

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Dehumanizace a morální vyloučení – dehumanizace a stigmatizace duševně nemocných se zaměřením na schizofrenii

Kristýna Glattová

Bakalářská práce

Studijní program: Psychologie

Vedoucí práce: doc. PhDr. Karel Hnilica, CSc.

Praha 2020

Prague College of Psychosocial Studies



Dehumanization and moral exclusion – dehumanization and stigmatization of mental illness with focus on schizophrenia

Kristýna Glattová

The Bachelor Thesis

Study program: Psychology

The Bachelor Thesis Work Supervisor: doc. PhDr. Karel Hnilica, CSc.

Prague 2020

Anotace

Hlavním cílem této bakalářské práce je zjistit, zda má informovanost veřejnosti vliv na pojetí duševních onemocnění se zaměřením na schizofrenii. Teoretická část se zaměřuje na psychopatologii jako takovou, popis psychologie a psychiatrie včetně historického kontextu, dále pak na psychózu a schizofrenii. Poté se věnuje termínům jako je stigmatizace, dehumanizace, infrahumanizace, morální vyloučení. Na závěr vhodně popisuje etické problémy související s touto problematikou. V praktické části je uveden kvantitativní výzkum, v rámci toho autorkou sestavený dotazník a popsán výběr respondentů. Praktická část dále popisuje průběh sběru dat a představuje výsledky výzkumu.

Klíčová slova: psychopatologie, psychologie, psychiatrie, stigmatizace, dehumanizace, morální vyloučení, infrahumanizace

Annotation

The main aim of this bachelor thesis is to determine if the information of the public influences the general approach to the concept of mental illnesses with a focus on schizophrenia. The theoretical part focuses on psychopathology as such, describes psychology and psychiatry, including the historical context, as well as psychosis and schizophrenia. Also, it deals with terms such as stigmatization, dehumanization, inhumanization, moral exclusion. In the final part, it appropriately describes ethical issues related to this topic. The practical part includes quantitative research in which a questionnaire was compiled by the author and described the selection of the respondents. The practical part further describes the process of data collection and presents the results of the research.

Keywords: psychopathology, psychology, psychiatry, stigmatization, dehumanization, moral exclusion, inhumanization

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze 15. 3. 2020

.....

Kristýna Glatková

Poděkování

Ráda bych poděkovala pedagogům Pražské vysoké školy psychosociálních studií za přínosné poznatky, vstřícnost a podporu. Mé díky patří také všem ochotným respondentům, konzultantům a odborníkům za jejich postřehy a cenné informace.

Obsah

Úvod	8
I. TEORETICKÁ ČÁST	10
1 Psychopatologie.....	10
1.1 Vymezení pojmu psychopatologie.....	10
1.1.1 Definice psychopatologie.....	10
1.1.2 Základní rozdělení.....	10
1.1.3 Psychopatologické projevy	10
1.2 Psychologie a psychiatrie obecně	11
1.2.1 Vývoj psychologie od počátku po současnost	11
1.2.2 Vývoj psychiatrie od počátku po současnost	13
1.3 Psychóza	17
1.3.1 Členění psychotických poruch	18
1.4 Schizofrenie	18
1.4.1 Historie a vývoj	19
1.4.2 Dělení schizofrenie.....	20
1.4.3 Etiopatogeneze a epidemiologie schizofrenie	20
1.4.4 Léčba schizofrenie	21
2 Stigmatizace	22
2.1 Definice stigmatizace.....	22
2.2 Stigmatizace v kontextu historie.....	22
2.3 Problematika současnosti.....	23
2.4 Sebestigmatizace.....	23
3 Dehumanizace	25
3.1 Definice dehumanizace	25
3.2 Morální vyloučení.....	26
4 Infrahumanizace.....	27
4.1 Definice infrahumanizace	27
5 Stigmatizace a dehumanizace v souvislosti s etikou	28
5.1 Závažné etické problémy spojené s léčbou psychicky nemocných.....	28

II. PRAKTICKÁ ČÁST	30
6 Metodika výzkumu	30
6.1 Výzkumné otázky a cíle výzkumu	30
6.2 Hypotézy	31
6.3 Sběr dat	32
6.3.1 Předvýzkum.....	32
6.3.2 Výsledky předvýzkumu	33
6.4 Výzkumný vzorek.....	33
6.5 Způsob vyhodnocení.....	34
7 Prezentace výsledků pro výzkumné otázky a ověřování hypotéz	35
8 Diskuze.....	61
8.1 Limity výzkumu.....	63
Závěr	65
Seznam použité literatury	67
Seznam tabulek	69
Seznam příloh.....	70
Přílohy	

Úvod

Pojem schizofrenie je v českém prostředí často spojován s negativními emocemi, nebezpečím, šílenstvím, agresivitou. Celkově se jedná o problematiku duševních onemocnění, která je i přes veškerou snahu o „očistu“ neustále do jisté míry tabuizovaná v řadách veřejnosti, k čemuž nejvíce přispívají média. Stigmatizace není pojem nikterak nový. V podstatě se jedná o předsudky vůči jedinci či skupině lidí. Tyto pak mají na jedince obrovský dopad, ať už v osobním, společenském či profesním životě. Protipólem je pak destigmatizace, kdy se například pomocí kampaně či programu usiluje o zmírnění či úplné odbourání předsudků. Takto se děje na základě popisu duševního onemocnění, příčin, možných následků, vysvětlení a celkově rozšíření informací o dané problematice. Tyto destigmatizační aktivity jsou velmi důležité nejen pro veřejnost, ale i pro jedince s duševním onemocněním. Na destigmatizaci se v České republice podílí například NÚDZ, Fokus Praha, VIDA z. s. aj.

Při sběru dat se práce zaměřuje na 2 skupiny lidí. Ve výzkumném vzorku v první skupině jsou zastoupeny ty osoby, které mají přímou osobní zkušenost s jedincem trpícím schizofrenií (jakýmkoli typem), tedy rodinní příslušníci, přátelé, spolužáci. Ve druhé skupině pak ty osoby, které naopak tuto zkušenost nemají, tedy nikdy se s člověkem trpícím schizofrenií (jakýmkoli typem) nesetkaly. Tyto dvě skupiny a porovnání jejich odpovědí, se zdají být ideální pro ověření hypotéz. Smysl výzkumu spočívá především v tom, že na výsledcích je možno sledovat, jaký vliv na veřejnost informovanost má a také zda má zkušenost s člověkem trpícím schizofrenií dopad na pojetí tohoto duševního onemocnění či nikoli, a pokud ano, tak jak velký oproti druhé skupině.

Bakalářská práce je rozdělena do teoretické a praktické části. Teoretická část obsahuje pět kapitol. První kapitola se věnuje psychopatologii jako takové, tedy definici, o co se jedná, dále ji pak autorka dělí do příslušných kategorií a následně je jednotlivě popisuje. V neposlední řadě vysvětluje, co jsou psychopatologické projevy, čímž tento celek uzavírá. Dále je velmi vhodně a adekvátně, vzhledem k tématu, všeobecně popsán termín „psychiatrie“ a „psychologie“, autorka taktéž uvádí přehledy a vývoj těchto oborů od počátku, tedy historie až po současnost. Na tomto základě plynule navazuje na charakteristiku psychózy a členění psychotických poruch, ke kterým opět náleží popis. Z onoho rozdělení autorka vybírá ten nejdůležitější pojem – „schizofrenie“, který je spolu s dalšími pojmy klíčovým prvkem této práce. Těmto se nadále podrobně věnuje v jednotlivě rozdělených kapitolách. Na závěr, tedy v páté kapitole je uvedena problematika stigmatizace a dehumanizace v kontextu etiky.

Specificky předsudků, stereotypů, diskriminace, stigmatizace a jejich možných negativních vlivů na léčbu duševně nemocného jedince.

Po teoretické části následuje část praktická. V praktické části jsou vymezeny výzkumné cíle, otázky a hypotézy. Dále je v této části popsán průběh sběru a zpracování dat, na základě analýzy získaných dat jsou v závěru práce zjištěné výsledky diskutovány.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Psychopatologie

1.1 Vymezení pojmu psychopatologie

1.1.1 Definice psychopatologie

Psychopatologie je obor psychologie, který zkoumá příčiny a projevy duševních poruch a nemocí. Dále je definována jako nauka o chorobných duševních jevech. Zabývá se příznaky duševních chorob, klasifikací těchto chorob a hraničních stavů. Psychopatologie je hraniční vědou mezi psychologii a psychiatrií. Zabývá se studiem a popisem jednotlivých psychických funkcí, procesů a poruchami osobnosti jako celku (Hartl, 2004).

1.1.2 Základní rozdělení

Psychopatologie se dělí na obecnou a speciální. Speciální část pojednává o určitých formách duševních poruch, jež se vyskytují v závislosti na konkrétních podmínkách organismu a prostředí. Popisuje například stavy v průběhu duševních chorob, při různých otravách nebo infekčních onemocněních. Obecná psychopatologie shrnuje dílčí poznatky, zabývá se jejich teoretickým rozbořem a klasifikací z hlediska poruchy určitých funkcí (Richterová, 1969, s. 5).

1.1.3 Psychopatologické projevy

U zdravých osob se vyskytují duševní poruchy jen výjimečně a přechodně. Bývají vyvolány buď mimořádně silným podnětem, nebo společným působením několika činitelů, když je hranice odolnosti překročena nebo snížena. Těžší psychopatologické projevy se vyskytují v průběhu některých tělesných onemocnění. Probíhají obvykle s poruchami vědomí. Lehké psychopatologické projevy, při nichž není hlouběji porušeno vědomí ani kritičnost, se vyskytují při únavě a vyčerpání nebo za jiných mimořádných okolností. Příčiny duševních poruch jsou četné a složité. Často se při vzniku jednotlivých chorobných stavů kombinuje více škodlivých faktorů. Celá psychická činnost tvoří nedílnou jednotu s osobností určitého člověka. Jednotlivé stránky psychiky jsou na sobě vzájemně závislé, ovlivňují se a prolínají. Porucha či narušení jedné kvality psychické činnosti se projeví v celé psychice (Richterová, 1969, s. 15–37).

1.2 Psychologie a psychiatrie obecně

Dle autorky je velmi důležité, si připomenout historický vývoj z důvodu celkového kontextu a lepšího pochopení aktuální situace a problematiky v psychologii a dále pak i v psychiatrii. Každý fenomén, ať už pozitivní či negativní, má svůj základ v dějinách a je podstatný pro porozumění současné situace.

1.2.1 Vývoj psychologie od počátku po současnost

Kolébkou psychologické vědy je střední Evropa. Města Lipsko, Würzburg, Berlín, Wroclaw, Varšava, Vídeň, Praha, Brno, Budapešť a Lublaň byla dobře propojenými intelektuálními centry. Ona oblast střední Evropy, ačkoli multikulturní, byla do velké míry sjednocena Habsburskou říší, díky níž byla výměna informací a spolupráce zcela přirozená. Kromě toho byli učenci v tomto období dobře znalí německého jazyka, *lingua franca* vědy té doby, a tak rychle využili průkopnické inspirace, ať už jde o přesné měření (první laboratoř Wilhelma Wundta v německém Lipsku) nebo klinické poznatky a interpretace (psychoanalýza Sigmunda Freuda ve Vídni) (Hoskovicová, Klicperová-Baker, & Heller, 2019, s. 3).

Psychologie v Československu

Poválečný rozpad rakousko-uherské říše a založení moderní, demokratické Československé republiky v roce 1918 bylo mnoha způsoby revoluční. Jazyky dvou ustavujících národů, tedy Čech a Slovaka, byly vzájemně srozumitelné, což usnadňovalo vzájemný kontakt, sdílení literatury.

Pozdější text je věnován především české psychologii. K tomu je vhodné zmínit, že, byť ne tolik, odlišný jazyk či politika zřídka rozdělili akademické kolegy těchto dvou národů.

Vytvoření mladého moderního nezávislého státu si vyžádalo zřízení nových akademických zařízení. Výměna informací již nebyla omezena hlavně na střední Evropu. Moderní technologie a nové politické prostředí otevřely brány Spojeným státům. V roce 1921 František Krejčí oddělil psychologii od filosofie. Mihajlo Rostohal otevřel první psychologickou laboratoř v Praze již v roce 1911. Dále pak v roce 1926 psychologický ústav na Filozofické fakultě Masarykovy univerzity v Brně. 1927 byla založena první psychologická společnost, která fungovala do roku 1952, než byla komunisty rozpuštěna. V roce 1935 byl vydán první, český, psychologický časopis *Psychologie*.

Po druhé světové válce, zejména během padesátých let, byla komunistická ideologie velmi kritická vůči psychologii a označila ji jako „buržoazní pseudovědu“, načež byla zakázána s výjimkou velmi ideologického, materialistického a fyziologicky orientovaného (Pavlovova) učení (Hoskovcová, Klicperová-Baker, & Heller, 2019, s. 4).

Demokratická sametová revoluce roku 1989

Komunistická vláda ve střední Evropě se prosadila během revolučního roku 1989. V Československu to mělo podobu nenásilné sametové revoluce. Mnoho psychologů se účastnilo demokratizačního procesu, samotné revoluce a nové demokratické správy. Někteří psychologové se obrátili na politiku, jiní pak dokumentovali psychologické aspekty útlaku, emigrace, revoluce.

Obnovení demokracie nabídlo nové příležitosti. Otevřené hranice umožnily cestování a výměnu informací. Byly založeny nové školy a zařízení. Psychologové měli možnost se naučit, jak začít se soukromou praxí právě v této době, kdy svoboda umožňovala necenzurovaný výkon akademických profesí.

V roce 1993, kdy se Česko oddělilo od Slovenska a staly se dvěma nezávislými státy, se zákonitě totéž stalo i s Československou psychologickou společností. Tato byla rozdělena na Českomoravskou psychologickou společnost a Slovenskou psychologickou společnost. Obě fungují dodnes. Dále se Československá akademie věd stala Českou akademií věd, přičemž zajímavostí je, že nezávislá Slovenská akademie věd existovala již od roku 1953 (Hoskovcová, Klicperová-Baker, & Heller, 2019, s. 6).

Současná situace

Od sametové revoluce v roce 1989 je Česko svobodnou a suverénní zemí. Tedy nikomu nic nebrání v tom, aby se realizoval. Neexistují politické bariéry, které by komukoli znemožňovaly studium na vysokých školách. Učenci si mohou svobodně volit svá témata. Není nutno písemného povolení ke každému textu, který si přejí xeroxovat. Hranice jsou otevřené a výměna informací je dostatečná.

Psychologie je populární a vyučuje se na mnoha školách. Mezi první významné zavedené univerzity patří: Univerzita Karlova v Praze, Univerzita Palackého v Olomouci a Masarykova univerzita v Brně, následované regionálními univerzitami založenými po roce 1990. Kromě toho nové školy vznikaly po celé zemi, často zaměřené i na sociální oblasti (např. Pražská vysoká škola psychosociálních studií).

Kvalitní základní výzkum je prováděn v Psychologickém ústavu AV ČR v Brně a Praze. Výzkumná témata sahají od vnímání a pohybů očí až po simulace kosmických letů (Projekt Mars 500). Špičkový základní a aplikovaný výzkum je prováděn také na vysokých školách, například na Masarykově univerzitě v Brně a v Národním ústavu duševního zdraví v Klecanech u Prahy. Finanční podporu výzkumu obvykle poskytují grantové agentury.

Špičkoví čeští vědci slouží v mezinárodních redakčních radách, spolupracují s vydavatelstvími světové úrovně a zasílají svá díla předním zahraničním časopisům. Mezi domácí akademické psychologické časopisy patří Československá psychologie, Cyberpsychologie, E-psychologie, Psychologie pro praxi (od roku 2009), Psychoterapie, Zpravodaj vydávaný Českomoravskou psychologickou společností a další. Kromě těchto existují i populární časopisy, například Psychologie Dnes a Moje Psychologie. Několik nakladatelství věnuje zvláštní pozornost psychologické literatuře, například Grada a Portál. Mezi nejvíce publikované a citované současné psychology patří Karel Balcar, Marek Blatný, Ivo Čermák, Stanislav Kratochvíl, Iva Poláčková Šolcová, Marek Preiss, Iva Stuchlíková, Tomáš Urbánek, Jan Vymětal a mnoho dalších. V České republice je přibližně 2 000 psychologů. Česká psychologie je nyní plně zapojena do mezinárodních profesních sdružení, jako je Evropská federace asociací psychologů (EFPA) a Mezinárodní unie psychologických věd (IUPsyS) (Hoskovcová, Klicperová-Baker, & Heller, 2019, s. 7–9).

Jak již bylo zmíněno, historie je základem pro současnost. Zároveň se zdálo být vhodné uvést na jaké úrovni je věda v současné době. Tím byl myšlen nejen výzkum, ale i publikace, rozvoj státních i nestátních organizací a dalších. Lze si tedy povšimnout, že současná psychologie je na kvalitní úrovni v různých oblastech, a i navzdory tomu se vyskytují negativní fenomény, které se nedaří eliminovat či jen velmi málo. Totéž se autorka domnívá o oboru psychiatrie, která je popsána níže.

1.2.2 Vývoj psychiatrie od počátku po současnost

Na samotný úvod je vhodné uvést následující základní informace. Podle zdrojů z roku 2012 připadalo na 100 000 obyvatel populace asi 14 psychiatrů, což bylo dvakrát více než v roce 2002. Ti, kteří hledají pomoc s psychologickými nebo emocionálními problémy, se obvykle obracejí k praktickým lékařům (73 %), méně často k psychiatrům (7 %) nebo psychologům (7 %) (Höschl, Winkler, & Pěč, 2012, s. 278).

Historický úvod

Česká psychiatrie vznikla v době Rakousko-uherské říše, vzkvétala mezi první a druhou světovou válkou, ale během ideologických omezení sovětské říše stagnovala. Společenské problémy byly vnímány jako důsledek kapitalistického systému a bylo očekáváno, že díky postupujícímu komunismu spontánně zmizí. Z toho důvodu byl psychiatrický výzkum primárně biologicky orientovaný, podpora duševního zdraví byla opomíjena a ti, kteří trpěli vážnými psychiatrickými poruchami, byli zavřeni v psychiatrických léčebnách. Zkrátka docházelo k marginalizaci.

Přes tato omezení si česká psychiatrie udržela relativně dobrou úroveň odbornosti a přinesla některé výjimečné poznatky, zejména v oblasti psychofarmakologie a elektroencefalografických studií. Založení Psychiatrického výzkumného ústavu v roce 1961 je v české psychiatrii všeobecně považováno za důležitý mezník.

Po Sametové revoluci se česká psychiatrie začala podílet na globálním vývoji. Velký apel se týkal i péče o duševní zdraví a jeho podporu. Tuto změnu do značné míry určovala naléhavá potřeba systematické reformy. Týkalo se to zejména deinstitucionalizace, destigmatizace, opětovné integrace, školení nebo veřejného vzdělávání. Odborníci tedy začali spolupracovat se západními zeměmi, univerzitami, nevládními organizacemi, evropskými a světovými psychiatrickými asociacemi a dalšími institucemi. Vývoj v této oblasti byl však negativně ovlivněn častými změnami na ministerstvech zdravotnictví (Höschl, Winkler, & Pěč, 2012, s. 278–279).

V předchozím textu si lze povšimnout dlouhodobé snahy o změnu jednotlivých problematik, které však i nadále zůstávají velmi aktuální a ke kterým bohužel často dochází (stigmatizace, sociální vyloučení).

Další vývoj psychiatrie v ČR

Národní program péče o duševní zdraví se vyvíjí od roku 1992. Koncepce psychiatrické péče byla přijata Českou psychiatrickou společností v roce 2000, schválena Ministerstvem zdravotnictví v roce 2002. Poté byla revidována Českou psychiatrickou společností v roce 2008, přičemž uvádí, že psychiatrická péče v České republice závisí především na institucionalizovaných službách, zatímco komunitní péče není dostatečně rozvinutá. Národní politika duševního zdraví chybí, a v důsledku toho je rozvoj péče nesystematický, dostupnost péče je nerovnoměrná. Celkově oblast duševního zdraví je výrazně nedostatečně financovaná

a oproti některým Západním zemím značně opožděna ve svém vývoji (Höschl, Winkler, & Pěč, 2012, s. 279).

