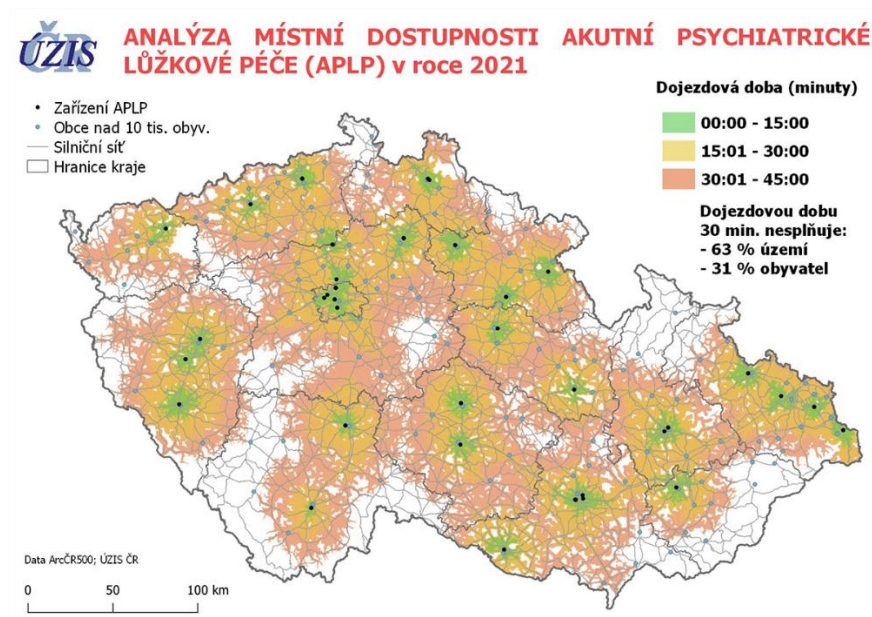
Kraj poskytovatele	Celkem	Počet ambulancí na 100 000 obyvatel
Hl. m. Praha	250	18.68
Středočeský kraj	89	6.24
Jihočeský kraj	59	9.08
Plzeňský kraj	55	9.19
Karlovarský kraj	33	11.32
Ústecký kraj	57	7.04
Liberecký kraj	33	7.39
Královéhradecký kraj	52	9.41
Pardubický kraj	35	6.66
Vysočina	55	10.73
Jihomoravský kraj	120	9.92
Olomoucký kraj	80	12.70
Zlínský kraj	42	7.25
Moravskoslezský kraj	86	7.24

Počet pacientů ambulantních zdravotních služeb za rok 2022 představoval **662 971** osob. Vydělí-li se tento počet (662 971) počtem psychiatrů (1 298), výsledek uvádí, že na jednoho ambulantního lékaře připadá přibližně 511 pacientů (ÚZIS ČR, 2023). Pokud nejde o mimořádně závažný akutní stav, není výjimkou, že čekací doba může představovat dlouhé týdny i měsíce (Orel, 2020).

V roce 2022 bylo k dispozici **1 977 akutních psychiatrických lůžek**, což v celkovém počtu akutních lůžek pro všechny specializace (48 074) představuje 4.1 %. Od roku 2017 počet psychiatrických lůžek stoupá (pro srovnání: v roce 2017 činil počet psychiatrických lůžek 1 381). Celkem bylo na těchto lůžkách za rok 2022 hospitalizováno **31 107 pacientů** (ÚZIS ČR, 2023).

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2021) přinesl **analýzu místní dostupnosti** akutní psychiatrické lůžkové péče s ohledem na dojezdovou dobu. Analýzu znázorňuje obrázek 1:

Obrázek 1: Analýza místní dostupnosti ALP



Zdroj: ÚZIS ČR

Z obrázku vyplývá, že dojezdová doba 30 minut se netýká 31 % obyvatel, což může být ukazatel nedostatečného pokrytí. **Akutní lůžková péče** bývá v České republice poskytována na psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic ale i v psychiatrických nemocnicích. **Akutní hospitalizační případ** znamená pobyt v jednom zdravotnickém zařízení, který nebyl přerušen na více než jeden den. V kontextu změn **reformy psychiatrické péče** dochází k přeměně psychiatrických nemocnic, které se snaží **redukovat lůžka následné péče** a začínají poskytovat péči akutní. Dle dostupných dat bylo v roce 2020 celkem **8 604** lůžek následné péče (aktuálnější data se nepodařilo dohledat). Což je ve srovnání s rokem 2010 (9 325 lůžek) pokles o necelých 800 lůžek. Díky tomu je však akutní péče dostupnější a je k dispozici ve všech krajích České republiky. Česká republika disponuje **19 psychiatrickými nemocnicemi**. Psychiatrické nemocnice **s činností specializovanou pouze pro děti** jsou v České republice pouze **3** (Melicharová et al., 2019; ÚZIS ČR, 2019; ÚZIS ČR, 2022).

V současnosti roste snaha o zvýšení dostupnosti **komunitních služeb**. Od roku 2018 vzniklo celkem **37 center duševního zdraví (CDZ)** a vznikají další (MZ ČR, 2023). Dle Psychiatrické ročenky 2022 činil počet klientů CDZ za rok 2022 6 257, v roce 2018 to bylo pouze 302 (ÚZIS ČR, 2023). Nejhorší dostupnost CDZ je v Pardubickém, Ústeckém kraji a Libereckém kraji (ÚZIS ČR, 2021).

Současně je dlouhodobý vážný **nedostatek klinických psychologů** (Bezdíček, 2023). Jedná se o téma často diskutované v médiích. V České republice působí přibližně **1550 klinických psychologů**. Na 100 000 obyvatel připadá 8 klinických psychologů, dle Světové zdravotnické organizace by to mělo být alespoň 26. Čtyřměsíční čekací doba na vyšetření tak bohužel není nic neobvyklého (Synčák, 2023).

Co se týče **psychoterapie**, jsou její kapacity ve zdravotnictví, kdy je péče hrazena ze zdravotního pojištění, vyčerpány a čekací doba představuje měsíce. Psychoterapie poskytovaná soukromým psychoterapeutem je dostupnější, nicméně řada lidí si ji nemůže po finanční stránce dovolit (Čevelíček et al., 2021).

Oficiální registrace psychoterapeutů v ČR neexistuje, je tedy obtížné stanovit konkrétní počet osob, které v ČR psychoterapii poskytují. Lze uvést pouze odborné a profesní organizace, které registrují své členy. Česká asociace pro psychoterapii (ČAP, největší profesní asociace sdružující psychoterapeuty v ČR) v roce 2022 sdružovala více než **1200** psychoterapeutů kvalifikovaných dle evropských standardů (Vožechová & Čechová, 2022). Česká psychoterapeutická společnost (2023) uvádí na svých stránkách přibližný počet členů **383**.

3.2 Dostupnost péče v zahraničí

Pro srovnání zde budou uvedeny informace ohledně dostupnosti péče o duševní zdraví v zemích sousedících s Českou republikou – na Slovensku, v Polsku, Rakousku a Německu. Analýza dostupnosti péče o duševní zdraví v sousedních zemích může poskytnout srovnání, jak si Česká republika v systému péče vede, případně poskytnout perspektivu pro potenciální inovace a zdokonalení českého systému.

Organizace péče o duševní zdraví ve **Slovenské republice** je považována za nedostatečně efektivní. Jedním z důvodů je právě malá dostupnost psychiatrické péče. Je zde patrný nedostatek odborníků. Nejvíc zasažena je oblast péče o děti a seniory. Jako největší problém je potom vnímána chybějící propojenost mezi různými resorty péče. Slovenská republika se tedy potýká s podobnými problémy jako Česká republika. Zároveň jsou zde snahy o reformu psychiatrické péče, obdobně jako v tuzemsku (Izáková et al., 2022). Při srovnání dostupných dat Psychiatrické ročenky ČR a Zdravotnické ročenky SR činil počet psychiatrických ambulancí v roce 2020 v České republice 1 019. Na Slovensku bylo ambulancí 389. Pokud se tyto data srovnají vzhledem k počtu obyvatel České a Slovenské

republiky (v přibližném poměru 2:1), lze soudit, že v České republice je dostupnost ambulantní péče o něco vyšší. S určitou mírou opatrnosti lze rovněž konstatovat, že fond psychiatrických lůžek je v České republice také vyšší. Problematická je nicméně dostupnost konkrétních informací, neboť ve veřejně dostupných statistikách tyto přehledy v podobě ucelených seznamů absentují (Rizikyová, 2023).

Polsko se také potýká s problémy, jako je nedostatek odborníků. Především v oblasti péče o děti. Dostupnost péče o duševní zdraví je zde označována za komplexní problém (Krysta, 2019). Podle dostupných dat bylo k únoru 2021 v Polsku celkem 4 340 specialistů v oboru psychiatrie dospělých a pouze 482 v dětské psychiatrii (počet obyvatel Polska činí přibližně 38 milionů, **na 100 000 obyvatel** tedy připadá přibližně **12 psychiatrů**). Stejně jako v Česku a na Slovensku se zde pracuje na rozvoji komunitní péče prostřednictvím Center duševního zdraví. První takové centrum tu vzniklo teprve v roce 2021, nicméně se jich podařilo vybudovat již 94 a do konce roku 2023 by se jejich počet měl rozšířit na 129 center (pro srovnání: v České republice první CDZ v roce 2018; aktuální počet včetně dětských 37) (Říčan et al., 2021; Depukat, 2023; MZ ČR, 2023). Další problém, se kterým se Polsko potýká je nedostatečná regulace povolání psychologa. Není tedy jasné, jak definovat jejich činnost a podle čeho analyzovat jejich počet (Kurowska, 2023). Podle dat Světové zdravotnické organizace (WHO, 2020) však bylo v Polsku v roce 2020 4 620 psychologů.

Kvalita a množství nabízené zdravotní péče je v **Německu** na velmi vysoké úrovni. Nicméně péče o duševní zdraví zde také, jako v ostatních zemích, oproti jiným odvětvím mírně zaostává (Dossier, 2018). Počet psychiatrů tu v roce 2020 činil 11 874 (**14 psychiatrů na 100 000 obyvatel**). Psychologů zde v téže roce pracovalo 46 000. Což činí **55.08 psychologů na 100 000 obyvatel**. Přesto ve srovnání se Slovenskem, Polskem i Českem se zdá být péče o duševní zdraví v Německu, hlavně díky větší dostupnosti psychologické péče, dostupnější (WHO, 2020).

V roce 2022 bylo v **Rakousku** dle dostupných dat působilo 1 983 psychiatrů (přibližně **22 psychiatrů na 100 000 obyvatel**) (Eurostat, 2023). Stojí za zmínku, že v Rakousku je, oproti České republice, od roku 1990 legislativně zakotvena psychoterapie. Psychoterapie je zde považována za samostatnou profesi a psychoterapeuti spadají pod Kontrolní orgán Ministerstva pro zdravotní záležitosti (Matušková, 2020). K roku 2020 bylo v Rakousku evidováno 10 268 psychoterapeutů (BÖP, 2020). Rakousko rovněž jako ostatní země poukazuje na stálý nedostatek odborníků. Nicméně celkový obraz systému péče

v Rakousku vykazuje vysokou úroveň spokojenosti a snadný přístup s komplexní nabídkou služeb ve srovnání s ostatními zeměmi. Je tomu tak hlavně z důvodu nadprůměrných investic do zdravotnictví (Habimana et al., 2015).

4 INFORMOVANOST VEŘEJNOSTI

V dnešní době, kdy je mnoho informací dostupných na internetu a skrze různá média, se stává klíčovým faktorem schopnost lidí kriticky posuzovat a správně interpretovat informace. Kapitola se věnuje informovanosti veřejnosti v oblasti zdraví se zaměřením na oblast duševního zdraví. Vymezen bude koncept zdravotní gramotnosti a zdravotní gramotnosti v oblasti duševního zdraví. Kapitola si klade za cíl rozšířit povědomí o důležitosti zdravotní gramotnosti a poskytnout ucelený pohled na současný stav a trendy v této oblasti.

4.1 Zdravotní gramotnost

Pro jedince může být čím dál tím složitější se orientovat v neustále se rozvíjejícím systému zdravotnických služeb. S popisem informovanosti se pojí termín **zdravotní gramotnost** (anglicky *Health Literacy*, zkráceně HL). Jedná se o pojem, který definuje schopnost jedince **porozumět informacím o zdraví a dovednost tyto informace adekvátně využívat ve prospěch a rozvoj svého zdraví** (Ferguson, 2013). Zároveň představuje **schopnost orientace** v nepřehledném množství těchto informací a také orientaci **v systému zdravotní péče**. Nezahrnuje pouze znalosti, které si jedinec osvojí ale hlavně **schopnost si informace vyhledat, porozumět jim a na základě nich se rozhodnout** ve prospěch svého zdraví. Osoby **s nízkou zdravotní gramotností** nerozumí informacím v oblasti zdraví, nedokážou aplikovat doporučení získána lékařem v praxi a dodržovat adekvátně léčebný režim. Rovněž se dostatečně nevyznají ve zdravotnickém systému a není jim tak dostáno náležité zdravotní péče. Pro tyto osoby je potom typická vyšší nemocnost ale i nižší kvalita života. Zároveň nízká zdravotní gramotnost implikuje pro stát vyšší ekonomickou zátěž. Proto se jeví jako velmi podstatné na rozvoji zdravotní gramotnosti pracovat (Ústav zdravotní gramotnosti, n.d.).

4.1.1 Zdravotní gramotnost v Evropě

V Evropských zemích proběhla celkem dvě mezinárodní srovnávací šetření ohledně zdravotní gramotnosti. Nejnovější z těchto výzkumů proběhl mezi lety 2019–2021 a zúčastnilo se celkem 17 zemí, včetně České republiky. Celkový výzkumný soubor

představoval více než 42 000 respondentů. Zjištěnou úroveň zdravotní gramotnosti je možno rozdělit do čtyř intervalů: excelentní zdravotní gramotnost, kterou vykazovalo 16 % respondentů, dostatečnou 40 %, problematickou 32 % a neadekvátní 12 % dotázaných. Podle výsledků lze dále konstatovat, že zdravotní gramotnost roste s úrovní vzdělání a sociálním statutem, naopak klesá s rostoucím věkem (The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL, 2021).

4.1.2 Zdravotní gramotnost v České republice

V šetření HLS19 na konci roku 2020 se Česká republika zařadila mezi země s průměrným poměrem mezi limitovanou a uspokojivou zdravotní gramotností. Excelentní zdravotní gramotnost vykazovalo 10 % respondentů, dostatečnou 43 %, problematickou 34 % a neadekvátní 13 % dotázaných. Ve srovnání s daty z předešlých let (rok 2015 a 2018), kdy se naše země řadila k podprůměrným zemím, došlo v České republice k výraznému zlepšení zdravotní gramotnosti. Toto zlepšení může být částečně přisuzováno pandemii COVID – 19. Proměnil se rovněž profil oblastí zdravotní gramotnosti: nejvyšší úroveň dosáhla zdravotní gramotnost v oblasti podpory zdraví (v předchozím šetření byla nejnižší). Nejhůře se naopak Češi vyznaží v systému zdravotní péče (v předchozím šetření dosahovala tato oblast nejvyšších výsledků) (Ústav zdravotní gramotnosti, n.d.).

4.2 Zdravotní gramotnost v oblasti duševního zdraví

V rámci zdravotní gramotnosti je významná i oblast duševního zdraví. Definována je taktéž **zdravotní gramotnost v oblasti duševního zdraví** (v angličtině *Mental Health Literacy*, zkráceně **MHL**, tato zkratka bude v textu dále užívána). Tento koncept byl poprvé vytvořen v 90. letech 20. století. Tvoří jej **znalosti jedince týkající se duševních poruch, jejich rozpoznání, zvládání ale také znalosti a dovednosti v oblasti prevence a duševní hygieny**. Přestože význam všeobecné zdravotní gramotnosti je dlouhodobě uznáván, konceptu zdravotní gramotnosti v oblasti duševního zdraví je věnována daleko menší pozornost (Furnham & Swami, 2018).

Nicméně, existují výzkumy, které zkoumaly, jaké faktory mohou tuto gramotnost ovlivnit. Zkoumán byl například vliv sociodemografických faktorů. Nižší MHL je pozorována u osob s vyšším věkem, nižším vzděláním, ale také u jedinců, kteří nemají žádné osobní nebo zprostředkované zkušenosti s duševním onemocněním. Některé výzkumy

naznačují, že lidé z menších měst jsou méně informováni než ti z větších. Pozorovány byly také rozdíly mezi pohlavími. Mnohé výzkumy dále došly k závěru, že ženy jsou dosahují lepší úrovně MHL než muži (například: Jorm et al., 2005; Wang et al., 2007; Griffiths et al., 2009; O'Connor & Casey, 2015; Miles, 2020).

V některých státech proběhly výzkumy realizované za pomoci specifického nástroje pro měření zdravotní gramotnosti v oblasti duševní zdraví – **Mental Health Literacy Scale** (MHLS, více o tomto dotazníku v dalších částech této práce). Tento dotazník dle autorů (O'Connor & Casey, 2015) může přinést efektivní identifikaci jedinců s nízkou úrovní MHL a celkové zhodnocení MHL v dané populaci. Dotazník může rovněž poskytnout detekci změn u jednotlivce za účelem posouzení dopadů osvětových programů. Minimální možný počet bodů v MHLS činí 35 bodů, maximální 160. Čím vyššího skóru jedinec dosáhne, tím vyšší je jeho MHL. Výzkum byl realizován například ve Slovinsku, kde průměrný skór dosahoval 114,090 (N = 1 189, SD = 11,65) (Krohne et al., 2022). V Austrálii představoval průměrný skór 127,38 (N = 372, SD = 12,63) (O'Connor & Casey, 2015). Další výzkum byl realizován v Turecku, kde populace skórovala průměrně 107,37 bodů (N = 282, SD = 15,94) (Kesgin et al., 2020).

Výzkumy rovněž naznačují, že úroveň znalostí a porozumění, které jednotlivci ohledně duševních onemocnění mají, hraje klíčovou roli v jejich chování při hledání pomoci. Osobní přesvědčení zároveň ovlivňuje související aspekty, jako je volba léčby, dodržování léčby či stigmatizace druhých, trpících psychickým onemocněním. Nízká zdravotní gramotnost v oblasti duševního zdraví tedy může být překážkou k dosažení potřebné pomoci ((Rüsch et al., 2011; Angermeyer & Dietrich, 2006).).

V zahraničí se dále zkoumalo, jaký má laická veřejnost pohled na vznik duševních poruch. Angermeyer a Dietrich (2006) uvádí, že si lidé vznik duševní poruchy obvykle vysvětlují prostřednictvím psychosociálních příčin namísto biologických. Další předmět výzkumu tvoří také znalost v oblasti rozpoznání symptomů. Lilienfeld (2009) například zmiňuje, že si stále značná část populace mylně myslí, že jedním z příznaků schizofrenie je „rozdvojená osobnost“.

V letech 2022 a 2023 proběhly v **České republice** dva průzkumy zaměřené na informovanost, postoje a ochotu vyhledat pomoc v oblasti duševního zdraví, které přinesly v českém prostředí dosud chybějící data. Průzkumy byly realizovány společností T-mobile, organizací Nevypusť duši a agenturou g82 a byly zaměřeny na **rodiče dětí a dospívající**

jedince. Společnost Nevypusť duši (2022a) dle dat z průzkumu uvádí, že 91 % dotazovaných dospělých (n = 505) považuje duševní zdraví přinejmenším stejně důležité jako zdraví fyzické. Přesto však až 2/3 dospělých potýkajících se s depresí odborníka nevyhledá. Data Národního ústavu duševního zdraví (2021) rovněž potvrzují, že většina lidí trpících duševním onemocněním odbornou pomoc nevyhledá, ačkoli má procento lidí, kteří pomoc vyhledali v posledních letech rostoucí tendenci. Největší bariéry v přístupu k péči tvoří právě málo informací a neznalost systému péče o duševní zdraví, stigmatizace, bagatelizace problémů, nerozpoznání příznaků či mylné představy o dostupnosti péče (Nevypusť duši, 2023).

4.2.1 Možné důvody a důsledky nízké zdravotní gramotnosti v oblasti duševního zdraví

Příčiny a důsledky nízké informovanosti v oblasti duševního zdraví jsou bezpochyby obsáhlé téma. Nedostatek přesných informací a spolehlivých zdrojů může vést k celkové nejistotě v této oblasti. Tato podkapitola se bude věnovat několika možným důvodům, které mohou mít na míru informovanosti v oblasti duševního zdraví (dále uváděno pouze jako informovanost) vliv. Rozvedeno bude rovněž téma stigmatizace duševně nemocných.

Nedostatečná informovanost je bezpochyby jedním z důvodů přetrvávajících negativních postojů veřejnosti vůči duševním onemocněním (Venkataraman et al., 2019). **Stigmatizace** je založena na předsudcích, stereotypech a nepodložených soudech, díky nimž jsou duševně nemocným připisovány různé nežádoucí vlastnosti. V širším významu jde o apriorní negativní hodnocení (Nešpor, 2017). Nejčastější stereotypy zahrnují přesvědčení, že lidé s duševní nemocí jsou nevyzpytatelní, nespolehliví, jejich nemoc je nevléčitelná a pro své okolí jsou nebezpeční. Z těchto důvodů je součástí stigmatizace rovněž tendence se osobám s psychickým onemocněním vyhýbat a vyčleňovat je ze společnosti (Link & Phelan, 2001). Dlouhodobě přítomná stigmatizace se však netýká pouze duševně nemocných ale také odborníků, kteří se duševním zdravím zabývají (Stuart et al., 2015). Z metaanalýzy, kterou provedli Venkataraman et al. (2019), vyplývá, že široká veřejnost klade větší důraz na svépomoc před vyhledáním odborné pomoci. Jedním z důvodů může být právě stigmatizace jak duševního onemocnění, tak celého oboru.

Podle některých výzkumů jsou pro mnoho osob **nejčastějším zdrojem informací média** (Gilmore, 2010). Lze se setkat s výrazným veřejným zájmem o lidské chování a s touhou aplikovat tyto poznatky do praxe. To však může vést k přehnanému zobecňování či

nevhodným interpretacím odborných poznatků. Novináři se snaží publikovat obecně platné informace, což může vést ke **zkreslené mediální prezentaci** (Thompson & Nelson, 2001). Média totiž často prezentují nepodložené stereotypy a tvrzení nebo téma duševního onemocnění neadekvátně dramatizují. Takto stigmatizovanou poruchou bývá nejčastěji diagnóza schizofrenie (Nordt et al., 2006).

O duševním zdraví existuje celá řada, častokrát nebezpečných, **mýtů** (Pasz & Plechatá, 2020). V současné době dochází k žádanému celkovému rozšíření a popularizaci témat spojených s duševním zdravím mezi laickou veřejností, zároveň se však kromě vědecky podložených informací šíří také **dezinformace** či **miskoncepce** (Lilienfeld et al., 2014). Psychologické miskoncepce mohou být na selském rozumu založené, intuitivní teorie, které si lidé vytváří o prožívání a chování druhých i sebe samých (Sibicky et al., 2021). Lilienfeld (2009) mezi nejčastějšími psychologickými dezinformacemi, které se napříč veřejností šíří uvádí například přesvědčení, že lidé využívají pouze 10 % mozkové kapacity. Další častý mýtus tvrdí, že osoby se schizofrenií mají rozštěpenou osobnost. Kishore et al. (2011) uvádí obecná mylná tvrzení, která kolují o osobách s duševní nemocí. Jedná se hlavně o přesvědčení, že duševní nemoc je pouhá lenost, nezodpovědnost či nespolehlivost. Řada mýtů se týká rovněž užívání psychofarmak. Mnoho pacientů se pak jejich užívání obává nebo zcela vyhýbá. U některých závažných stavů je však farmakoterapie vyloženě nezbytná (Barker & Buchanan-Barker, 2012; Orel, 2020).

V populaci je patrná také nejistota v rolích jednotlivých odborníků v oblasti duševního zdraví. Často bývá zaměňován psychiatr a psycholog. Nejasnosti jsou patrné například v otázce kompetence předepisovat léky (Patel, et al., 2018). Mezi laickou veřejností se lze nicméně rovněž setkat s názorem, že psychologie není ničím jiným než pouhým selským rozumem. Podle tohoto názoru tak psychologem může být každý bez ohledu na formální vzdělání (Gardner & Brown, 2013).

4.2.2 Reakce médií a veřejnosti na kauzy spjaté s rozvojem působení pseudodborníků

V České republice v současné době vzniká několik projektů, které se zaměřují na fenomén rozvoje laických terapií a odborníků na duševní zdraví, kteří postrádají adekvátní vzdělání a snaží se touto cestou zbohatnout. Jedním z předpokládaných důvodů rozvoje tohoto fenoménu může být právě nedostatečná informovanost veřejnosti. Téma se objevuje v médiích. Na Katedře Psychologie Univerzity Palackého v současnosti pod vedením PhDr.

Romany Mazalové, Ph.D. rovněž vznikají diplomové práce, které se zabývají problematikou terapeutů bez adekvátního vzdělání. V kontextu této práce autorka pokládá za důležité některé mediálně známé projekty zde uvést, neboť jedním z cílů této práce je rovněž napomoci osvětě v této oblasti. Autorka je také při vzniku této diplomové práce v kontaktu s autory těchto projektů.

Autorkou jednoho z těchto projektů je novinářka Julie Mahlerová. Tvoří seriál s názvem **Klamatěři** pro zpravodajský portál iDNES.cz, kde se snaží tuto problematiku mapovat. Mahlerová (2022a) přirovnává některé praktiky těchto pseudoodborníků k podvodníkům, jimž byl věnován dokument Šmejdi (dokument zachycuje skrytou kamerou manipulativní techniky a další praktiky prodejců na výjezdových akcích pro seniory). Upozorňuje na to, že řada z nich využívá lidské zranitelnosti ve svůj prospěch a nešťastnou situaci klientů zneužívá k manipulaci a sebe obohacení. Zároveň tito poskytovatelé mnohdy nemají dostatečné vzdělání a schovávají se za názvy, jako je kouč, průvodce a další.

Dalším v České republice známým fenoménem, který se touto tématikou zabývá, nese název **Lovci Klamu**. Jedná o profil na sociální síti Instagram. Ve svých příspěvcích prostřednictvím satiry pravidelně upozorňuje své sledující na klamy, dezinformace a různé podvodníky šířící se na sociálních sítích (Lovci Klamu, n. d.).

4.3 Osvětové kampaně

Osvěta může pomoci **zvýšit informovanost**, snížit předsudky a podporovat otevřený dialog o duševním zdraví. Může tak přispět k lepšímu porozumění a zvýšit ochotu vyhledání pomoci. Efektivitu intervenčních programů v této oblasti potvrdil například Kutcher et al. (2016). V České republice existuje několik projektů, které se snaží o destigmatizaci, primární prevenci a celkovou osvětu široké veřejnosti. Osvětové programy jsou v současnosti zprostředkovávány především neziskovým sektorem. V této podkapitole budou některé z těchto projektů popsány.

Fokus ČR se sídlem v Praze je spolek, který nabízí podporu osobám s duševním onemocněním. Zřizuje komunitní týmy a Centra duševního zdraví na území Prahy. Od roku 1990 zastřešuje a pořádá spolu s dalšími organizacemi po celé České republice největší multižánrovou osvětovou kampaň o duševním zdraví a lidech s duševním onemocněním v České republice s názvem **Týdny pro duševní zdraví**. Tato akce probíhá každoročně v

měsících září a říjnu s cílem co nejvíce informovat veřejnost o problematice duševního zdraví (Fokus Praha, 2022).

Další organizací, která se dlouhodobě věnuje osvětovému programu je **Nevypušť duši, z.s.** Tato organizace pořádá celou řadu programů primární prevence pro střední a vysoké školy, vyučující ale také pro firmy. Na svých webových stránkách nabízí zdarma množství edukačních infografik (Nevypušť duši, 2022b). Projekt **NEPANIKAŘ, z. s.** vznikl v roce 2019. Stojí za vznikem první české **mobilní aplikace**, která poskytuje uživatelům první rychlou psychickou pomoc zdarma. Mimo jiné nabízí rovněž chatovou a internetovou poradnu. K informovanosti veřejnosti přispívá hlavně rozsáhlou **Mapou pomoci**, kterou prezentuje na svých webových stránkách. Tato mapa obsahuje kontakty ověřené odborníky (psychology, psychoterapeuty, psychiatry, pedagogicko-psychologické poradny a krizová centra). Organizace rovněž pořádá vzdělávání v oblasti duševního zdraví pro širokou veřejnost formou různých workshopů (Nepanikař, z. s., n. d.). Obě tyto organizace se zároveň podílí na šíření osvěty prostřednictvím sociálních sítí.

Za zmínku jistě stojí také projekty **Národního ústavu duševního zdraví (NÚDZ)**. NÚDZ vytvořil projekt s názvem **Destigmatizace lidí s duševním onemocněním v ČR** v rámci Reformy psychiatrické péče (viz kapitola 2.1.4). V rámci něj vznikla iniciativa **Na rovinu**, která se snaží o snížení stigmatizace a zlepšení přístupu veřejnosti k duševnímu zdraví. Projekt Destigmatizace byl v roce 2022 dokončen, iniciativa Na rovinu však pokračuje i nadále, a to hlavně šířením osvěty prostřednictvím **sociálních sítí** (NÚDZ, n.d.).

VÝZKUMNÁ ČÁST

5 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

V teoretické části práce byla vymezena problematika informovanosti veřejnosti o duševním zdraví a možnostech péče. Ve stručnosti bylo definováno duševní zdraví a duševní onemocnění. Byly představeny diagnostické manuály a popsány nejčastěji se vyskytující duševní onemocnění. Teoretická část zároveň poskytla vymezení systému péče o duševní zdraví v České republice a její dostupnost v porovnání s dostupností péče u sousedních zemí. Definován byl rovněž koncept zdravotní gramotnosti v oblasti duševního zdraví. Zmíněny byly projekty, které usilují o osvětu a povšechné zvyšování informovanosti veřejnosti o této problematice.

Ve světovém měřítku byl zkoumán vliv vybraných sociodemografických faktorů na úroveň zdravotní gramotnosti v oblasti duševního zdraví. Nižších skóre dosahují osoby s vyšším věkem, nižším vzděláním, ale také osoby, které nemají žádné osobní nebo zprostředkované zkušenosti s duševním onemocněním. Mnohé výzkumy dále došly k závěru, že ženy dosahují lepší úrovně MHL než muži. Prokázán byl rovněž vliv velikosti města, ve kterém respondenti žijí. Předpokládá se, že lidé z větších měst jsou více informovaní (například: Miles, 2020; O'Connor & Casey, 2015; Griffiths et al., 2009; Wang et al., 2007; Jorm et al., 2005).

Výzkumy naznačují, že úroveň znalostí a porozumění duševním onemocněním hraje klíčovou roli v rozhodování jednotlivců v hledání pomoci. Osobní přesvědčení také ovlivňuje další aspekty, například volbu léčby, dodržování léčby a postoj k ostatním lidem s duševními onemocněními. Nedostatečná informovanost v oblasti duševního zdraví může představovat překážku pro dosažení potřebné pomoci. Z těchto důvodů je zkoumání informovanosti veřejnosti pokládáno za důležité (Angermeyer & Dietrich, 2006; Rüscher et al., 2011). Ačkoli bylo provedeno několik šetření zaměřujících se na koncept obecné zdravotní gramotnosti v České republice (HLS19, více kapitola 4.1), výzkumy a konkrétní data zaměřené pouze na oblast informovanosti dospělé populace o duševním zdraví a možnostech péče se autorce nepodařilo dohledat.

S ohledem na uvedená zjištění a poznatky v teoretické části práce byly stanoveny následující výzkumné cíle:

- Prozkoumat, jaké má veřejnost povědomí o duševním zdraví.
- Zmapovat, jaká je informovanost veřejnosti o možnostech péče o duševní zdraví.
- Popsat vliv jednotlivých sociodemografických faktorů na míru informovanosti veřejnosti o duševním zdraví a možnostech péče (dále jen míra informovanosti).

K zodpovězení cílů práce byly formulovány následující hypotézy:

- **H1:** Existuje rozdíl v míře informovanosti mezi pohlavími.
- **H2:** Velikost obce, ve které respondent žije má vliv na míru informovanosti.
- **H3:** Míra informovanosti je závislá na věku respondenta.
- **H4:** Stupeň dosaženého vzdělání souvisí s mírou informovanosti.
- **H5:** Obor, který respondent vystudoval má vliv na míru informovanosti.
- **H6:** Obor, ve kterém respondent pracuje souvisí s mírou informovanosti.
- **H7:** Respondenti, kteří mají přímou zkušenost s duševní nemocí budou v míře informovanosti dosahovat vyšších skóre než ti bez zkušenosti.
- **H8:** Respondenti, kteří mají zprostředkovanou zkušenost s duševní nemocí budou v míře informovanosti dosahovat vyšších skóre než ti bez zkušenosti.

Mírou informovanosti je myšlena **hodnota skóre naměřených dotazníkem Mental Health Literacy Scale**, jenž bude popsán v následující kapitole.

6 METODOLOGICKÝ RÁMEC A VÝZKUMNÉ METODY

Kapitola se bude zabývat popisem metodologického rámce výzkumu. Pozornost bude věnována výzkumné strategii včetně popisu konkrétních metod, které byly pro účely tohoto výzkumu využity.

6.1 Typ výzkumu a použité metody

K naplnění výzkumných cílů a ověření platnosti stanovených hypotéz bylo využito kvantitativní metodologické strategie. Typickým znakem kvantitativního výzkumu je numerické měření specifických vlastností zkoumaného jevu. Konkrétně se jednalo o deskriptivně – korelační studii. Jde o popis vybrané problematiku, v kontextu této práce se jednalo o popis informovanosti veřejnosti o duševním zdraví a jejich vztah s vybranými sociodemografickými faktory. K zodpovězení stanovených cílů práce bylo využito dotazníkového šetření. Tato metoda se jevila jako vhodná, neboť se jedná o jednu z nejrozšířenějších a nejvíce propracovaných technik sběru dat (Olecká & Ivanová, 2010).

Využitý **dotazník sestával** celkem ze **tří částí** a byl tvořen celkem **52 otázkami**. Průměrná doba vyplnění tvořila přibližně 25 minut. V **první části** byli respondenti dotazováni na **sociodemografické údaje**, jako je pohlaví, věk, velikost obce, ve které žijí, kraj, ve kterém žijí, nejvyšší dosažené vzdělání a jeho obor, zda pracují, případně v jakém oboru. Další otázky byly věnovány přímé a zprostředkované zkušenosti s psychiatrickou diagnózou. První část tvořilo celkem **8 otázek**, Tyto otázky byly zvoleny s ohledem na výzkumný cíl (popsat vliv vybraných sociodemografických faktorů na míru informovanosti veřejnosti o duševním zdraví a možnostech péče), který ověřovali rovněž například Miles (2020), Griffiths et al. (2009), Wang et al. (2007) a Jorm et al. (2005).

Druhou část dotazníku představoval český překlad dotazníku **Mental Health Literacy Scale** (dále užívána zkratka **MHLS**) (O'Connor & Casey, 2015). Jedná se o metodu k měření míry zdravotní gramotnosti v oblasti duševního zdraví. Tato část dotazníku bylo tvořena celkem **35 položkami**. Prvních 15 položek zodpovídali respondenti na 4bodové škále: *1 Velmi nepravděpodobné (Ne)*, *2 Nepravděpodobné (Spíše ne)*, *3 Pravděpodobné (spíše ano)*, *4 Velmi pravděpodobné (Ano)*. Zbýlé položky byly zodpovídány na 5bodové

škále (1 *Ne*, 2 *Spíše ne*, 3 *Nevím*, 4 *Spíše ano*, 5 *Ano*). Verze dotazníku standardizovaná pro českou populaci bohužel není k dispozici. Dotazník byl tedy **přeložen** prostřednictvím **zpětného překladu**. Zpětný překlad bývá standardně prováděn rodilým mluvčím (pro účely této práce byl zpětný překlad vytvořen studenty anglické filologie). Srozumitelnost otázek českého překladu byla poté prověřena v rámci **pilotního testování**, kterého se účastnilo 15 osob. Kvůli srozumitelnosti musely být některé položky dále přeformulovány. Originální anglická verze dotazníku obsahuje celkem 12 reverzně skórovaných položek. Použitý český překlad obsahuje díky úpravám tedy pouze 11 reverzních položek. Celkový možný minimální i maximální dosažitelný hrubý skór zůstal zachován. Nejméně tedy respondenti v této části dotazníku mohli získat 35 bodů, maximálně 160. Ověřena byla rovněž vnitřní konzistence tohoto překladu. Cronbachova alfa dosahuje hodnoty 0,831. Získány byly rovněž skóry pro 6 subškál, kterými je dotazník tvořen. Subškála o postojích (viz následující podkapitola) byla doplněna o otevřenou otázku, kde byli respondenti tázáni, zda a jak vědomí konkrétní diagnózy ovlivňuje jejich postoj vůči lidem s duševním onemocněním. Čím vyššího skóru respondent dosáhne, tím vyšší je jeho míra zdravotní gramotnosti v oblasti duševního zdraví. Hrubý skór naměřený v tomto dotazníku je využit v rámci testování hypotéz. Detailnímu popisu originální verze dotazníku MHLS je věnována podkapitola 6.1.2.

V **třetí části** dotazníku byla věnována pozornost tomu, jaké mají respondenti **znalosti ohledně povolání psychologa a psychiatra**. Dále byli respondentům prezentovány **časté mýty či dezinformace ohledně duševních onemocnění**. Tato část dotazníku byla tvořena celkem **9 položkami**. Tři položky byly inspirovány otázkami z výzkumu Patela, Caddy & Tracy (2018), který se věnoval informovanosti a postojům veřejnosti ohledně povolání psychiatra a psychologa. Konkrétně se jednalo o následující tvrzení:

- *Psycholog i psychiatr mohou předepisovat léky.*
- *Klinický psycholog a psychiatr jsou stejná povolání.*
- *Psychoterapii může poskytovat pouze vystudovaný psycholog.*

Respondenti měli rozhodnout, zda jsou daná tvrzení pravdivá či nikoli. Rozhodnout se mohli rovněž pro odpověď *Nevím* nebo *Netroufám si odpovědět*.

Zbývající položky byly tvořeny výroky, které si kladly za cíl ověřit přesvědčení respondentů ohledně pravdivosti různých mýtů či tvrzení ohledně duševních onemocnění. Výroky se týkaly například častých mýtů o schizofrenním onemocnění (Lilienfeld, 2009):

- *Schizofrenie je mentální porucha vyznačující se rozdvojenou osobností.*
- *Úzkost lze překonat ignorováním*

Či neověřených ezoterických výkladů příčiny duševního onemocnění (např.: Carlson, 1985):

- *Určitá znamení zvěrokruhu jsou náchylnější k úzkosti než jiné.*
- *Trauma je uloženo v energetickém těle a způsobuje blokády, které vedou k úzkosti. Tyto blokády mohou být fyzické, emoční nebo duchovní a mohou bránit průchodu energie v těle.*

Další nepravdivé výroky byly inspirovány příspěvky na sociálních sítích, nejčastěji instagramových profilech různých pseudoodborníků (více v kapitole 4.2.2) a diskuzemi pod těmito příspěvky. Výsledky této části dotazníku budou v práci zpracovány deskriptivně. Na závěr dotazníku nechyběl prostor, aby respondent mohl v otevřené otázce sdělit cokoli, co mu předchozí uzavřené otázky neumožnily.

Pravdivá tvrzení se týkala také různých diagnóz (Orel, 2020), například:

- *Schizofrenie je léčitelná.*
- *ADHD je neurobiologická porucha, která ovlivňuje fungování mozku a může mít vliv na pozornost, impulsivitu a hyperaktivitu.*

6.1.1 Mental Health Literacy Scale

Mental Health Literacy Scale (MHLS) je specifickým nástrojem pro **měření zdravotní gramotnosti v oblasti duševního zdraví**. Autoři tohoto dotazníku při jeho konstrukci vycházeli z předpokladu, že ačkoli je měření zdravotní gramotnosti předmětem značného zájmu, měření konceptu zdravotní gramotnosti specificky v oblasti duševního zdraví bylo do značné míry omezené nedostatkem vhodných nástrojů. Rozhodli se tedy pro konstrukci nové metody. Jedná se o původem australskou metodu. MHLS prokázal dobrou vnitřní konzistenci (Cronbachova alfa = 0,873) a test – retest reliabilitu ($r = 0,797$, $p < 0,001$). Dotazník prokázal rovněž dobrou validitu. Výsledky dotazníku vykazují normální rozložení pravděpodobnosti, což bylo prokázáno i na datovém souboru tohoto výzkumu (O'Connor & Casey, 2015).

Dotazník je tvořen celkem **35 položkami**, které tvoří dohromady **6 subškál**: **Schopnost rozpoznat konkrétní poruchy** (v originále *ability to recognise disorders*, tvořena 8 položkami), **Znalost rizikových faktorů a příčin onemocnění** (*knowledge of risk*

factors and causes, 2 položky), **Znalosti o sebeděči** (*knowledge of self-treatment*, 2 položky), **Znalost dostupné profesionální péče** (*knowledge of professional help available*, 3 položky), **Schopnost hledat informace** (*knowledge of where to seek information*, 4 položky) a **škála Postojů, které podporují rozpoznání nebo adekvátní chování při hledání pomoci** (*attitudes that promote recognition or appropriate help-seeking behaviour*, 16 položek). Na otázky 1–15 se odpovídá na 4bodové škále a na otázky 16–35 se odpovídá na 5bodové škále. Odpovědi jsou následně transformovány podle manuálu na číselné hodnoty. Celkový skór je získán sečtením všech položek dohromady (minimální skóre 35, maximální skóre 160). Vyšší skóre ukazuje na vyšší míru gramotnosti. Dosud však nebyl stanoven žádný cut off skór (Kornhonen et al., 2022).

Ukázky jednotlivých položek v originálním znění shrnuje následující tabulka (O'Connor & Casey, 2015).

Tabulka 6: Ukázka dotazníku MHLS

Subškála	Ukázka položek
ability to recognise disorders	<i>If someone experienced a low mood for two or more weeks, had a loss of pleasure or interest in their normal activities and experienced changes in their appetite and sleep then to what extent do you think it is likely they have Major Depressive Disorder.</i>
knowledge of risk factors and causes	<i>To what extent do you think it is likely that in general in Australia, <u>women are MORE likely to experience a mental illness of any kind compared to men.</u></i>
knowledge of self-treatment	<i>To what extent do you think it would be helpful for someone to avoid all activities or situations that made them feel anxious if they were having difficulties managing their emotions.</i>
knowledge of professional help available	<i>Mental health professionals are bound by confidentiality; however, there are certain conditions under which this does not apply. To what extent do you think it is likely that the following is a condition that would allow a mental health professional to break confidentiality: If you are at immediate risk of harm to yourself or others.</i>
knowledge of where to seek information	<i>I am confident I have access to resources (e.g., GP, internet, friends) that I can use to seek information about mental illness.</i>
attitudes that promote recognition or appropriate help-seeking behaviour	<i>People with a mental illness could snap out of it if they wanted.</i>

6.2 Etické hledisko a ochrana soukromí

V každém výzkumu je bezpochyby důležité zohlednit etické aspekty, včetně ochrany soukromí všech účastníků. V tomto výzkumu neexistují žádná zjevná etická rizika. Respondenti byli předem informováni o účelu výzkumu, jeho cílech a způsobu nakládání se získanými daty. Účast v průzkumu byla zcela dobrovolná. Dotazníky byly anonymní a s daty bylo nakládáno v souladu se zákonem č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů. Respondenti mohli svoji účast kdykoli v průběhu zrušit, na což byli předem upozorněni.

7 SBĚR DAT A VÝZKUMNÝ SOUBOR

Sběr dat probíhal od května 2023 do prosince 2023. Výzkumný soubor byl získán pomocí nepravděpodobnostních metod výběru. Dotazník byl distribuován pomocí Google Forms především prostřednictvím sociálních sítí (Instagram

a Facebook). Dotazník byl šířen prostřednictvím informačního letáčku. Respondenti byli do výzkumu zařazeni metodou záměrného výběru a samovýběru. Využito bylo rovněž metody sněhové koule. Jediná podmínka pro zařazení respondenta do výzkumu byla dolní věková hranice 18 let. Cílovou populací byla česká dospělá veřejnost.