Co se týče psychiatrických léčeb, počet lůžek se po Sametové revoluci výrazně snížil. Počet z roku 1990, tedy 11 958 lůžek pro dospělé a 901 lůžek pro děti a dorost, pak v roce 1995 klesl na 9 881 lůžek pro dospělé a 485 lůžek pro děti a dorost. Od roku 1995 se počet lůžek pomalu, stabilně snižoval. V roce 2010 bylo 17 psychiatrických léčeb s celkovým počtem 9 058 lůžek pro dospělé (8,8 lůžek na 10 000 obyvatel) a tři psychiatrické nemocnice s celkovým počtem 260 lůžek pro děti a dorost (1,7 lůžek na 10 000 dětí a dospívajících). Počet lůžek se však v roce 2010 výrazně navýšil, takže došlo ke zlepšení situace. Pokud jde o počet zaměstnanců, jedná se o podobný vývoj, který svědčí v určitém zlepšení. V roce 1990 poskytovalo zdravotní péči ve všech psychiatrických léčebnách 370 lékařů, zatímco v roce 1995 to bylo téměř 430 lékařů. V roce 2010 jejich počet stoupl na 517. V roce 2010 bylo zaevidováno 59 169 hospitalizovaných pacientů, dále 495 383 pacientů v ambulanci péči. Celkový počet vyšetřených v tomtéž roce dosáhl 2 665 547 (Höschl, Winkler, & Pěč, 2012, s. 279–280).

Výše uvedené autorka zmiňuje za účelem zmapování vývoje poskytování psychiatrických služeb pacientům. Toto může alespoň nastínit, jak potřebná kvalitní psychiatrická, a i psychologická péče je a kolik lidí ji potřebuje.

V neposlední řadě je vhodné zmínit také další možnosti léčby duševních onemocnění čili nevládní organizace, denní stacionáře, krizová centra. Po roce 1989 politické změny umožnily novým nevládním organizacím sloužit jako poskytovatelé zdravotních nebo sociálních služeb. Odborníci tehdy založili Fokus, který je první nevládní organizací a funguje dodnes na více místech v ČR. Poskytuje psychiatrickou rehabilitaci (pracovní rehabilitaci, aktivity centra, chráněné bydlení) pro lidi s duševním onemocněním. V letech 1995–2000 bylo založeno několik dalších podobných nevládních organizací, například Sdružení Práh, Eset-Help. Tyto a mnoho dalších zastřešuje Asociace komunitních služeb. Ve zdravotnictví došlo po roce 1989 také k rozvoji denních stacionářů, které především kombinují psychoterapii s psychiatrickou a sociální rehabilitací. V roce 2012 bylo takovýchto zařízení 10. Denních stacionářů bylo roku 2017 přesně 21. Existují pouze dva mobilní krizové týmy, které u nás působí. Jedná se Fokus a ČČK (Höschl, Winkler, & Pěč, 2012, s. 280).

Organizace, které autorka uvádí v předešlém textu, se zároveň starají o osvětu duševních onemocnění. Proto bylo důležité tyto zmínit.

Ačkoli je v posledních letech v České republice k dispozici relativně velké množství psychiatrických lůžek, několik studií o dostupnosti služeb pro psychiatrické pacienty uvádí, že je problematická zejména vzdálenost nebo čas cesty. Spádové oblasti 17 psychiatrických léčeben, které poskytují lůžkovou péči, dosahují vzdálenosti mezi domovem a léčebným zařízením více než 100 km. Taková dálka může ztěžovat pravidelný kontakt pacientů s jejich rodinami, přirozeným prostředím či komunitními službami. Rovněž je nutné zmínit stigmatizaci duševních onemocnění, která má v mnoho případech za následek odrazení pacientů od hledání odborné pomoci a odhalování příčin jejich problémů (Höschl, Winkler, & Pěč, 2012, s. 281–282).

Nesmírně podstatný a inspirativní pro tuto práci je reprezentativní výzkum „Názory na schizofrenii“, který v roce 2004 provedla agentura DEMA. Byl založený na 667 osobních rozhovorech s dospělými v České republice a ukázal, že pouze 43 % věří, že lidé se schizofrenií mohou žít a pracovat normálně a 82 % si myslí, že lidé se schizofrenií jsou ve svém chování a projevech nevyzpytatelní nebo nepředvídatelní (Höschl, Winkler, & Pěč, 2012, s. 282–283).

Další významný výzkum byl proveden na Slovensku. Tento vedla Magurová a Sabolčáková (2011), načež se ukázalo, že třetina respondentů spíše souhlasila a dalších 8 % úplně souhlasilo s výrokem, že by lidé s duševním onemocněním měli být izolováni. S tvrzením, že tito lidé jsou agresivní a nebezpeční, spíše souhlasilo 34 % a 8 % souhlasilo úplně. 50 % respondentů mělo za to, že duševní onemocnění zbavuje tyto lidi inteligence (Sabolčáková & Magurová, 2011).

Na závěr je také zajímavá studie, která proběhla ve Švédsku v roce 2008. V této měli k dispozici 295 respondentů, z nichž 52 % by nechtělo mít za souseda člověka s duševním onemocněním a 62 % považuje duševně nemocného člověka za nedůvěryhodného (Björkman & Angelman, 2008).

Současnost a priority

Pochopení historie české psychiatrie je zásadní pro pochopení jejích současných obtíží, nadějí a perspektiv. Ačkoli výzvy, kterým čelí, vyplývají ze současných trendů a budoucích očekávání, překrývají se s předchozími problémy sociálně politického vývoje.

Plán na podporu duševního zdraví by měl nejen stanovit konkrétní priority a cíle, ale také obsahovat strategie a činnosti k jejich řešení. Měly by být stanoveny časové rámce, zdroje,

kompetence a odpovědnosti. Mezi to, co by měl takový plán zahrnovat, patří například sladění legislativy a zdravotnických a sociálních služeb. Pak také podpora a prevence duševního zdraví na pracovišti a ve školách, investice do nestátního sektoru, destigmatizace, hodnocení kvality života nebo spokojenosti pacientů a jejich příbuzných. Zvláštní pozornost by měla být věnována nejzranitelnějším (dětským, adolescentním, geriatrickým) pacientům, dále i přístupnosti služeb a souvisejícímu nárůstu počtu psychiatrických oddělení ve všeobecných nemocnicích, denních stacionářů, krizových intervenčních služeb (Höschl, Winkler, & Pěč, 2012, s. 283).

Nezbytné je také zvýšení financování výzkumů v psychiatrii. Tyto musí být posíleny na národní i evropské úrovni. Podstatné je propojení výzkumu a inovací, shromažďování poznatků a jejich využití v praxi v souvislosti s řešením stigmatu, sebevražd, závislosti a podobně (Höschl, Winkler, & Pěč, 2012, s. 283).

Negativní postoje studentů medicíny, zdravotnického personálu a širší veřejnosti vzhledem k psychiatrii nelze podceňovat. Reputace psychiatrie by měla být výrazně vylepšena a vědecké důkazy použity k informování lidí, především mladších. Střední školy i univerzity jsou vhodnými zařízeními pro antistigmatické kampaně. Psychiatrie by měla být podporována jako oblast, která vidí duševní poruchy jako komplexní problémy, které by neměly být utlumeny pouze léky, ale řešeny multidisciplinárním a multiparadigmatickým způsobem (Höschl, Winkler, & Pěč, 2012, s. 283–284).

1.3 Psychóza

Psychóza je charakterizovaná jako těžké duševní onemocnění, při němž nemocný ztrácí kontakt se skutečností, kterou jinak vnímá, jinak ji hodnotí a na základě toho se i jinak chová. Samotný jedinec si tuto změnu neuvědomuje (nemá „náhled“).

Tato ztráta kontaktu souvisí s halucinacemi a bludy, pod jejichž vlivem se nemocný může dopouštět pro okolí zcela nepochopitelných činů. Příčina tzv. endogenních psychóz je většinou neznámá porucha, která zřejmě spočívá v odlišných biochemických pochodech v mozku, především na úrovni neurotransmiterů.

V některých případech může být psychóza vyprovokována chemickými látkami, např. drogami nebo způsobena jiným závažným onemocněním mozku. Psychóza může probíhat akutně (např. delirium), endogenní psychózy mají průběh většinou chronický, někdy

s kolísavým průběhem. Patří zde zejména schizofrenie, afektivní porucha (maniodepresivní psychóza), schizoafektivní porucha (Praško, Herman, & Doubek, 2008).

1.3.1 Členění psychotických poruch

Psychotické poruchy můžeme rozdělit do několika skupin:

- schizofrenie
- schizotypální poruchy
- duševní poruchy s bludy
- akutní a přechodné psychotické poruchy
- schizoafektivní poruchy
- jiné poruchy

Ze skupiny psychotických poruch je schizofrenie nejčastější a nejzávažnější onemocnění s výraznou poruchou myšlení, vnímání, citů a chování. Lidé nemocní schizofrenií ztrácejí kontakt s realitou, slyší nebo vidí věci, které nejsou skutečné, a pod vlivem svých představ pak jednají nepřiměřeně (Praško, 2001).

1.4 Schizofrenie

Schizofrenie je typicky charakterizována narušením téměř všech psychických funkcí.

Tato je představitelem psychotického onemocnění. V odborné terminologii je psychóza charakterizovaná bludy, halucinacemi a dezorganizovaným slovním projevem a chováním, v širším pojetí také poruchou vnímání reality. Tomu do určité míry odpovídá představa laiků – postižená je přesvědčen o bizarnostech, slyší nebo vidí něco, co ostatní ne, a jeho chování jsou divné a nepochopitelné. Schizofrenie je jedno z nejzávažnějších psychických onemocnění vůbec (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2012, s. 181).

1.4.1 Historie a vývoj

„Schizofrenie jako onemocnění byla popsána v medicínských textech již v období antiky. Prvním ustáleným názvem pro toto onemocnění byl pojem „dementiae praecox, poprvé vyřčený v roce 1896 a následně zavedený v roce 1898 Emilem Kraepelinem (1856–1926). Název schizofrenie pro předmětné psychotické onemocnění použil až v roce 1911 významný švýcarský psychiatr Eugen Bleuler (1857–1939). Ten také zavedl užívání pojmu „primární symptomy“ schizofrenie, kam zařadil: poruchy asociací, poruchy efektivy, autismus a ambivalence“ (Raboch & Pavlovský, 2012, s. 244).

Švýcarský psychiatr Eugen Bleuler publikoval v roce 1911 knihu s názvem „Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien“, kde navrhl nový popis nemoci z hlediska toho, co považoval za její nejvýznamnější psychopatologickou vlastnost: rozdělení osobnosti. Jak je známo, tato nová perspektiva vedla Bleulera k zavedení neologismu „schizofrenie“ (doslova „rozštěpená mysl“). Také se domníval, že schizofrenie je způsobena primárně slabostí v oblasti asociací a to, že má za následek nedostatečnou integraci obsahu vědomí vedoucí k dezorganizaci psychické činnosti, která byla pro nemoc charakteristická (Novella & Huertas, 2010).

V této souvislosti se práce německých psychiatrů v následujících desetiletích rozdělila mezi komplexní analýzu schizofrenické poruchy a klinickou identifikací těch příznaků a symptomů, které by mohly umožnit spolehlivější diagnostiku. Velmi významný byl Kurt Schneider (1887–1967), který poskytl vlivnou charakterizaci schizofrenických symptomů. Schneider nebral v úvahu jakékoli vlivy či determinanty, pouze čistě klinické pozorování, tedy bez jakýchkoli teoretických úvah. Domníval se, že toto postačuje pro stanovení diagnózy, načež identifikoval řadu psychotických prožitků a zkušeností, které nazýval „první hodnotí“ kvůli jejich užitečnosti k detekci přítomnosti schizofrenie. Většina z oněch symptomů (slyšitelné myšlenky, hlasy komentující činy jedince, vykrádání myšlenek, vložení myšlenky...), sdílely společný rys: ztráta ego integrity a zkušenost s odjímáním či vnucováním jedné psychické aktivity (jazyk, myšlenky, pocity, úmysly). Schneiderův příspěvek tak poskytl třetí hlavní složku současného klinického konceptu schizofrenie. Znamená to tedy, že ke Kraepeliníánské degradaci a Bleuleriánské dezorganizaci přidal tzv. „poruchu sebenarušení“ (Ich-Störungen) (Novella & Huertas, 2010).

1.4.2 Dělení schizofrenie

Svoboda et al. (2012, s. 185) uvádí, že schizofrenní poruchy se dělí na několik klinických forem:

- F20.0 Paranoidní schizofrenie – charakterizována převážně bludy
- F20.1 Hebefrenní schizofrenie – nejčastěji svými projevy napodobuje pubertální období
- F20.2 Katatonní schizofrenie – v popředí jsou poruchy hybnosti
- F20.3 Nediferencovaná schizofrenie – nemívá obvykle vyhraněnou podobu
- F20.5 Reziduální schizofrenie – chronický stav po ústupu akutních příznaků
- F20.6 Simplexní schizofrenie – změny chování, vyplývající z postupného stažení se do sebe
- F20.4 je vyčleněna pro postpsychotickou depresi

1.4.3 Etiopatogeneze a epidemiologie schizofrenie

„V současné době se domníváme, že jedinec, který onemocní schizofrenií, má specifickou biologickou náchylnost pro tuto poruchu (zranitelnost), který vlivem zátěže vyústí v manifestaci schizofrenních příznaků. K tomuto nejčastěji dochází v období puberty, která již sama o sobě představuje rizikové období už jenom tím, že v tomto období dochází k bouřlivým změnám v organismu jedince. Náchylnost pro schizofrenní poruchu může být vrozená či získaná – v časném vývojovém období. O tomto jsou doloženy důkazy a zjištění, že se schizofrenní porucha častěji vyskytuje u jedinců s porodními komplikacemi nebo u jedinců, jejichž matka v průběhu těhotenství prodělala virové onemocnění. Také se všeobecně předpokládá, že se zevní faktory připojují ke genetickým a jsou s nimi ve vzájemné a velmi úzké interakci, což poté může vyústit v rozvoj klinicky manifestní psychotické poruchy. Genetické studie rodin, dvojčat a studie s adoptivními jedinci ukázaly, že genetické faktory hrají u schizofrenní poruchy významnou roli“ (Svoboda et al., 2012, s. 182).

„Celoživotní prevalence schizofrenie se pohybuje kolem 1 %. Incidence je stejná u obou pohlaví, tj. 2–4 případy na 10 000 ročně. Byla popsána variabilita v prevalenci a incidenci schizofrenie v různých geografických oblastech a různých kulturních podmínkách. U mužů je začátek nejčastější v pozdní adolescenci, u žen začíná v průměru o několik roků později

(nejčastěji mezi 25. a 35. rokem, u mužů mezi 15. a 25. rokem). Ženy mají také mírnější formu onemocnění, lépe reagují na léčbu, jsou méně často hospitalizovány a lépe sociálně fungují než muži. Za toto zřejmě vděčí vlivu estrogenů na dopaminergní systém. Schizofrenní porucha je diagnostikována zhruba u 25 % psychiatrických hospitalizací a 50% přijetí do psychiatrických zařízení za rok. Onemocnění má sklon k chronickému průběhu a často vede k trvalé invaliditě, celosvětově patří mezi deset nejvýznamnějších příčin úplné invalidity. Výskyt ostatních poruch je nižší, vyskytují se méně často než schizofrenní poruchy“ (Svoboda et al., 2012, s. 182).

1.4.4 Léčba schizofrenie

„V medicíně jsou dvě možnosti, jak zlepšit poskytovanou léčbu: hledat nové léčebné možnosti a optimalizovat stávající. Optimalizace léčby zahrnuje nejen praktický nástroj, jako je terapeutické monitorování léků, ale také dodržování obecných trendů v běžné klinické praxi“ (Češková, 2018, s. 53).

Schizofrenní porucha je proces, který prochází různými fázemi. Ve všech fázích léčby je neomylně zdůrazňováno, že i když jsou farmaka základem, tak by měli být rozhodně doplňovány psychosociální intervencí.

Češková dále ve svém článku uvádí, že *„základním kamenem léčby schizofrenie zůstávají antipsychotika. V současné době jsou dostupné dva noví parciální dopaminoví agonisté, brexpiprazol a cariprazin. I když mechanismus jejich účinku je podobný, liší se ve farmakologickém profilu. Nové léčebné možnosti, zatím nedostupné pro praxi, zahrnují kanabidiol, glutamátové modulátory a agonisty nikotinových receptorů. Tyto by mohly zlepšit i negativní příznaky a kognitivní dysfunkci“ (Češková, 2018, s. 53).*

2 Stigmatizace

2.1 Definice stigmatizace

Tento pojem zavedl Erving Goffman (1986).

„Lidé s duševním onemocněním čelí nesnázím nejen zdravotní, ale také sociální povahy. Jedním z nejzávažnějších problémů sociální povahy je stigma, které vede ke znevýhodnění v mnoha oblastech života a je často vnímáno jako tíživější než samotné zdravotní problémy. Stigma lze obecně charakterizovat jako proces označování (labellingu), související jak se společenským vylučováním a odmítáním stigmatizovaného, tak s vlastními pocity studu, které u stigmatizovaného pramení z nepříznivého sociálního úsudku o vlastní osobě či společenské skupině. Tento úsudek bývá založen na určitém rysu, který souvisí s identitou, jednáním, vzhledem či zdravotním stavem, je společností považován za nenormální a legitimuje tak určité zvláštní jednání (např. vylučování). Stigma se od racionální ochrany společnosti liší tím, že má iracionální základ a vede k diskriminaci.“ (Janoušková, Weissová, & Tušková et al., 2016, s. 4).

2.2 Stigmatizace v kontextu historie

Duševní onemocnění podléhají negativním úsudkům a stigmatizaci mnohem více než kterýkoli jiný typ nemoci. Mnoho pacientů se musí vypořádat nejen s často ničivými následky své nemoci, ale také trpí sociálním vyloučením a předsudky. Stigmatizace duševně nemocných má dlouhou tradici a samotné slovo „stigmatizace“ označuje negativní konotace. Ve starověkém Řecku bylo „stigma“ značkou otroků nebo zločinců. Po tisíciletí společnost nezacházela s lidmi trpícími depresí, autismem, schizofrenií či jinými duševními chorobami o nic lépe než s otroky nebo zločinci. Byli totiž taktéž uvězněni, mučeni nebo zabiti. Během středověku byla duševní nemoc považována za trest od Boha. Nemocní byli považováni za posedlé ďáblem a byli spáleni na kůlu nebo uvrženi do věznic a blázců, kde byli připoutáni ke stěnám nebo postelím. Během osvícenství byli duševně nemocní osvobozeni z těchto podmínek a byly zřízeny instituce, které pomáhaly duševně nemocným. Bohužel později, v době nacistické vlády v Německu, dosáhla stigmatizace a diskriminace nešťastného vrcholu. Tehdy byly zavražděny nebo sterilizovány stovky tisíc duševně nemocných lidí (Rössler, 2016, s. 1250).

2.3 Problematika současnosti

Stigmatizace duševních chorob je stále důležitým společenským problémem. Obecně populace o tomto problému do značné míry neví a převládá strach z duševně nemocných. Diskriminace je stále všudypřítomná, ať už v legislativě nebo v léčebných zařízeních. Stigma lze popsat na třech úrovních: kognitivní, emoční a behaviorální, což nám umožňuje oddělit pouhé stereotypy od předsudků a diskriminace. Nejvýznamnější stereotypy obklopující duševně nemocné předpokládají nebezpečnost, nepředvídatelnost a nespolehlivost. Pacienti se schizofrenií jsou těmito názory nejvíce zasaženi (Rössler, 2016).

Spravedlivé a racionální posouzení jednotlivců však vyžaduje více informací než pouhé vyvolávání stereotypů. Co se týče duševních nemocí, stereotypy mohou být nefunkční, protože obvykle aktivují zobecněný názor spíše, než ten osobní a jedinečný. Dále můžeme zjistit, zda je osoba skutečně nebezpečná, nepředvídatelná nebo nespolehlivá především v případě bližšího poznání (Rössler, 2016).