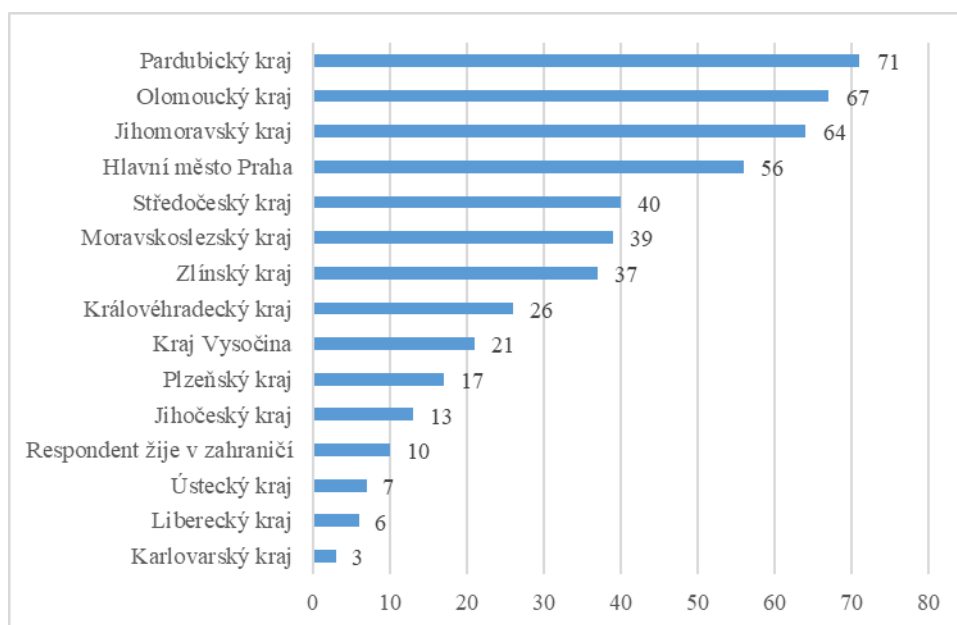
Získáno bylo celkem 484 respondentů. Při čištění dat bylo vyřazeno 7 jedinců, neboť nesplňovali stanovenou věkovou hranici 18 let, tudíž nemohli být do výzkumu zařazeni. Celková velikost výzkumné souboru tedy činila 477 respondentů. Tabulka 7 představuje přehled deskriptivních charakteristik výzkumného souboru z hlediska věku a pohlaví:

Tabulka 7: Deskriptivní charakteristiky souboru mužů a žen z hlediska věku

Skupina	Počet	Věkový průměr	SD	Minimum	Maximum
Ženy	393	29,449	11,048	18	78
Muži	84	31,333	13,525	19	77
celý soubor	477	29,781	11,529	18	78

Mezi dalšími demografickými údaji bylo sledováno, z jakého kraje respondent pochází. Nejpočetněji byl zastoupen Pardubický kraj (N = 71), dále pak Olomoucký kraj (N = 67). Nejméně respondentů bylo z Libereckého kraje (N = 6) a Karlovarského kraje (N = 3). 10 respondentů uvedlo, že momentálně žije v zahraničí. Detailní shrnutí zastoupení respondentů podle kraje poskytuje graf 1.

Graf 1: Zastoupení respondentů podle kraje bydliště



Respondenti byli dále dotazováni na velikost obce, ve které žijí. Velikost obce byla definována podle počtu obyvatel: obce s 0–10 tisíci obyvateli, obce s 10–100 tisíci obyvateli a obce s počtem obyvatel nad 100 tisíc. Zastoupení respondentů dle velikosti obce shrnuje tabulka 8:

Tabulka 8: Zastoupení respondentů podle velikosti obce

Počet obyvatel	N
0–10 tisíc	226
10 tisíc - 100 tisíc	130
Nad 100 tisíc	121

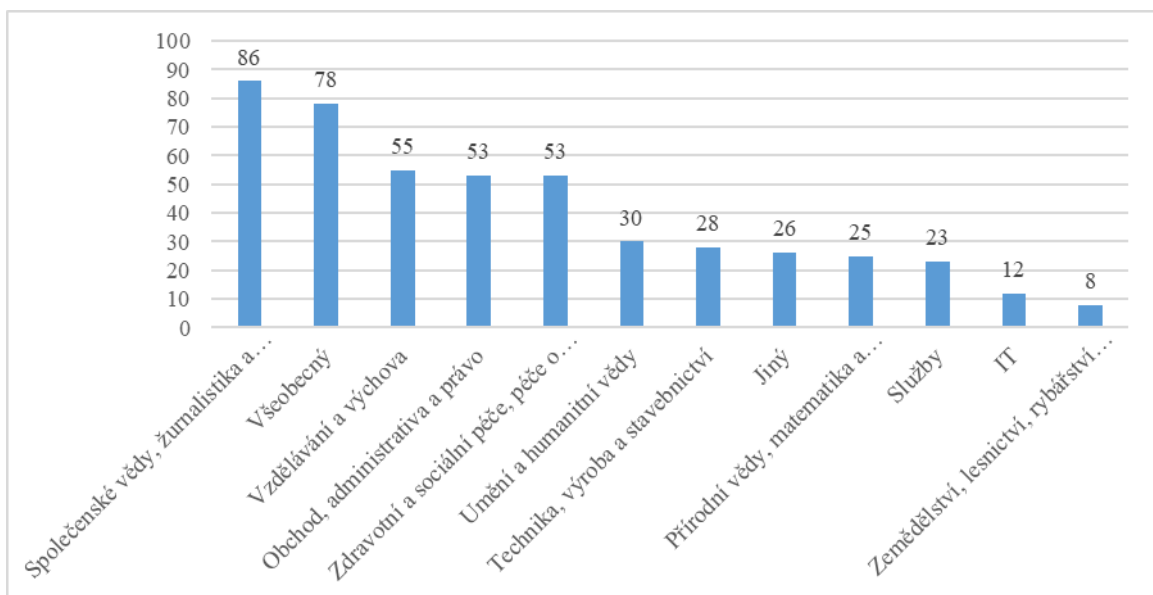
Zjišťováno bylo rovněž nejvyšší dosažené vzdělání. Nejvíce respondentů uvedlo dokončené vysokoškolské vzdělání (N = 228). 196 respondentů dosáhlo středního vzdělání ukončeného maturitní zkouškou. Třetí nejpočetnější skupina byla tvořena respondenty, kteří zatím dosáhli pouze základního vzdělání (N = 25). 14 respondentů vystudovalo vyšší odbornou školu. Stejný počet respondentů (N = 14) dokončilo střední odborné učiliště.

Sledován byl také obor, který respondent vystudoval nebo v současné době studuje. Pro lepší orientaci v datech a pro účely testování stanovených hypotéz byly obory studia rozřizeny do 12 kategorií podle *Klasifikace oborů vzdělání* (Český statistický úřad, 2015):

1. Vzdělávání a výchova,
2. Umění a humanitní vědy,
3. Společenské vědy, žurnalistika a informační vědy,
4. Obchod, administrativa a právo,
5. Přírodní vědy, matematika a statistika,
6. IT,
7. Technika, výroba a stavebnictví,
8. Zemědělství, lesnictví, rybářství a veterinářství,
9. Zdravotní a sociální péče, péče o příznivé životní podmínky,
10. Služby,
11. Všeobecný (Gymnázium),
12. Jiný.

Zastoupení vystudovaných oborů mezi respondenty poskytuje následující graf:

Graf 2: Zastoupení vystudovaných oborů mezi respondenty

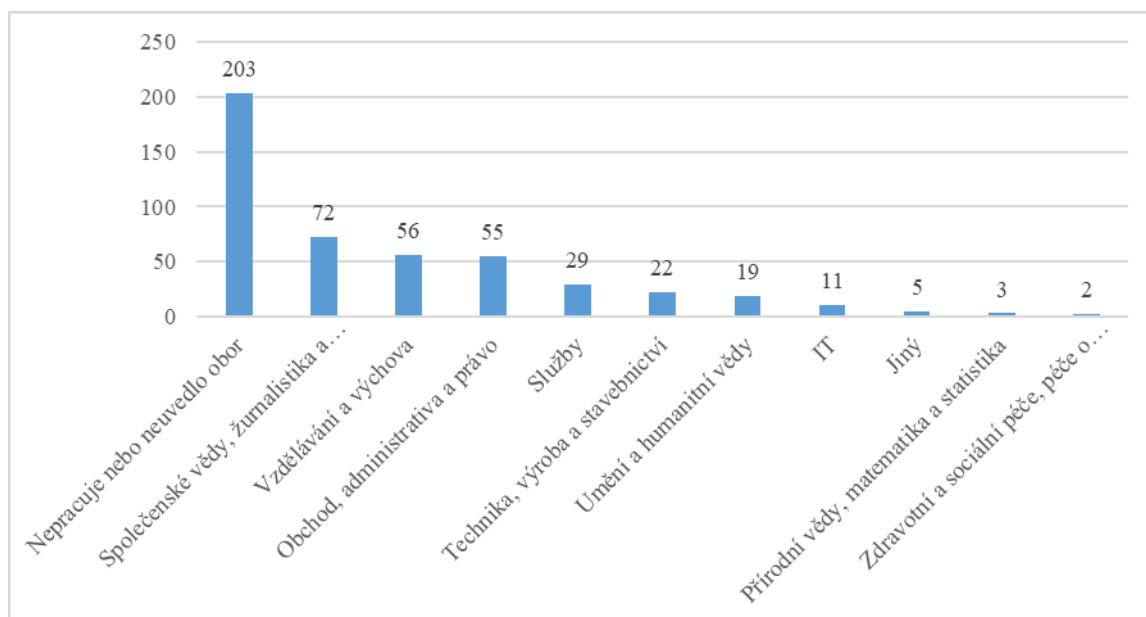


Respondenti byli taktéž tázáni, jaký je jejich současný sociální status. Celkem 288 respondentů pracuje. Z toho je 86 pracujících studentů, 6 osob zároveň pracuje a je na rodičovské/mateřské dovolené. 2 jedinci při práci pobírají invalidní důchod. 1 osoba uvedla, že pracuje, studuje a při tom pobírá invalidní důchod. Nezaměstnaných bylo 10 respondentů.

Celkem 229 respondentů aktuálně studuje (nehledě na to, zda při tom pracuje). Na mateřské/rodičovské dovolené je dohromady 33 osob. Invalidní důchod pobírají 4 respondenti. Starobní důchod pobírá 5 respondentů.

Obory zaměstnání byly rozřizeny podle stejného klíče jako obory vzdělání (Český statistický úřad, 2015). Po odstranění oboru „všeobecný“ vzniklo pro obory povolání celkem 11 kategorií, 12. kategorii tvoří nezaměstnaní, nebo respondenti, kteří neuvedli obor. Pro přehlednost je zastoupení oborů opět uvedeno v grafu (viz graf 3).

Graf 3: Zastoupení oborů zaměstnání mezi respondenty



Další sledovanou informací představovala zkušenost s duševním onemocněním. Vyházeno bylo z předpokladu, že zkušenost s duševním onemocněním může mít vliv na míru informovanosti v oblasti duševního zdraví (viz kapitola 4.2). Celkem 265 osob uvedlo, že má jakoukoli zkušenost s duševním onemocněním (55,5 %). Respondenti byli tázáni na přímou zkušenost (zda se léčí/léčili s duševním onemocněním) nebo zprostředkovanou (zda se někdo z jejich blízkých či rodiny léčí/léčil s duševním onemocněním). Přímou zkušenost s duševním onemocněním mělo 158 respondentů

(33,12 %). 214 (44,83 %) respondentů uvedlo, že se někdo z jejich blízkých či rodiny léčí/léčil s duševním onemocněním.

Nejčastěji uváděnou diagnózu, se kterou se přímo respondenti potýkají, tvořily neurotické poruchy (N = 50). Druhá nejčastější byla diagnóza deprese (N = 44). 25 respondentů uvedlo, že se léčí s neurotickými poruchami a poruchami nálady v

komorbiditě. Čtvrtá nejčastěji uváděná diagnóza byla kategorie poruchy příjmu potravy (N = 11). Dále respondenti uváděli ADHD (N = 6), obsedantně kompulzivní poruchu (N = 5), Poruchy osobnosti (N = 4), posttraumatickou stresovou poruchu

(N = 4), schizofrenie (N = 3), závislosti (N = 2). Zbylé tři diagnózy, uváděné vždy pouze jedním respondentem, představovaly bipolární afektivní poruchu, Aspergerův syndrom a 1 respondent uvedl, že se léčí s poruchou řeči.

Pokud respondenti uváděli diagnózy, se kterými se léčí někdo z jejich rodiny či blízkých, nejpočetnější skupinu tvořily opět neurotické poruchy (N = 45). 43 diagnóz představovaly neurotické poruchy a poruchy nálady v komorbiditě. Třetí nejzastoupenější diagnózou byly deprese (N = 36). 22 respondentů má v okruhu svých blízkých někoho, kdo trpí onemocněním psychotického okruhu. 14 respondentů uvedlo diagnózu bipolární afektivní poruchy. Dále bylo uváděno ADHD (N = 11), poruchy osobnosti (N = 10), autismus (N = 8), obsedantně kompulzivní porucha (N = 7), poruchy příjmu potravy (N = 7), závislosti (N = 4), mentální retardace (N = 1) a Alzheimerova choroba (N = 1).

8 ANALÝZA DAT A JEJÍ VÝSLEDKY

Tato kapitola se bude zabývat popisem práce s daty, včetně jejich zpracování a analýzy. Budou ověřeny stanovené výzkumné cíle práce a otestovány zformulované hypotézy.

8.1 Metody zpracování dat

Výsledky dotazníku včetně demografických údajů byly převedeny do datové tabulky. První fázi práce s daty představovalo jejich očištění a třídění. Respondenti, kteří nesplňovali stanovené podmínky (věk nad 18 let), byli z výzkumu vyřazeni. Následně bylo třeba získané odpovědi kódovat. Z kódovaných dat byly vypočítány výsledné skóry pro jednotlivé subškály dotazníku MHLS a celkový hrubý skór pro každého respondenta. Tyto úpravy probíhaly v prostředí aplikace Microsoft Excel. Následně byla vytvořena přehledná datová matice, která byla připravena na další statistické zpracování. Pro ostatní části dotazníku byly vypočítány deskriptivní statistiky. Všechny další operace včetně testování statistických hypotéz byly provedeny v programu TIBCO STATISTICA 14.0. Všechny stanovené hypotézy byly testovány na stanovené hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

8.2 Míra informovanosti veřejnosti o duševním zdraví a možnostech péče

První dva stanovené cíle práce spočívaly v prozkoumání, jaké má veřejnost povědomí o duševním zdraví a zároveň, jaká je informovanost veřejnosti o možnostech péče o duševní zdraví. Za tímto účelem byly vyhodnoceny data ze všech částí dotazníku pomocí deskriptivní statistiky. Základní popisné informace z dotazníku MHLS jsou k dispozici v tabulce 9.

Tabulka 9: Deskriptivní charakteristiky dotazníku MHLS

Skupina	N	Průměrný skór	Medián	Minimum	Maximum	SD
Muži	84	121,214	124,000	91,000	146,000	12,112
Ženy	393	128,481	129,000	76,000	157,000	11,608
Celý soubor	477	127,201	128,000	76,000	157,000	12,009

Vyhodnoceny byly rovněž jednotlivé subškály dotazníku MHLS. Výsledky byly pro větší přehlednost rovněž převedeny do následující tabulky:

Tabulka 10: Deskriptivní charakteristiky subškál dotazníku MHLS

Subškála	Otázky	Průměrný skór	Medián	SD	Minimální možný počet bodů	Maximální možný počet bodů
Schopnost rozpoznat konkrétní poruchy	1-8	26,476	27,000	3,093	8,000	32,000
Znalost rizikových faktorů a příčin onemocnění	9-10	5,476	5,000	1,014	2,000	8,000
Znalosti o sebezpečí	11-12	5,909	6,000	1,152	2,000	8,000
Znalost dostupné profesionální péče	13-15	9,883	10,000	1,400	3,000	12,000
Schopnost hledat informace	16-19	14,092	14,000	2,437	4,000	20,000
Postoje*	20-35	65,367	66,000	8,534	16,000	80,000

* Postoje, které podporují rozpoznání nebo adekvátní chování při hledání pomoci.

Jelikož se každá subškála skládá z jiného počtu otázek, u kterých se navíc napříč dotazníkem mění bodování, liší se tak i minimální a maximální možný počet dosažených bodů pro každou subškálu. Z tohoto důvodu se jeví jako problematické porovnání, ve které ze subškál dosahovali respondenti v průměru nejvíce a ve které v průměru nejméně bodů. Pro lepší vysvětlení významu čísel byly jednotlivé výsledky převedeny pomocí změny měřítka na škálu s rozsahem 0–100. Jedná se tedy o tzv. interaktivní skór, kdy je hrubý skór převáděn na procentuální škálu, kde 0 % představuje minimální dosažitelný skór a 100 % představuje maximální dosažitelný skór (Denglerová & Urbánek, 2012). Skóry jednotlivých subškál po změně měřítka jsou k dispozici v tabulce 11.

Tabulka 11: Průměrné skóry subškál dotazníku MHLS po změně měřítka

Subškála	Průměrný skór po změně měřítka
Schopnost rozpoznat konkrétní poruchy	76,983
Znalost rizikových faktorů a příčin onemocnění	57,933
Znalosti o sebeběči	65,150
Znalost dostupné profesionální péče	76, 448
Schopnost hledat informace	63,075
Postoje*	77,136

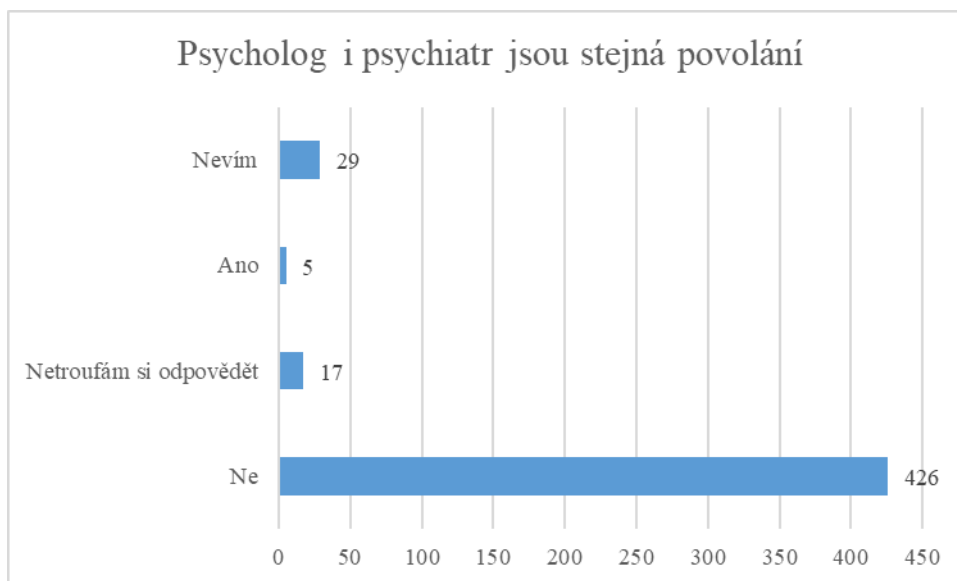
* Postoje, které podporují rozpoznání nebo adekvátní chování při hledání pomoci.

Z tabulky je patrné, že nejlépe si respondenti vedli v subškále Postojů, které podporují rozpoznání nebo adekvátní chování při hledání pomoci (77, 136 bodů). Dále pak v subškále Schopnost rozpoznat konkrétní poruchy (76, 983). Nejmenšího průměrného skóru dosahovali v subškále Znalost rizikových faktorů a příčin onemocnění (57, 933 bodů) nebo v subškále Schopnost hledat informace (63,075). Toto srovnání, i přes změnu měřítka, však nadále zůstává problematické a je nutno brát jej s rezervou. Plný počet bodů totiž znamená pouze maximum vlastnosti, kterou daná subškála dokáže změřit, nikoli maximální hodnotu měřené vlastnosti.

K naplnění prvního a druhého cíle práce rovněž sloužily výsledky z další části dotazníku. V třetí části dotazníku byla věnována pozornost tomu, jaké mají respondenti znalosti ohledně povolání psychologa a psychiatra. Dále byli respondentům prezentovány časté mýty či dezinformace ohledně duševních onemocnění. Všechny odpovědi byly zpracovány pomocí deskriptivní statistiky a popisů četnosti odpovědí. Některé trendy v odpovědích rovněž potvrzovaly výroky, které účastníci výzkumu uvedli v otevřených otázkách. Pro dokreslení výsledků zde budou rovněž uvedeny.

Jedna z oblastí, na kterou byli respondenti dotazováni se týkala povolání psychiatra a psychologa (viz kapitola 2). Cílem bylo zjistit, zda je veřejností vnímán rozdíl mezi těmito dvěma povoláními. Četnosti odpovědí respondentů jsou shrnuty v následujících grafech (graf 4 a graf 5).

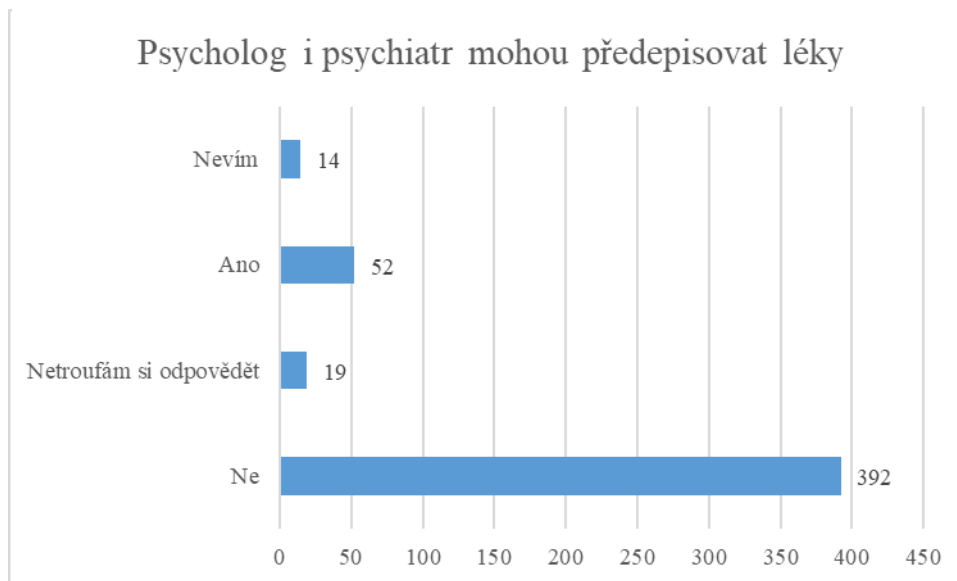
Graf 4: Četnosti odpovědí na otázku *Psycholog i psychiatr jsou stejná povolání.*



Je patrné, že většina respondentů (89,24 %) uvedla správnou odpověď, psychiatr a psycholog nejsou stejná povolání. Přesto si však někteří nejsou jisti („Nevím“ uvedlo 6,08 %) respondentů.

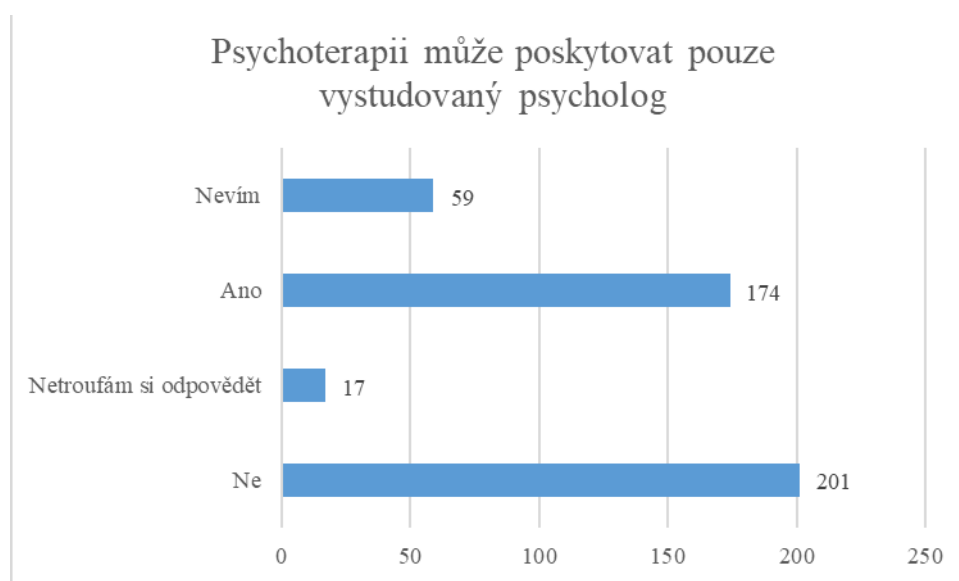
O něco méně správných odpovědí se vyskytlo u otázky ohledně možnosti předepsání léků. Správná odpověď představovala 83,23 % všech odpovědí. Léky může předepisovat pouze psychiatr, nikoli psycholog. Přibližně 10,90 % všech respondentů si myslí, že léky může předepisovat jak psychiatr, tak psycholog. Zbytek odpovědí je k dispozici v následujícím grafu:

Graf 5: Četnosti odpovědí na otázku *Psycholog i psychiatr mohou předepisovat léky.*



Další otázka směřovala na vzdělání psychoterapeuta. Prezentovaný výrok tvrdil, že psychoterapii může poskytovat pouze vystudovaný psycholog. Správná odpověď je tedy „Ne“ (psychoterapii může poskytovat i člověk s jiným vzděláním ale s akreditovaným psychoterapeutickým výcvikem). Přehled odpovědí poskytuje graf číslo 6.

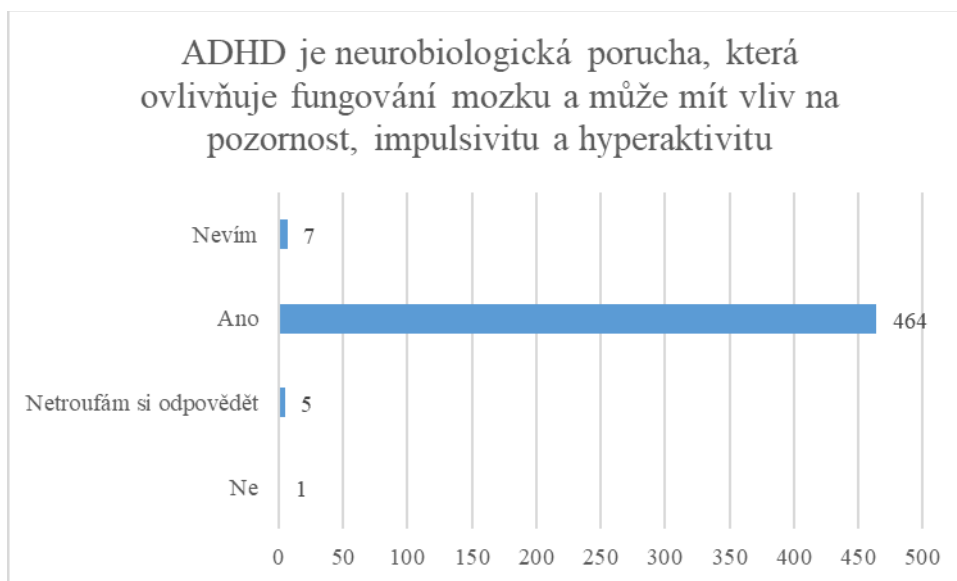
Graf 6: Četnosti odpovědí na otázku *Psychoterapii může poskytovat pouze vystudovaný psycholog.*



Přibližně 12,36 % respondentů uvedlo, že neví, 3,56 % si netrouflo odpovědět. 36,49 % označilo jako svoji odpověď „Ano“ a správně odpovědělo 42,11 % respondentů. V otevřených otázkách jeden z respondentů uvedl: „*Psychoterapii poskytují i sobci bez vzdělání,*“ čímž rovněž poukázal na tuto problematiku.

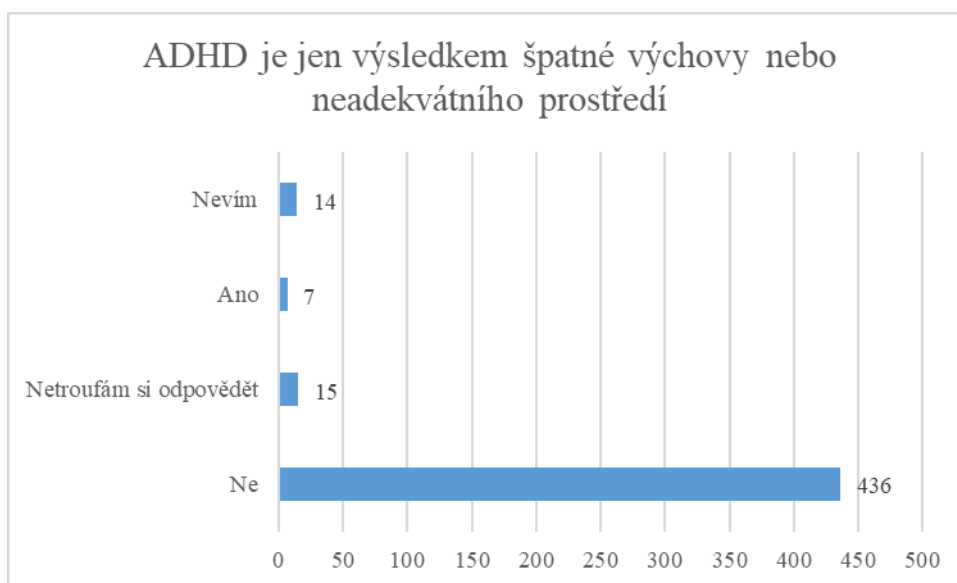
Zbývající položky byly tvořeny výroky, které si kladly za cíl ověřit přesvědčení respondentů ohledně pravdivosti různých mýtů či tvrzení ohledně duševních onemocnění (více v kapitole 4.2.1). Téměř všichni respondenti si byli jisti definicí poruchy ADHD. 97,26 % uvedlo správnou odpověď. Další odpovědi prezentuje následující graf:

Graf 7: Četnosti odpovědí na otázku o ADHD



Na stejnou diagnózu cílila i následující otázka. Výrok prezentoval častý mýtus. Četnosti odpovědí jsou rovněž pro větší přehlednost prezentovány v grafu:

Graf 8: Četnosti odpovědí na mylný výrok o ADHD



Zde již odpovědělo správně o něco méně respondentů – přibližně 91, 40 %. ADHD není výsledkem špatné výchovy nebo neadekvátního prostředí, nýbrž neurovývojová porucha, která je multifaktorově podmíněná. Vyznačuje se poruchou pozornosti s hyperaktivitou (Cahová et al., 2010). 3, 15 % si netrouflo odpovědět. 2, 93 % respondentů uvedlo, že neví. S nepravdivým výrokem souhlasilo 1, 47 % respondentů.

Další prezentovaný mýtus se týkal diagnózy schizofrenie: „Schizofrenie je mentální porucha vyznačující se rozdvojenou osobností.“ (Lilienfeld, 2009). Četnost odpovědí je pro přehlednost rovněž prezentována prostřednictvím grafu (graf 9).

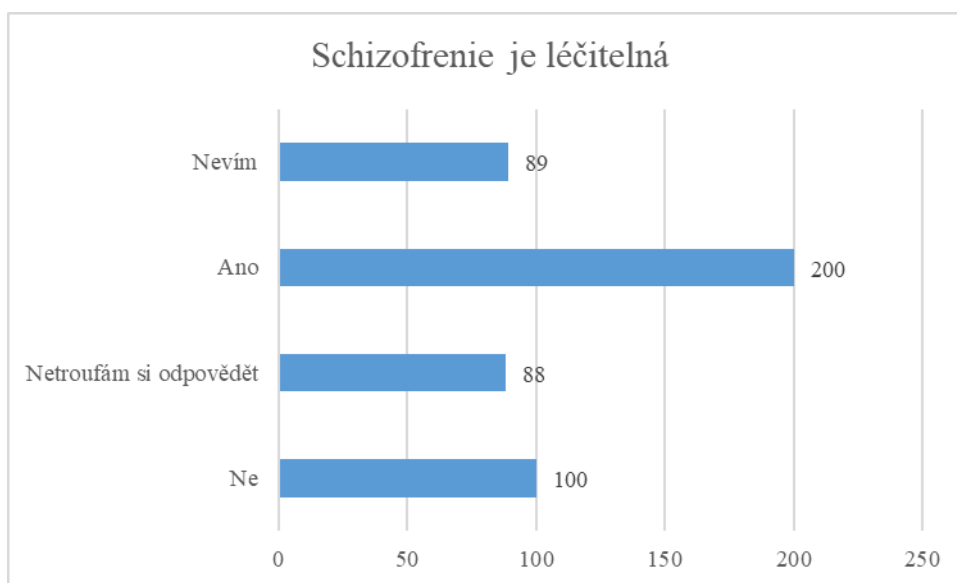
Graf 9: Četnosti odpovědí na otázku Schizofrenie je mentální porucha vyznačující se rozdvojenou osobností.



Tento mýtus označilo jako pravdivý celkem 59, 29 % respondentů. 3, 77 % si na odpověď netrouflo a 3, 15 % přiznalo, že neví. Správně odpovědělo 33, 77 % respondentů. Schizofrenie se rovněž nejčastěji vyskytovala v odpovědích na otevřené otázky dokreslující postoje respondentů vůči duševním onemocněním a jejich léčbě. Celkem 137 odpovědí z 328 vyplněných vyjadřovalo obavy z diagnózy schizofrenie.

Další otázka se týkala léčitelnosti schizofrenie. Správně odpovědělo 41, 93 % respondentů. Přibližně 20, 96 % si myslí, že se schizofrenie léčit nedá. Přibližně 18, 67 % osob uvedlo, že neví a 18, 45 % se zdrželo odpovědi. Pro přehlednost opět prezentováno v grafu:

Graf 10: Četnosti odpovědí na otázku *Schizofrenie je léčitelná.*



Další výrok, který cílil na přesvědčení ohledně léčby duševních onemocnění se týkal úzkosti: „Úzkost lze překonat ignorováním.“ Zde byl podíl správných odpovědí větší. 441 respondentů (92, 44 %) uvedlo správnou odpověď. 16 (3, 35 %) osob si netrouflo odpovědět, 14 (2, 93 %) respondentů přiznalo, že neví. 6 odpovědí (1, 26 %) představovalo souhlas s výrokem. Četnosti jsou opět k dispozici na grafu 11.

Graf 11: Četnosti odpovědí na otázku *Úzkost lze překonat ignorováním.*

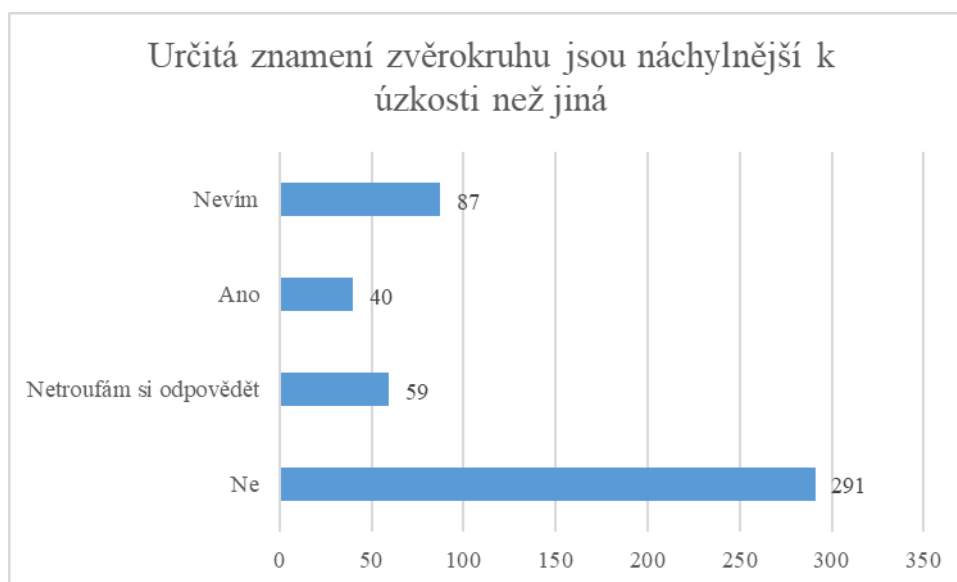


Na důležitost léčby odkazovalo rovněž několik odpovědí v otevřených otázkách. 6 respondentů ve své odpovědi popsalo, že je pro ně velmi podstatná léčba duševního onemocnění. Rovněž, že přístup k léčbě konkrétního jedince s duševním onemocněním formuje jejich postoje vůči tomuto člověku spíše než nemoc samotná, například: „...spíše by pro mě bylo důležité, jak se svým stavem daný člověk pracuje (jestli bere léky, chodí na terapii..., ví, co mu pomáhá ve chvílích, kdy dojde ke zhoršení) ...“, nebo: „...Těžko říct, asi by spíše, než na nemoci záleželo na člověku a jeho charakteru, jak u něj nemoc probíhá, jak s tím umí pracovat a jestli se léčí...“

Poslední dva výroky cílily na přesvědčení respondentů ohledně různých chybných ezoterických výkladů duševních onemocnění. První výrok zněl: „Trauma je uloženo v energetickém těle a způsobuje blokády, které vedou k úzkosti. Tyto blokády mohou být fyzické, emoční nebo duchovní a mohou bránit průchodu energie v těle.“ S tímto tvrzením vyjádřilo souhlas 218 respondentů (45, 73 %), netroufalo si odpovědět 100 jedinců (20, 96 %), „Nevím“ uvedlo 82 osob 17, 20 %). Nesouhlasilo 77 respondentů (16, 14 %).

Poslední otázka směřovala na přesvědčení, že určitá znamení zvěrokruhu jsou náchylnější k úzkosti než jiná. Přehled četnost odpovědí rovněž poskytuje následující graf:

Graf 12: Četnosti odpovědí na otázku ohledně znamení zvěrokruhu



Správně odpovědělo 291 osob (60, 99 %). 8, 38 % (40) odpovědí představovala odpověď „Ano“. 87 jedinců (18, 23 %) odpovědělo, že neví a 59 respondentů si netroufalo odpovědět (12, 36 %). I zde několik respondentů vyjádřilo svůj názor v otevřených otázkách. Jednalo

se i o poněkud radikální přesvědčení: „*Spiritualita neexistuje, vše jsou pouze chemické procesy.*“

8.3 Informovanost veřejnosti o duševním zdraví a možnostech péče a její vztah k vybraným sociodemografickým údajům

Třetím cílem práce bylo popsat vliv jednotlivých sociodemografických faktorů na míru informovanosti veřejnosti o duševním zdraví a možnostech péče (dále jen míra informovanosti). Vyhodnoceny byly průměrné skóry v dotazníku MHLS pro jednotlivé kraje. Tyto výsledky jsou prezentovány v tabulce 12.

Tabulka 12: Průměrný skór v dotazníku MHLS podle krajů

Kraj	Průměrný skór
Karlovarský kraj	130,667
Středočeský kraj	130,525
Olomoucký kraj	129,880
Hlavní město Praha	129,036
Kraj Vysočina	128,714
Zlínský kraj	128,467
Plzeňský kraj	128,000
Ústecký kraj	128,000
Moravskoslezský kraj	127,462
Jihočeský kraj	125,462
Jihomoravský kraj	125,125
Liberecký kraj	124,833
Respondent žije v zahraničí	124,600
Královéhradecký kraj	124,577
Pardubický kraj	123,394

Nejvyšší průměrný skór v dotazníku Mental Health Literacy Scale byl naměřen v Karlovarském kraji (130,667). Druhého nejvyššího průměrného skóru s nepatrným rozdílem několika setin dosahovali respondenti ve Středočeském kraji (130,525). Třetí nejvíce informovaný kraj je kraj Olomoucký s průměrným skórem 129,880 bodů. Naopak kraje s nejnižšími průměrnými skóry představují Pardubický kraj (123,394) a Královéhradecký kraj (124,577). Třetí skupinu s nejnižším průměrem tvoří respondenti aktuálně žijící v zahraničí s průměrným skórem 124, 600.

K naplnění třetího výzkumného cíle byly dále testovány hypotézy formulované v kapitole 5. K analýze dat bylo využito obecné lineární regrese. Jedná se o vícerozměrný statistický model, který slouží k popisu a zachycení vzájemných vztahů mezi sledovanými faktory. Před vytvořením lineárního modelu bylo zapotřebí zjistit, zda analyzovaná data splňují předpoklady pro jeho vytvoření. Pomocí histogramu bylo zkoumáno, zda rezidua vytvořeného modelu splňují podmínku normálního rozložení. Další nutnou podmínku k ověření tvoří homoskedasticita dat. Homoskedasticita znamená homogenitu rozptylu reziduí. Tato podmínka byla prověřena bodovým grafem, který zobrazoval predikované hodnoty modelu a rezidua. Dále bylo potřeba vyloučit multikolinearitu jednotlivých proměnných. Multikolinearita byla vyvrácena prostřednictvím statistiky zvané tolerance, která je obrácenou hodnotou statistiky Variable Inflation Factor (VIF) (Dostál, 2021; Weisber, 2005). Všechny stanovené hypotézy byly testovány na stanovené hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

Model byl tvořen **jednou závislou proměnnou** – celkový hrubý skór naměřený v dotazníku MHLS (míra informovanosti). Čím více bodů jedinec získal, tím větší je jeho míra informovanosti. **Regresory** tvořily následující proměnné: pohlaví (kódováno muž = 1, žena = 0), věk, velikost obce, ve které respondent žije (1 = do 10 tisíc obyvatel, 2 = 10–100 tisíc obyvatel, 3 = nad 100 tisíc obyvatel), úroveň vzdělání (ZŠ, SOU, SŠ, VOŠ, VŠ), obor vzdělání, obor zaměstnání, přímá zkušenost s duševním onemocněním a zprostředkovaná zkušenost s duševním onemocněním (kódováno 0 = ne, 1 = ano).

Takto vytvořený model dokáže vysvětlit 30,2 % rozptylu proměnné míra informovanosti, $R^2 = 0,302$; $F(31, 445) = 6,206$; $p < 0,001$. Jako signifikantní se ukázaly pouze regresory věk, pohlaví, úroveň vzdělání, přímá a zprostředkovaná zkušenost s duševním onemocněním. Statistickou významnost zkoumaných regresorů shrnuje tabulka 13:

Tabulka 13: Statistická významnost zkoumaných regresorů

Regresor	SČ	F	p – hodnota
Věk	1765	16,387	p <0,001
Velikost obce	169,600	1,575	0,210
Obor vzdělání	1946,700	1,643	0,084
Obor zaměstnání	1006,700	0,850	0,590
Přímá zkušenost*	4738,600	43,993	p <0,001
Zprostředkovaná zkušenost*	1364,200	12,665	p <0,001
Pohlaví	1380,900	12,821	p <0,001
Úroveň vzdělání	1158,400	2,689	0,031

Výsledky s jednotlivými regresními koeficienty byly rovněž převedeny do tabulky (tabulka 14). Nestandardizované regresní koeficienty jsou označeny písmenem b, standardizované regresní koeficienty jsou v tabulce označeny jako β . Pro větší přehlednost výsledků jsou v tabulce zařazeny pouze statisticky významné regresory. Pokud by z modelu byly nesignifikantní regresory vyloučeny, procento vysvětleného rozptylu by kleslo na 25,3 %. Z toho důvodu byly v modelu ponechány všechny.