Více komplikovanější je to ovšem s předsudky, které souvisí s emočními reakcemi na stereotyp nebo na osobu stereotypní. Předsudek o duševně nemocných může zahrnovat třeba následující postoj: „Obávám se schizofreniků, protože jsou nebezpeční a nepředvídatelní“. To mění kontext z „osoby trpící schizofrenií“ na „schizofrenika“, jako by tato nemoc charakterizovala celou osobu. Stereotypy a předsudky mohou následně vést k diskriminaci jednotlivců nebo celé skupiny: „Duševně nemocní by měli být někde zavřeni, protože jsou nebezpeční a nepředvídatelní“ nebo „Nemůžeme zaměstnávat duševně nemocné osoby, protože jsou nespolehlivé“ (Rössler, 2016).

Neexistuje země, společnost ani kultura, kde by lidé s duševními chorobami měli stejnou společenskou hodnotu jako lidé bez nich (Rössler, 2016).

2.4 Sebestigmatizace

Sebestigmatizaci autorka chápe jako přijímání negativního hodnocení a názorů, které společnost zastává vzhledem k onemocnění, kterým jedinec trpí.

I sebestigma zahrnuje předsudky, které vedou k negativním emočním reakcím. Mezi nimi dominuje nízká sebeúcta a soběstačnost. Mnoho lidí s duševními chorobami si je vědomo stereotypů, které existují o jejich skupině. Dominantní mezi nimi je přesvědčení, že osoby

s duševním onemocněním jsou nekompetentní nebo postrádají morální hodnoty (Corrigan & Watson, 2006).

Povšimněte si však, že povědomí o stigmatizaci není synonymem pro jeho internalizaci (Crocker & Major, 1989). Dle autorky, v tomto hrají velkou roli sebeúčinnost, sebevnímání a sebehodnota, kterými daný jedinec buď disponuje, nebo ne.

Některé nedávné studie naznačují, že informovanost lidí ohledně duševních onemocnění, je na dobré úrovni. Dalo by se tedy doufat, že stigma je minulostí. Stejně studie však zároveň naznačují, že stigmatizace osob s duševním onemocněním se za posledních 30 let nezměnila, co se týče názoru na jejich nebezpečnost. Existuje několik sfér, které mohou šířit stigmatizující postoje a mylné představy, že lidé s duševním onemocněním jsou vraždící maniakové, kterých je třeba se bát nebo že mají dětský pohled na svět, který je začarovaný. Jedná se o média, film, tisk (Corrigan & Watson, 2006).

Je velmi důležité si uvědomit, že stigmatizace, ale i sebestigmatizace mají významný a velký vliv na průběh a délku léčby pacientů s duševním onemocněním. Obzvláště pak u nejzávažnějších psychotických poruch jako jsou lidé trpící schizofrenií nebo pak bipolární poruchou.

3 Dehumanizace

3.1 Definice dehumanizace

Ptáček (2014, s 483) ve své knize uvádí následující: „*Jedná se o fenomén dehumanizace, což je mechanismus odnímání lidských vlastností a upírání lidské podstaty.*“

Dehumanizace je považována za ústřední součást meziskupinového násilí, protože je často předchůdcem morálního vyloučení. Ačkoli psychologové nejsou v této oblasti úplně neznalí, jejich příspěvky v literatuře ohledně dehumanizace jsou relativně malé. Moderní výzkumy dehumanizace udávají, že privilegování „lidskosti“ vlastní skupiny je běžné (Goff, Williams, Eberhardt, & Jackson, 2008).

Dehumanizace se vyskytuje v očividných i nepatrných formách. Zřejmá dehumanizace se skládá z přímého, záměrného popření lidské povahy, což mohou být například skupiny označeny jako „divoši“ nebo „zvířata“. Nejextrémnější případ očividné dehumanizace je otroctví, genocida, válka (Boysen, Isaacs, Tretter, & Markowski, 2019).

Považovat lidskou bytost za méně než lidskou či za méně než člověka, je chyba, která je pozoruhodně houževnatá a rozšířená. Oběti genocidy byly pachatelé označeny jako hmyz a otroci oficiálně odsouzeni k méněcennosti a méně lidskosti. Přistěhovalci jsou přirovnáváni k invazivním škůdcům nebo infekčním chorobám. Duševně nemocní mají často nálepku šilenců, vrahů, nebezpečnosti. Vyčerpaní lékaři mnohdy považují své klienty za pouhé tělesné schránky. Pacienti cítí, že jejich individualita byla odstraněna depersonalizovanou medicínou. Dehumanizace je důležitý psychologický jev, protože může být běžná a zároveň mít katastrofické následky. Je to nejvýraznější porušení naší víry v obyčejné lidstvo, tedy i náš osvícenský předpoklad, že jsme v podstatě všichni stejní a sobě rovni. Vzhledem k dlouhé historii tohoto jevu, hlubokým důsledkům a velké rozmanitosti je dehumanizace zásadním tématem studia v psychologii (Haslam & Loughnan, 2014, s. 401).

Pro tuto práci je klíčové znát definice rozličných problematik a jevů, ale jak již bylo několikrát zmíněno v předešlém textu, historie je zásadní a neoddelitelnou součástí současnosti, a proto je důležité ji neopomíjet. Bez znalosti dějin nemůžeme být opravdu schopni porozumět současným problémům a udržet krok v jejich řešení.

Historie dehumanizace

Co se týče typického příkladu dehumanizace v kontextu historie, lze jej ukázat na přístupu anglických kolonistů k Afričanům na konci 17. století. Tito byli nuceni k otroctví a zbavení práv. Spisy Morgana Godwyna (1680) ukazují, že mnoho (možná nejvíce) kolonistů v Karibiku a Severní Americe považovalo africké otroky za podřadné tvory. Další pozorování poukazují na tři základní složky dehumanizace. První se týká vztahu mezi výskytem členů dehumanizované populace a jejich skutečnou podstatou; kolonisté věřili, že ačkoli Afričané připomínají lidské bytosti, tak jimi ve skutečnosti a ve své podstatě nejsou. Druhá se týká domnělé metafyzické skutečnosti, která odpovídá jejich nehumánnímu statusu, to znamená, že jim chybí lidská esence (jsou „postrádající duši“). Třetí se týká degradace dehumanizované populace na morální hierarchii. Tyto nahraditelné lidské bytosti nejsou považovány pouze za nehumánní. Jsou považovány za nelidské. Výše zmíněné tři složky se často ukazují v procesu dehumanizace v historických i kulturních událostech a zdá se, že definují charakteristiky tohoto jevu (Smith, 2014, s. 815).

Kelman (1976) a Staub (1989) byli mezi prvními sociálními psychology, kteří se systematicky zabývali dehumanizací a zkoumali ji v souvislosti s masovým násilím. Tato spočívá v popření identity obětí a komunity, která odkazuje na jejich odlišnou individualitu. Pokud jsou tyto atributy zamítnuty či popřeny, oběti se stanou deindividuovanou masou, která postrádá schopnost vyvolat soucit. Dehumanizace je chápána jako extrémní jev, pozorovatelný v konfliktních podmínkách, což umožňuje vysvětlit násilné činy (Haslam & Loughnan, 2014, s. 401–402). Zajímavé také je, že filosofové se tématem dehumanizace zabývali jen velmi málo.

3.2 Morální vyloučení

K morálnímu vyloučení dochází tehdy, když jsou jednotlivci nebo skupiny vnímány mimo hranice oblasti, ve které platí morální hodnoty a spravedlnost. Vyloučení jsou vnímáni jako nepotřební, neužiteční, nehodnotní.

Toto může být buď mírné či velmi závažné až extrémní. Mezi závažné až extrémní patří porušování lidských práv, otroctví, genocida a podobně. Mírná forma je například neoprávněné nebo nezasloužené utrpení či deprivace (Ting-Toomey, 2012).

4 Infrahumanizace

4.1 Definice infrahumanizace

Infrahumanizaci autorka chápe jako akt popírání lidských emocí u daného jedince.

Infrahumanizace, jak název napovídá, odkazuje na popření některých specificky lidských charakteristik jednotlivce nebo skupiny. To je činí podřadnými, ne-li zcela nelidskými. Jedná se především o specifickou charakteristiku sekundárních emocí. Tyto zahrnují lásku, vinu, ponížení a naději. Zatímco potěšení, hněv, strach jsou považovány za primární emoce. Ačkoli primární i sekundární emoce mohou mít pozitivní nebo negativní valenci, tak primární emoce jsou charakteristicky připisovány lidem i zvířatům. Avšak sekundární emoce jsou považovány za specificky lidské. Jiné poznatky také ukazují, že se členy určité skupiny, projevující sekundární emoce, je zacházeno lépe než s nečleny či lidmi mimo skupinu. Toto může signalizovat další normativní aspekt při popisu tohoto jevu (Castano & Giner-Sorolla, 2006).

Model infrahumanizace naznačuje, že jednotlivci často popírají ostatním stejnou lidskou podstatu, jaká charakterizuje jejich vlastní skupinu. Toto má za následek extrémní konflikty mezi určitou skupinou a ostatními, kteří k ní nenáleží. Historie ukazuje, že ve válce či jiných podobných událostech se objevuje nejen infrahumanizace, ale i úplná dehumanizace (Castano & Giner-Sorolla, 2006).

Infrahumanizace však nemusí být všudypřítomné. Například francouzsky mluvící Belgičané infrahumanizovali vlámsky mluvící Belgičany, ale nikoli Pařížany nebo obyvatele Prahy (Cortes, Demoulin, Rodriguez, Rodriguez, & Leyens, 2005).

Důležité je i připomenutí si rozdílu mezi dehumanizací a infrahumanizací. Dá se říci, že infrahumanizace je jakousi mírnější formou dehumanizace. Při infrahumanizaci dochází ke snižování lidskosti daného jedince či skupiny lidí, kdežto u dehumanizace k naprostému „pozbytí“ veškeré lidskosti.

5 Stigmatizace a dehumanizace v souvislosti s etikou

5.1 Závažné etické problémy spojené s léčbou psychicky nemocných

Stigmatizace, dehumanizace či jiné negativní postoje vůči nemocné osobě či skupině lidí, jsou velmi špatnými fenomény. Jakákoli nemoc je sama o sobě velkým břemenem pro pacienta, a i pro jeho blízké. Zvláště pak u lidí trpících psychickým onemocněním. Pokud se k tomuto přidá i „druhá nemoc“ v podobě stigmatizace, dehumanizace, předsudků, diskriminace daného jedince či skupiny, jedná se o vůbec nejzávažnější problém a selhání. Celý výše zmíněný komplex negativních postojů má velký vliv na délku i průběh léčby. A nejen to, také na přístup veřejnosti a péči odborníků (Škoda, 2016).

„České slovo předsudek má svůj původ v latinském podstatném jménu praejudicium. Ve starověku toto slovo znamenalo to, co dnes označujeme slovem precedent, tedy úsudek, který se opírá o dřívější rozhodnutí a zkušenost. Později v angličtině toto slovo (angl. prejudice) označovalo úsudek předčasný či ukvapený. Až v současnosti dostal tento výraz emocionální nádech přízně či nepřízně, který předčasný a nepodložený úsudek provází“, uvádí Škoda (2016, s. 14–15) ve svém odborném článku.

V kontextu této práce je ovšem podstatný negativně zabarvený předsudek. Již v minulých dobách existovaly tyto nepříznivé postoje, zaměřené na trpící psychickým onemocněním. Ačkoli je již nějakou dobu snaha o zmírnění či úplné odstranění těchto úsudků, ne úplně se to daří (Škoda, 2016).

Dalším problematickým aspektem jsou stereotypy. Průcha (2010) tyto definuje jako *„mínění o třídách individuí, skupinách nebo objektech, která jsou v podstatě šablonovitými způsoby vnímání a posuzování toho, k čemu se vztahují; nejsou produktem přímé zkušenosti individua, jsou přebírány a udržují se tradicí“* (Průcha, 2010, s. 67).

Ve vztahu k psychicky nemocným to může znamenat označení zápornými adjektivy, jako například nebezpečný, nedůvěryhodný, nepředvídatelný a podobně (Škoda, 2016).

Manifestace předchozího může znamenat vyústění v diskriminaci, jejíž definici uvádí Kopecká (2015) ve své knize jako *„jednání, při kterém dochází ke znevýhodnění osoby nebo skupiny osob vůči jiným osobám či skupinám z důvodu jejich odlišnosti (neposkytnutí pracovního místa, neobsloužení v restauraci, neřešení šikany u konkrétního žáka např. z důvodu jeho víry či handicapu)“* (Kopecká, 2015, s. 56).

Diskriminace může být také definována následovně. „*Diskriminací se rozumí nerovné chování vůči jedincům na základě jejich příslušnosti k určité sociální kategorii, případně zvýhodňování či znevýhodňování celé sociální kategorie. Tradičně má podobu odírání přístupu k pracovním příležitostem, ke zdrojům, statusům atd.*“ (Hnilica, 2010, s. 18)

Výše zmíněné lze pokládat za základ pro stigmatizaci. Jak už bylo v této práci zmíněno, stigmatizace je silně neblahým aspektem v procesu léčby psychicky nemocných. Taktéž negativně zasahuje i do pacientova pojetí sebe sama, společenského života a bezesporu se dotýká i jeho rodiny, blízkých. Avšak je vhodné sem zařadit i pečující osoby z řad profesionálů, tedy doktorů, zdravotních sester. Tato problematika se totiž týká všech, tak samo jako i špatné světlo, které vrhá (Škoda, 2016).

„Pokud totiž budou negativní sociální jevy, které psychické onemocnění provázejí, přehlížet či bagatelizovat, nepodaří se jim nikdy zcela uzdravit pacienta, i kdyby symptomy nemoci z lékařského hlediska zcela vymizely. Navíc snadno dochází k relapsům nemoci právě ignorancí sociálních problémů pacienta. Předsudky, diskriminace a stigmatizace ztěžují léčbu psychicky nemocných a brání jejich návratu do normální společnosti mezi psychicky zdravé lidi. Proto je třeba proti nim aktivně vystupovat a poukazovat na jejich zápornou roli v celém průběhu psychické nemoci“, uvádí na závěr Škoda (Škoda, 2016, s. 19).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 Metodika výzkumu

6.1 Výzkumné otázky a cíle výzkumu

Výzkumné šetření si klade za cíl zaměřit se na to, zda má a do jaké míry, obecná informovanost veřejnosti vliv na pojetí duševních onemocnění se zaměřením na schizofrenii.

U výše zmíněných výzkumných cílů této bakalářské práce je důležité jejich zaměření na dvě skupiny respondentů. Jedná se o skupinu respondentů, která má přímou zkušenost s člověkem trpícím schizofrenií a o skupinu respondentů, která tuto zkušenost nemá. Pro tuto práci je takovéto rozdělení výzkumného vzorku klíčové, jelikož v teoretické části vychází z toho, že informovanost a zkušenost mají na pojetí duševních onemocnění, především schizofrenie, velký vliv.

Z tohoto důvodu se v této práci předpokládá, že se autorce práce podaří potvrdit hypotézy odvozené z výsledků výzkumu projektu Změna s agenturou DEMA a.s. (2004), který nese název „Názory na schizofrenii“. Tento pracoval s výzkumným vzorkem 667 dospělých lidí.

Následujícím cílem je zjistit, zda má zkušenost s lidmi se schizofrenií vliv na pojetí tohoto duševního onemocnění, tedy jestli se budou odpovědi respondentů jednotlivých skupin na základě zkušenosti/nezkušenosti lišit. Dalším cílem je odhalit do jaké míry se tyto statistické hodnoty různí. Posledním cílem je ověřit, zda lze na základě zkušenosti/nezkušenosti predikovat větší tendenci k případné stigmatizaci trpících schizofrenií.

Vzhledem ke zmíněným výzkumným cílům byla v této práci položena základní výzkumná otázka se záměrem odhalit vztahy mezi zkušeností, informovaností a pojetím lidí se schizofrenií u zvoleného výzkumného vzorku.

VO1: Existuje vztah mezi přímou zkušeností lidí s člověkem trpícím schizofrenií a jeho následným pojetím?

6.2 Hypotézy

Hypotézy byly sestaveny na základě získaných poznatků z rešerše, které byly shrnuty v teoretické části této bakalářské práce.

H₁: Chování lidí vůči osobám se schizofrenií s sebou nese stereotypy a mnohdy neověřená tvrzení.

H₂: Dochází k diskriminaci a sociálnímu vyloučení veřejností v oblasti zaměstnání, sociálních vztahů u lidí trpících schizofrenií.

H₃: Lidé, kteří mají zkušenost s člověkem trpícím schizofrenií, jsou dle jejich subjektivního názoru obecně informovanější.

Tyto hypotézy navazují na již zmíněný výzkum projektu Změna s agenturou DEMA (2004) a na výzkumnou zprávu Národního ústavu duševního zdraví (2016). Výsledky výzkumu, na které navazují hypotézy, jsou stručně popsány v kapitole 1.2.2 Vývoj psychiatrie od počátku po současnost. Pro lepší pochopení a celkový kontext této praktické části je vhodné uvést následující procentuální výsledky výzkumu. 57 % české populace nemá dostatek informací o schizofrenii, 55 % nikdy nepotkalo žádnou osobu s touto diagnózou, 36 % si myslí, že není možné s touto nemocí normálně žít a pracovat, podle 21 % by měli být lidé se schizofrenií umístěni do léčeben a 43 % Čechů vyjádřilo přesvědčení, že lidé trpící schizofrenií jsou nebezpeční a násilníci (DEMA, 2004).

Tyto hypotézy byly sestaveny pro zjištění, zda u veřejnosti budou vycházet stejné nebo podobné výsledky jako ve výzkumu projektu Změna a agentury DEMA (2004). Předpokladem pro tyto hypotézy tedy bylo, že informovanost či přímá zkušenost mají vliv na pojetí lidí se schizofrenií.

H₄: Veřejnost má za to, že typickým projevem schizofrenie je agresivní a nebezpečné chování.

Takové negativní postoje v podobě předsudků, stereotypů a konec konců i diskriminace jsou základem pro stigmatizaci. Na tyto fenomény v souvislosti s duševními onemocněními je ve výzkumech i odborných textech nahlíženo jako na silně nepříznivé fenomény a problematiku současnosti. Předpoklad, že takovéto aspekty mají neblahý vliv na pacienty, jejich blízké a také osoby o ně pečující potvrzuje i odborná literatura a články, jež jsou zmíněny v této bakalářské práci v kapitole 5.1 Závažné etické problémy spojené s léčbou schizofrenie.

6.3 Sběr dat

Pro tuto práci byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu. Učiněno tak bylo hned z několika důvodů. Těmito jsou například rychlost sběru dat, velký počet respondentů, anonymita. Dále bylo také na zvaženo, jakou formu dotazníku bude nejvhodnější použít, načež elektronická varianta se zdála být nejlepší. Bylo využito platformy Survio, která umožnila on-line sběr dat a také jejich částečné vyhodnocení. Zároveň disponuje přehledným zázemím a možnostmi uzpůsobit si dotazník dle představ a potřeb jak po technické stránce, tak i po designové.

Dotazník obsahuje 21 otázek, které jsou v záměrně určeném pořadí. Taktéž jsou sestaveny tak, aby zasahovaly do co nejvíce životních oblastí a situací. Respektive byly všeprostopující. Dotazník na úvod využívá 3 faktografických otázek (pohlaví, věk, vzdělání), které mají vysokou validitu, jelikož odpovědi na ně jsou přesné a jasné. Dále obsahuje 18 trichotomických otázek, z toho jedna je filtrační čili rozřazuje respondenty do dvou odlišných skupin, což je pro tento výzkum zásadní.

Jak je uvedeno výše, pořadí otázek není náhodné. Otázky jsou uspořádány tak, aby na sebe tematicky navazovaly. A především i z důvodu postupné závažnosti a citlivosti jednotlivých oblastí. Na začátku jsou uvedeny faktografické otázky, které mají jasnou odpověď, a není potřeba se nad nimi nikterak zdlouhavě zamýšlet. Na ty navazují jednoduché, ne příliš osobní otázky, po kterých plynule začínají ty osobnější. Zhruba v polovině dotazníku se respondent dostává k velmi citlivým tématům, která pak v závěru pozvolna odlehčují opět obecnější a informativnější otázky.