Tabulka 14: Obecný lineární model – statisticky signifikantní regresory

Regresor	b	β	p – hodnota	95 % KI
Konstanta	119,878	-	-	-
Věk	-0,191	-0,184	p <0,001	[-0,285; -0,099]
Pohlaví	5,077	0,1612	p <0,001	[2,290; 7,863]
Přímá zkušenost*	7,502	0,294	p <0,001	[5,279; 9,725]
Zprostředkovaná zkušenost*	3,643	0,151033	p <0,001	[1,631; 5,655]
Úroveň vzdělání – SOU	-2,184	-0,031	0,557	[-9,493; 5,125]
Úroveň vzdělání – SŠ	4,696	0,193	0,044	[0,121; 9,270]
Úroveň vzdělání – VOŠ	4,958	0,070	0,192	[-2,503; 12,420]
Úroveň vzdělání – VŠ	5,805	0,242	0,018	[0,979; 10,630]

*s duševním onemocněním.

8.3.1 Ověření platnosti stanovených hypotéz

- **H1:** Existuje rozdíl v míře informovanosti mezi pohlavími.

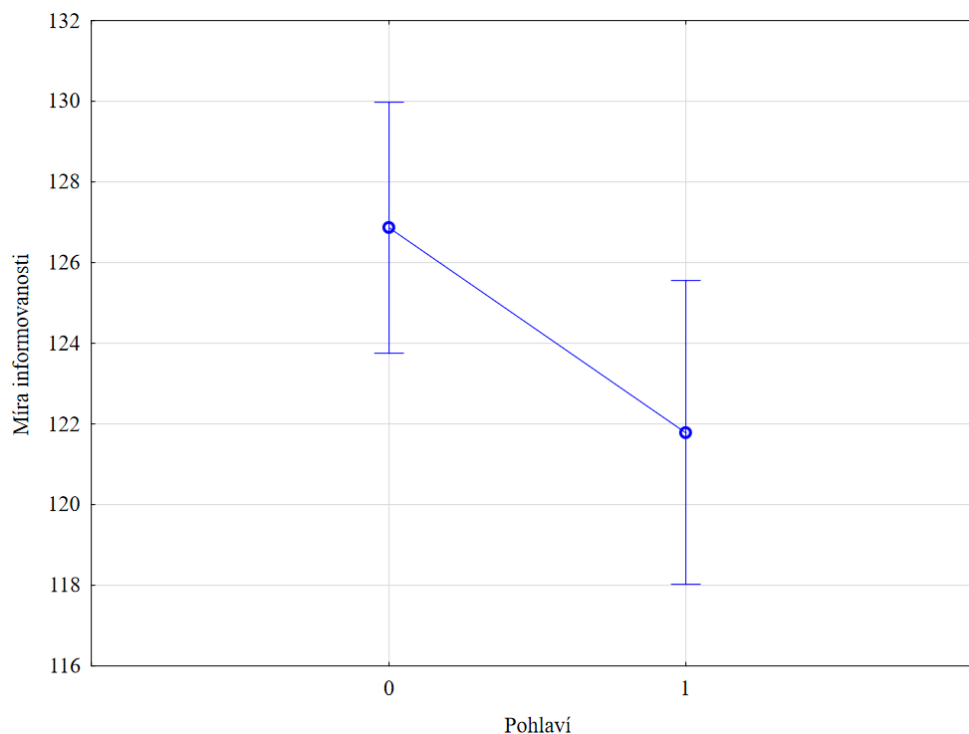
První formulovaná hypotéza si kladla za cíl ověřit, zda existuje statisticky významný rozdíl v míře informovanosti mezi pohlavími. Průměrný skór v dotazníku MHLS pro jednotlivé skupiny shrnuje tabulka 15:

Tabulka 15: Průměrný skór v dotazníku MHLS dle pohlaví

Skupina	N	Průměrný skór	Medián	Minimum	Maximum	SD
Muži	84	121,214	124,000	91,000	146,000	12,112
Ženy	393	128,481	129,000	76,000	157,000	11,608
Celý soubor	477	127,201	128,000	76,000	157,000	12,009

Uvedená hypotéza byla testována prostřednictvím obecného lineárního modelu. Statistická analýza ukázala, že mezi pohlavími existuje statisticky významný rozdíl, $t(445) = 3,581$, $p < 0,001$. Dle nalezeného výsledku lze hypotézu č. 1 **přijmout**. Ženy skórují v míře informovanosti v průměru o 5,077 bodů více než muži. Souvislost pohlaví a míry informovanosti ilustruje graf 13.

Graf 13: Souvislost pohlaví a míry informovanosti



Pozn: Muži jsou v grafu značeny jako 1, ženy jsou značeny jako 0. Svislé čáry značí 95% konfidenční interval.

- **H2:** Velikost obce, ve které respondent žije má vliv na míru informovanosti.

Druhá hypotéza se zaměřovala na vliv velikosti města, ve kterém respondent žije na míru informovanosti. Průměrné skóry pro skupiny dle velikosti obce shrnuje následující tabulka:

Tabulka 16: Průměrný skór v dotazníku MHLS dle velikosti obce, ve které respondent žije

Počet obyvatel	N	Průměrný skór	Median	Minimum	Maximum	SD
0–10 tisíc	226	126,018	127,000	88,000	157,000	11,724
10 tisíc - 100 tisíc	130	127,854	130,000	91,000	149,000	12,138
Nad 100 tisíc	121	128,711	128,000	76,000	155,000	12,274

Hypotéza byla rovněž testována za pomoci lineárního modelu. Výsledky ukázaly, že vliv města nemá na míru informovanosti statisticky významný vliv, $t(445) = 1,255$, $p = 0,210$. Hypotézu č. 2 **nelze přijmout**.

- **H3:** Míra informovanosti je závislá na věku respondenta

Hypotéza č. 3 zkoumala vliv věku na míru informovanosti. Výsledky prokázaly statisticky významný vliv, $t(445) = -4,048$, $p < 0,001$. Hypotézu č. 3 **lze** na základě zjištěných výsledků **přijmout**. Každý věkový přírůstek o 1 rok znamená v průměru o 0,191 bodu méně.

- **H4:** Stupeň dosaženého vzdělání souvisí s mírou informovanosti.

Další hypotéza byla zaměřena na vztah dosaženého stupně vzdělání a míry informovanosti. Průměrné skóry respondentů dle jednotlivých skupin prezentuje tabulka 17:

Tabulka 17: Průměrný skór v dotazníku MHLS dle úrovně dosaženého vzdělání

Úroveň vzdělání	N	Průměrný skór	Median	Minimum	Maximum	SD
ZŠ	25	126,200	127,000	88,000	152,000	16,137
SOU	14	115,500	116,000	94,000	135,000	10,405
SŠ	196	127,316	127,500	91,000	155,000	11,829
VOŠ	14	127,071	129,000	115,000	141,000	8,462
VŠ	228	127,939	129,000	76,000	157,000	11,632

Hypotéza byla testována rovněž za pomoci obecného lineárního modelu. Vliv dosaženého vzdělání na míru informovanosti se ukázal jako statisticky signifikantní,

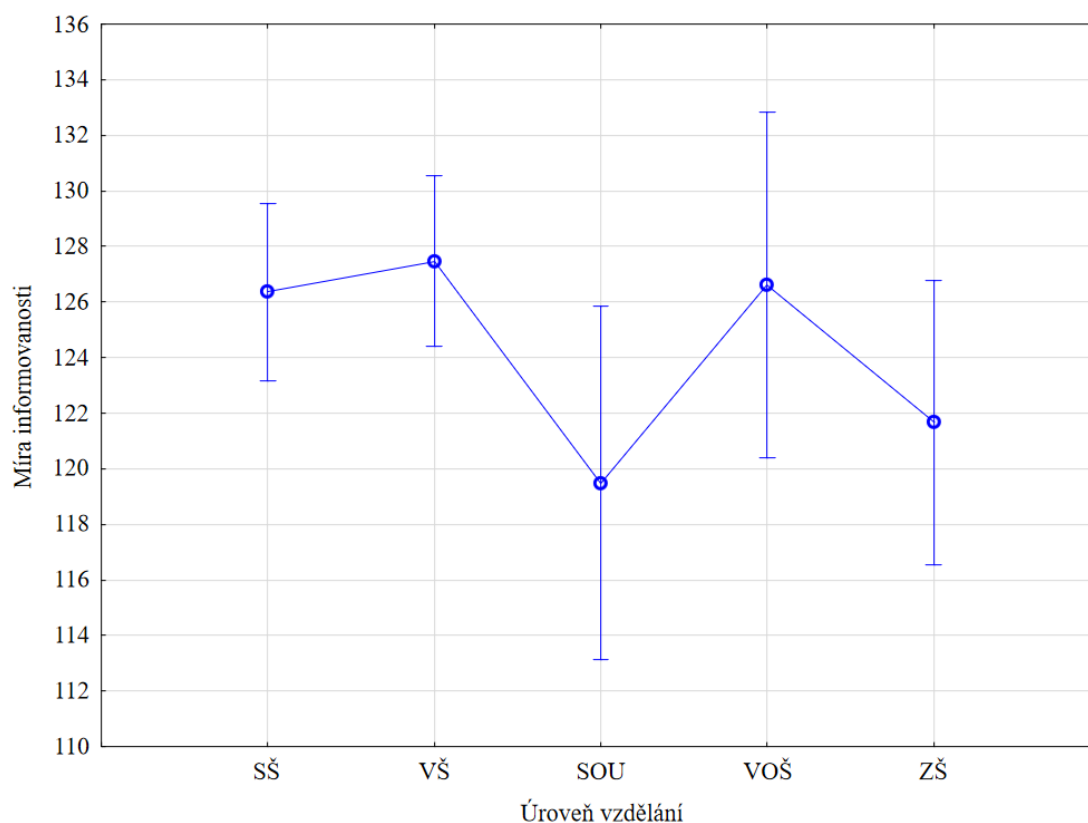
$t(445) = 1,640$; $p = 0,031$. Hypotézu č. 4 lze přijmout. Vliv jednotlivých úrovní dosaženého vzdělání shrnuje tabulka 18.

Tabulka 18: Hodnoty regresních koeficientů dle dosaženého stupně vzdělání

Regresor	b	β	p – hodnota	95 % KI
Úroveň vzdělání – SOU	-2,184	-0,031	0,557	[-9,493; 5,125]
Úroveň vzdělání – SŠ	4,696	0,193	0,044	[0,121; 9,270]
Úroveň vzdělání – VOŠ	4,958	0,070	0,192	[-2,503 12,420]
Úroveň vzdělání – VŠ	5,805	0,242	0,018	[0,979; 10,630]

Jako referenční skupina byla zvolena základní škola. Absolventi vysoké školy v průměru skórují o 5,805 bodů více, než absolventi základní školy a tento vliv se jeví jako statisticky signifikantní. Další statisticky významný rozdíl představují absolventi střední školy, kteří dostanou v průměru o 4,696 bodu více nežli absolventi základní školy. Rozdíl mezi absolventy středního odborného učiliště a absolventy základní školy nebyl shledán jako statisticky signifikantní, stejně tak výsledky absolventů vyšší odborné školy. Lze konstatovat, že absolventi vysoké školy skórují v průměru nejlépe oproti nižším dosaženým stupňům vzdělání. Vztah míry informovanosti a dosaženého stupně vzdělání je prezentován v následujícím grafu:

Graf 14: Souvislost dosaženého stupně vzdělání s mírou informovanosti



Pozn: Svislé čáry značí 95% konfidenční interval.

- **H5:** Obor, který respondent vystudoval má vliv na míru informovanosti.

Hypotéza číslo 5 zkoumala významnost vlivu oboru, který respondent vystudoval na míru informovanosti. Tento vliv nebyl shledán jako statisticky signifikantní ($t(445) = 1,282$, $p = 0,084$). Hypotézu č. 5 tedy **nelze přijmout**. Průměry skóre v dotazníku MHLS podle oborů vzdělání jsou k dispozici v tabulce 19:

Tabulka 19: Průměrné skóre v dotazníku MHLS dle oboru vzdělání

Obor vzdělání	N	Průměrný skór	Minimum	Maximum	SD
Vzdělání a výchova	55	127,436	105,000	146,000	8,758
Společenské vědy, žurnalistika a informační vědy	86	128,674	99,000	157,000	11,929
IT	12	123,333	100,000	144,000	11,919
Umění a humanitní vědy	30	128,100	99,000	148,000	10,453
Zemědělství, lesnictví, rybářství a veterinářství	8	133,625	122,000	148,000	8,847

Zdravotní a sociální péče, péče o příznivé životní podmínky	53	130,283	110,000	148,000	8,893
Technika, výroba a stavebnictví	28	121,929	91,000	143,000	12,361
Služby	24	122,875	95,000	145,000	13,343
Přírodní vědy, matematika a statistika	3	128,440	110,000	147,000	10,01
Obchod, administrativa a právo	53	122,057	76,000	148,000	14,542
Všeobecný	77	129,403	96,000	155,000	12,022
Jiný	26	126,769	88,000	148,000	15,624

Ačkoli vliv oboru vzdělání nebyl shledán jako statisticky signifikantní, nejvyššího průměrného skóru dosáhla skupina respondentů, kteří studovali obor spadající do kategorie Zemědělství, lesnictví, rybářství a veterinářství (133, 625). Nejnižší průměrný skór byl dosažen ve skupině oborů spadajících do kategorie Technika, výroba a stavebnictví (121, 929).

- **H6:** Obor, ve kterém respondent pracuje souvisí s mírou informovanosti.

Rovněž byl zkoumán vliv oboru, ve kterém respondent pracuje. Ani tento vliv nebyl prokázán jako statisticky signifikantní ($t(445) = 0,923$; $p = 0,590$). Hypotézu č. 6 **nelze přijmout**. Průměrné skóry dle jednotlivých oborů jsou rovněž shrnuty v následující tabulce:

Tabulka 20: Průměrné skóry v dotazníku MHLS dle oboru zaměstnání

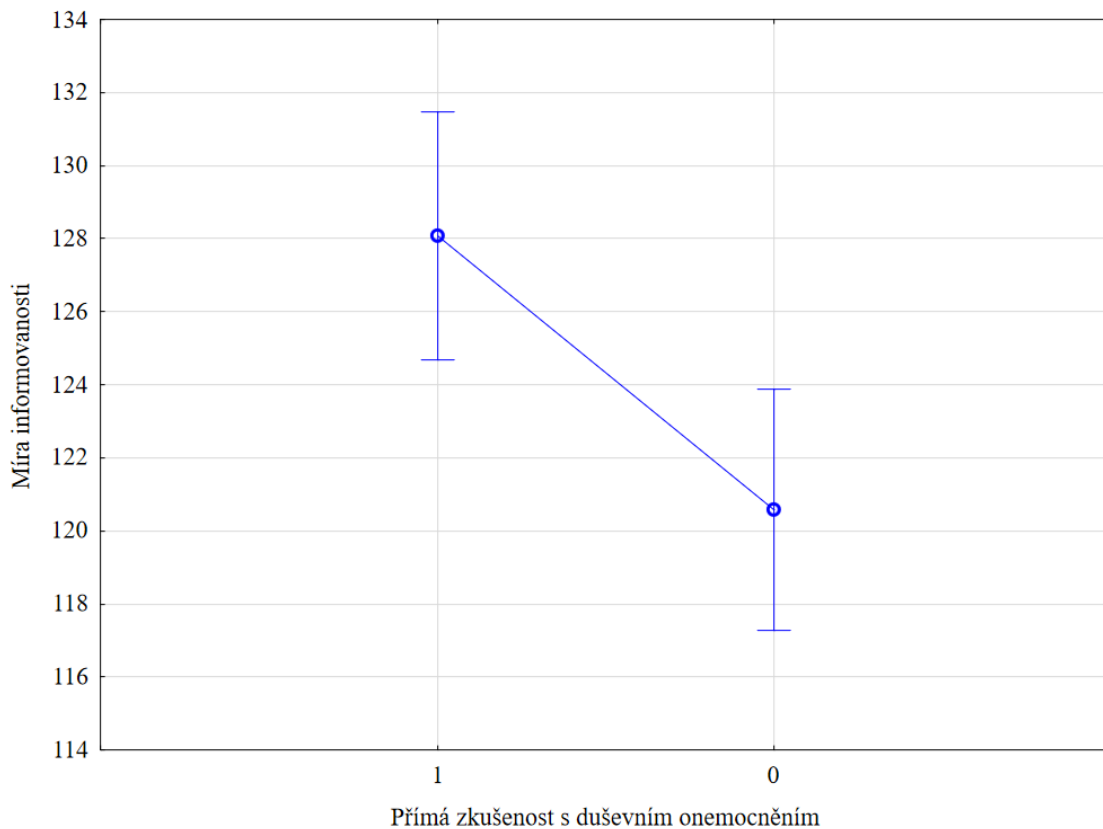
Obor zaměstnání	N	Průměrný skór	Minimum	Maximum	SD
Zemědělství, lesnictví, rybářství a veterinářství	8	133,625	122,000	148,000	8,847
Zdravotní a sociální péče, péče o příznivé životní podmínky	2	126,500	112,000	141,000	20,506
Společenské vědy, žurnalistika a informační vědy	72	130,792	99,000	149,000	10,460
Přírodní vědy, matematika a statistika	3	133,667	119,000	148,000	14,503
Umění a humanitní vědy	19	126,526	115,000	157,000	11,047
Vzdělání a výchova	56	127,090	102,000	148,000	10,345
Jiný	5	138,000	123,000	152,000	13,342
IT	11	121,500	100,000	146,000	13,466
Služby	29	123,138	94,000	155,000	14,547
Nezaměstnaný nebo neuvedl	203	127,310	76,000	148,000	11,870
Obchod, administrativa a právo	55	124,309	86,000	146,000	13,785
Technika, výroba a stavebnictví	22	124,818	99,000	138,000	9,998

Nejvyššího průměrného skóru dosahovali respondenti, kteří pracují v odvětví spadajícím do kategorie Přírodní vědy, matematika a statistika (133, 667). Nejnižší průměrný skór byl zaznamenán pro skupinu pracujících v kategorii IT (121, 500).

- **H7:** Respondenti, kteří mají přímou zkušenost s duševní nemocí budou v míře informovanosti dosahovat vyšších skórů než ti bez zkušenosti.

Další testovaná hypotéza si kladla za cíl ověřit, zda respondenti, kteří mají přímou zkušenost s duševním onemocněním budou v míře informovanosti dosahovat vyšších skórů než ti, kteří tuto zkušenost nemají. Tento vztah je prezentován v následujícím grafu:

Graf 15: Souvislost přímé zkušenosti s duševním onemocněním a míry informovanosti



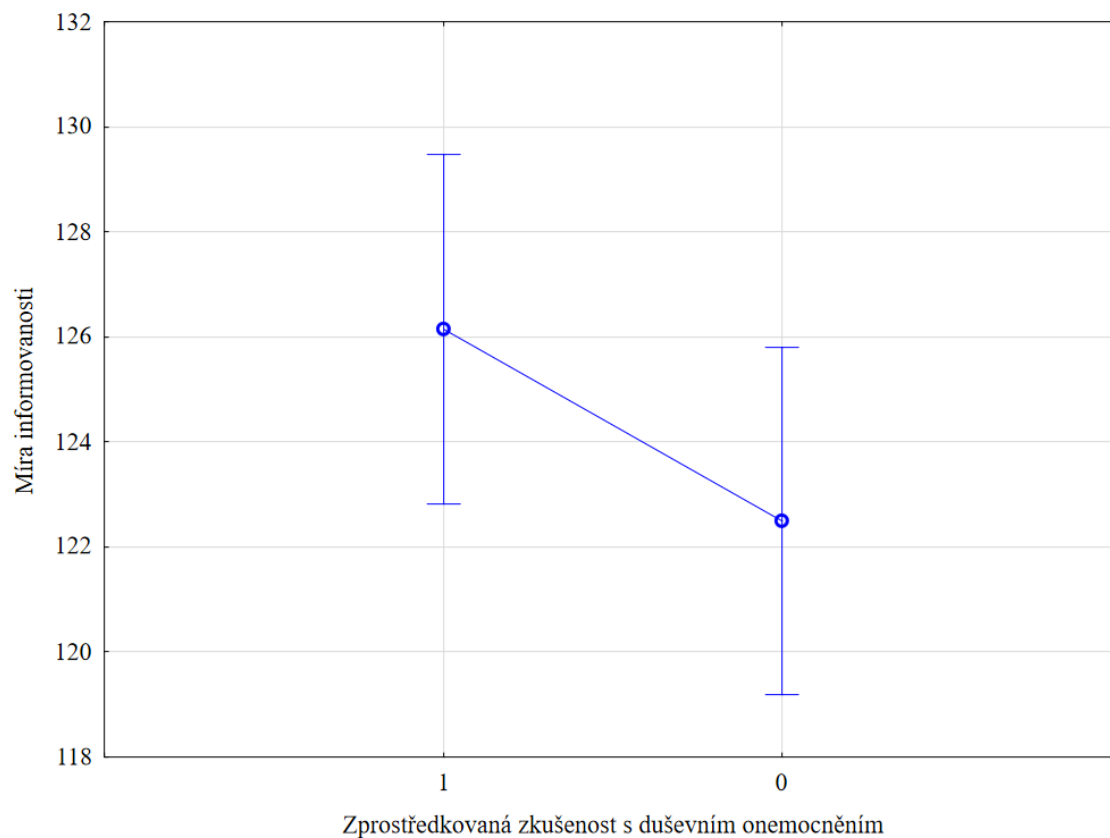
Pozn: 1 = přítomnost zkušenosti, 0 = nepřítomnost zkušenosti. Svislé čáry značí 95% konfidenční interval.

Výsledky prokázaly statisticky významný rozdíl mezi těmito dvěma skupinami, $t(445) = 6,633$; $p < 0,001$. Respondent s přímou zkušeností s duševním onemocněním dosáhne v průměru o 7,502 bodů v dotazníku MHLS více než respondent bez této zkušenosti. Hypotéza č. 7 **lze přijmout**.

- **H8:** Respondenti, kteří mají zprostředkovanou zkušenost s duševní nemocí budou v míře informovanosti dosahovat vyšších skóre než ti bez zkušenosti.

Poslední formulovaná hypotéza se týkala zprostředkované zkušenosti s duševním onemocněním. I tento vztah se ukázal být statisticky signifikantní, $t(445) = 3,559$; $p > 0,001$. Respondenti, kteří mají zprostředkovanou zkušenost s duševním onemocněním dosahují v průměru o 3,643 bodů více než ti, kteří tuto zkušenost nemají. Hypotézu č. 8 **lze přijmout**. Vztah zprostředkované zkušenosti s duševním onemocněním a míry informovanosti o duševním zdraví a možnostech péče vykresluje graf 16:

Graf 16: Souvislost zprostředkované zkušenosti s duševním onemocněním a míry informovanosti



Pozn: 1 = přítomnost zkušenosti, 0 = nepřítomnost zkušenosti. Svislé čáry značí 95% konfidenční interval.

9 DISKUZE

Cíle této magisterské diplomové práce představovaly prozkoumat, jaké má veřejnost povědomí o duševním zdraví, zmapovat, jaká je informovanost veřejnosti o možnostech péče o duševní zdraví a popsat vliv jednotlivých sociodemografických faktorů na tuto problematiku. To vše bylo zkoumáno za použití dotazníku vlastní konstrukce, který se skládal z vytvořeného českého překladu dotazníku MHLS a doplňujících otázek. Následující podkapitoly se budou zabývat diskuzí zjištěných výsledků a jejich porovnání s obdobnými výzkumy provedenými v zahraničí. Dále budou představeny limity výzkumu. Poslední podkapitola se zabývá možnou aplikací nalezených výsledků do praxe a doporučeními pro potenciální budoucí výzkumy.

9.1 Diskuze ke zjištěným výsledkům

Nejprve bylo zkoumáno, jaké má veřejnost povědomí o duševním zdraví a zároveň, jaká je informovanost veřejnosti o možnostech péče. Odpověď na tyto otázky poskytly výsledky ze všech částí dotazníku. Jako první byly vyhodnoceny průměrné skóry z části tvořené dotazníkem MHLS. Průměrný skór celého výzkumného souboru činil 127,201 bodů z celkem možných 160 bodů. Dotazník bohužel nemá stanovenou přesnou interpretaci výsledku, nicméně platí, že čím vyššího skóre jedinec dosáhne, tím je jeho informovanost o duševním zdraví a možnostech péče vyšší. Tento průměrný skór lze porovnat s naměřenými průměry ze zahraničních studií, kde byl použit rovněž dotazník MHLS. Jeden z dostupných výzkumů byl realizován v Austrálii, kde průměrný skór představoval 127,38 bodů (O'Connor & Casey, 2015). Lze tedy konstatovat, že česká populace si v míře informovanosti o duševním zdraví vede obdobně jako australská. Další studie byla realizována ve Slovinsku s průměrným skórem 114,090 (Krohne et al., 2022). Ve srovnání se slovinským průměrem dosahovala česká populace vyšších skórů. Vyšší průměrný skór představuje skór české populace rovněž ve srovnání s tureckým průměrem. Průměrný skór v Turecku představoval 107,37 bodů (Kesgin et al., 2020). Tato srovnání je však nutno brát s jistým omezením. Jedním z nich je například rozdílnost překladů dotazníku, ale také neepochybnitelné kulturní odlišnosti jednotlivých zemí.

Vyhodnoceny byly rovněž výsledky z jednotlivých subškál dotazníku MHLS. Nejvyšší průměrný skóre byl zaznamenán v subškále *Postojů, které podporují rozpoznání nebo adekvátní chování při hledání pomoci*. Tato škála ukazuje na to, jak ochotni by byli respondenti vyhledat odbornou pomoc v případě výskytu psychických problémů. Nejméně bodů naopak získávali na škále *Znalost rizikových faktorů a příčin onemocnění*. Tento výsledek může ukazovat na nedostatečnou znalost a orientaci v oblasti duševních poruch.

Zkoumáno bylo dále přesvědčení respondentů o pravdivosti různých výroků týkajících se duševního zdraví a onemocnění či možnostech péče. První část otázek se týkala náplně práce a vzdělání jednotlivých odborníků na duševní zdraví. Ačkoli v mnoha výzkumech výsledky ukázaly časté nepochopení veřejnosti či nejistotu ohledně kompetencí jednotlivých profesí (například: Gardner & Brown, 2013; Patel, et al., 2017), výsledky této práce jsou o něco příznivější.

Celkem 89,24 % respondentů vnímá rozdíl mezi povoláním psychiatra a psychologa. 83, 23 % všech respondentů vědělo, že psycholog nepředepisuje medikaci. O něco méně jistí si však respondenti byli v otázce vzdělání psychoterapeuta (42, 11 % jedinců odpovědělo správně, 12, 36 % uvedlo, že neví, 3, 56 % se zdrželo odpovědi a 36, 49 % respondentů odpovědělo chybně). Tento výsledek lze přičíst celkové nejasnosti ohledně legislativního ukotvení psychoterapie. V jasném zákonném rámci je totiž psychoterapie definována pouze pro oblast zdravotnictví, ve zbylých resortech chybí společná právní úprava. Z těchto důvodů může být pro veřejnost orientace v oblasti psychoterapie značně problematická (Břečka & Fiala, 2021; ČAP, 2022; ČPtS, 2022).

Na problematiku nejasnosti náplně práce a potřebného vzdělání jednotlivých odborníků v péči o duševní zdraví reagovali respondenti rovněž prostřednictvím otevřených otázek. V odpovědích se například objevilo: „*Psychoterapii poskytují i sobci bez vzdělání*“. Tímto výrokem respondent zřejmě mohl poukazovat na fenomén rozvoje laických terapií a pseudoodborníků na duševní zdraví (více v kapitole 4.2.2). Jedna z reakcí i cílila na nepřehlednost a složitost systému péče jako jednu z překážek k vyhledání pomoci: „*Jen chci říct, že mě mrzí, že v Česku a asi ani nikde jinde není nějaký systém, který by pomohl lidem se spojit s psychology. Lidi s psychickými problémy mají často i problém vyčistit si zuby nebo jít ven, lidi s úzkostmi mají problém s telefonáty, takže vyhledat pomoc a objednat se může být větší překážka než to, že by se za své problémy styděli. Je to, jak nutit člověka, co má problém s chozením, aby došel do nemocnice pěšky. Přála bych si, abych mohla jenom*

někam napsat, jakou pomoc bych potřebovala a dostala jsem psychologa/psychiatra/psychoterapeuta, který se přesně na to zaměřuje.“

V další části bylo ověřováno povědomí ohledně konkrétních diagnóz. Zvolena byla diagnóza ADHD, neboť je opředena mnohými mýty, které kolují veřejností. Výsledky však ukázaly, že si respondenti ohledně diagnózy ADHD byli ve většině jisti. Další zvolenou diagnózou, u které se lze setkat s častými mýty, byla schizofrenie. Schizofrenie je rovněž velmi často stigmatizována (Furnham & Swami, 2018; Lilienfeld, 2009; Nordt et al., 2006). S výrokem: „*Schizofrenie je mentální porucha vyznačující se rozdvojenou osobností.*“ souhlasilo 59, 29 % respondentů. Lze soudit, že tento mýtus je ve společnosti poměrně silně zakořeněný. Na otázku, zda je schizofrenie léčitelná, odpovědělo kladně pouze 41, 93 % respondentů. V otevřených otázkách respondenti vyjadřovali často obavy právě z této diagnózy. Z celkového počtu 328 získaných odpovědí se obavy z diagnózy schizofrenie objevily celkem 137krát. Lze tedy soudit, že i v české republice je tato diagnóza velice častým předmětem stigmatizace.

Nicméně v otevřených otázkách několik respondentů uvedlo, že je pro ně mnohem více důležité to, jakým způsobem jedinec ke své diagnóze přistupuje než pouhá přítomnost konkrétní diagnózy. Respondenti například uvedli: „*...spíše by pro mě bylo důležité, jak se svým stavem daný člověk pracuje (jestli bere léky, chodí na terapii..., ví, co mu pomáhá ve chvílích, kdy dojde ke zhoršení) ...*“, nebo: „*...Těžko říct, asi by spíše, než na nemoci záleželo na člověku a jeho charakteru, jak u něj nemoc probíhá, jak s tím umí pracovat a jestli se léčí...*“ Tito respondenti zdůraznili, že jejich postoj k dané osobě je spíše ovlivněn jejím přístupem k léčbě než samotnou nemocí.

Další dva výroky cílily na různé ezoterické výklady duševního onemocnění. Například 8, 38 % respondentů věří, že určitá znamení zvěrokruhu jsou náchylnější k úzkosti než jiná. Podíl respondentů, kteří tomuto výroku věří se tedy zdá být nízký. Proti těmto tvrzení se však několik respondentů poměrně radikálně ohradilo v otevřených odpovědích. Jeden z respondentů například odpověděl: „*Spiritualita neexistuje, vše jsou pouze chemické procesy.*“ Jiný reagoval: „*Proč do toho vůbec taháme ezoterii?*“.

Dalším cílem práce bylo zjistit vztah vybraných demografických faktorů a celkové informovanosti veřejnosti o duševním zdraví. Zde byly výsledky vyhodnocovány pouze na základě naměřených skóru z dotazníku MHLS. Zkoumán by rozdíl v informovanosti mezi pohlavími. Zde bylo vycházeno z předpokladu, že ženy jsou více informované než muži.

Tento výsledek byl potvrzen mnohými výzkumy (například: Jorm et al., 2005; Wang et al., 2007; O'Connor & Casey, 2015). I v této práci byl mezi muži a ženami nalezen statisticky významný rozdíl. Dle zjištěných výsledků ženy skórují v dotazníku MHLS v průměru o 5, 077 bodů více než muži. Nicméně výsledky mohou podléhat zkreslení, neboť skupiny nebyly, co se týče pohlaví, vyvážené. Tyto závěry tedy nelze zobecnit.

Dále byl ověřován vliv velikosti obce, ve které respondent žije na míru informovanosti. Předpoklad, proč by lidé žijící ve větších městech mohli být více informovaní, může doložit například fakt, že ve větších městech je odborná péče o duševní zdraví mnohem dostupnější nežli v menších městech. Je zde i větší působnost osvětových kampaní. Přesto, že respondenti žijící v obcích s více než 100 tisíci obyvateli skórovali v průměru nejvýše (128, 711 bodů oproti 126, 018 a 127, 854 bodů), tento rozdíl nebyl shledán jako statisticky signifikantní a nebyl zde potvrzen žádný významný vliv. Dále byly porovnány jednotlivé průměrné skóry podle krajů. Jako nejvíce informovaní se jeví respondenti z Karlovarského kraje. Nejnižšího průměrného skóru dosáhli v kraji Pardubickém. Tyto informace by mohly posloužit jako podklad pro to, ve kterém kraji je zvýšená potřeba apelovat na větší osvětu obyvatelstva a zahájit programy na zvyšování informovanosti. Nicméně toto srovnání je nutno brát s jistou rezervou, neboť skupiny respondentů v jednotlivých krajích nebyly vyrovnané.

Dalším zkoumaným faktorem byl věk. Wang et al. (2007) poukázali, že s rostoucím věkem míra informovanosti klesá. Stejný trend vykazují i výsledky tohoto výzkumu. Každý věkový přírůstek o 1 rok znamená v průměru o 0,191 bodu méně.

Výsledky ukázaly rovněž na vliv vzdělání. Nejnižší průměrný skór vykazovala skupina respondentů, kteří absolvovali střední odborné učiliště. Nejvíce informovaná se naopak jeví skupina absolventů vysokých škol. Dále byl zkoumán vliv studovaného oboru. Zde již nebyl prokázán žádný statisticky významný vliv. Nicméně jedním z důvodů může být rozdělení oborů na příliš velký počet skupin (12) a jejich značná nevyváženost. Z výsledků tedy nelze jednoznačně potvrdit, že obor studia žádný vliv nemá. Stejný problém vykazuje i analýza vlivu oboru, ve kterém respondent pracuje.

Nejvíce signifikantní výsledky přinesla analýza vlivu přímé či zprostředkované zkušenosti s duševním onemocněním. Respondenti s přímou i se zprostředkovanou zkušeností s duševním onemocněním skórovali statisticky významně výše než ti bez zkušenosti. Respondent s přímou zkušeností s duševním onemocněním dosáhne v průměru

o 7,502 bodů v dotazníku MHLS více než respondent bez této zkušenosti. Respondenti, kteří mají zprostředkovanou zkušenost s duševním onemocněním dosahují v průměru o 3,643 bodů více než ti, kteří tuto zkušenost nemají. Tyto výsledky se shodují se zjištěními, které přinesly výzkumy provedené v zahraničí (například: O'Connor & Casey, 2015; Wang et al., 2007; Jorm et al., 2005). Jakákoli zkušenost s duševním onemocněním tedy hraje v míře informovanosti významnou roli.

9.2 Limity výzkumu

Provedený výzkum má určité limity. Tyto limity je bezpochyby na místě zohlednit, jak při interpretaci výsledků, tak při jejich případné aplikaci do praxe. Hlavní omezení spočívají především v nižší reprezentativnosti výzkumného souboru. Cílovou populaci výzkumu představovala česká dospělá populace. Ačkoli byl výzkum realizován prostřednictvím dotazníkového šetření a distribuován elektronickou formou za předpokladu snadné dostupnosti, počet získaných respondentů byl poměrně nízký (N=477).

Problematické je rovněž nerovnoměrné zastoupení respondentů napříč jednotlivými skupinami. Soubor byl nevyvážený z hlediska pohlaví (ženy představovaly přibližně 82, 28 % všech respondentů). Tento nepoměr lze však částečně odůvodnit například pomocí závěrů výzkumu, na kterém pracoval Smith (2008). Výzkum totiž prokázal nižší ochotu mužů účastnit se online výzkumných šetření. Nevyvážené byly rovněž skupiny podle krajů či podle oborů studia. Nejvíce respondentů představovali studenti vysokých škol. Tento jev je pravděpodobně způsoben tím, že sběr dat byl částečně realizován pomocí metody sněhové koule a sociálních sítí. Dalším limitem je ne příliš šťastná volba kategorií oborů vzdělání a zaměstnání podle ČSÚ. Kategorií totiž vzniklo příliš mnoho a výsledky analýzy mohou být tímto zkreslené. Z těchto důvodů je jednoznačné zobecnění výsledků pro celou českou veřejnost značně omezené.

9.3 Možnosti praktické aplikace výsledků a možné budoucí výzkumy

Teoretická část práce přináší stručné vymezení problematiky duševního zdraví, nemoci a systému péče, včetně jednotlivých angažovaných odborníků. Zjištěné výsledky přinášejí informace o tom, jaké všechny faktory mají vliv na informovanost veřejnosti o duševním zdraví a možnostech péče. Jako velice důležitý faktor se zde jeví zkušenost

s duševním onemocněním. Dalo by se usuzovat, že dokud jedince nebo jeho blízké nepotká na jejich životní cestě duševní onemocnění, postrádají důvody se v této oblasti více vzdělávat. Tato zjištění by mohla přispět k rozšíření osvětových programů, které by byly určené přímo pro cílové skupiny, kde je informovanost nižší. Zvyšování informovanosti vede k destigmatizaci duševně nemocných ale také k větší ochotě vyhledat při potížích odbornou pomoc ((Rüsch et al., 2011; Angermeyer & Dietrich, 2006).).

Větší přehled veřejnosti v oblasti péče o duševní zdraví by rovněž mohl napomoci menší působnosti pseudoodborníků, kteří v této oblasti v současné době působí. Je pokládáno za vysoce důležité upozornovat na potřebu odbornosti působících profesionálů, aby nedocházelo k poškozování klientů. V době psaní této diplomové práce vznikají na Univerzitě Palackého v Olomouci diplomové práce zabývající se problematikou působení těchto pseudoodborníků a samozvaných terapeutů z mnoha úhlů pohledu. Tato diplomová práce by svými závěry o informovanosti veřejnosti o duševním zdraví a možnostech péče mohla doplnit zjištění, která tyto práce přinesou.

V budoucích výzkumech by bylo jistě vhodné zajistit vyšší reprezentativnost výzkumného souboru, aby bylo možné výsledky více generalizovat. V této práci použitý nástroj by rovněž mohl sloužit jako vyhodnocení účinnosti konkrétních osvětových programů, kdy by respondenti byli testováni před a po podstoupení programu. Dalším doporučením by mohlo být sestrojení metody, která by míru informovanosti měřila se stanovenými cut-off skóry, které by udávaly, do jaké míry lze informovanost hodnotit jako dostatečnou. Jako účelné se jeví rovněž využití smíšeného designu, kde by odpovědi respondentů nebyly limitované pouze možnostmi dotazníku.

10 ZÁVĚR

Cíle této diplomové práce představovaly prozkoumat a zmapovat, jaké má veřejnost povědomí o duševním zdraví a možnostech péče a zároveň popsat vliv jednotlivých sociodemografických faktorů na míru informovanosti veřejnosti o duševním zdraví a možnostech péče.

Kvantitativní výzkum byl realizován prostřednictvím dotazníkového šetření. Výzkumný soubor byl tvořen celkem 477 respondenty. Míra informovanosti o duševním zdraví byla měřena prostřednictvím dotazníku Mental Health Literacy Scale (O'Connor & Casey, 2015). Průměrný skóre výzkumného souboru dosahoval 127,201 bodů z celkem možných 160. Respondenti skórovali nejvýše v subškále *Postojů, které podporují rozpoznání nebo adekvátní chování při hledání pomoci*. Nejnižší průměrný skóre byl naměřen v subškále *Znalost rizikových faktorů a příčin onemocnění*.

Dále bylo prokázáno, že většina respondentů prokazuje znalost rozdílu mezi povoláním psychiatra a klinického psychologa. Jistotu ohledně potřebného vzdělání pro povolání psychoterapeuta už mělo jen okolo poloviny všech respondentů.

Zjišťováno bylo rovněž přesvědčení respondentů ohledně pravdivosti různých mýtů či tvrzení ohledně duševních onemocněních. Zde prokázali poměrně dobrou orientaci v diagnóze ADHD, která bývá často opředena různými mýty. Další diagnózu, o které se šíří řada mýtů, představovala schizofrenie 59, 29 % respondentů označilo mýtus: „*Schizofrenie je mentální porucha vyznačující se rozdvojenou osobností*.“ jako pravdivý (Lilienfeld, 2009). 20, 96 % respondentů si myslí, že schizofrenie není léčitelná. Schizofrenie bylo rovněž častokrát zmiňována v odpovědích na otevřené otázky, přičemž 137 z 328 odpovědí se týkalo vyjádření obav z této diagnózy. Dále respondenti uváděli, že je pro ně velmi podstatné to, jakým způsobem jedinec ke své diagnóze přistupuje a zda dodržuje stanovenou léčbu.

Co se týče vlivu sociodemografických faktorů na míru informovanosti naměřenou dotazníkem MHLS, jako statisticky signifikantní se ukázal vliv věku, pohlaví, přímé i zprostředkované zkušenosti s duševním onemocněním a úrovně dosaženého vzdělání. Tyto faktory se ukázaly jako signifikantní rovněž v zahraničních výzkumech.

Výsledky ukázaly, že ženy jsou v průměru více informované než muži. S přibývajícím věkem informovanost klesá. Co se týče dosaženého vzdělání, nejvíce informovaní jsou absolventi vysokých škol a jako nejméně informovaní se ukázali absolventi středních odborných učilišť. Respondent s přímou zkušeností s duševním onemocněním dosahoval v průměru o 7,502 bodů v dotazníku MHLS více než respondent bez této zkušenosti a se zprostředkovanou zkušeností v průměru o 3,643 bodů více.

Vliv studovaného oboru či oboru, ve kterém respondent pracuje nebyl sledován jako statisticky významný. Stejně tak se neukázala jako statisticky významná ani velikost obce, ve které respondent žije.

11 SOUHRN

Záměr této diplomové práce představoval prozkoumání a zmapování povědomí veřejnosti o duševním zdraví a možnostech péče a zároveň popsání vlivu jednotlivých sociodemografických faktorů na tuto problematiku.

System péče o duševní zdraví v České republice zahrnuje různé služby. Setkat se lze s péčí psychiatrickou, psychologickou, ošetrovatelskou i sociální. Péče je poskytována formou ambulantní, lůžkovou i intermediární. Odborníků, kteří jsou zde angažováni je jistě celá řada. Pro veřejnost může potom orientace v celém systému této péče představovat poměrně nelehký úkol. V dnešní době se téma duševního zdraví obecně stává čím dál více diskutovaným. Patrný je rovněž trend popularizace psychiatrické i psychologické péče, ale také psychologie jako vědy. V literatuře se lze však potkat s tvrzeními, že laická veřejnost může mít o profesi odborníků v oblasti péče o duševní zdraví ale o duševním zdraví samotném zkreslené či dokonce mylné představy.

Přestože mezi odborníky neexistuje jednotná definice duševního zdraví, lze ho obecně chápat jako klíčový aspekt zdraví celkového, které je nedílnou součástí lidského bytí. Jedná se o stav harmonie, se kterou jedinec souzní. Duševně zdravý člověk je schopen vytvářet a udržovat láskyplné vztahy, naplňovat své potřeby, smýšlet pozitivně o své osobě i o druhých a adaptovat se na změny, které mu život přináší (Bhurga, Till & Satorius, 2013).

Duševní zdraví jedince je ovlivňováno širokou škálou faktorů. V posledních dvaceti letech je tomuto tématu věnována značná pozornost. Odborníci zkoumají, co vše a jakým způsobem se na duševním zdraví může podílet. To, zda se u jedince rozvine duševní onemocnění je ovlivněno nejen genetickými predispozicemi ale také životním stylem a prostředím, ve kterém daný jedinec žije (Ptáček, Vňuková, & Raboch, 2017).

Některé projevy duševních obtíží jsou však v mnoha případech běžnou součástí lidského života a nemusí hned znamenat přítomnost duševního onemocnění. Lidé se běžně potýkají s různými strastmi, což je normální a očekávatelná součást lidského života. Všechny tyto problémy mohou vyústit v různorodé projevy, jako jsou úzkost, smutek nebo stres, ale to samo o sobě ihned neznamená diagnózu duševní nemoci. Určení jasné hranice mezi tím, co již lze klasifikovat jako duševní poruchu či duševní onemocnění nemusí být u všech diagnóz vždy zcela přímočaré. Proto se nelze vyhnout diagnostickým manuálům a

klasifikacím, které mohou rozlišení toho, co je ještě do jisté míry „zdravé“ a co již lze označit jako „nemocné“, do značné míry usnadnit. Soudobé klasifikační manuály jsou vyvíjeny mezinárodní spoluprací celou řadou odborníků lékařských i nelékařských oborů. Pokud u jedince dojde k narušení duševního zdraví, je důležité zjistit, o co se jedná, a poté zahájit adekvátní léčbu. Manuál rovněž poskytuje lékařům společný jazyk pro komunikaci o svých pacientech (Orel, 2020). V době psaní této diplomové práce tvoří platné diagnostické manuály Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10, MKN -11) a Diagnostický a statistický manuál (DSM – V).