6.3.1 Předvýzkum

Pro ověření správnosti sestavení dotazníku byl proveden předvýzkum u 57 respondentů. Pracovní verzi dotazníku vyplnila vybraná skupina (15 respondentů), která má zkušenost s člověkem trpícím schizofrenií, dále pak vybraná skupina (19 respondentů), která zkušenost nemá a jako poslední náhodná skupina (24 respondentů). Všichni vyplňovali jednotlivé dotazníky nezávisle na sobě. Vybrané skupiny respondentů autorka získala z řad blízkých, známých, odborníků.

Cílem tohoto předvýzkumu bylo zjistit, zda jsou otázky srozumitelné, logické, nesugestivní, jednoznačné. Dále, jestli je varianta trichotomických odpovědí vhodná, jak celkově působí vyplňování dotazníku (pořadí a skladba otázek), důležitost byla také kladena

na design. Předvýzkum měl také za cíl zjistit, kolik času respondenti potřebují k vyplnění dotazníku, a jestli je vše v pořádku i po technické stránce.

Všichni respondenti byli obeznámeni s cílem předvýzkumu a požádání o spolupráci a jejich zpětné vazby, které byly v této fázi zásadní.

Chromý (2014) ve své knize uvádí následující: „*Hlavním úkolem předvýzkumu (u dotazníků) je zjistit: a) zda jsou otázky srozumitelné; b) zda respondent chápe otázky jako badatel; c) zda je jasné, jak dotazník vyplňovat a jak/kde ho odevzdat (tj. zda jsou srozumitelné instrukce); d) jak dlouho vyplnění dotazníku trvá a jestli to není příliš namáhavé*“ (Chromý, 2016, s. 17).

6.3.2 Výsledky předvýzkumu

Co se týče technické stránky vyplňování dotazníku, respondenti neshledali žádný problém. Taktéž neměl nikdo žádné výhrady k otázkám. Všechny se zdály být srozumitelné, jednoznačné, nesugestivní. Pořadí a skladba otázek byla shledána jako logicky navazující, příjemná. Design dotazníku měl pozitivní zpětnou vazbu ve smyslu jemného vzhledu, neprovokativních barev a podobně.

Na základě těchto kladných zjištění a poznatků tedy nebyly provedeny žádné změny.

Čas potřebný k vyplnění dotazníku byl u všech skupin zhruba do 10 minut. Předpokládaný čas se pohyboval kolem deseti až patnácti minut. Takže i tento aspekt se pohyboval v daném předpokladu.

6.4 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek tvoří 112 respondentů. V souboru převažují ženy (N = 75, tj. 67 %), mužů je v souboru podstatně méně (N = 37, tj. 33 %). Výzkumný vzorek tvoří lidé, kteří mají zkušenost s člověkem trpícím schizofrenií (N = 53, tj. 47,3 %) dále lidé, kteří tuto zkušenost nemají (N = 40, tj. 35,7 %) a nakonec ti, kteří zvolili možnost „Nevím“ (N = 19, tj. 17 %). Tito jsou z různých míst ČR. Nejmladší respondent byl věku 15 let a nejstarší 70 let. Respondentů se středoškolským vzděláním bylo nejvíce (N = 66, tj. 58,9 %), o dost méně s vysokoškolským vzděláním (N = 37, tj. 33 %) a nejméně s vyšším odborným vzděláním (N = 9, tj. 8 %). Netradičně v dotazníku nebyla uvedena možnost volby základního vzdělání, jelikož nebyl předpoklad, že by ho někdo takový vyplňoval a pokud ano, tak by při této otázce ve spolupráci

nepokračoval. Tato autorka ošetřila cílením na určité skupiny, ve kterých se dá alespoň odhadovat, že respondenti disponují minimálně středoškolským vzděláním.

Výzkumný vzorek sestává z vybraných respondentů, kterým byl dotazník odeslán záměrně na základě příslušnosti do jedné či druhé skupiny (se zkušeností/bez zkušenosti). Tito byly z řad známých, odborníků, blízkých. Dále autorka zveřejnila dotazník na sociální stránce ve dvou vybraných, zájmových skupinách a dále také na svém osobním profilu. Nad tímto již nebyla možnost kontroly a respondenti se tak do výzkumu rekrutovali samovýběrem.

K dotazníku vždy náležel písemný úvod, který měl za cíl, nastínit respondentovi o co se jedná, k čemu slouží a požádat o spolupráci. Taktéž k prvotnímu informování, na jehož základě se pak každý mohl svobodně rozhodnout, zda jej vyplní či nikoli.

Respondenti za vyplnění nebyli nikterak odměněni, pouze jim bylo sděleno, že v případě zájmu lze po ukončení výzkumu jeho výsledky zveřejnit. Jelikož měl každý možnost zpětné vazby skrze soukromé zprávy či pod sdílený příspěvek s písemným úvodem a odkazem na elektronický dotazník, někteří vyjádřili svůj zájem. Z tohoto důvodu budou výsledky v blízké době zveřejněny v rámci kompenzace za laskavou spolupráci účastníků.

6.5 Způsob vyhodnocení

Vzhledem ke zkoumané problematice byla v této bakalářské práci využita metoda kvantitativního výzkumu a měření. Data byla nasbívána pomocí on-line dotazníků přes elektronickou platformu Survio a následně přepsána do programu Microsoft Excel. Poté byla data vyhodnocena pomocí softwaru IBM SPSS Statistika 22. Do výzkumného vzorku byly zahrnuty veškeré dotazníky.

Ke zjišťování vztahů mezi zkušeností či nezkušeností veřejnosti s člověkem trpícím schizofrenií byl použit Chí-kvadrát test. Závislost dvojic nominálních proměnných byla testována pomocí Fisherova exaktního testu, přičemž hladina významnosti byla stanovena na 0,05 (5 %).

7 Prezentace výsledků pro výzkumné otázky a ověřování hypotéz

VO1: Existuje vztah mezi přímou zkušeností lidí s člověkem trpícím schizofrenií a jeho následným pojetím?

V práci byla položena základní výzkumná otázka se záměrem odhalit vztahy mezi zkušeností, informovaností a pojetím lidí se schizofrenií u zvoleného výzkumného vzorku.

Tabulka 1: „Myslíte si, že máte dostatečné informace o schizofrenii?“

		Ano	Ne	Nevím	Celkem	
Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?	Ano	Počet	26	15	12	53
		Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?	49,1 %	28,3 %	22,6 %	100,0 %
		Myslíte si, že máte dostatečné informace o schizofrenii?	81,3 %	25,0 %	60,0 %	47,3 %
		Celkem %	23,2 %	13,4 %	10,7 %	47,3 %
	Ne	Počet	5	31	4	40
		Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?	12,5 %	77,5 %	10,0 %	100,0 %
		Myslíte si, že máte dostatečné informace o schizofrenii?	15,6 %	51,7 %	20,0 %	35,7 %
		Celkem %	4,5 %	27,7 %	3,6 %	35,7 %
	Nevím	Počet	1	14	4	19
		Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?	5,3 %	73,7 %	21,1 %	100,0 %
		Myslíte si, že máte dostatečné informace o schizofrenii?	3,1 %	23,3 %	20,0 %	17,0 %
		Celkem %	0,9 %	12,5 %	3,6 %	17,0 %
Celkem	Počet	32	60	20	112	
	Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?	28,6 %	53,6 %	17,9 %	100,0 %	
	Myslíte si, že máte dostatečné informace o schizofrenii?	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	
	Celkem %	28,6 %	53,6 %	17,9 %	100,0 %	

Tabulka výše zobrazuje přerozdělení odpovědí na první otázku, zda si respondenti myslí, že mají dostatečné informace o schizofrenii. Na otázku odpovědělo všech

112 respondentů. 53 (47,3 %) z nich se s člověkem trpícím schizofrenií setkala, 40 (35,7 %) ne a 19 (17 %) neví. 32 (28,6 %) respondentů má podle svého názoru dostatečné informace o tomto onemocnění, 60 (53,6 %) respondentů nedostatečné informace a 20 (17,9 %) respondentů neví. Z 53 respondentů, kteří se s člověkem trpícím schizofrenií setkala, má téměř polovina dostatečné informace o tomto onemocnění, 28,3 % nedostatečné a 22,6 % neví. Ze 40 respondentů, kteří se s člověkem trpícím schizofrenií neseetkala, se více než 77 % domnívá, že nemá dostatečné informace o tomto onemocnění, 12,5 % si myslí, že má dostatečné informace a 10 % neví. Ve skupině, která neví, zda se s člověkem trpícím schizofrenií setkala, převládá odpověď, že nemají dostatečné informace o schizofrenii. Tuto alternativu zvolilo 14 (73,7 %) z 19 respondentů.

Tabulka níže zobrazuje výsledek chí kvadrát testu nezávislosti. Testujeme hypotézu, že vnímání dostatečné informovanosti o schizofrenii není ovlivněno tím, zda má člověk zkušenost s člověkem trpícím schizofrenií, oproti alternativní hypotéze, že vnímání dostatečné informovanosti o schizofrenii je ovlivněno tím, zda má člověk zkušenost s člověkem trpícím schizofrenií. Jelikož je p hodnota pro Fisherův test menší než alfa 0,05, H₀ zamítáme, načež tedy existuje statisticky významný vztah mezi vnímáním dostatečné informovanosti respondentů a tím, zda s člověkem trpícím schizofrenií přišli do kontaktu či ne. Respondenti, kteří se s tímto člověkem setkali, se domnívají, že jsou více informovaní o tomto onemocnění.

Tabulka 2: Chí – kvadrát test

	Value	Df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	29,211 ^a	4	,000	,000
Likelihood Ratio	31,512	4	,000	,000
Fisher's Exact Test	29,703			,000
N of Valid Cases	112			

a. 1 cells (11,1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,39.

Jelikož, jak je uvedeno v textu výše, zde existuje statisticky významný vztah, tak můžeme taktéž přijmout **H₃: Lidé, kteří mají zkušenost s člověkem trpícím schizofrenií, jsou dle jejich subjektivního názoru obecně informovanější.**

Tabulka 3: „Považujete schizofrenii za nejzávažnější duševní onemocnění?“

			Ano	Ne	Nevím	Celkem
Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?	Ano	Počet	18	24	11	53
		Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?	34,0 %	45,3 %	20,8 %	100,0 %
		Považujete schizofrenii za nejzávažnější duševní onemocnění?	47,4 %	48,0 %	45,8 %	47,3 %
		Celkem %	16,1 %	21,4 %	9,8 %	47,3 %
	Ne	Počet	16	17	7	40
		Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?	40,0 %	42,5 %	17,5 %	100,0 %
		Považujete schizofrenii za nejzávažnější duševní onemocnění?	42,1 %	34,0 %	29,2 %	35,7 %
		Celkem %	14,3 %	15,2 %	6,3 %	35,7 %
	Nevím	Počet	4	9	6	19
		Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?	21,1 %	47,4 %	31,6 %	100,0 %
		Považujete schizofrenii za nejzávažnější duševní onemocnění?	10,5 %	18,0 %	25,0 %	17,0 %
		Celkem %	3,6 %	8,0 %	5,4 %	17,0 %
	Celkem	Počet	38	50	24	112
Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?		33,9 %	44,6 %	21,4 %	100,0 %	
Považujete schizofrenii za nejzávažnější duševní onemocnění?		100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	
Celkem %		33,9 %	44,6 %	21,4 %	100,0 %	

V druhé hypotéze testujeme, jestli považování schizofrenie za nejzávažnější duševní onemocnění je ovlivněné tím, zda se daný respondent setkal s člověkem trpícím schizofrenií nebo ne.

H0: vnímání schizofrenie za nejzávažnější duševní onemocnění je ovlivněné tím, zda respondent s člověkem trpícím schizofrenií přišel do kontaktu.

HA: vnímání schizofrenie za nejzávažnější duševní onemocnění není ovlivněné tím, zda respondent s člověkem trpícím schizofrenií přišel do kontaktu.

38 respondentů považuje schizofrenii za nejzávažnější duševní onemocnění, 50 respondentů ne a 24 respondentů neví. Ve skupině, která má zkušenost s člověkem trpícím schizofrenií, si 34 % respondentů myslí, že se jedná o nejzávažnější duševní onemocnění, 45,3 % se domnívá, že se nejedná o nejzávažnější duševní onemocnění a 20,8 % neví. Ve skupině, která nemá zkušenost s člověkem trpícím schizofrenií si až 40 % myslí, že se jedná o nejzávažnější duševní onemocnění, naopak 42,5 % si myslí, že ne. V této skupině jsou rozdíly mezi „ano“ a „ne“ menší-1 respondent, 2,5 %. 44,6 % respondentů nepovažuje schizofrenii za nejzávažnější duševní onemocnění, 33,9 % naopak ano.

Tabulka 4: Chí – kvadrát test

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,654 ^a	4	,617	,627
Likelihood Ratio	2,678	4	,613	,631
Fisher's Exact Test	2,678			,622
N of Valid Cases	112			

a. 1 cells (11,1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,07.

Některé očekávané četnosti jsou opět menší než 5, na základě hodnot Fisherova exaktního testu a p hodnoty 0,622 nezamítáme nulovou hypotézu, což znamená, že na hladině významnosti 0,05 nebylo prokázáno, že by vnímání schizofrenie jako nejzávažnějšího duševního onemocnění záviselo na tom, zda má jedinec zkušenost s člověkem trpícím schizofrenií nebo ne.

Tabulka 5: „Myslíte si, že typickým znakem schizofrenie je nebezpečné a agresivní chování?“

			Ano	Ne	Nevím	Celkem
Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?	Ano	Počet	13	37	3	53
		Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?	24,5 %	69,8 %	5,7 %	100,0 %
		Myslíte si, že typickým znakem schizofrenie je nebezpečné a agresivní chování?	52,0 %	52,1 %	18,8 %	47,3 %
		Celkem %	11,6 %	33,0 %	2,7 %	47,3 %
	Ne	Počet	9	22	9	40
		Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?	22,5 %	55,0 %	22,5 %	100,0 %
		Myslíte si, že typickým znakem schizofrenie je nebezpečné a agresivní chování?	36,0 %	31,0 %	56,3 %	35,7 %
		Celkem %	8,0 %	19,6 %	8,0 %	35,7 %
	Nevím	Počet	3	12	4	19
		Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?	15,8 %	63,2 %	21,1 %	100,0 %
		Myslíte si, že typickým znakem schizofrenie je nebezpečné a agresivní chování?	12,0 %	16,9 %	25,0 %	53
		Celkem %	2,7 %	10,7 %	3,6 %	100,0 %
	Celkem	Počet	25	71	16	112
		Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?	22,3 %	63,4 %	14,3 %	100,0 %
		Myslíte si, že typickým znakem schizofrenie je nebezpečné a agresivní chování?	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Celkem %		22,3 %	63,4 %	14,3 %	100,0 %	

Ve třetí testované otázce chceme zjistit, zda je považování nebezpečného a agresivního chování za typický znak schizofrenie závislé na tom, zda se jedinec setkal s člověkem trpícím schizofrenií či ne.

63,4 % respondentů si nemyslí, že nebezpečné a agresivní chování je typickým znakem tohoto onemocnění, 22,3 % si myslí, že ano. Téměř 70 % respondentů, kteří mají zkušenost s člověkem trpícím schizofrenií, nepovažuje takové chování za typický znak schizofrenie a ve skupině, která nemá zkušenost s člověkem trpícím schizofrenií je to 55 %. Dále pak u skupiny, která neví, zda má zkušenost s člověkem trpícím schizofrenií, je to více než 63 %.

Tabulka 6: Chí – kvadrát test

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,527 ^a	4	,163	,164
Likelihood Ratio	7,041	4	,134	,162
Fisher's Exact Test	6,858			,134
N of Valid Cases	112			

a. 2 cells (22,2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,71.

Na základě p hodnoty Fisherova exaktního testu, což je 0,134, nezamítáme nulovou hypotézu. Na hladině významnosti 0,05 nebylo prokázáno, že by považování nebezpečného a agresivního chování za typický znak schizofrenie záviselo na osobní zkušenosti s člověkem se schizofrenií.

Na základě výše uvedeného zároveň zamítáme **H₄: Veřejnost má za to, že typickým projevem schizofrenie je agresivní a nebezpečné chování.**

Tabulka 7: „Myslíte si, že chování lidí se schizofrenií je nepředvídatelné?“

			Ano	Ne	Nevím	Celkem
Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?	Ano	Počet	39	7	7	53
		Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?	73,6 %	13,2 %	13,2 %	100,0 %
		Myslíte si, že chování lidí se schizofrenií je nepředvídatelné?	46,4 %	43,8 %	58,3 %	47,3 %
		Celkem %	34,8 %	6,3 %	6,3 %	47,3 %
	Ne	Počet	33	5	2	40
		Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?	82,5 %	12,5 %	5,0 %	100,0 %
		Myslíte si, že chování lidí se schizofrenií je nepředvídatelné?	39,3 %	31,3 %	16,7 %	35,7 %
		Celkem %	29,5 %	4,5 %	1,8 %	35,7 %
	Nevím	Počet	12	4	3	19
		Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?	63,2 %	21,1 %	15,8 %	100,0 %
		Myslíte si, že chování lidí se schizofrenií je nepředvídatelné?	14,3 %	25,0 %	25,0 %	17,0 %
		Celkem %	10,7 %	3,6 %	2,7 %	17,0 %
	Celkem	Počet	84	16	12	112
Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?		75,0 %	14,3 %	10,7 %	100,0 %	
Myslíte si, že chování lidí se schizofrenií je nepředvídatelné?		100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	
Celkem %		75,0 %	14,3 %	10,7 %	100,0 %	

Dále byli respondenti dotázáni, zda si myslí, že chování lidí se schizofrenií je nepředvídatelné. Chceme zjistit, zda jsou odpovědi na tuto otázku ovlivněné tím, zda respondenti mají zkušenost s člověkem trpícím schizofrenií či ne.

84 (75 %) respondentů považuje chování lidí se schizofrenií za nepředvídatelné. 39 (46,4 %) z nich se s člověkem trpícím schizofrenií setkala, 33 (39,3 %) ne a 12 neví. Bez ohledu na to, zda se respondent s člověkem trpícím schizofrenií setkal či ne, převládají pozitivní odpovědi. Čili 73,6 % respondentů, kteří mají zkušenost s člověkem trpícím schizofrenií si myslí, že chování těchto lidí je nepředvídatelné. Ve skupině, která zkušenost nemá je toto číslo ještě vyšší 82,5 % a ve skupině, která neví, zda má zkušenost s člověkem s tímto onemocněním 63,2 %.

Tabulka 8: Chí – kvadrát test

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,394 ^a	4	,494	,519
Likelihood Ratio	3,555	4	,469	,513
Fisher's Exact Test	3,713			,451
N of Valid Cases	112			

a. 3 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,04.

Závěrem je, že nulovou hypotézu nezamítáme, tedy považování člověka se schizofrenií za nepředvídatelného nezávisí na tom, zda má respondent zkušenost s člověkem trpícím schizofrenií či ne. Ve všech třech skupinách převládá názor, že chování člověka se schizofrenií je nepředvídatelné.

Tabulka 9: „Považujete člověka se schizofrenií za důvěryhodného?“

			Ano	Ne	Nevím	Celkem
Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?	Ano	Počet	6	33	14	53
		Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?	11,3 %	62,3 %	26,4 %	100,0 %
		Považujete člověka se schizofrenií za důvěryhodného?	54,5 %	45,8 %	48,3 %	47,3 %
		Celkem %	5,4 %	29,5 %	12,5 %	47,3 %
	Ne	Počet	3	28	9	40
		Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?	7,5 %	70,0 %	22,5 %	100,0 %
		Považujete člověka se schizofrenií za důvěryhodného?	27,3 %	38,9 %	31,0 %	35,7 %
		Celkem	2,7 %	25,0 %	8,0 %	35,7 %
	Nevím	Počet	2	11	6	19
		Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?	10,5 %	57,9 %	31,6 %	100,0 %
		Považujete člověka se schizofrenií za důvěryhodného?	18,2 %	15,3 %	20,7 %	17,0 %
		Celkem %	1,8 %	9,8 %	5,4 %	17,0 %
	Celkem	Počet	11	72	29	112
Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?		9,8 %	64,3 %	25,9 %	100,0 %	
Považujete člověka se schizofrenií za důvěryhodného?		100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	
Celkem %		9,8 %	64,3 %	25,9 %	100,0 %	

V další otázce jsme se respondentů ptali, zda považují člověka se schizofrenií za důvěryhodného. Pouze necelých 10 % si myslí, že člověk se schizofrenií je důvěryhodný.

Až 64,3 % člověka se schizofrenií za důvěryhodného nepovažuje. U těch, kteří mají zkušenost s člověkem s tímto onemocněním, si 63,2 % myslí, že takový člověk není důvěryhodný. U těch, kteří nemají zkušenost s člověkem trpícím schizofrenií, je to rovných 70 % a ti, kteří neví, zda s člověkem s tímto onemocněním zkušenost mají, 68 % člověka se schizofrenií za důvěryhodného nepovažuje.

Tabulka 10: Chí – kvadrát test

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,129 ^a	4	,890	,895
Likelihood Ratio	1,134	4	,889	,896
Fisher's Exact Test	1,314			,877
N of Valid Cases	112			

a. 3 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,87.

Závěr na základě p hodnoty Fisherova testu je, že považování člověka se schizofrenií za důvěryhodného není statisticky významně ovlivněné tím, zda má respondent zkušenost s člověkem trpícím schizofrenií nebo ne.

Tabulka 11: „Myslíte si, že schizofrenik podstupující léčbu, je schopen se projevat jako zcela zdravý jedinec?“

			Ano	Ne	Nevím	Celkem
Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?	Ano	Počet	42	6	5	53
		Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?	79,2 %	11,3 %	9,4 %	100,0 %
		Myslíte si, že schizofrenik podstupující léčbu, je schopen se projevat jako zcela zdravý jedinec?	53,2 %	50,0 %	23,8 %	47,3 %
		Celkem %	37,5 %	5,4 %	4,5 %	47,3 %
	Ne	Počet	27	5	8	40
		Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?	67,5 %	12,5 %	20,0 %	100,0 %
		Myslíte si, že schizofrenik podstupující léčbu, je schopen se projevat jako zcela zdravý jedinec?	34,2 %	41,7 %	38,1 %	35,7 %
		Celkem %	24,1 %	4,5 %	7,1 %	35,7 %
	Nevím	Počet	10	1	8	19
		Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?	52,6 %	5,3 %	42,1 %	100,0 %
		Myslíte si, že schizofrenik podstupující léčbu, je schopen se projevat jako zcela zdravý jedinec?	12,7 %	8,3 %	38,1 %	17,0 %
		Celkem %	8,9 %	0,9 %	7,1 %	17,0 %
	Celkem	Počet	79	12	21	112
Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?		70,5 %	10,7 %	18,8 %	100 %	
Myslíte si, že schizofrenik podstupující léčbu, je schopen se projevat jako zcela zdravý jedinec?		100,0 %	100,0 %	100,0 %	100 %	
Celkem %		70,5 %	10,7 %	18,8 %	100 %	

Další otázka byla, zda si respondenti myslí, že schizofrenik podstupující léčbu je schopen se projevat jako zcela zdravý jedinec. Opět jsme chtěli zjistit, zda zkušenost s člověkem trpícím schizofrenií vliv na odpovědi či ne. Nulová hypotéza předpokládá, že mezi proměnnými není žádný vztah.

Až 70,5 % respondentů si myslí, že člověk se schizofrenií podstupující léčbu se dokáže projevat jako zcela zdravý. Naopak 10,7 % si myslí, že člověk s tímto onemocněním se navzdory podstupující léčbě není schopen projevat jako zcela zdravý. 79,2 %, respondentů, kteří mají zkušenost s člověkem trpícím schizofrenií, si myslí, že pokud postupuje léčbu, tak je schopen se projevat jako zcela zdravý. I ve skupině, která nemá zkušenost s člověkem s tímto onemocněním, převládá důvěra v účinnost léčby, těchto je 67,5 %. Pouze 12,5 % v účinnost léčby nevěří a pětina respondentů neví. Ve skupině, která neví, zda má zkušenost s člověkem trpícím schizofrenií, si 52,6 % myslí, že tento člověk je schopen se projevat jako zcela zdravý, 42 % neví.

Tabulka 12: Chí – kvadrát test

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,164 ^a	4	,038	,036
Likelihood Ratio	9,436	4	,051	,069
Fisher's Exact Test	9,187			,046
N of Valid Cases	112			

a. 3 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,04.

V tomto případě je p hodnota 0,046. Nulovou hypotézu při α 0,05 zamítáme a přijímáme alternativní. Existují tedy rozdíly ve vnímání toho, zda respondenti považují schizofrenika podstupujícího léčbu za zcela zdravého jedince v závislosti na tom, zda mají zkušenost s člověkem s tímto onemocněním.

Tabulka 13: „Myslíte si, že člověk se schizofrenií je schopen v životě plnohodnotně fungovat?“

			Ano	Ne	Nevím	Celkem
Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?	Ano	Počet	31	13	9	53
		Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?	58,5 %	24,5 %	17,0 %	100,0 %
		Myslíte si, že člověk se schizofrenií je schopen v životě plnohodnotně fungovat?	47,7 %	48,1 %	45,0 %	47,3 %
		Celkem %	27,7 %	11,6 %	8,0 %	47,3 %
	Ne	Počet	24	11	5	40
		Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?	60,0 %	27,5 %	12,5 %	100,0 %
		Myslíte si, že člověk se schizofrenií je schopen v životě plnohodnotně fungovat?	36,9 %	40,7 %	25,0 %	35,7 %
		Celkem %	21,4 %	9,8 %	4,5 %	35,7 %
	Nevím	Počet	10	3	6	19
		Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?	52,6 %	15,8 %	31,6 %	100 %
		Myslíte si, že člověk se schizofrenií je schopen v životě plnohodnotně fungovat?	15,4 %	11,1 %	30 %	17,0 %
		Celkem %	8,9 %	2,7 %	5,4 %	17,0 %
Celkem	Počet	65	27	20	112	
	Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?	58,0 %	24,1 %	17,9 %	100 %	
	Myslíte si, že člověk se schizofrenií je schopen v životě plnohodnotně fungovat?	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100 %	
	Celkem %	58,0 %	24,1 %	17,9 %	100 %	

Druhou polovinu začíná otázka, zda je člověk se schizofrenií schopen v životě plnohodnotně fungovat. 65 (58 %) ze 112 respondentů si myslí, že ano, 27 (24,1 %), že ne

a 20 (17,9 %) neví. Procenta jsou podobné ve skupině, které má zkušenost s člověkem trpícím schizofrenií. 58,5 % si myslí, že takový člověk je schopný v životě plnohodnotně fungovat, 24,5 % si myslí, že ne. Ve skupině, která tuto zkušenost nemá, si 60 % myslí, že takový člověk je schopen v životě plnohodnotně fungovat a 27,5 %, že ne. U skupiny, která neví, zda s člověkem s tímto onemocněním zkušenost má, se 52,6 % vyjádřilo kladně a 15,8 % záporně.

Tabulka 14: Chí – kvadrát test

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,533 ^a	4	,473	,481
Likelihood Ratio	3,304	4	,508	,535
Fisher's Exact Test	3,297			,521
N of Valid Cases	112			

a. 2 cells (22,2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,39.

Na základě tabulky výše H₀ nezamítáme.

Tabulka 15: „Představa onemocnění schizofrenií v mé rodině či blízkém okolí mě děsí“

			Ano	Ne	Nevím	Celkem
Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?	Ano	Počet	30	19	4	53
		Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?	56,6 %	35,8 %	7,5 %	100,0 %
		Představa onemocnění schizofrenií v mé rodině či blízkém okolí mě děsí	45,5 %	51,4 %	44,4 %	47,3 %
		Celkem %	26,8 %	17,0 %	3,6 %	47,3 %
	Ne	Počet	28	8	4	40
		Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?	70,0 %	20,0 %	10,0 %	100,0 %
		Představa onemocnění schizofrenií v mé rodině či blízkém okolí mě děsí	42,4 %	21,6 %	44,4 %	35,7 %
		Celkem %	25,0 %	7,1 %	3,6 %	35,7 %
	Nevím	Počet	8	10	1	19
		Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?	42,1 %	52,6 %	5,3 %	100,0 %
		Představa onemocnění schizofrenií v mé rodině či blízkém okolí mě děsí	12,1 %	27,0 %	11,1 %	17,0 %
		Celkem %	7,1 %	8,9 %	0,9 %	17,0 %
Celkem	Počet	66	37	9	112	
	Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?	58,9 %	33,0 %	8,0 %	100,0 %	
	Představa onemocnění schizofrenií v mé rodině či blízkém okolí mě děsí	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	
	Celkem %	58,9 %	33,0 %	8,0 %	100,0 %	

V další otázce jsme se respondentů ptali, zda je děsí představa onemocnění schizofrenií v jejich rodině či blízkém okolí. Téměř 59 % respondentů se vyjádřilo, že je tato představa děsí. 33 % tato představa naopak neděsí a 8 % neví. U skupiny, která má zkušenost s člověkem trpícím schizofrenií jsou procenta následující. 56,6 % tato představa děsí, 35,8 % ne a 7,5 % neví. Ve skupině, která nemá zkušenost s člověkem trpícím schizofrenií, se přesně 70 %

respondentů této představy děsí, 20 % ne a 10 % neví. U skupiny, která neví, zda má s člověkem s tímto onemocněním zkušenost, se 52,6 % této představy neděsí, naopak 42,1 % ano.

Tabulka 16: Chí – kvadrát test

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,576 ^a	4	,160	,158
Likelihood Ratio	6,640	4	,156	,185
Fisher's Exact Test	6,498			,149
N of Valid Cases	112			

a. 3 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,53.

Nulovou hypotézu opět nezamítáme, jelikož neexistuje žádný prokázaný vztah mezi strachem z onemocnění schizofrenií v rodině či blízkém okolí respondentů vyvolaný tím, zda mají zkušenost s člověkem trpícím schizofrenií nebo ne.

Tabulka 17: „Přijal/a byste na pracovní pozici uchazeče s diagnózou schizofrenie, který zároveň splňuje veškeré požadavky včetně kvalifikace?“

			Ano	Ne	Nevím	Celkem
Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?	Ano	Počet	17	12	24	53
		Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?	32,1 %	22,6 %	45,3 %	100,0 %
		Přijal/a byste na pracovní pozici uchazeče s diagnózou schizofrenie, který zároveň splňuje veškeré požadavky včetně kvalifikace?	41,5 %	57,1 %	48,0 %	47,3 %
		Celkem %	15,2 %	10,7 %	21,4 %	47,3 %
	Ne	Počet	16	8	16	40
		Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?	40,0 %	20,0 %	40,0 %	100,0 %
		Přijal/a byste na pracovní pozici uchazeče s diagnózou schizofrenie, který zároveň splňuje veškeré požadavky včetně kvalifikace?	39,0 %	38,1 %	32,0 %	35,7 %
		Celkem %	14,3 %	7,1 %	14,3 %	35,7 %
	Nevím	Počet	8	1	10	19
		Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?	42,1 %	5,3 %	52,6 %	100,0 %
		Přijal/a byste na pracovní pozici uchazeče s diagnózou schizofrenie, který zároveň splňuje veškeré požadavky včetně kvalifikace?	19,5 %	4,8 %	20,0 %	17,0 %
		Celkem %	7,1 %	0,9 %	8,9 %	17,0 %
	Celkem	Počet	41	21	50	112
Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?		36,6 %	18,8 %	44,6 %	100 %	
Přijal/a byste na pracovní pozici uchazeče s diagnózou schizofrenie, který zároveň splňuje veškeré požadavky včetně kvalifikace?		100,0 %	100,0 %	100,0 %	100 %	
Celkem %		36,6 %	18,8 %	44,6 %	100 %	

V další otázce jsme chtěli vědět, zda by respondenti přijali na pracovní pozici člověka se schizofrenií, který zároveň splňuje veškeré požadavky včetně kvalifikace. 36,6 % respondentů by tohoto člověka přijalo, 18,8 % ne a 44,6 % neví. Ve skupině, která má zkušenost s člověkem trpícím schizofrenií, by 32,1 % tohoto člověka přijalo a u skupiny, která tuto zkušenost nemá, je toto procento vyšší – 40 %. Dále pak ve skupině, která neví, zda tuto zkušenost mají, by 42,5 % tohoto člověka přijalo. Zastoupení negativní odpovědi je následovné. Ve skupině respondentů, kteří mají zkušenost s člověkem se schizofrenií, by 22,6 % tohoto uchazeče nepřijalo. Ve skupině, která zkušenost nemá je to přesně pětina a v poslední, která neví, zda zkušenost má je to jen 5,3 %. Ve většině převládá odpověď „nevím“, což je ve skupině, která zkušenost má 45,3 %, ve skupině, která zkušenost naopak nemá 40 % a 52,6 % u těch, kteří neví.

Tabulka 18: Chí – kvadrát test

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,354 ^a	4	,500	,515
Likelihood Ratio	4,062	4	,398	,419
Fisher's Exact Test	3,452			,495
N of Valid Cases	112			

a. 1 cells (11,1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,56.

H0 nezamítáme, čili odpovědi nejsou závislé na tom, zda respondent má zkušenost s člověkem trpícím schizofrenií nebo ne.

Jelikož zde není statisticky významný vztah, tak můžeme zamítnout H2: Dochází k diskriminaci a sociálnímu vyloučení veřejností v oblasti zaměstnání, sociálních vztahů u lidí trpících schizofrenií.

Tabulka 19: „Představte si, že váš soused má diagnostikovanou schizofrenii. Nechal/a byste vaše dítě hrát si s jeho dítětem u nich doma?“

			Ano	Ne	Nevím	Celkem
Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?	Ano	Počet	17	22	14	53
		Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?	32,1 %	41,5 %	26,4 %	100,0 %
		Představte si, že váš soused má diagnostikovanou schizofrenii. Nechal/a byste vaše dítě hrát si s jeho dítětem u nich doma?	48,6 %	55,0 %	37,8 %	47,3 %
		Celkem %	15,2 %	19,6 %	12,5 %	47,3 %
	Ne	Počet	9	15	16	40
		Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?	22,5 %	37,5 %	40,0 %	100,0 %
		Představte si, že váš soused má diagnostikovanou schizofrenii. Nechal/a byste vaše dítě hrát si s jeho dítětem u nich doma?	25,7 %	37,5 %	43,2 %	35,7 %
		Celkem %	8,0 %	13,4 %	14,3 %	35,7 %
	Nevím	Počet	9	3	7	19
		Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?	47,4 %	15,8 %	36,8 %	100,0 %
		Představte si, že váš soused má diagnostikovanou schizofrenii. Nechal/a byste vaše dítě hrát si s jeho dítětem u nich doma?	25,7 %	7,5 %	18,9 %	17,0 %
		Celkem %	8,0 %	2,7 %	6,3 %	17,0 %
	Celkem	Počet	35	40	37	112
Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?		31,3 %	35,7 %	33,0 %	100,0 %	
Představte si, že váš soused má diagnostikovanou schizofrenii. Nechal/a byste vaše dítě hrát si s jeho dítětem u nich doma?		100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	
Celkem %		31,3 %	35,7 %	33,0 %	100,0 %	

31,3 % respondentů by nechalo si svoje dítě hrát s dítětem souseda se schizofrenií u nich doma. Naopak 35,7 % by to nedovolilo a 33 % neví. Nejvíce pozitivních odpovědí v relativním vyjádření bylo ve skupině, která neví, zda má zkušenost s člověkem se schizofrenií, což bylo 47,4 %. 32,1 % respondentů, kteří zkušenost s člověkem se schizofrenií má, by své dítě nechala si u nich hrát a pouze 22,5 % respondentů, kteří nemají zkušenost, by své dítě nechala. Nejmenší důvěra panuje ve skupině, která zkušenost s člověkem se schizofrenií má, tam se negativně vyslovilo 41,5 % respondentů.

Tabulka 20: Chí – kvadrát test

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,591 ^a	4	,159	,161
Likelihood Ratio	7,029	4	,134	,147
Fisher's Exact Test	6,741			,148
N of Valid Cases	112			

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,94.

Závěr na základě výše uvedené tabulky je následující. Vidíme, že p hodnota je vyšší než 0,05 (0,148) a proto H₀ nezamítáme. Odpověď není nikterak podmíněná tím, zda respondent má s člověkem trpícím schizofrenií zkušenost či ne.

Tabulka 21: „Děti s diagnostikovanou schizofrenií by měly být spíše umístěny do speciálních školních zařízení“

			Ano	Ne	Nevím	Celkem
Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?	Ano	Počet	15	25	13	53
		Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?	28,3 %	47,2 %	24,5 %	100,0 %
		Děti s diagnostikovanou schizofrenií by měly být spíše umístěny do speciálních školních zařízení.	38,5 %	55,6 %	46,4 %	47,3 %
		Celkem %	13,4 %	22,3 %	11,6 %	47,3 %
	Ne	Počet	20	15	5	40
		Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?	50,0 %	37,5 %	12,5 %	100,0 %
		Děti s diagnostikovanou schizofrenií by měly být spíše umístěny do speciálních školních zařízení.	51,3 %	33,3 %	17,9 %	35,7 %
		Celkem %	17,9 %	13,4 %	4,5 %	35,7 %
	Nevím	Počet	4	5	10	19
		Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?	21,1 %	26,3 %	52,6 %	100,0 %
		Děti s diagnostikovanou schizofrenií by měly být spíše umístěny do speciálních školních zařízení.	10,3 %	11,1 %	35,7 %	17,0 %
		Celkem %	3,6 %	4,5 %	8,9 %	17,0 %
	Celkem	Počet	39	45	28	112
Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?		34,8 %	40,2 %	25,0 %	100 %	
Děti s diagnostikovanou schizofrenií by měly být spíše umístěny do speciálních školních zařízení.		100,0 %	100,0 %	100,0 %	100 %	
Celkem %		34,8 %	40,2 %	25,0 %	100 %	

34,8 % respondentů si myslí, že děti s diagnostikovanou schizofrenií by měly být spíše umístěny do speciálních školních zařízení. Více než 40 % respondentů si naopak myslí, že ne. Přesně čtvrtina respondentů nedokázala jednoznačně odpovědět. V tomto případě vidíme odlišené názory v závislosti na tom, zda respondent má zkušenost s člověkem se schizofrenií nebo ne. Ti, kteří zkušenost mají, zastávají názor, že by tyto děti neměly být umístěny do speciálních školních zařízení, což je 47,2 %, 28,3 % má názor opačný. Ti, kteří zkušenost s člověkem se schizofrenií nemají, by 50 % tyto děti umístilo do speciálních školních zařízení a 37,5 % naopak ne. Ve skupině, která neví, zda zkušenost má převládá stejná odpověď, přičemž se více jak polovina vyjádřila neutrálně.

Tabulka 22: Chí – kvadrát test

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,260 ^a	4	,007	,006
Likelihood Ratio	13,408	4	,009	,012
Fisher's Exact Test	12,907			,010
N of Valid Cases	112			

a. 1 cells (11,1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,75.

Tabulka výše zobrazuje, že p hodnota je 0,01 a proto na hladině významnosti stanovené na 5 %, H₀ zamítáme. V tomto případě jsou názory ovlivněné tím, zda respondent má zkušenost s člověkem trpícím schizofrenií či ne. Menší polovina (47,2 %) těch, kteří tuto zkušenost mají, je proti umístění dětí do speciálních školních zařízení. Přesně polovina, která zkušenost má se vyjádřila pozitivně a více než 50 % těch, kteří neví, jestli zkušenost mají, se vyjádřilo neutrálně.

Na základě výše uvedeného můžeme přijmout **H₁: Chování lidí vůči osobám se schizofrenií s sebou nese stereotypy a mnohdy neověřená tvrzení.**

Tabulka 23: „Myslíte si, že hlavním účelem psychiatrických léčení je především chránit veřejnost před lidmi se schizofrenií?“

		Ano	Ne	Nevím	Celkem	
Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?	Ano	Počet	6	46	1	53
		Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?	11,3 %	86,8 %	1,9 %	100,0 %
		Myslíte si, že hlavním účelem psychiatrických léčení je především chránit veřejnost před lidmi se schizofrenií?	42,9 %	50,5 %	14,3 %	47,3 %
		Celkem %	5,4 %	41,1 %	0,9 %	47,3 %
	Ne	Počet	6	31	3	40
		Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?	15,0 %	77,5 %	7,5 %	100,0 %
		Myslíte si, že hlavním účelem psychiatrických léčení je především chránit veřejnost před lidmi se schizofrenií?	42,9 %	34,1 %	42,9 %	35,7 %
		Celkem %	5,4 %	27,7 %	2,7 %	35,7 %
	Nevím	Počet	2	14	3	19
		Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?	10,5 %	73,7 %	15,8 %	100,0 %
		Myslíte si, že hlavním účelem psychiatrických léčení je především chránit veřejnost před lidmi se schizofrenií?	14,3 %	15,4 %	42,9 %	17,0 %
		Celkem %	1,8 %	12,5 %	2,7 %	17,0 %
	Celkem	Počet	14	91	7	112
Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?		12,5 %	81,3 %	6,3 %	100 %	
Myslíte si, že hlavním účelem psychiatrických léčení je především chránit veřejnost před lidmi se schizofrenií?		100,0 %	100,0 %	100,0 %	100 %	
Celkem %		12,5 %	81,3 %	6,3 %	100 %	

Pouze 12,5 % respondentů si myslí, že hlavním účelem psychiatrických léčení je chránit veřejnost před lidmi se schizofrenií. 81,3 % si naopak myslí, že toto není hlavním účelem. Respondenti ve všech skupinách vyjádřili přibližně stejný názor a neztotožňují se s výše uvedeným výrokiem. 86,8 % těch, kteří mají zkušenost s člověkem trpícím schizofrenií, nesdílí výše uvedené tvrzení. Ve skupině, která nemá zkušenost s člověkem trpícím schizofrenií, se 77,5 % vyjádřilo negativně a ve skupině, která neví, zda zkušenost má, to bylo 73,7 %.

Tabulka 24: Chí – kvadrát test

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,202 ^a	4	,267	,270
Likelihood Ratio	4,975	4	,290	,359
Fisher's Exact Test	5,099			,252
N of Valid Cases	112			

a. 4 cells (44,4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,19.

H₀ nezamítáme, což znamená, že bez ohledu na to, zda má respondent zkušenost s člověkem trpícím schizofrenií nebo ne, převládá spíše názor, že hlavním účelem psychiatrických léčení není chránit veřejnost před lidmi s tímto onemocněním.

Tabulka 25: „Myslíte si, že veřejné financování zdravotní péče a léčby lidí se schizofrenií je zbytečné a neefektivní“

			Ano	Ne	Nevím	Celkem
Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?	Ano	Počet	5	43	5	53
		Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?	9,4 %	81,1 %	9,4 %	100,0 %
		Myslíte si, že veřejné financování zdravotní péče a léčby lidí se schizofrenií je zbytečné a neefektivní?	71,4 %	47,8 %	33,3 %	47,3 %
		Celkem %	4,5 %	38,4 %	4,5 %	47,3 %
	Ne	Počet	2	32	6	40
		Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?	5,0 %	80,0 %	15,0 %	100,0 %
		Myslíte si, že veřejné financování zdravotní péče a léčby lidí se schizofrenií je zbytečné a neefektivní?	28,6 %	35,6 %	40,0 %	35,7 %
		Celkem %	1,8 %	28,6 %	5,4 %	35,7 %
	Nevím	Počet	0	15	4	19
		Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?	0,0 %	78,9 %	21,1 %	100 %
		Myslíte si, že veřejné financování zdravotní péče a léčby lidí se schizofrenií je zbytečné a neefektivní?	0,0 %	16,7 %	26,7 %	100,0 %
		Celkem %	0,0 %	13,4 %	3,6 %	17,0 %
	Celkem	Počet	7	90	15	112
Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?		6,3 %	80,4 %	13,4 %	100,0 %	
Myslíte si, že veřejné financování zdravotní péče a léčby lidí se schizofrenií je zbytečné a neefektivní?		100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	
Celkem %		6,3 %	80,4 %	13,4 %	100,0 %	

V poslední otázce jsme chtěli vědět, jaký je názor respondentů na veřejné financování zdravotní péče a léčby lidí se schizofrenií. Více než 80 % si nemyslí, že toto je neefektivní a zbytečné. Tato odpověď převládá ve všech skupinách bez ohledu na to, zda mají respondenti zkušenost s člověkem trpícím schizofrenií či ne.

Tabulka 26: Chí – kvadrát test

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,686 ^a	4	,450	,461
Likelihood Ratio	4,708	4	,319	,393
Fisher's Exact Test	3,277			,504
N of Valid Cases	112			

a. 4 cells (44,4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,19.

Závěrem je, že zkušenost s člověkem trpícím schizofrenií neovlivňuje názor respondentů na to, zda považují veřejné financování zdravotní péče a léčby lidí se schizofrenií za zbytečné, neefektivní. Ve všech skupinách se přibližně 80 % respondentů vyjádřilo, že s tímto tvrzením nesouhlasí. Na základě Fisherova exaktního testu H0 nezamítáme.

8 Diskuze

Cílem výzkumu bylo vyslovit se ke vzájemnému vztahu přímé zkušenosti s člověkem trpícím schizofrenií a jeho následným pojetím u veřejnosti. Věkové rozpětí výzkumného vzorku bylo od 15 do 70 let. Diskuze se snaží o porovnání zodpovězených výzkumných otázek a hypotéz v této práci s výzkumy, ze kterých stanovování výzkumných otázek a hypotéz vycházelo. Vůbec nejpodstatnější je porovnání výsledků s daty výzkumu, které uvádí česká agentura DEMA (2004). Dále pak s výsledky švédského výzkumu Björkmana a Angelmana (2008), slovenského výzkumu Sabolčákové a Magurové (2011).

Výsledky našeho výzkumu dokládají statisticky signifikantně pozitivní vztah mezi zkušeností/nezkušeností s člověkem trpícím schizofrenií a jeho následným pojetím, což je odpovědí na výzkumnou otázku (VO1). Z výsledků výzkumu projektu Změna ve spolupráci s agenturou DEMA (2004) také vyplývá, že pozitivnější postoje k lidem se schizofrenií zaujímá ta část veřejnosti, která s těmito přímou zkušenost má. Taktéž lze konstatovat, že respondenti, kteří tuto zkušenost měli, se vyjádřili, že se subjektivně vnímají obecně informovanější oproti respondentům z druhé skupiny, která zkušenost nemá. Na předchozí navazuje naše H₃, kterou jsme proto přijali (viz Tabulka 1). Tento výsledek však nebyl zárukou pro úplnou bezpředsudečnost.

Například při zjišťování, zda respondenti považují člověka se schizofrenií za důvěryhodného, se většina vyjádřila negativně, bez ohledu na to, zda s tímto mají zkušenost či ne (viz Tabulka 9). Respektive, obecně lidé vnímají lidi s tímto duševním onemocněním za nedůvěryhodné (64,3 %), což se procentuálně téměř shoduje s výsledky švédské studie Björkmana a Angelmana (2008), ve které bylo pomocí jiné dotazníkové metody zjištěno, že z 295 respondentů, si 62 % myslí, že duševně nemocný člověk je nedůvěryhodný (Björkman & Angelman, 2008). Dále jsme zjišťovali, zda si respondenti myslí, že člověk se schizofrenií je schopen v životě plnohodnotně fungovat, přičemž 58 % ze 112 dotázaných má za to, že ano. Tato hodnota se liší od výsledné hodnoty agentury DEMA (2004), která činí pouhých 43 % z 667 dotázaných. Tento rozdíl ve výsledcích může být zapříčiněn diametrálně odlišným počtem respondentů a také odlišným typem výzkumu. DEMA (2004) využila kvalitativního (osobní rozhovory), u nás se jednalo o typ kvantitativního výzkumu (dotazník).

Zajímalo nás, zda se budou shodovat výsledky našeho výzkumu s výsledky agentury DEMA (2004), co se týče názoru na (ne)předvídatelnost lidí se schizofrenií. Ukázalo se, že ano. 75 % ze 112 našich respondentů uvedlo, že považují chování člověka se schizofrenií

za nepředvídatelné. Procentuálně podobný výsledek vyšel taktéž agentuře DEMA (2004), zde tato hodnota činila 82 %.

Překvapením pro nás byl výsledek dotazu, zda si respondenti myslí, že by děti se schizofrenií měly být spíše umístěny do speciálních školních zařízení. Zde lze konstatovat, že zkušenost/nezkušenost s člověkem s tímto onemocněním má vliv na odpovědi. Respondenti se zkušeností (47,2 %) mají za to, že tyto děti by neměly být umístěny do speciálních školních zařízení. Naopak respondenti, kteří zkušenost nemají, tak by jich celých 50 % tyto děti spíše umístilo do speciálních školních zařízení, což není dobrý výsledek s odkazem na sociální vyloučení a stigmatizaci, v teoretické části této práce. Na tomto základě jsme přijali H_1 (viz Tabulka 22), která s tímto úzce souvisela. Toto můžeme považovat za korespondující s výsledky slovenského výzkumu Sabolčákové a Magurové (2011), kde se třetina respondentů vyjádřila souhlasně a 8 % silně souhlasně k tomu, že duševně nemocní by měli být izolováni (Sabolčáková & Magurová, 2011). Na toto ještě okrajově navazuje následující. S izolovaností v rámci zaměstnání, se pojí naše H_2 , kterou jsme ale zamítli, jelikož se nejvíce respondentů vyjádřilo pozitivně (viz Tabulka 18).

Druhým překvapením, tentokrát příjemnějším, bylo zjištění, že pouze 22,3 % ze 112 respondentů si myslí, že typickým znakem schizofrenie je nebezpečné a agresivní chování. Z tohoto důvodu jsme zamítli H_4 (viz Tabulka 6). Oproti tomu výzkum Sabolčákové a Magurové ukázal, že s tímto tvrzením z 60 respondentů souhlasí 34 % a 8 % souhlasí silně (Sabolčáková & Magurová, 2011). Výsledky mohou být opět odlišné z důvodu téměř o polovinu vyššího počtu respondentů v našem výzkumu, což vnímáme jako pozitivní aspekt, ale i z důvodu odlišného dotazníku. Ve výzkumu na Slovensku byl použit dotazník s otevřenými, polouzavřenými a uzavřenými otázkami. My jsme využili uzavřených (trichotomických) otázek, což je reduktivnější.

Dalším zajímavým faktem může být, že švédská studie Björkmana a Angelmana (2008) ukázala, že 52 % z 295 respondentů by nechtělo mít za souseda člověka s duševním onemocněním (Björkman & Angelman, 2008). Nás zajímalo, zda by respondent nechal své dítě si hrát s dítětem souseda, který trpí schizofrenií, přičemž výsledek je následovný. 35,7 % ze 112 respondentů by toto nedovolilo. Ačkoli se nejedná úplně o totožnou otázku, přesto na obou výsledcích můžeme pozorovat celkem negativní postoje, kterými se tato práce zabývá.

Vskutku zajímavé jsme shledali výsledky otázky, zda respondenti považují schizofrenii za nejzávažnější duševní onemocnění. 50 (44,6 %) ze 112 respondentů zastává názor, že

schizofrenie není nejzávažnější duševní onemocnění. Pouhých 38 (33,9 %) ze 112 respondentů si myslí, že tato je nejzávažnější duševní onemocnění.

Orel, et al. (2016) v knize uvádí: „*Psychická onemocnění schizofrenního okruhu patří mezi nejzávažnější duševní choroby vůbec*“ (Orel et al., 2016, s. 170).

V našem dotazníku byly 3 faktografické otázky (pohlaví, věk, vzdělání). Na konci pak 4 otázky, které měly za cíl zjistit, zda má veřejnost zájem (z osobní iniciativy či z veřejných programů, kampaní) o více informací o tomto onemocnění. A také, zda si myslí, že by veřejnost měla být více informovaná o onemocnění schizofrenie. U všech silně převládaly pozitivní odpovědi (viz grafy v příloze). Tyto dotazy byly položeny záměrně, jelikož by autorka ráda navázala na tuto bakalářskou práci s prací diplomovou, přičemž tyto výsledky jsou velmi zajímavé a hodnotné pro budoucí širší a obsáhlejší rozpracování. Za nesmírně cenné však autorka považuje veškeré hodnoty výsledků, které se ukázaly a které dávají možnost rozšíření poznatků a navázání s dalšími písemnými či výzkumnými pracemi.

Především úvahy stavějí na problematice neustávající stigmatizace v současnosti. Že to tak opravdu je, si lze povšimnout v obou částech této práce. Jedná se o téma, které neradno zanedbávat či upozadovat, spíše naopak.

Můžeme tedy vidět, že zkušenost/nezkušenost lidí s člověkem trpícím schizofrenií, má vliv na jeho pojetí. Taktéž i informace, kterými jednotlivci disponují. Ovšem ani informovanost, ani zkušenost s člověkem s tímto onemocněním nemusí být zárukou pro bezpředsudečnost. Z výzkumu agentury DEMA (2004) dále vyplývá, že obecná informovanost veřejnosti není dostatečná, ba naopak velmi ochuzená, přičemž se k lidem dostávají různé strohé útržky informací bez kontextu. Autorka se proto domnívá, že rozličných programů a kampaní na osvětu schizofrenie, a vůbec celkově duševních onemocnění, není nikdy dost.

8.1 Limity výzkumu

Vzhledem k rozložení výzkumného vzorku nelze data generalizovat kvůli nedostatečné reprezentativnosti. Jsme si vědomi toho, že by bylo vhodné vyrovnat počet mužů (33 %), jelikož žen (67 %) bylo v souboru podstatně více. Bylo by také vhodné mít rovnoměrné rozložení dle typu studia a dát možnost výběru základního vzdělání. Nejvíce bylo středoškolsky vzdělaných (N = 66), poté vysokoškolsky vzdělaných (N = 37) a nejméně s vyšším odborným vzděláním (N = 9).

Takto sestavený dotazník mohl ovlivnit výsledky našeho výzkumu, i když se opíral o ty již proběhlé. Ačkoli byl zdárně proveden předvýzkum, přesto mohlo dojít k nepochopení jednotlivých otázek u někoho z respondentů či k nevhodnému postavení otázek a jejich pořadí výzkumníkem. Pak také volba trichotomických otázek s výběrem odpovědí „ano“, „ne“ a „nevím“, nemusela být ideálně zvolena. Vhodnější by mohlo být použití pětistupňové Likertovy škály, ve které má respondent možnost většího výběru míry souhlasu. V potaz bylo bráno také to, že limitem může být i tendence respondentů cíleně „vylepšovat“ své odpovědi, což má za následek zkreslení výsledků. Dalším navazujícím nedostatkem je chybějící standardizace dotazníku. Možná nevýhoda ve sběru dat spočívá v on-line vyplňování dotazníků. Respondenti se tak nemohli doptávat na případné nejasnosti a výzkumník neměl kontrolu nad testovou situací. Toto však zároveň souvisí s výhodou anonymity, kterou respondenti v předvýzkumu mimo jiné ocenili. Případnou nepříjemností mohlo být vyplňování dotazníků ve volném čase respondentů, to však bylo dobrovolné a všichni měli šanci tyto nevyplnit a spolupráci odmítnout, což někteří učinili. Velkou motivací pro respondenty byla možnost zjistit výsledky výzkumu po jeho ukončení a řádném zpracování.

Závěr

Primárním cílem této bakalářské práce, bylo zjistit vztah mezi přímou zkušeností s člověkem trpícím schizofrenií a jeho následným pojetím u veřejnosti. Výzkumný vzorek tvořilo 112 respondentů.

Teoretická část se věnuje hlavním tématům, kterými jsou stigmatizace, dehumanizace a etické problémy s tím související. Značný důraz byl kladen na kontext historie u vybraných témat, jelikož se zdá být vhodným základem pro lepší pochopení nynější problematiky a celkového vývoje. Podstatnými jsou shledány také obecnější poznatky o psychóze, psychopatologických projevech a schizofrenii, která koneckonců nemůže být bez těchto základních informací zcela pochopena. Dále tato část práce nabízí pohled na problematiku morálního vyloučení, etiopatogenezi a epidemiologii schizofrenie. Teoretická část byla strukturována tak, aby co možná nejlépe zmapovala jednotlivé aspekty a pohledy různých autorů, k co nejlepšímu uchopení „Dehumanizace a stigmatizace duševně nemocných se zaměřením na schizofrenii“.

V praktické části byl použit dotazník jedinečný v tom, že byl autorkou takto sestaven za účelem využití ve výzkumné části této práci. Tento se pouze inspiroval již proběhnutými výzkumy v České republice, Slovensku a Švédsku. Důležitým zjištěním bylo, že zkušenost s člověkem trpícím schizofrenií, má vliv na jeho následné pojetí v některých aspektech. Taktéž informace, kterými jedinec disponuje, mají vliv. Ovšem obojí má své limity, což může poukazovat na to, že veřejnost by si zasloužila mnohem více informací o tomto onemocnění. Dalším zajímavým zjištěním bylo, že veřejnost nepovažuje agresivní a nebezpečné chování za typický znak schizofrenie. Což některé starší studie dokládají tak, jak bylo uvedeno v předešlém textu. Toto může být pozitivním ukazatelem zlepšení v posledních pár letech. Oproti tomu byl překvapující výsledek, který ukázal, že lidé nepovažují schizofrenii za nejzávažnější duševní onemocnění přesto, že se do této skupiny opravdu řadí hned vedle kupříkladu bipolární poruchy, což bylo v této práci také zmíněno a doloženo odbornou literaturou. Překvapivé bylo dále zjištění, že zkušenost s člověkem trpícím schizofrenií má velký vliv na názor k tomu, zda by děti se schizofrenií měly být spíše umístěny ve speciálních školních zařízeních. Zde jsme si mohli povšimnout, že v případě nezkušenosti je tento názor mnohem víc stigmatizující.

Přínosem této práce by mohlo alespoň pár poznatků z aktuální situace na názory ohledně lidí se schizofrenií a na schizofrenii jako chorobu vůbec. Mohlo by být ještě více přínosné tyto informace rozpracovat čili oslovit více respondentů, použít jiné metody, více a jinak zpracované otázky a podobně. Případně se zaměřit také na porovnání České republiky a jiného státu v míře stigmatizace nebo porovnat, jak se k tomuto onemocnění staví lidé různých věkových skupin či pohlaví.

Autorka považuje za velmi pozitivní, že se některé hypotézy a tvrzení nepodařilo doložit a přijmout. Tato práce byla obecně určena ke zmapování aktuální situace stigmatizace veřejností vůči lidem se schizofrenií. Úkolem bylo projít skrz různá témata a oblasti života a prozkoumat, jaká je současnost. Neoddělitelným faktem této práce je, že autorka se sama podílí na destigmatizačních programech v rámci dobrovolnické činnosti. Zároveň má dlouhodobou zkušenost s lidmi trpícími schizofrenií v rámci praxí, stáží, a i jiných volnočasových aktivit. Vzhledem ke spolupráci s lidmi se schizofrenií, a i odborníky z řad psychologů a psychiatrů, bylo autorce nabídnuto publikování této práce (především výzkumu) na informačním a edukačním portále s názvem „Pro duševní zdraví“ (www.produsevnizdravi.cz). Toto autorka považuje za jeden z největších možných přínosů zdravým lidem, ale i lidem s duševním onemocněním. Této nabídce si váží a ráda ji přijímá.

Seznam použité literatury

1. Björkman, T., Angelman, T., & Jönsson, M. (2008). Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 22(2), 170–177.
2. Boysen, G. A., Isaacs, R. A., Tretter, L., & Markowski, S. (2019). Evidence for blatant dehumanization of mental illness and its relation to stigma. *The Journal of Social Psychology*.
3. Castano, E., & Giner-Sorolla, R. (2006). Not quite human: Infrahumanization in response to collective responsibility for intergroup killing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 804–818.
4. Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2006). The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35–53.
5. Cortes, B. P., Demoulin, S., Rodriguez, R. T., Rodriguez, A. P., & Leyens, J. P. (2005). Infrahumanization or Familiarity? Attribution of Uniquely Human Emotions to the Self, the Ingroup, and the Outgroup. *Society for Personality and Social Psychology*, 243–253.
6. Crocker, J., & Major, B. (1989). Social Stigma and Self-Esteem: The Self-Protective Properties of Stigma. *Psychological Review*, 608–630.
7. Češková, E. (2018). Nové možnosti léčby depresivní a schizofrenní poruchy. *Psychiatrie pro praxi*, 19(2), 53–56.
8. Godwyn, M. (1680). *The Negro's and Indians Advocate suing for their admission into the Church*. England: London.
9. Goff, P. A., Eberhardt, J. L., Williams, M. J., & Jackson, M. C. (2008). Not yet human: Implicit knowledge, historical dehumanization, and contemporary consequences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 292–306.
10. Hartl, P., & Hartlová, H. (2004). *Psychologický slovník*. Praha: Portál
11. Haslam, N., & Loughnan, S. (2014). Dehumanization and Infrahumanization. *Annual Review of Psychology*, 65(1), 399–423.
12. Hnilica, K. (2010). *Stereotypy, předsudky, diskriminace: pojmy, měření, teorie*. Praha: Karolinum
13. Höschl, C., Winkler, P., & Pěč, O. (2012). The state of psychiatry in the Czech Republic. *International Review of Psychiatry*, 24(4), 278–285.
14. Chromý, J. (2014). *Práce s empirickými daty*. Praha: Karolinum

15. Janoušková, M., Weisssová, A., & Tušková, E., et al. (2016). Stigmatizace v České republice. *Výzkumná zpráva*.
16. Klicperová-Baker, M., Hoskovcová, S., & Heller, D. (2019). Psychology in the Czech lands: Bohemia, Czechoslovakia, and the Czech Republic. *International Journal of Psychology*.
17. Kopecká, I. (2015). Psychologie 3. díl: Učebnice pro obor sociální činnost. Praha: Grada
18. Novella, J. E., & Huertas, R. (2010). El Síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la Conciencia Moderna: Una Aproximación a la Historia de la Esquizofrenia. *Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CSIC), Madrid-España, 205–219*.
19. Opatow, S., Gerson, J., & Woodside, S. (2005). From Moral Exclusion to Moral Inclusion: Theory for Teaching Peace. *Theory Into Practice, 44(4), 303–318*.
20. Orel, M., et al. (2016). *Psychopatologie: Nauka o nemocech duše*. Praha: Grada.
21. Pavlovský, P., & Raboch, J. (2012). *Psychiatrie*. Praha: Karolinum.
22. Praško, J. (2001). *Psychotická porucha a její léčba*. Praha: Maxdorf.
23. Praško, J., Herman, E., & Doubek, P. (2008). *Psychóza v životě – život v psychóze*. Praha: Maxdorf.
24. Průcha, J. (2010). Interkulturní psychologie: Sociopsychologické zkoumání kultur, etnik, ras, národů. Praha: Portál.
25. Ptáček, R., & Bartůněk, P., et al. (2014). *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada.
26. Richterová, L. (1969). *Psychopatologie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
27. Rössler, W. (2016). The stigma of mental disorders. *EMBO Reports, 17(9), 1250–1253*.
28. Sabolčáková, T., & Magurová, D. (2011) Postavenie duševne chorého v spoločnosti. *Molisa 8: Medicínsko – Ošetrovateľské Listy Šariša, 112–116*.
29. Smith, D. L. (2014). Dehumanization, Essentialism, and Moral Psychology. *Philosophy Compass, 9(11), 814–824*.
30. Svoboda, M., Češková, E., & Kučerová, H. (2012). Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy. Praha: Portál.
31. Škoda, M. (2016). Předsudky, diskriminace a stigmatizace jako závažné etické problémy spojené s léčbou psychicky nemocných. *Psychiatrie pro praxi, 17(2), 24–34*.
32. Ting-Toomey, S. (2012). *Communicating across cultures*. New York: Guildford Press.

Seznam tabulek

Tabulka 1: „Myslíte si, že máte dostatečné informace o schizofrenii?“	35
Tabulka 2: Chí – kvadrát test	36
Tabulka 3: „Považujete schizofrenii za nejzávažnější duševní onemocnění?“	37
Tabulka 4: Chí – kvadrát test	38
Tabulka 5: „Myslíte si, že typickým znakem schizofrenie je nebezpečné a agresivní chování?“	39
Tabulka 6: Chí – kvadrát test	40
Tabulka 7: „Myslíte si, že chování lidí se schizofrenií je nepředvídatelné?“	41
Tabulka 8: Chí – kvadrát test	42
Tabulka 9: „Považujete člověka se schizofrenií za důvěryhodného?“	43
Tabulka 10: Chí – kvadrát test	44
Tabulka 11: „Myslíte si, že schizofrenik podstupující léčbu, je schopen se projevovat jako zcela zdravý jedinec?“	45
Tabulka 12: Chí – kvadrát test	46
Tabulka 13: „Myslíte si, že člověk se schizofrenií je schopen v životě plnohodnotně fungovat?“ ..	47
Tabulka 14: Chí – kvadrát test	48
Tabulka 14: „Představa onemocnění schizofrenií v mé rodině či blízkém okolí mě děsí“	49
Tabulka 16: Chí – kvadrát test	50
Tabulka 17: „Přijal/a byste na pracovní pozici uchazeče s diagnózou schizofrenie, který zároveň splňuje veškeré požadavky včetně kvalifikace?“	51
Tabulka 18: Chí – kvadrát test	52
Tabulka 17: „Představte si, že váš soused má diagnostikovanou schizofrenii. Nechal/a byste vaše dítě hrát si s jeho dítětem u nich doma?“	53
Tabulka 17: Chí – kvadrát test	54
Tabulka 21: „Děti s diagnostikovanou schizofrenií by měly být spíše umístěny do speciálních školních zařízení“	55
Tabulka 22: Chí – kvadrát test	56
Tabulka 23: „Myslíte si, že hlavním účelem psychiatrických léčení je především chránit veřejnost před lidmi se schizofrenií?“	57
Tabulka 24: Chí – kvadrát test	58
Tabulka 25: „Myslíte si, že veřejné financování zdravotní péče a léčby lidí se schizofrenií je zbytečné a neefektivní“	59
Tabulka 26: Chí – kvadrát test	60

Seznam příloh

Příloha 1: Seznam zkratk.....	I
Příloha 2: Dotazník.....	II

Přílohy

Příloha 1: Seznam zkratk

Asymptotic Sig.(2-sided) Asymptotická signifikace (oboustranná)

AV ČR Akademie věd České republiky

ČČK Český červený kříž

Df Degrees of freedom (hodnota stupňů volnosti)

EFPA Evropská federace asociací psychologů

Exact Sig. (2-sided) Exaktní signifikace (oboustranná)

H₀ Nulová hypotéza

H_A Alternativní hypotéza

IUPsyS Mezinárodní unie psychologických věd

NÚDZ Národní ústav duševního zdraví

p-value p-hodnota

VO Výzkumná otázka

Příloha 2: Dotazník

1. Pohlaví:
2. Váš věk je:
3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:
 - Středoškolské
 - Vyšší odborné
 - Vysokoškolské
4. Setkal/a jste během života s člověkem s diagnostikovanou schizofrenií?
 - Ano
 - Ne
 - Nevím
5. Myslíte si, že máte dostatečné informace o schizofrenii?
 - Ano
 - Ne
 - Nevím
6. Považujete schizofrenii za nejzávažnější duševní onemocnění?
 - Ano
 - Ne
 - Nevím
7. Myslíte si, že typickým znakem schizofrenie je nebezpečné a agresivní chování?
 - Ano
 - Ne
 - Nevím
8. Myslíte si, že chování lidí se schizofrenií je nepředvídatelné?
 - Ano
 - Ne
 - Nevím
9. Považujete člověka se schizofrenií za důvěryhodného?
 - Ano
 - Ne
 - Nevím

10. Myslíte si, že schizofrenik podstupující léčbu, je schopen se projevovat jako zcela zdravý jedinec?
- Ano
 - Ne
 - Nevím
11. Myslíte si, že člověk se schizofrenií je schopen v životě plnohodnotně fungovat?
- Ano
 - Ne
 - Nevím
12. Představa onemocnění schizofrenií v mé rodině či blízkém okolí mě děsí.
- Ano
 - Ne
 - Nevím
13. Přijal/a byste na pracovní pozici uchazeče s diagnózou schizofrenie, který zároveň splňuje veškeré požadavky včetně kvalifikace?
- Ano
 - Ne
 - Nevím
14. Představte si, že váš soused má diagnostikovanou schizofrenii. Nechal/a byste vaše dítě hrát si s jeho dítětem u nich doma?
- Ano
 - Ne
 - Nevím
15. Děti s diagnostikovanou schizofrenií by měly být spíše umístěny do speciálních školních zařízení.
- Ano
 - Ne
 - Nevím
16. Myslíte si, že hlavním účelem psychiatrických léčení je především chránit veřejnost před lidmi se schizofrenií?
- Ano
 - Ne
 - Nevím

17 Myslíte si, že veřejné financování zdravotní péče a léčby lidí se schizofrenií je zbytečné a neefektivní?

- Ano
- Ne
- Nevím

18 Setkal/a jste se během života s nějakou kampaní či programem na podporu informovanosti ohledně tohoto onemocnění?

- Ano
- Ne
- Nevím

19 Myslíte si, že je potřeba více informovat veřejnost o projevech schizofrenie?

- Ano
- Ne
- Nevím

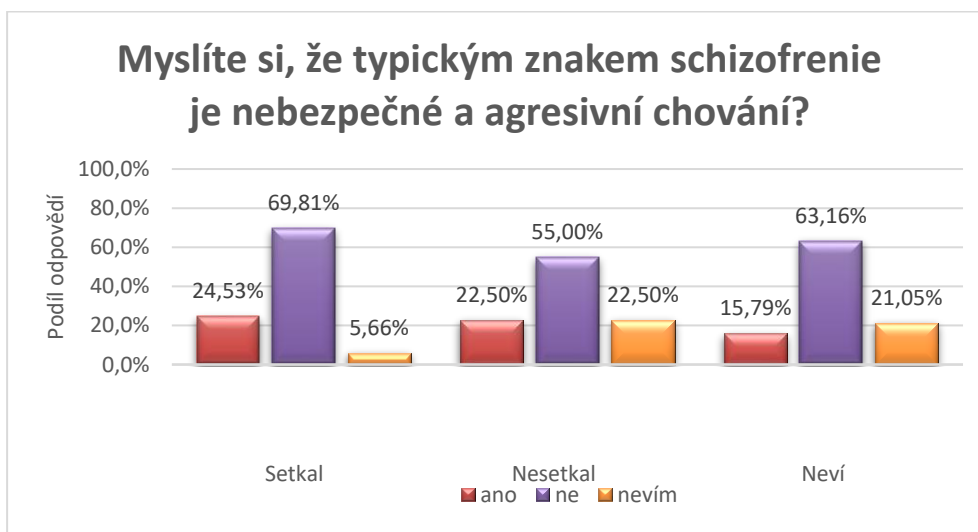
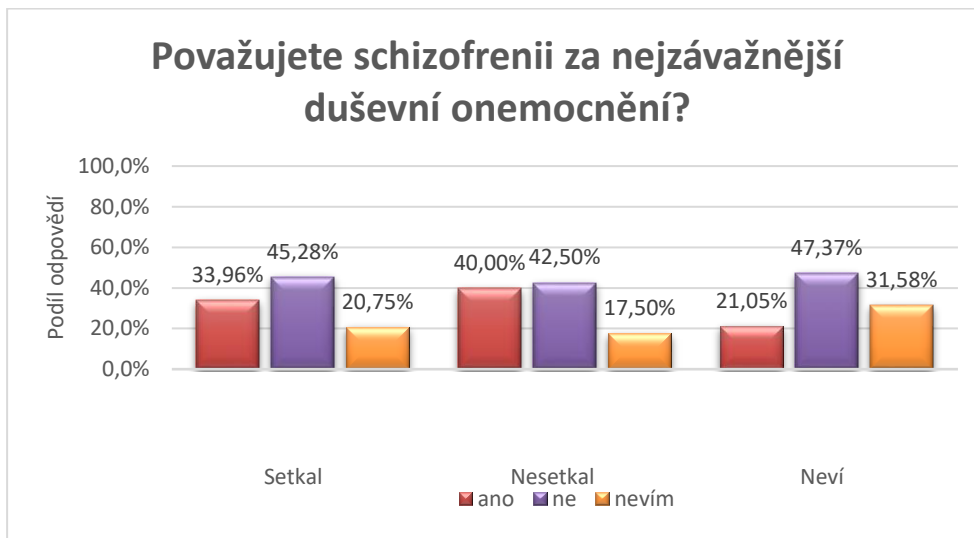
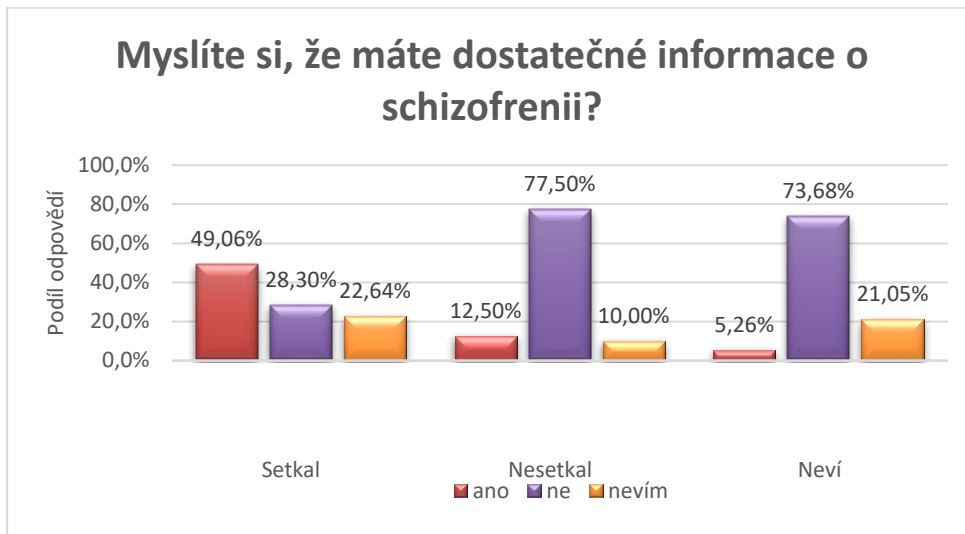
20 Vyhledával/a jste někdy samostatně informace o tomto onemocnění?

- Ano
- Ne
- Nevím

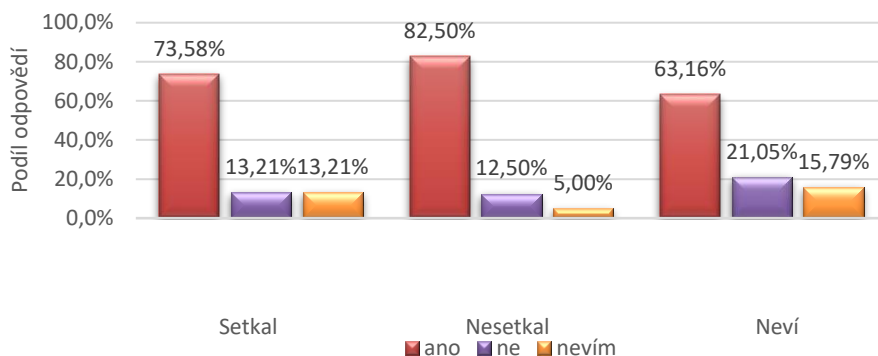
21 Chtěl/a byste se dozvědět více o tomto onemocnění?

- Ano
- Ne
- Nevím

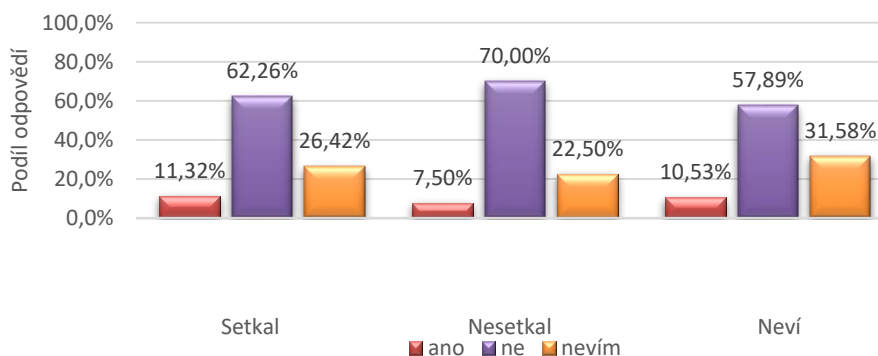
Příloha 3: Přehled grafů



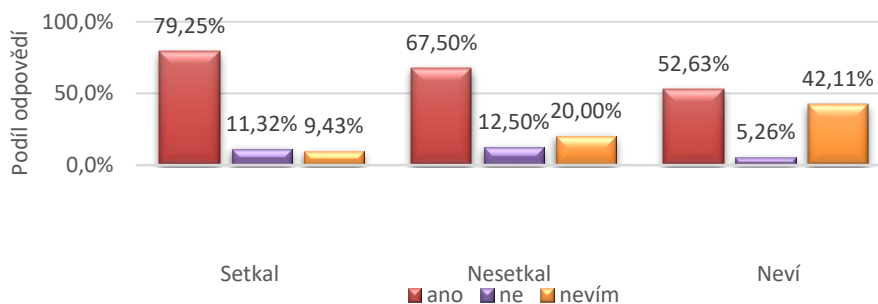
Myslíte si, že chování lidí se schizofrenií je nepředvídatelné?



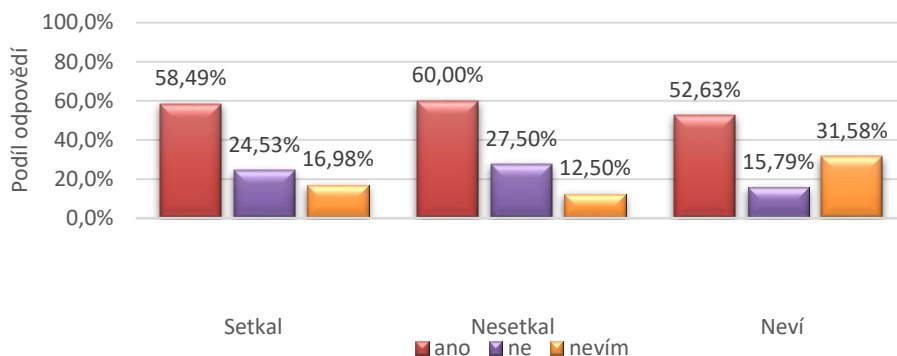
Považujete člověka se schizofrenií za důvěryhodného?



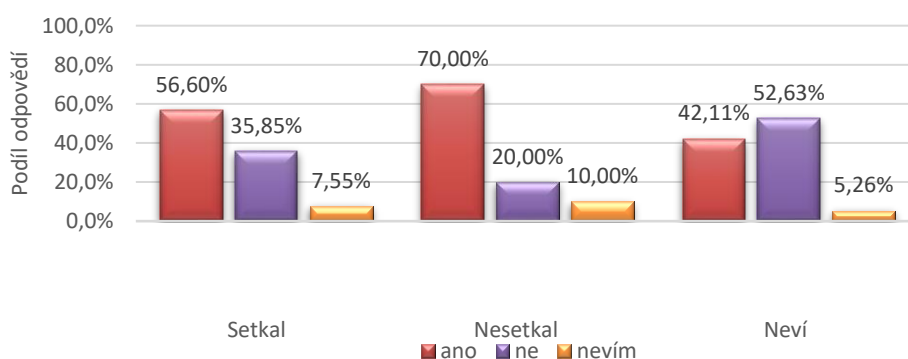
Myslíte si, že schizofrenik podstupující léčbu, je schopen se projevovat jako zcela zdravý jedinec?



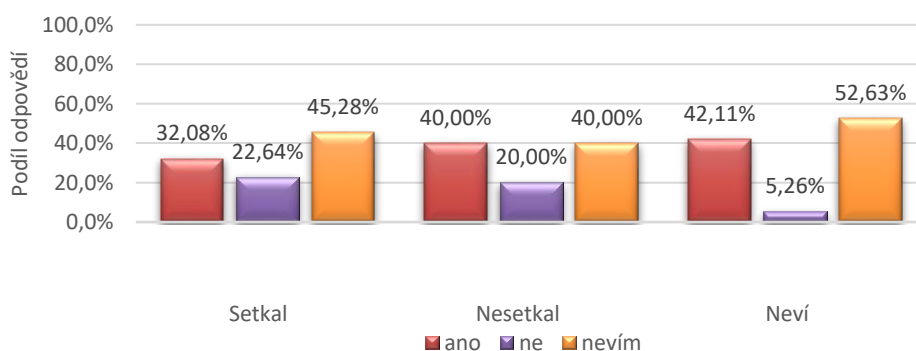
Myslíte si, že človek se schizofrenií je schopen v životě plnohodnotně fungovat?



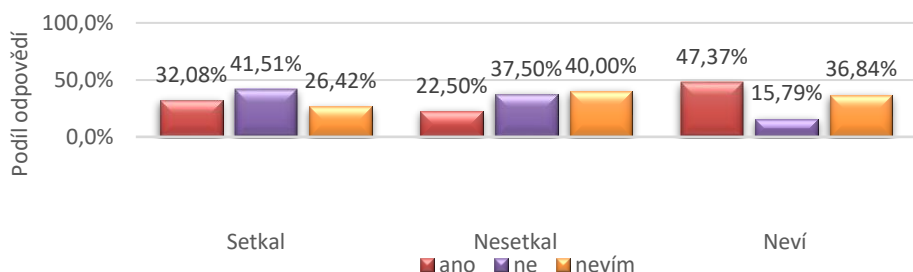
Představa onemocnění schizofrenií v mé rodině či blízkém okolí mě děsí:



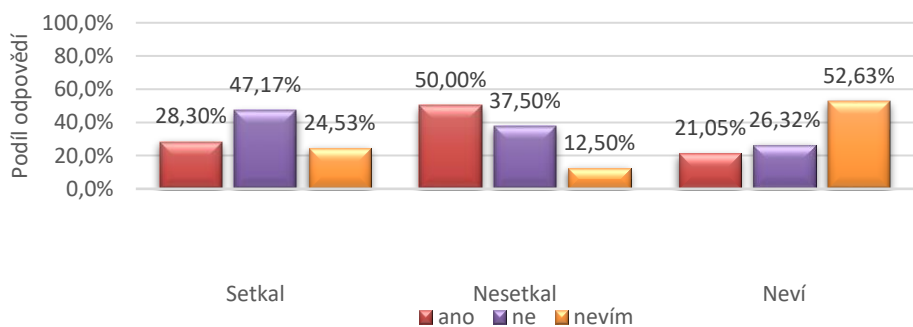
Přijal/a byste na pracovní pozici uchazeče s diagnózou schizofrenie, který zároveň splňuje veškeré požadavky včetně kvalifikace?



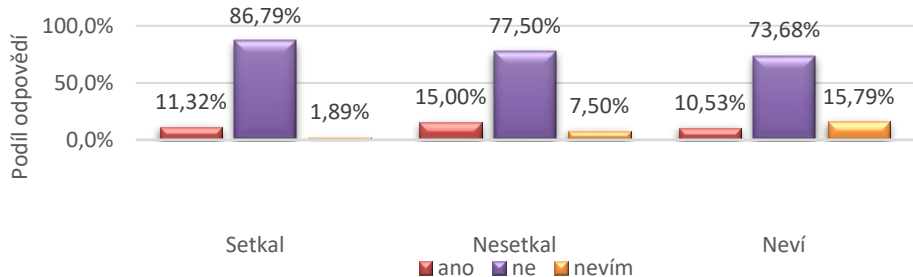
Představte si, že váš souseď má diagnostikovanou schizofrenii. Nechal/a byste vaše dítě hrát si s jeho dítětem u nich doma?



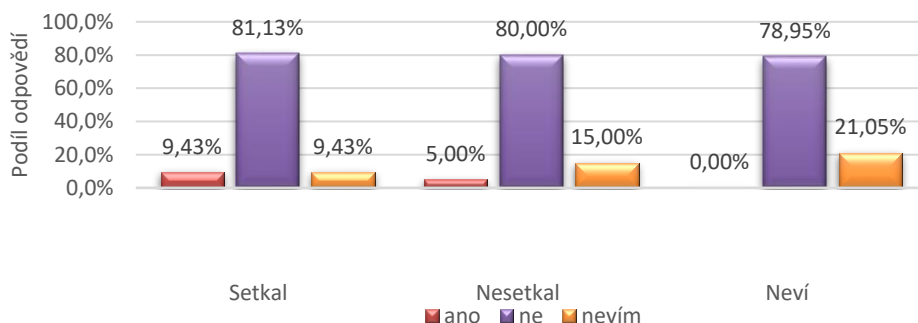
Děti s diagnostikovanou schizofrenií by měly být spíše umístěny do speciálních školních zařízení.



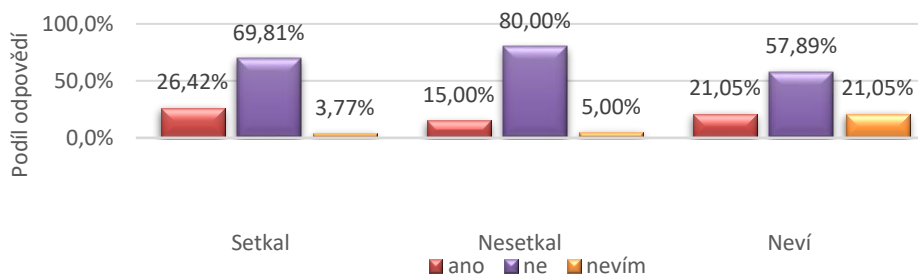
Myslíte si, že hlavním účelem psychiatrických léčení je především chránit veřejnost před lidmi se schizofrenií?



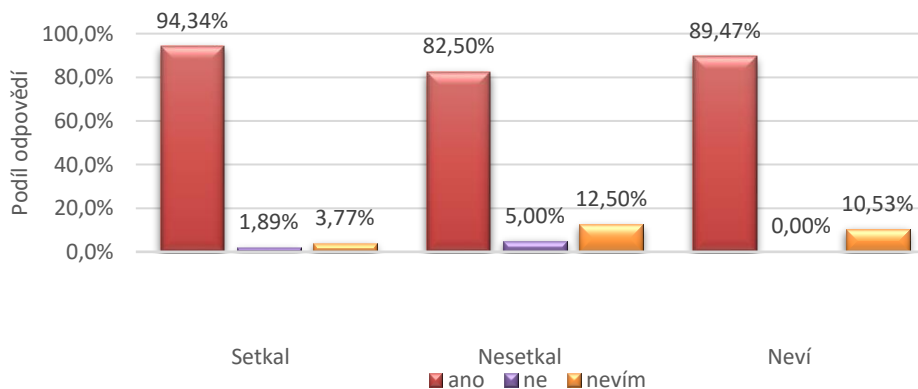
Myslíte si, že veřejné financování zdravotní péče a léčby lidí se schizofrenií je zbytečné a neefektivní?



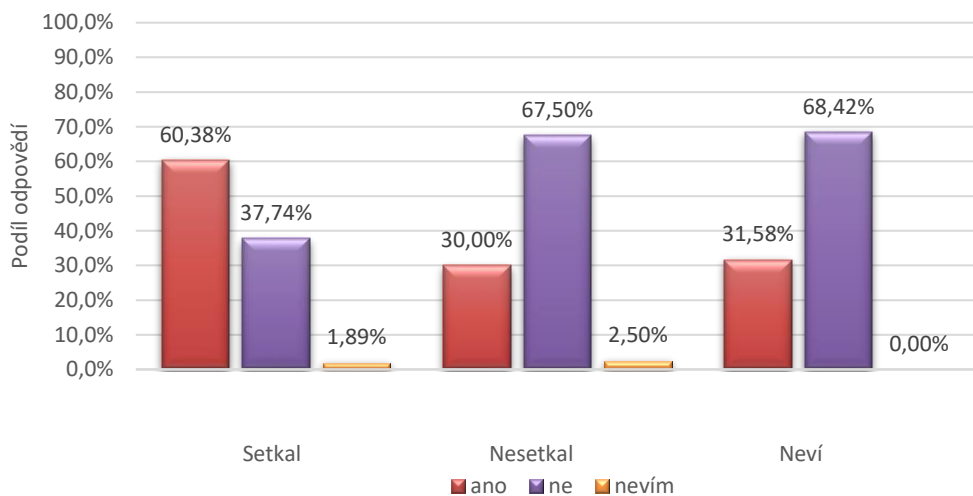
Setkal/a jste se během života s nějakou kampaní či programem na podporu informovanosti ohledně tohoto onemocnění?



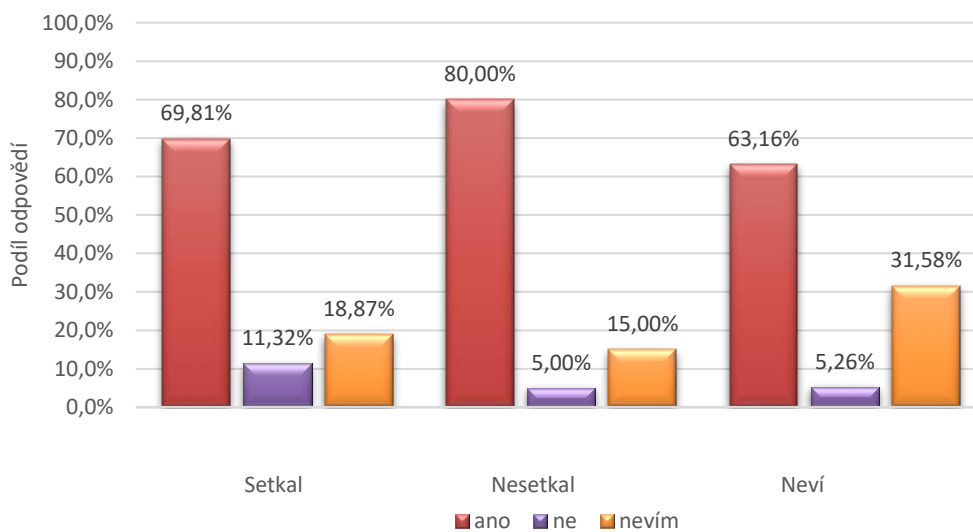
Myslíte si, že je potřeba více informovat veřejnost o projevech schizofrenie?



Vyhledával/a jste někdy samostatně informace o tomto onemocnění?



Chtěl/a byste se dozvědět více o tomto onemocnění?



BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autora: Kristýna Glattová

Studijní program: Psychologie

Název práce: Dehumanizace a morální vyloučení – dehumanizace a stigmatizace duševně nemocných se zaměřením na schizofrenii

Vedoucí práce: doc. PhDr. Karel Hnilica, CSc.

Rok dokončení práce: 2020

Počty znaků hlavního textu práce (včetně literatury, bez příloh)

Přímé citace: 6 850

Ostatní text: 99 369

Celkový počet znaků: 106 288

Názvy souborů umístěných na doprovodném CD

Text práce ve formátu PDF: BP – Kristýna Glattová

Autorka práce **Kristýna Glattová**
 Název práce **Dehumanizace a morální vyloučení – dehumanizace a stigmatizace duševně nemocných se zaměřením na schizofrenii**
 Obor studia psychologie
 Vedoucí práce doc. Karel Hnilica

HODNOCENÍ PRÁCE

stupnice**

1	2	3	4	0
----------	----------	----------	----------	----------

Práce s odbornou literaturou

Využití odborných časopiseckých zdrojů (množství)
 Využití recentních pramenů (z posledních 2-5 let)
 Využití původních pramenů (nikoli sekundární literatury)
 Správnost interpretace teoretických pojmů
 Správnost interpretace metodologických pojmů
 Styl psaní, absence chyb, srozumitelnost, přehlednost, ...
 Kvalita zpracování odborné literatury (původnost, konzistence, ...)

		X		
	X			
	X			
X				
				X
X				
	X	X		

Dodržování citačních norem APA

Citace pramenů (autorů) v textu
 Citace v textu (přímá, sekundární, parafrázování atp.)
 Citace pramenů v seznamu literatury
 Vytvoření seznamu literatury (úplnost, shoda s citacemi v textu, ...)

X				
X				
X				
X				

Problém, otázky a hypotézy

Výzkumné otázky (originalita, zajímavost, ...)
 Hypotézy (srozumitelnost, vnitřní konzistence, kauzální struktura, ...)
 Teoretická relevantnost hypotéz
 Byly hypotézy formulovány před sběrem dat?
 Operacionalizace hypotéz (testovatelnost, falzifikovatelnost)

	X			
	X			
	X			
X				
		X		

Výzkumná metoda

Pilotní studie
 Výběrový soubor (vhodnost, složení, velikost, apriorní síla testů)
 Jde o pouze jednou analyzovaný soubor? (síla, geneze hypotéz)
 Vhodnost použité výzkumné strategie pro test výzkumných hypotéz
 Jde o původní metodu/techniku/nástroj měření proměnných?
 Popis použitých technik sběru dat (dotazníků, testů atp.)
 Uvedení psychometrických vlastností použitých technik: reliabilita

				X
	X			
X				
	X			
				X
X				
		X		

Analýza dat

Jsou uvedeny základní deskriptivní údaje (M, SD, %, r, ...)?
 Jsou tabulky a grafy dostatečně popsány?
 Byly adekvátně testovány všechny hypotézy?
 Jsou uvedeny velikosti účinku (r, d, R², η²)?
 Jsou uvedeny informace o síle testů?
 Je provedena korekce pro počet testů?
 Jsou testy a jejich výsledky správně prezentovány?

X				
		X		
			X	
				X
				X
		X		
		X		

Redundantní údaje

Jsou v textu uváděny pouze nebytné tabulky a grafy?
 Jsou provedeny pouze testy týkající se hypotéz?

	X			
X				

Interpretace výsledků šetření

Jsou výsledky statistických testů správně interpretovány?
 Pokud se hypotézy nepotvrdily, je proveden rozbor možných příčin?

		X		
				X

** 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – špatně (špatné provedení, absence, ...); 0 – nehodnoceno, neaplikovatelné, nekontrolováno atp.

DALŠÍ KRITÉRIA

ANO	NE	?
-----	----	---

Navazuje práce na odborné publikace školitele?
Navazuje práce na bakalářské a diplomové práce studentů PVŠPS?
Je dodržen počet předepsaných znaků?
Uvedení všech náležitostí podle norem PVŠPS

X		
		X
X		
X		

Hodnocení práce

Studentka se mnou, coby vedoucím, práci vůbec nekonzultovala. Nemohu proto ručit za to, že je její skutečnou autorkou.

Kromě toho mi 23. 7. 2020 poslala dopis, který obsahuje tuto pasáž

Sama jsem si vytvořila dotazník, který obsahuje 5 otázek. Myslíte, že je tento počet dostačující? Dále jsem uvažovala nad tím, zda ke sběru dat bude stačit 10 a 10 respondentů. Tedy 10 respondentů za první skupinu a 10 respondentů za skupinu druhou. Stačí to k potvrzení hypotézy?

O tři dny později (26. 7. 2020) píše

Z původních pěti otázek + předvýzkumu jsem dotazník rozšířila na 21 otázek, které zasahují do různých oblastí ... Nynější předvýzkum jsem uskutečnila na vzorku **deseti lidí**. Dostalo se mi pozitivních zpětných reakcí (porozumění otázkám, jednoznačnost, možnost odpovědí, jasný dotaz, časová nenáročnost, optimální návaznost otázek...). Aktuální dotazník jsem zaslala i klinickému psychologovi se kterým spolupracuji v rámci praxe a vyžádala si jeho zpětnou vazbu. Ta byla taktéž příznivá. Myslím si, že tato metoda a dotazník je vhodný k tomu vyvrátit či potvrdit danou hypotézu.

Protože jsou její tvrzení evidentně inkoherentní, požádal jsem ji, aby mi poslala onen zmíněný posudek. Moji žádosti nevyhověla.

Ve vlastní práci navíc kupodivu uvádí, že předvýzkum realizovala s **57 respondenty**.

Při obhajobě by měla tyto nesrovnalosti vysvětlit.

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Tabulkám č. 1, 3, 5, ..., 25 nelze takřka vůbec porozumět. Proto nelze přesně porozumět ani uvedeným statistickým analýzám. Ty všechny jsou navíc patrně chybné.

Kromě toho není výzkum v souladu se zadáním. Není jasné, jak byly operacionalizovány klíčové konstrukty.

Otázky:

- 1) Na jakých datech jste vlastně provedla svoji analýzu například u tabulky 1?
- 2) Proč neanalyzujete všechny položky (tj. 17), ale pouze 13 z nich?
- 2) Mohla byste uvést, které položky dotazníku se týkají dehumanizace a které morálního vyloučení?

Práci **doporučuji k obhajobě**.

Navrhovaná klasifikace: 3-4

11. 9. 2020



**Posudek oponentky bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Kristýna Glattová

Obor studia: Psychologie

Název práce: Dehumanizace a morální vyloučení - dehumanizace a stigmatizace duševně nemocných se zaměřením na schizofrenii

Vedoucí práce: doc. PhDr. Karel Hnilica, CSc.

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	X			
--	---	--	--	--

Oborová přílehavost tématu

	X			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

			X	X
--	--	--	---	---

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

			X	X
--	--	--	---	---

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

		X	X	
--	--	---	---	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

			X	X
--	--	--	---	---

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

		X		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

			X	
--	--	--	---	--

Využití praktických zkušeností

X				
---	--	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

--	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

			X	
--	--	--	---	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

		X		
--	--	---	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

			X	
--	--	--	---	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

			X	
--	--	--	---	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Vhodnost prezentace závěrů práce
(publikace, referáty, apod.)

X				
---	--	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Mohla by autorka prosím vysvětlit cíl výzkumné sondy?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autorka se v bakalářské práci zabývá zajímavým tématem dehumanizace a stigmatizace lidí s duševním onemocněním, se zaměřením na osoby trpící schizofrenií. V teoretické části práce je nastíněn pokus o popis historie oborů psychologie či psychiatrie, psychóz či schizofrenie. V rámci teorie jsou pojednána i témata stigmatizace, dehumanizace a tzv. infrahumanizace. V rámci empirické výzkumné sondy předkládá autorka kvantitativní dotazníkové šetření. Oceňuji volbu tématu, méně však oceňuji zpracování práce. Anglické pasáže by si zasloužily přepracování. Stylistika by si zasloužila důkladnou revizi, mnohé věty nedávají smysl, text je místy velmi zmatečný, neutříděný, podobně jako celý koncept práce (nástin historie oborů lze považovat za nekoncepční, místy nic zásadního neříká, kladu si otázku, jaký je vztah historických pasáží textu k tématu práce?). Jistě by se dala stigmatizace pojmout i z hlediska historie například psychiatrie, ale bylo by nutné tak učinit jiným způsobem. V seznamu literatury také postrádám některé základní texty týkající se tématu - možná alespoň obligátní Goffman, Foucault, Ocisková a Praško (Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch)... V textu se vyskytují hrubé gramatické chyby. O výpovědní hodnotě některých vět lze pochybovat, místy mi vstávaly hrůzou vlasy na hlavě: "Komunistická vláda ve střední Evropě se prosadila během revolučního roku 1989" (strana 12)...?????. Kladu si otázku, proč se v textu práce zabývat historií, navíc pojetí historie oborů psychologie a psychiatrie v uvedené podobě považuji za tristní. Doporučovala bych zpřesnit názvy kapitol, aby měl čtenář jasnější představu o tom, o čem daná kapitola pojednává (např. " Historie a vývoj" - zde nevíme, čeho.). V rámci empirické výzkumné sondy nerozumím hlavnímu cíli, jak je definován "zaměřit se na to, zda má a do jaké míry, obecná informovanost veřejnosti *vliv na pojetí duševních nemocí se zaměřením na schizofrenii*". Kladu si otázku, co to znamená - vliv na pojetí duševních nemocí? Na pojetí duševních nemocí kým? Psychiatrickou vědou? Tzv. laiky? Co znamená "pojetí" - jak mu autorka rozumí? Dále nerozumím uvedeným tabulkám -co říkají a nerozumím také způsobu zamítání hypotéz. Výzkumný vzorek by mohl být větší. Postrádám pojednání o etice výzkumné sondy, o validitě a reliabilitě, podrobný popis tvorby dotazníku.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: dobře-nedostatečně, v závislosti na obhajobě

Datum, podpis:
Magdalena Koťová



24.6. 2020