Co se týče prevalence duševních poruch, WHO (2002a) uvádí, že se s jakýmkoli duševním onemocněním ve svém životě potká přibližně každý osmý člověk. Nejčastěji se jedná o úzkostné a depresivní poruchy. Ve světovém měřítku se úzkostné poruchy se vyskytovaly u 301 milionů osob, včetně 58 milionů dětí a dospívajících. Depresí trpělo celkem 280 milionů lidí, včetně 23 milionů dětí a mladistvých. Tato čísla jsou však z období před vypuknutím pandemie COVID – 19. Současné odhady uvádí, že se tato čísla ještě zvýšila (WHO, 2022b). V České republice se dle dostupných dat v roce 2021 léčilo s duševním onemocněním přibližně 756 115 jedinců. Nejčastější diagnózy představovaly poruchy nálady či vybrané neurotické, stresové a somatoformní poruchy (ÚZIS ČR, 2021).

Psychiatrická péče představuje jeden ze zásadních pilířů moderního zdravotnictví, neboť se zabývá diagnostikou, léčbou a péčí o duševní zdraví jednotlivců. Psychiatr je absolvent nejméně šestiletého prezenčního studia lékařské fakulty (s titulem MUDr.), který složil atestační zkoušku z oboru psychiatrie. V léčbě duševních poruch je oprávněn využívat biologických prostředků v podobě psychofarmak (Motlová et al., 2021; MZ ČR, 2011). Systém zdravotnických institucí poskytujících psychiatrickou péči v České republice utváří Ministerstvo zdravotnictví spolu se zdravotními pojišťovnami. Psychiatrická zařízení jsou zřizována buď jako samostatná pracoviště, nebo mohou být součástí většího zdravotnického zařízení. V České republice rozlišujeme tři formy psychiatrické péče, a to konkrétně: ambulantní, lůžkovou a komunitní péči. Nejvíce je u nás rozvinuta ambulantní péče a lůžková psychiatrická zařízení. Spolupráce mezi všemi složkami péče je však pro zajištění co největší efektivity bezesporu nutná (Hosák & Hrdlička, 2015).

Psycholog je absolventem minimálně pětiletého akreditovaného studijního programu v oboru psychologie (tříletého bakalářského a dvouletého navazujícího magisterského studia). V České republice tedy s titulem Mgr., případně PhDr. před jménem (Orel, 2020). Psycholog má široké možnosti uplatnění. Může se uplatnit například v personalistice, ve

zdravotnictví jako klinický psycholog, v ozbrojených složkách, školství (jako školní psycholog nebo v PPP), jako soudní znalec či se věnovat dopravní psychologii, poradenství, terapii nebo vědě a výzkumu. Přestože jde o pomáhající profesi, jeho náplň práce v každém odvětví do značné míry liší (Vymětal, 2010).

Psychoterapii v jasném zákonném rámci může dle České psychoterapeutické společnosti (ČtPS) poskytovat pouze klinický psycholog či psychiatr s kvalifikací v systematické psychoterapii garantovanou Ministerstvem zdravotnictví ČR (čili s akreditovaným psychoterapeutickým výcvikem a atestací v psychoterapii) (ČPtS, 2022). Psychoterapie je však klientům poskytována napříč různými resorty (ve zdravotnictví, školství, v sociálních službách, adiktologických službách i živnostenských praxích). Mimo resort zdravotnictví nicméně není poskytování psychoterapie legislativně zakotveno a v České republice je v současné době praktikování psychoterapie poněkud nepřehledné (Břečka & Fiala, 2021).

Další resort péče o duševní zdraví tvoří sociální služby. Sociální služby mohou být poskytovány formou ambulantních, terénních i pobytových služeb. Odborníkem v sociálních službách je sociální pracovník, který splňuje předpoklady definované dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Jedním z těchto předpokladů je odborné vzdělání sociálního směru. Sociální služby mohou být považovány za určitý doplněk psychologické a psychiatrické péče. Zároveň jsou důležitým prvkem v návazné péči o jedince s duševním onemocněním a dotváří komplexitu péče. Pro komplexní péči je totiž potřeba multidisciplinární přístup (Dudová, 2018).

Co se týče informovanosti veřejnosti o duševním zdraví a možnostech péče, lze se setkat s pojmem zdravotní gramotnost v oblasti duševního zdraví. v angličtině Mental Health Literacy, zkráceně MHL). Tento koncept byl poprvé vytvořen v 90. letech 20. století. Tvoří jej znalosti jedince týkající se duševních poruch, jejich rozpoznání, zvládnání ale také znalosti a dovednosti v oblasti prevence a duševní hygieny. Přestože význam všeobecné zdravotní gramotnosti je dlouhodobě uznáván, konceptu zdravotní gramotnosti v oblasti duševního zdraví byla věnována daleko menší pozornost (Furnham & Swami, 2018).

Výzkumy naznačují, že úroveň znalostí a porozumění duševním onemocněním hraje klíčovou roli v rozhodování jednotlivců v hledání pomoci. Osobní přesvědčení také ovlivňuje další aspekty, například volbu léčby, dodržování léčby a postoj k ostatním lidem s duševními onemocněními. Nedostatečná informovanost v oblasti duševního zdraví může

představovat překážku pro dosažení potřebné pomoci. Z těchto důvodů je zkoumání informovanosti veřejnosti pokládáno za důležité (Angermeyer & Dietrich, 2006; Rüscher et al., 2011). Ačkoli bylo provedeno několik šetření zaměřujících se na koncept obecné zdravotní gramotnosti v České republice (HLS19, více kapitola 4.1), výzkumy a konkrétní data zaměřené pouze na oblast informovanosti dospělé populace o duševním zdraví a možnostech péče se autorce nepodařilo dohledat.

Ve světovém kontextu byl zkoumán vliv vybraných sociodemografických faktorů na úroveň zdravotní gramotnosti v oblasti duševního zdraví. Výzkumy naznačují, že nižší úroveň zdravotní gramotnosti v této oblasti je spojena s vyšším věkem, nižším vzděláním a absencí osobní nebo zprostředkované zkušenosti s duševními onemocněními. Ženy dosahují vyšší úroveň zdravotní gramotnosti v oblasti duševního zdraví než muži. Zjištěn byl také vliv velikosti města, kde respondent žije, přičemž se předpokládá, že obyvatelé větších měst jsou lépe informováni o tématu duševního zdraví (například: Miles, 2020; O'Connor & Casey, 2015; Griffiths et al., 2009; Wang et al., 2007; Jorm et al., 2005).

Výzkum byl realizován prostřednictvím kvantitativní výzkumné strategie za použití dotazníkového šetření. Výzkumný soubor představovalo 477 respondentů. Ženy tvořily celkem 82, 28 % všech respondentů (N = 393). Mužů bylo 84 (17,72 %). Průměrný věk celého souboru činil 29,781 let. Výzkumný soubor byl získán pomocí nepravděpodobnostních metod výběr, především prostřednictvím sociálních sítí za užití informačního letáčku. Jednalo se záměrný výběr a samovýběr. Využito bylo rovněž metody sněhové koule. Jediná podmínka pro zařazení respondenta do výzkumu byla dolní věková hranice 18 let. Cílovou populací byla česká dospělá veřejnost. Metodu sběru dat představoval dotazník, který byl tvořen českým překladem dotazníku *Mental Health Literacy Scale* (MHLS) a doplňujícími otázkami.

Průměrné skóre v dotazníku MHLS celého výzkumné souboru představovalo 127, 201 bodů z celkem možných 160. Respondenti skórovali nejvýše v subškále *Postojů, které podporují rozpoznání nebo adekvátní chování při hledání pomoci*. Nejnižší průměrný skór byl naměřen v subškále *Znalost rizikových faktorů a příčin onemocnění*.

Většina respondentů projevila znalost v rozdílu mezi povoláním psychiatra a psychologa, avšak pouze okolo poloviny respondentů si je jista ohledně nezbytného vzdělání psychoterapeuta.

Respondenti také vyjádřili svá přesvědčení ohledně různých mýtů a tvrzení týkajících se duševních onemocnění. Ukázali dobré povědomí o ADHD, ale častěji se mýlili v případě schizofrenie. Například 59,29 % respondentů označilo mýtus, že „Schizofrenie je mentální porucha vyznačující se rozdvojenou osobností“ (Lilienfeld, 2009), jako pravdivý. Dále 20,96 % respondentů věřilo, že schizofrenie není léčitelná.

Analýza dat dále prokázala vliv sociodemografických údajů. Vliv pohlaví byl zaznamenán jako statisticky signifikantní, ženy jsou v průměru více informované než muži. Věk byl rovněž shledán jako statisticky významný, s rostoucím věkem míra informovanosti klesá. Vyšší míru informovanosti prokázali rovněž absolventi vysokých škol, nižší naopak absolventi odborných učilišť. Jako statisticky signifikantní faktor byla potvrzena rovněž přímá i zprostředkovaná zkušenost s duševním onemocněním. Respondenti, kteří tuto zkušenost mají skórovali statisticky signifikantně výše než ti, kteří danou zkušenost nemají. Tyto výsledky jsou ve shodě s mnohými zahraničními výzkumy (například: Miles, 2020; O'Connor & Casey, 2015; Griffiths et al., 2009).

Oproti zahraničním výsledkům nebyl shledán jako statisticky signifikantní vliv velikosti obce, ve které respondent žije. Významný nebyl ani obor studia či obor, ve kterém respondent pracuje.

Praktický přínos práce představuje zmapování informovanosti o duševním zdraví a možnostech péče a vlivu vybraných sociodemografických faktorů. Teoretická část práce přináší stručné vymezení problematiky duševního zdraví, nemoci a systému péče, včetně jednotlivých angažovaných odborníků. Tato zjištění by mohla například přispět k rozšíření osvětových programů, které by byly určeny přímo pro cílové skupiny, kde je informovanost nižší. Zvyšování informovanosti vede k destigmatizaci duševně nemocných ale také k větší ochotě vyhledat při potížích odbornou pomoc (Rüsch et al., 2011; Angermeyer & Dietrich, 2006).

Budoucí výzkumy by mohly ověřit výsledky zajištěním vyšší reprezentativnosti výzkumného souboru, aby bylo možné výsledky zobecnit. Dalším doporučením by mohlo být sestavení metody, která by míru informovanosti měřila se stanovenými cut-off skóry, které by udávaly, do jaké míry lze informovanost hodnotit jako dostatečnou. V této práci použitý nástroj by rovněž mohl sloužit jako vyhodnocení účinnosti konkrétních osvětových programů, kdy by respondenti byli testováni před a po podstoupení programu. Jako účelné

se jeví rovněž využití smíšeného designu, kde by odpovědi respondentů nebyly limitované pouze možnostmi dotazníku.

LITERATURA

- American Psychiatric Association. (2022). *APA Releases Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)*. Získáno 21.8.2023 z <https://www.psychiatry.org/news-room/news-releases/apa-releases-diagnostic-and-statistical-manual-of>
- 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>
- APA Dictionary of Psychology. (n.d.). *Mental Disorder*. APA Dictionary of Psychology. Získáno z <https://dictionary.apa.org/mental-disorder>
- Asociace klinických psychologů České republiky. (2022). Stanovy. Získáno 15.11.2023 z <https://www.akpcr.cz/home/p%C5%99edpisy/stanovy>
- Asociace manželských a rodinných poradců České republiky. (2021). Stanovy. Získáno 7.11.2023 z http://www.amrp.cz/uploads/8/0/8/8/80884700/stanovy_amrp_unor_2021.pdf
- Asociace manželských a rodinných poradců České republiky. (n. d.). Kdo jsme. Získáno 7.11.2023 z <http://www.amrp.cz/kdo-jsme.html>
- Athanasopoulou, A., & Dopson, S. (2018). A systematic review of executive coaching outcomes: Is it the journey or the destination that matters the most? *The Leadership Quarterly*, 29(1), 70–88. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2017.11.004>
- Bar, K.-J., & Ebert, A. (2010). Emil Kraepelin: A pioneer of scientific understanding of psychiatry and psychopharmacology. *Indian Journal of Psychiatry*, 52(2), 191. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.64591>
- Barker, P., & Buchanan-Barker, P. (2012). First, do no harm: Confronting the myths of psychiatric drugs. *Nursing Ethics*, 19(4), 451-463. <https://doi.org/10.1177/0969733011429017>

- Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen. (2020). *Psychotherapie in Österreich*. Získáno 14.12.2023 z https://www.boep.or.at/download/5fab3063c15c877d5000058/Psychotherapie_in_Oesterreich.pdf
- Bezdíček, O. (2023). Zpráva o stavu systému vzdělávání v klinické psychologii v České republice do roku 2023. *E – psychologie*, 17(2). Získáno 1.12.2023 z https://www.e-psycholog.eu/pdf/Bezdicek_d.pdf
- Bhugra, D., Till, A., & Sartorius, N. (2013). What is mental health?. *International Journal of Social Psychiatry*, 59(1), 3-4. <https://doi.org/10.1177/0020764012463315>
- Břečka, T., A., & Fiala, Z. (2021). Pojetí psychoterapie mimo zdravotnická zařízení v současném právu a problematika ochrany klienta. *Psychoterapie*. 15 (2), 213–218. Získáno 21.11.2023 z <https://web.s.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=52a5dd78-2163-459a-9461-c3a94ea10073%40redis>
- Cahová, P., Pejčochová, J., & Ošlejšková, H. (2010). Hyperkinetická porucha/ADHD v dospívání a dospělosti: diagnostika, klinický obraz a komorbidita. *Neurologie pro praxi*, 11(6), 373–377.
- Callahan, D. (1973). The WHO definition of 'health'. *Hastings Center Studies*, 77-87.
- Carlson, S. A double-blind test of astrology. *Nature* 318, 419–425 (1985). <https://doi.org/10.1038/318419a0>
- Česká asociace pro psychoterapii, Unie psychoterapeutických asociací ČR. (2023). Návrh zákona o psychologických a psychoterapeutických službách. Získáno 21.11.2023 z https://www.komorapap.cz/_files/ugd/3e01e3_b23d3a866d284074bb89c24c93ce0268.pdf
- Česká asociace pro psychoterapii. (2017). Stanovy spolku Česká asociace pro psychoterapii, z. s. Získáno 14.11.2023 z <https://czap.cz/resources/Documents/stanovy-cap.pdf>

- Česká asociace pro psychoterapii. (2022). Návrh zákona o psychologických a psychoterapeutických službách. Získáno 21.11.2023 z <https://upacr.cz/wp-content/uploads/2022/04/2022-04-25-ZAMER-ZAKONA.pdf>
- Česká psychoterapeutická společnost. (2022). Důležité informace pro pacienty – zájemce o psychoterapii. Získáno 21.11.2023 z <https://www.psychoterapeuti.cz/pro-klienty-psychoterapie>
- Český statistický úřad. (2015). Klasifikace oborů vzdělání (CZ-ISCED-F 2013) [online]. Revize 2015-12-29. Získáno 29.1.2024 z <https://www.czso.cz/csu/czso/klasifikace-oboru-vzdelani-cz-isced-f-2013>
- Čevelíček, M., Tarinová, A., & Řiháček, T. (2021). Vnímané překážky vstupu do psychoterapie. *Československá psychologie*, 65(1).
- Daňková, M. (2015). *Koučování: kouč: kdy, jak a proč (3., aktualizované a rozšířené vydání)*. Grada.
- Denglerová, D., Urbánek, T. (2012). *Psychometrika: Měření v psychologii*. Portál.
- Depukat, A. (2023, 26. listopadu). W Polsce funkcjonują 94 Centra Zdrowia Psychicznego. *Polityka zdrowotna*. Získáno 14.12.2023 z <https://politykazdrowotna.com/arttykul/w-polsce-funkcjonuja/1202613>
- Dossier. (2018). Psychische Erkrankungen in Deutschland: Schwerpunkt Versorgung. DGPPN. Získáno 14.12.2023 https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/f80fb3f112b4eda48f6c5f3c68d23632a03ba599/DGPPN_Dossier%20web.pdf
- Dostál, D. (2021). *Lineární statistické modely v psychologii*. Univerzita Palackého v Olomouci. Dostupné z: https://dostal.vyzkum-psychologie.cz/soubory/skripta_linearni_modely.pdf
- Drozdová, K. (2022). Strategie dlouhodobé léčby psychofarmaky a jejich vysazování. *E-psychologie*, 16(2).
- Dudová, M. (2018). Multidisciplinární týmy v oblasti péče o duševně nemocné. *Fórum sociální práce*, (2), 113-120.

- Dušek, K., & Večeřová – Procházková, A. (2010). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Grada.
- EMCC Czech Republic (nedat.). Historie EMCC. 22.11.2023 z <https://www.emccczech.cz/o-emcc/historie-emcc>
- Eurostat. (2023). Physicians by category. Získáno 14.12.2023 z https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_rs_physcat__custom_9010375/default/table?lang=en
- Ewertzon, M., Lütznén, K., Svensson, E., & Andershed, B. (2010). Family members' involvement in psychiatric care: experiences of the healthcare professionals' approach and feeling of alienation. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(5), 422–432. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01539.x>
- Ferguson, R. P. (2013). Health literacy. *Journal of Community Hospital Internal Medicine Perspectives*, 3(2), 21217. <https://doi.org/10.3402/jchimp.v3i2.21217>
- Fokus Praha. (2022). *Výroční zpráva 2022*. Získáno 25.1.2024 z https://fokus-praha.cz/wp-content/uploads/2023/10/Vyrocní_zprava_Fokus_Praha_2022.pdf
- Furnham, A., & Swami, V. (2018). Mental health literacy: A review of what it is and why it matters. *International Perspectives in Psychology*, 7(4), 240-257. <https://doi.org/10.1037/ipp0000094>
- Galatzer-Levy, I. R., & Bryant, R. A. (2013). 636,120 ways to have posttraumatic stress disorder. *Perspectives on psychological science*, 8(6), 651-662. <https://doi.org/10.1177/1745691613504115>
- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*, 14, 231-233. <https://doi.org/10.1002/wps.20231>
- Gardner, R. M., & Brown, D. L. (2013). A test of contemporary misconceptions in psychology. *Learning and Individual Differences*, 24, 211–215. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2012.12.008>
- Gilmore, L. (2010). Community knowledge and beliefs about ADHD. *The Australian Educational and Developmental Psychologist*, 27(1), 20-30.

- Habimana, K., Bachner, F., Bobek, J., Ladurner, J., & Ostermann, H. (2015). Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Získáno 14.12.2023 z <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsberichte/Bericht---Das-oesterreichische-Gesundheitswesen-im-internationalen-Vergleich-.html>
- Hartl, P. (2004). *Psychologický slovník*. Portál.
- Hartl, P., Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Portál.
- Horská, V. (2009). *Koučování ve školní praxi*. Grada.
- Hosák, L., & Hrdlička, M. (2015). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Charles University in Prague, Karolinum Press.
- IPVZ. (2010). Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru dětská klinická psychologie. Získáno 14.11.2023 z <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/1507-detska-klinicka-psychologie-2010.pdf>
- IPVZ. (n.d.). Rámcový vzdělávací program pro získání specializované způsobilosti v oboru klinická psychologie. Získáno 6.11.2023 z <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/1506-klinicka-psychologie.pdf>
- Izáková, L., Bednářová, A., Breznoščáková, D., Dubovcová, M., Kalaš, M., Kotrbová, K., Králová, M., Rusnáková, M., Zelman, M. (2022). Základné princípy reformy psychiatrickej starostlivosti. Psychoprof, spol. s.r.o. Dostupné z [https://www.psychiatriy.sk/cms/File/2022/Z%C3%A1kladn%C3%A9%20princ%C3%ADpy%20reformy%20psychiatrickej%20starostlivosti%20na%20Slovensku\(1\).pdf](https://www.psychiatriy.sk/cms/File/2022/Z%C3%A1kladn%C3%A9%20princ%C3%ADpy%20reformy%20psychiatrickej%20starostlivosti%20na%20Slovensku(1).pdf)
- Jayawickreme, E., Forgeard, M. J. C., & Seligman, M. E. P. (2012). The Engine of Well-Being. *Review of General Psychology*, 16(4), 327–342. <https://doi.org/10.1037/a0027990>
- Jorm, A.F., Nakane, Y., Christensen, H., Yoshioka, K., Griffiths, K.M., & Wata, Y. (2005). Public beliefs about treatment and outcomes of mental disorders: A comparison of Australia and Japan. *BMC Medicine*, 3, 12-28.

- Kesgin, M. T., Pehlivan, S., & Uymaz, P. (2020). Study of validity and reliability of the Mental Health Literacy Scale in Turkish/Ruh Sagligi Okuryazarligi Olceginin Turkce uyarlamasi: Gecerlilik ve guvenilirlik calismasi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, Získáno 7.2.2024 z <https://go.gale.com/ps/i.do?id=GALE%7CA641263832&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=13026631&p=HRCA&sw=w&userGroupName=anon%7Ede0bed5a&aty=open-web-entry>
- Kishore, J., Gupta, A., Jiloha, R. C., & Bantman, P. (2011). Myths, beliefs and perceptions about mental disorders and health-seeking behavior in Delhi, India. *Indian journal of psychiatry*, 53(4), 324–329. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.91906>
- Korhonen, J., Axelin, A., Katajisto, J., Lahti, M., & MEGA consortium/Research Team (2022). Construct validity and internal consistency of the revised Mental Health Literacy Scale in South African and Zambian contexts. *Nursing open*, 9(2), 966–977. <https://doi.org/10.1002/nop2.1132>
- Kratochvíl, S. (2017). *Základy psychoterapie*. Portál.
- Kraus, J. (2005). *Nový akademický slovník cizích slov*. Academia.
- Krohne, N., Gomboc, V., Lavrič, M., et al. (2022). Slovenian validation of the Mental Health Literacy Scale (S-MHLS) on the general population: A four-factor model. *Inquiry: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 59. <https://doi.org/10.1177/00469580211047193>
- Krysta, K., Krysta, J., Szczegieliński, A.R., & Krzystanek, M. (2019). Services for patients with intellectual disability and mental health problems in Poland. *Psychiatria Danubina*, 31 Suppl 3, 534-542.
- Kurowska, A. (2023, 21. února). Międzynarodowy Dzień Psychologa: ustawa leży w Sejmie blisko 500 dni. *Cowdrowiu.pl*. Získáno 14.12.2023 z https://cowzdrowiu.pl/aktualnosci/post/miedzynarodowy-dzien-psychologa-ustawa-lezy-w-sejmie-blisko-500-dni?fbclid=IwAR1EFTVO7aN4pEmXvLiLAwzhD-nEkyRAF_e9SJKQfynSfGGDwLXhh2XP-WAI

- Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental Health Literacy: Past, Present, and Future. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 61(3), 154–158. <https://doi.org/10.1177/0706743715616609>
- Lečbych, M. (2015). Kdo je klinický psycholog? Získáno 14.11.2023 z <http://psychologie.lecbych.cz/index.php/2015/09/10/kdo-je-klinicky-psycholog/>
- Leichsenring, F., Hiller, W., Weissberg, M., & Leibing, E. (2006). Cognitive-Behavioral Therapy and Psychodynamic Psychotherapy: Techniques, Efficacy, and Indications. *American Journal of Psychotherapy*, 60(3), 233–259. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2006.60.3.233>
- Lilienfeld, S. (2009). *50 Great Myths of Popular Psychology*. John Wiley and Sons Ltd.
- Lilienfeld, S., Lynn, S. J., Namy, L., Woolf, N., Jamieson, G., Marks, A., & Slaughter, V. (2014). *Psychology: From inquiry to understanding (Vol. 2)*. Pearson Higher Education AU.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Lovci Klamu. (n.d.). Instagram. <https://www.instagram.com/lovciklamu/?hl=cs>
- Mahlerová, J. (2022a, 18. října). Klamatěři: Hyenismus aneb novodobé klamy v ezoterice a obchod se zranitelností. iDNES.cz. Získáno 22.11.2023 z https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/klamateri-ezo-dalibor-spok-helena-houdova-karolina-kachynova.A221017_083137_domaci_jum
- Mahlerová, J. (2022b, 21. listopadu). Falešní poradci na internetu. Jak poznat amatéra, který vás chce jen zneužít. iDNES.cz. Získáno 22.11.2023 z https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/smejdi-kouc-podvod-klamateri-sabina-pucherova.A221118_135850_domaci_jum
- Marková, E., Venglářová, M., & Babiaková, M. (2005). *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Grada Publishing a.s.
- Matušková, K. (2020). *Legislativní rámec psychoterapie v ČR*. [Magisterská diplomová práce, Masarykova Univerzita]. Dostupné z https://is.muni.cz/th/kocu4/DP_-_final_Archive.pdf

- McCabe, R., Healey, P. G. T., Priebe, S., Lavelle, M., Dodwell, D., Laugharne, R., Snell, A., & Bremner, S. (2013). Shared understanding in psychiatrist–patient communication: Association with treatment adherence in schizophrenia. *Patient Education and Counseling*, 93(1), 73–79. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.05.015>
- McWilliams, N. (2022). *Psychoanalytická psychoterapie: Příručka pro praxi*. Portál.
- Melicharová, H., Mrázek, J., Soukupová, J., & Jarkovský, J. (2019). Metodika výpočtu indikátorů poskytování lůžkové péče psychiatrickými zdravotnickými zařízeními akutní péče v ČR. Získáno 28.11.2023 z <https://psychiatrie.uzis.cz/res/file/psychiatricka-pece-cr/metodika-vypoctu-indikatoru-luzkove-pece.pdf>
- Melicharová, H., Soukupová, J., Klímová, L., & Šanca, O. (2021). Analytická zpráva Indikátory psychiatrické péče. Získáno 19.9.2023 z <https://psychiatrie.uzis.cz/res/file/psychiatricka-pece-cr/indikatory-analyticka-zprava.pdf>
- Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2010). Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru klinická psychologie. Získáno 6.11.2023 z <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/1508-klinicka-psychologie-2010.pdf>
- Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2011). Vzdělávací program oboru PSYCHIATRIE. Získáno 24.10.2023 z <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/1498-psychiatrie-cerven-2011.pdf>
- Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2013). Strategie reformy psychiatrické péče. Získáno 31.10.2023 z <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Strategie%20reformy%20psychiatrick%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8De.pdf>
- Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2020). Malý průvodce CDZ. Získáno 6.11.2023 z <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-06/Mal%C3%BD%20pr%C5%AFvodce%20CDZ.pdf>

- Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2023). Co je CDZ. Získáno 14.12.2023 z <https://www.reformapsychiatrie.cz/projekty/centra-dusevniho-zdravi-cdz/co-je-cdz>
- Motlová, L. B., Mechúrová, B., Cieslarová, K., Vítková, M., Poláková, K., & Janoušková, M. (2021). Rozhodování o volbě specializace mezi lékaři v předatestační přípravě v dospělé a dětské a dorostové psychiatrii v České republice. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 117(4).
- Munizza, C., Argentero, P., Coppo, A., Tibaldi, G., Di Giannantonio, M., Picci, R. L., & Rucci, P. (2013). Public beliefs and attitudes towards depression in Italy: a national survey. *PloS one*, 8(5), e63806. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0063806>
- Národní soustava povolání. (2023). Psycholog ve zdravotnictví. Získáno 6.11.2023 z <https://www.nsp.cz/jednotka-prace/56e2c971b1>
- Národní ústav duševního zdraví. (2021, 15. února). *V důsledku pandemie covid-19 se s duševním onemocněním potýká téměř každý třetí dospělý. Podporu nabídne nový web, tisková zpráva.* Získáno 24.1.2024 z https://www.nudz.cz/fileadmin/user_upload/Tiskove_zpravy/tz-opatruj-se.pdf
- Národní ústav duševního zdraví. (n.d.). *Na rovinu.* Získáno 25.1.2024 z <https://narovinu.net/projekt-destigmatizace/>
- Nepanikař, z.s. (n.d.). *Příběh projektu NEPANIKARĚ.* Získáno 25.1.2024 z <https://nepanikar.eu/o-nas/>
- Nešpor, R., Z. (2017). *Sociologická encyklopedie.* Sociologický ústav Akademie věd ČR.
- Nevypuť duši (2022a). *Duševní zdraví dětí.* Získáno 24.1.2024 z <https://nevypustdusi.cz/wp-content/uploads/2022/09/Prezentace-vysledku-pruzkumu-Nevypust-dusi.pdf>
- Nevypuť duši. (2022b). *Výroční zpráva za rok 2022.* Získáno 25.1.2024 z <https://nevypustdusi.cz/o-nas/>

- Nevypust' duši. (2023, 20. října). *Mladí lidé hledají pomoc hlavně ve svém okolí, ukazuje nový průzkum*. Získáno 22.1.2024 z <https://nevypustdusi.cz/2023/10/20/dusevni-zdravi-zajima-dve-tretiny-deti-vysledky-noveho-pruzkumu-spolecnosti-t-mobile-organizace-nevypust-dusi-a-agentury-g82-ukazuji-ze-mladi-lide-hledaji-pomoc-hlavne-ve-svem-okoli/>
- Nordt, C., Rössler, W., & Lauber, C. (2006). Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophrenia bulletin*, 32(4), 709–714. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj065>
- O'Connor, M., & Casey, L. (2015). The Mental Health Literacy Scale (MHLS): A new scale-based measure of mental health literacy. *Psychiatry Research*, 229(1-2), 511-516 <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.064>
- OECD/European Union. (2022). Adult mental health. In *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/7c0f0dff-en>
- Olecká, I., & Ivanová, K. (2010). *Metodologie vědecko-výzkumné činnosti*. Moravská vysoká škola Olomouc. Získáno 21.2.2024 z https://www.researchgate.net/publication/47354706_Metodologie_vedeckovyzkumne_cinnosti
- Ondráčková, S. (2017). *Problematika duševního zdraví populace České republiky*. [Magisterská diplomová práce, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích]. Získáno 31.10.2023 z https://theses.cz/id/aymqrl/Diplomov_prce_-_Bc.Silvie_Ondrkov.pdf
- Orel, M. (2020). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. Grada.
- Pasz, J., & Plechatá, A. (2020). *Normální šílenství: rozhovory o duševním zdraví, léčbě a přístupu k lidem s psychickým onemocněním*. Host.
- Patel, K., Caddy, C., & Tracy, D. K. (2018). Who do they think we are? Public perceptions of psychiatrists and psychologists. *Advances in Mental Health*, 16(1), 65-76. <https://doi.org/10.1080/18387357.2017.1404433>
- Pěč, O. (2017). Komunitní péče. Získáno 30.10.2023 z <https://ceskapsychiatrie.cz/index.php/archiv-reforma/200-komunitni-pee>

- Praško, J. (2003). *Psychiatrie*. Informatorium.
- Psychiatrická společnost ČLS JEP. (2023). Doporučené postupy psychiatrické péče. Získáno 31.10.2023 z <https://postupy-pece.psychiatrie.cz/>
- Ptáček, R., Vňuková, M., & Raboch, J. (2017). Pracovní stres a duševní zdraví—může práce vést k duševním poruchám?. *Časopis lékařů českých*, 20(2), 81-87.
- Raboch, J., & Pavlovský, P. (2013). *Psychiatrie*. Karolinum Press.
- Radimský, M. (1997). *Psychiatrie I*. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.
- Rizikyová, T. (2023). Politika starostlivosti o duševné zdravie v Českej republike a na Slovensku z perspektívy historického inštitucionalizmu. [Magisterská diplomová práce, Univerzita Karlova]. Dostupné z <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/186457/120458253.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Rüsch, N., Evans-Lacko, S. E., Henderson, C., Flach, C., & Thornicroft, G. (2011). Knowledge and attitudes as predictors of intentions to seek help for and disclose a mental illness. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 62(6), 675–678. https://doi.org/10.1176/ps.62.6.pss6206_0675
- Ryff, C. D., Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719–727. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
- Říčan, P., Krupčík, O., Melicharová, H., Benýšková, A., Rektor, J., Pěč, O., & Plecháček, O. (2021). První vlna center duševního zdraví z pohledu kvantitativní evaluace i zkušenosti. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 117(5)
- Sibicky, M., Klein, C. L., & Embrescia, E. (2021). Psychological misconceptions and their relation to students' lay beliefs of mind. *Teaching of Psychology*, 48(2), 103–109. <https://doi.org/10.1177/0098628320959925>
- Smith, G. (2008). *Does gender influence online survey participation?: A record-linkage analysis of university faculty online survey response behavior*. ERIC Document Reproduction Service No. ED 501717

- Stuart, H., Sartorius, N., Liinamaa, T., & Images Study Group (2015). Images of psychiatry and psychiatrists. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 131(1), 21–28. <https://doi.org/10.1111/acps.12368>
- Synčák, J. (2023, 17. ledna). V Česku chybí kliničtí psychologové, čekací doby jsou až tři čtvrtě roku. Zádrhel je v jejich vzdělávání. ČT24. Získáno 1.12.2023 z <https://ct24.ceskatelevize.cz/domaci/3558242-v-cesku-chybi-klinicti-psychologove-cekaci-doby-jsou-az-tri-ctvrte-roku-zadrhel-je-v>
- Šámal, P. (2012). *Trestní zákoník: komentář*. 2. vyd. C. H. Beck.
- Švarc, M. J. (2008). Psychiatrická hospitalizace bez souhlasu pacienta–1. díl. *Psychiatrie pro praxi*, 9, 93-95.
- The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL. (2021). *International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19) of M-POHL*. Získáno 14.12.2023 z <https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/inline-files/HLS19%20International%20Report.pdf>
- Thompson, R. A., & Nelson, C. A. (2001). Developmental science and the media: Early brain development. *American Psychologist*, 56(1), 5–15. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.1.5>
- Ústav zdravotní gramotnosti. (n.d.). *Zdravotní gramotnost*. Získáno 13.12.2023 z <https://www.nzip.cz/clanek/226-zdravotni-gramotnost>
- ÚZIS ČR. (2019). Psychiatrická péče 2018. Získáno 28.11.2023 z <https://www.uzis.cz/res/f/008308/psych2018.pdf>
- ÚZIS ČR. (2021). Analytická zpráva – Dostupnost péče v CDZ. Získáno 1.12.2023 z <https://psychiatrie.uzis.cz/res/file/registr-cdz/dostupnost-pece-cdz.pdf>
- ÚZIS ČR. (2022). Systém map a časoprostorových modelů dostupnosti psychiatrické péče. Získáno 28.11.2023 z <https://psychiatrie.uzis.cz/res/file/mapy-modely-dostupnost-psychiatricka-pece.pdf>
- ÚZIS ČR. (2023). Psychiatrická ročenka 2022. Získáno 28.11.2023 z <https://www.uzis.cz/res/f/008442/psych2022.pdf>

- ÚZIS. (2021). Indikátory psychiatrické péče. Získáno 8.9.2023 z <https://psychiatrie.uzis.cz/cs/psychiatrie-v-datech/psychiatricka-pece-v-cr/indikatory/#epidemiologie>
- ÚZIS. (2023a). 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11). Získáno 21.8.2023 z <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-11#o-klasifikaci>
- ÚZIS. (2023b). O MKN - 10. Získáno 25.8.2023 z <https://mkn10.uzis.cz/o-mkn>
- Venkataraman, S., Patil, R., & Balasundaram, S. (2019). Why mental health literacy still matters: a review. *International Journal Of Community Medicine And Public Health*, 6(6), 2723–2729. <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20192350>
- Vožechová, K., & Čechová, D. (2022). Co víme o psychoterapii? Získáno 1.12.2023 z <https://czap.cz/Blog-o-psychoterapii/13029207>
- Vybíral, Z., & Roubal, J. (2010). *Současná psychoterapie*. Portál.
- Vyhláška č. 505/2006 Sb., Vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Česká republika.
- Vymětal, J. (2010). *Úvod do psychoterapie-3., aktualizované a doplněné vydání*. Grada.
- Wang, J.L., Adair, C., Fick, G., Lai, D., Evans, B., Perry, B.W. *et al.* (2007). Depression literacy in Alberta: Findings from a general population sample. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52, 442-448.
- Weisberg, S. (2005). *Applied linear regression (3. vyd.)*. John Wiley & Sons Inc.
- World Health Organization. (2005). Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice. WHO. Získáno 22.2.2023 z http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43286/1/9241562943_eng.pdf
- World Health Organization. (2018). Management of physical health conditions in adults with severe mental disorders: WHO guidelines. World Health Organization. Získáno 8.9.2023 z <https://apps.who.int/iris/handle/10665/275718>
- World Health Organization. (2020). Mental Health Atlas 2020. Získáno 14.12.2023 z <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>

World Health Organization. (2021). Suicide worldwide in 2019: global health estimates.
Získáno 8.9.2023 z
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341728/9789240026643-
eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341728/9789240026643-eng.pdf)

World Health Organization. (2022a). Mental Disorders. Získáno 21.8.2023 z
<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

World Health Organization. (2022b). World mental health report: transforming mental
health for all. Získáno 7.9.2023 z
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Česká republika.

Zákon č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů. Česká republika.

SEZNAM PŘÍLOH:

Příloha č. 1: Abstrakt v českém jazyce

Příloha č. 2: Abstrakt v anglickém jazyce

Příloha č. 3: Seznam tabulek

Příloha č. 4: Seznam grafů

Příloha č. 5: Propagační leták

Příloha č. 1: Abstrakt v českém jazyce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Informovanost veřejnosti o duševním zdraví a možnostech péče

Autor práce: Bc. Zuzana Mačátová

Vedoucí práce: PhDr. Romana Mazalová, Ph.D.

Počet stran a znaků: 86 stran, 151 281 znaků

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 137

Abstrakt: Magisterská diplomová práce se zabývá informovaností veřejnosti o duševním zdraví a možnostech péče. Teoretická část se věnuje vymezení pojmu duševní zdraví a duševní onemocnění. Dále se věnuje přehledovému popisu možností péče o duševní zdraví. Jsou zde popsáni jednotliví angažovaní odborníci a jejich potřebné vzdělání, zákonné vymezení a kompetence. Nechybí popis jednotlivých resortů poskytujících péči o duševní zdraví v České republice a jejich dostupnost. Nastíněn je zde pojem zdravotní gramotnost a s ní se pojící zdravotní gramotnost v oblasti duševního zdraví. Zahrnuty jsou taktéž možné důvody a důsledky nízké informovanosti. Shrnuty jsou zde některé osvětové programy zvyšující tuto informovanost. Rovněž jsou zde zmíněny reakce médií na tuto problematiku. Praktická část pomocí kvantitativního dotazníkového šetření popisuje míru informovanosti veřejnosti o duševním zdraví a možnostech péče a vliv vybraných sociodemografických faktorů. K distribuci dotazníku bylo využito nepravděpodobnostních metod výběru. Celkový počet respondentů byl 477. Byl prokázán statisticky významný vliv pohlaví, věku, úrovně dosaženého vzdělání a přímé či zprostředkované zkušenosti s duševním onemocněním na míru informovanosti o duševním zdraví a možnostech péče.

Klíčová slova: Duševní zdraví, zdravotní gramotnost, informovanost veřejnosti, péče o duševní zdraví

ABSTRACT OF THESIS

Title: Public Awareness of Mental Health and Care Options

Author: Bc. Zuzana Mačátová

Supervisor: PhDr. Romana Mazalová, Ph.D.

Number of pages and characters: 86 pages, 150 281 characters

Number of appendices: 5

Number of references: 137

Abstract: The master's thesis addresses public awareness of mental health and available care options. The theoretical part delves into defining mental health and mental illnesses, as well as providing an overview of mental health care options. This includes descriptions of involved professionals, their required education, legal delineations, and competencies, alongside an outline of mental health care providers in the Czech Republic and their accessibility. The concept of health literacy, particularly in the realm of mental health, is explored, along with potential reasons and consequences of low awareness. Additionally, the thesis summarizes select educational initiatives aimed at improving this awareness and examines media responses to the issue. The practical part employs quantitative questionnaire surveys to depict the extent of public awareness surrounding mental health and care options, along with the influence of certain sociodemographic factors. Non-probability sampling methods were utilized for questionnaire distribution, with a total of 477 respondents. Statistically significant impacts of gender, age, level of education, and direct or indirect experiences with mental illness on levels of mental health awareness and familiarity with care options were demonstrated.

Key words: Mental health, mental health care, public awareness, health literacy, mental health literacy

Příloha č. 3: Seznam tabulek

Tabulka 1: Kategorie MKN – 10.....	11
Tabulka 2: Diagnostické kategorie nemocí duševních a poruch chování dle MKN – 10.....	12
Tabulka 3: Poruchy nálady	16
Tabulka 4: Neurotické, stresové a somatoformní poruchy	17
Tabulka 5: Počet poskytovatelů ambulantní péče v krajích v roce 2022	32
Tabulka 6: Ukázka dotazníku MHLS.....	50
Tabulka 7: Deskriptivní charakteristiky souboru mužů a žen z hlediska věku.....	52
Tabulka 8: Zastoupení respondentů podle velikosti obce.....	53
Tabulka 9: Deskriptivní charakteristiky dotazníku MHLS.....	57
Tabulka 10: Deskriptivní charakteristiky subškál dotazníku MHLS	58
Tabulka 11: Průměrné skóry subškál dotazníku MHLS po změně měřítka	59
Tabulka 12: Průměrný skór v dotazníku MHLS podle krajů.....	66
Tabulka 13: Statistická významnost zkoumaných regresorů.....	68
Tabulka 14: Obecný lineární model – statisticky signifikantní regresory	68
Tabulka 15: Průměrný skór v dotazníku MHLS dle pohlaví.....	69
Tabulka 16: Průměrný skór v dotazníku MHLS dle velikosti obce, ve které respondent žije.....	70
Tabulka 17: Průměrný skór v dotazníku MHLS dle úrovně dosaženého vzdělání	70
Tabulka 18: Hodnoty regresních koeficientů dle dosaženého stupně vzdělání	71
Tabulka 19: Průměrné skóry v dotazníku MHLS dle oboru vzdělání.....	72
Tabulka 20: Průměrné skóry v dotazníku MHLS dle oboru zaměstnání	74

Příloha č. 4: Seznam grafů

Graf 1: Zastoupení respondentů podle kraje bydliště	53
Graf 2: Zastoupení vystudovaných oborů mezi respondenty	54
Graf 3: Zastoupení oborů zaměstnání mezi respondenty	55
Graf 4: Četnosti odpovědí na otázku Psycholog i psychiatr jsou stejná povolání..	60
Graf 5: Četnosti odpovědí na otázku Psycholog i psychiatr mohou předepisovat léky.	60
Graf 6: Četnosti odpovědí na otázku Psychoterapii může poskytovat pouze vystudovaný psycholog.	61
Graf 7: Četnosti odpovědí na otázku o ADHD	62
Graf 8: Četnosti odpovědí na mylný výrok o ADHD	62
Graf 9: Četnosti odpovědí na otázku Schizofrenie je mentální porucha vyznačující se rozdvojenou osobností.	63
Graf 10: Četnosti odpovědí na otázku Schizofrenie je léčitelná.	64
Graf 11: Četnosti odpovědí na otázku Úzkost lze překonat ignorováním.	64
Graf 12: Četnosti odpovědí na otázku ohledně znamení zvěrokruhu.....	65
Graf 13: Souvislost pohlaví a míry informovanosti	69
Graf 14: Souvislost dosaženého stupně vzdělání s mírou informovanosti	72
Graf 15: Souvislost přímé zkušenosti s duševním onemocněním a míry informovanosti.....	75
Graf 16: Souvislost zprostředkované zkušenosti s duševním onemocněním a míry informovanosti.....	76

Příloha č. 5: Propagační leták

Prosím o vyplnění dotazníku, který
pomůže objasnit

INFORMOVANOST VEŘEJNOSTI

0

DUŠEVNÍM ZDRAVÍ

Jediná podmínka je věk nad 18 let.

Děkuji!

NAČTI A VYPLŇUJ:

