

Postoje studentů sociální pedagogiky k lidem s psychickým onemocněním

Bc. Markéta Konečná

Diplomová práce
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Markéta KONEČNÁ**

Osobní číslo: **H10477**

Studijní program: **N7501 Pedagogika**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Postoje studentů sociální pedagogiky k lidem s psychickým onemocněním**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti sociální psychologie, psychiatrie a psychoterapie.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

KRATOCHVÍL, S. Základy psychoterapie. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-122-0

VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3

KUČEROVÁ, H. Schizofrenie v kazuistikách. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-2045-6

HAYESOVÁ, N. Základy sociální psychologie. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-763-9

ATKINSON, R. Psychologie. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-640-3

Vedoucí diplomové práce:

doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.

Ústav aplikovaných společenských věd

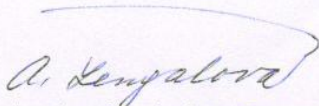
Datum zadání diplomové práce:

30. listopadu 2012

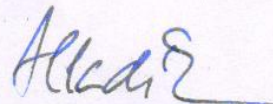
Termín odevzdání diplomové práce:

26. dubna 2013

Ve Zlíně dne 14. února 2013



doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka



Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užit své dílo – diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 24.4.2013

.....
Konec!

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Tato diplomová práce se zabývá tématem duševního onemocnění a postavením duševně nemocných ve společnosti. Pozornost je soustředěna na schizofrenii a sociální stigma, které toto onemocnění provází a svými důsledky vážně ovlivňuje léčbu i následnou rehabilitaci. Stigmatizace duševního onemocnění je ve společnosti pevně zakořeněna a její rozsah se neomezuje pouze na laickou veřejnost. Jedním ze způsobů „boje“ proti stigmatizaci je edukace, jejíž účinnost je prověřována v praktické části této práce. Cílem výzkumné části je zmapovat postoje studentů sociální pedagogiky na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně k osobám trpícím schizofrenií a zjistit determinanty, které tyto postoje ovlivňují. Sledována je především dynamika postojů ve vztahu k vědomostem studentů o problematice duševního onemocnění a délce studia. Bádání je podloženo teoretickými východisky seznamující čtenáře nejen s ústředním tématem schizofrenie a stigmatizace duševního onemocnění, ale celek dotváří také poznatky ze sociální psychologie, konkrétně teorie postojů, a profil studenta sociální pedagogiky jakožto objekt výzkumného šetření.

Klíčová slova: duševní nemoc, postoje, psychiatrie, schizofrenie, sociální pedagogika, sociální psychologie, stigmatizace

ABSTRACT

This thesis deals with the issues of mental illness in general and mentally ill people in society. The attention is focused on schizophrenia and social stigma which correlates to it and seriously affects therapy as well as the rehabilitation. Stigmatization of the mental illness is strongly rooted in today's society and its range can not be limited only for the general public. One of the ways of overcoming this stigma is an education, whose effectiveness is being tested in the practical part of this thesis. The main goal is to get an idea of how the attitudes of students of Social Pedagogy at the University of Tomas Bata are towards people with schizophrenia and to identify determinants affecting their attitudes. Emphasis is put mainly on the dynamics of attitudes in relation to student's knowledge of the issues of mental illness and a length of a study. Research is underlaid by theoretical ground/foundation introducing reader not only with the main theme of schizophrenia and stigmatization of mental illnesses but also adds some insights from Social pedagogy as a object of the research.

Keywords: mental illness, attitudes, psychiatry, schizophrenia, social pedagogy, social psychology, stigmatization

“Neptej se, jakou má ten člověk chorobu. Ptej se spíš, jaký člověk tu chorobu má.“

Připisováno Williamu Oslerovi

Poděkování:

Ráda bych poděkovala paní doc. PhDr. Janě Kutnohorské, CSc. za odborné vedení mé diplomové práce a lidský přístup. Dále bych ráda poděkovala všem studentům, kteří se zúčastnili výzkumného šetření, terapeutům zařízení Horizont ve Zlíně za odbornou pomoc a klientům zařízení za projevenou důvěru v průběhu realizovaných praxí.

V neposlední řadě děkuji svým blízkým za podporu a povzbuzení.

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	13
1 SCHIZOFRENIE	14
1.1 VÝSKYT A PŘÍČINY VZNIKU	14
1.2 PŘÍZNAKY	16
1.2.1 Poruchy kognitivních funkcí	17
1.2.2 Poruchy emotivity	19
1.2.3 Poruchy jednání a osobnosti.....	19
1.3 POČÁTEK A PRŮBĚH NEMOCI	20
1.4 TYPY SCHIZOFRENIE	20
1.4.1 Paranoidní schizofrenie	21
1.4.2 Hebefrenní schizofrenie	21
1.4.3 Katatonní schizofrenie.....	22
1.4.4 Simplexní schizofrenie.....	22
1.5 LÉČBA A RESOCIALIZACE.....	22
1.5.1 Farmakoterapie.....	23
1.5.2 Psychoterapie.....	23
1.5.3 Socioterapie.....	24
2 SOCIÁLNÍ VÝZNAM SCHIZOFRENIE	25
2.1 RODINA SCHIZOFRENNÍHO JEDINCE	25
2.2 PRÁVNÍ POSTAVENÍ SCHIZOFRENNÍHO JEDINCE.....	26
2.3 STIGMA SCHIZOFRENIE	27
2.3.1 Historická podmíněnost stigmatizace.....	28
2.3.2 Stigmatizace jako druhá nemoc.....	29
2.3.3 Mýty o schizofrenii	29
2.3.4 Projekty proti stigmatizaci duševního onemocnění.....	30
3 POSTOJE	32
3.1 DEFINOVÁNÍ POJMU POSTOJE.....	32
3.2 CHARAKTERISTIKA POSTOJŮ.....	33
3.2.1 Struktura postojů	33
3.2.2 Vlastnosti postojů.....	33
3.2.3 Funkce postojů	34
3.3 UTVÁŘENÍ POSTOJŮ	35
3.4 ZMĚNA POSTOJŮ	35
3.4.1 Teorie kognitivní disonance	36
3.4.2 Teorie řízení dojmů	36
3.4.3 Přesvědčování.....	37
3.5 MODEL Y POSTOJŮ VE VZTAHU K CHOVÁNÍ	40
3.5.1 Teorie odůvodněného a plánovaného jednání	40

3.5.2	Teorie sebepercepce	42
3.6	PŘEDSUDKY	43
4	PROFIL STUDENTA SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKY	44
4.1	OBSAH STUDIA	44
4.2	METODY VÝUKY.....	44
4.3	MOŽNOSTI UPLATNĚNÍ.....	44
II	PRAKTICKÁ ČÁST	46
5	METODIKA VÝZKUMNÉHO PROCESU	47
5.1	VÝZKUMNÝ PROBLÉM	47
5.2	CÍL VÝZKUMU	47
5.3	VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY	48
5.4	POJETÍ VÝZKUMU	48
5.5	OPERACIONALIZACE PROMĚNNÝCH.....	49
5.6	TECHNIKA VÝZKUMU	49
5.7	RESPONDENTI.....	49
5.8	ZPRACOVÁNÍ DAT.....	50
6	INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT.....	51
6.1	OKRUH I: VÝCHOZÍ INFORMACE	51
6.2	OKRUH II: POSTOJE STUDENTŮ 1. A 3. ROČNÍKU K OSOBÁM SE SCHIZOFRENIÍ.....	52
6.3	OKRUH III: DYNAMIKA POSTOJŮ STUDENTŮ V ZÁVISLOSTI NA DÉLCE STUDIA	56
6.4	OKRUH IV: DYNAMIKA VĚDOMOSTÍ STUDENTŮ V ZÁVISLOSTI NA DÉLCE STUDIA	59
6.5	OKRUH V: DOPLŇUJÍCÍ INFORMACE	60
6.5.1	Pojem „schizofrenie“ očima studentů	61
6.5.2	Pojem „stigmatizace duševního onemocnění“ očima studentů.....	62
6.5.3	Řešení situace v kontaktu se schizofrenní osobou	63
7	SOUHRN.....	65
8	DISKUZE	67
	ZÁVĚR	69
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	70
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	73
	SEZNAM OBRÁZKŮ	74
	SEZNAM TABULEK.....	75
	SEZNAM PŘÍLOH.....	76

ÚVOD

Výběr tématu diplomové práce odráží můj osobní dlouhodobý zájem o problematiku duševních onemocnění, zejména schizofrenii. Můj zájem o tuto problematiku vzrostl v průběhu odborných praxí v zařízení Horizont ve Zlíně, které se specializuje na pomoc lidem s psychotickým onemocněním ve stádiu remise. V tomto zařízení jsem získala spoustu cenných zkušeností a měla možnost poznat klienty zařízení nejen z hlediska jejich choroby, ale především z hlediska lidského.

Představou laické veřejnosti o schizofrenii bývá často rozdvojená osobnost typu doktora Jeckylla a pana Hyda ze slavného románu Louise Stevensona. Mediální obraz duševně nemocných jako nepředvídatelných, agresivních šílenců a nevléčitelných bláznů ve společnosti úspěšně přetrvává navzdory vědeckým poznatkům a osvětovým kampaním zaměřeným na změnu stigmatizací zatížených postojů společnosti k duševně nemocným lidem. Stigma je pro nemocné natolik zatěžující záležitostí, že se o něm mluví dokonce jako o druhém onemocnění schizofrenie. Stigmatizace duševně nemocných má negativní dopady na proces léčebné terapie, následnou rehabilitaci a opětovné začlenění do společnosti.

Studie ukazují, že ani odborná veřejnost netvoří výjimku ve stereotypním uvažování o duševně nemocných a že i jejich postoje mohou být zatíženy stigmatem duševního onemocnění, ať už v důsledku mylných informací nebo profesním vyčerpáním. Odborná veřejnost disponuje velkou dávkou důvěry společnosti z hlediska poskytovaných odborných informací. Domnívám se proto, že šíření stigmatizujících postojů odborníků nese svůj podíl na přetrvávání stigmatu duševního onemocnění ve společnosti.

Obranu proti stigmatizaci duševního onemocnění tvoří především edukace a osvětová činnost. Z toho důvodu by studenti sociální pedagogiky, jakožto budoucí odborníci z řad pomáhajících profesí a potencionální pracovníci v zařízeních pro duševně nemocné, měli být, dle mého názoru, v průběhu studia kvalitně vzděláni v této problematice a seznámeni s fenoménem stigmatizace duševního onemocnění.

V této diplomové práci jsem se rozhodla prozkoumat postoje studentů sociální pedagogiky k lidem trpícím schizofrenií a míru jejich vědomostí o tomto typu duševního onemocnění. Mým cílem je zjistit, zda postoje studentů sociální pedagogiky jsou zatíženy stigmatem duševního onemocnění, a pakliže ano, zda má výuka na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně vliv na snížení míry stigmatizace postojů studentů.

Studijní obor sociální pedagogika se skládá (mimo jiné) z předmětů, jejichž součástí jsou i témata obsahující problematiku duševního onemocnění. Za hlavní přínos této diplomové práce tedy považuji zjištění míry efektivity výuky, která by se měla projevit vyšší mírou vědomostí studentů o problematice duševního onemocnění a nižší mírou stigmatu v postojích studentů k duševně nemocným, konkrétně k nemocným schizofrenií, a to přímo úměrně k délce studia.

Jako vedlejší přínos práce vnímám důležitost zabývat se problematikou stigmatizace duševního onemocnění, poukazovat na závažné dopady stigmatu pro duševně nemocné i jejich rodiny, rozvinout dialog o možnostech pomoci těmto lidem a vést celospolečenskou osvětu nejen v oblasti duševního onemocnění, ale v oboru psychiatrie obecně.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SCHIZOFRENIE

V této kapitole se budeme věnovat duševnímu onemocnění, které se svou povahou a možnou destrukční silou řadí mezi jedno z nejvíce závažných, schizofrenii. Tato kapitola si klade za cíl, seznámit čtenáře s onemocněním schizofrenie, podat základní, avšak komplexní rámec informací, které budou vést k jasné představě, jak schizofrenie vzniká, jak probíhá, jaká jsou její specifika a jak je možné se schizofrenií bojovat.

Onemocnění schizofrenie bylo původně označeno termínem „dementia praecox“, který použil v 19. století Krapelin ve smyslu předčasné demence. Poprvé označení schizofrenie použil v roce 1911 švýcarský psychiatr Eugen Bleuler, pojmenování nemoci mělo vystihovat charakteristický rozklad různých psychických funkcí, ke kterému vlivem nemoci dochází. (Libiger, 1991; Vágnerová, 2004)

Schizofrenie, v pojetí současné psychiatrie, se řadí mezi psychotické onemocnění „*vyznačující se změnou vztahu ke skutečnosti, vedoucí k deformaci prožívání a chování a ke změně osobnostních charakteristik.*“ (Libiger, 1991, s. 21). Vymezení schizofrenie podle Vágnerové upřesňuje, že schizofrenie „*se projevuje chronickým narušením myšlení a vnímání*“ (Vágnerová, 2004, s. 333). Kučerová (2010) chápe schizofrenii jako „rozštěp osobnosti“ (namísto tradičního „rozštěp mysli“) jedince, přičemž osobnost definuje jako komplex duševních a tělesných vlastností.

1.1 Výskyt a příčiny vzniku

Odhaduje se, že schizofrenií trpí přibližně 1% populace nezávisle na pohlaví, vzdělání, kulturní, rasové či ekonomické rozdílnosti. Schizofrenie se utváří obvykle v mladém věku mezi 15-35lety. U žen pak nemoc propuká v průměru později než u mužů. (Vágnerová, 2004) Vzhledem k tomu, že schizofrenie vzniká nejčastěji v adolescenci a mladé dospělosti, tedy ve věku, kdy člověk dospívá, osamostatňuje se, stává se ekonomicky aktivní a jsou na něj kladeny celkově vyšší nároky, vliv onemocnění zatěžuje nemocného, ale i jeho rodinu po všech stránkách – emočně, ekonomicky i společensky. (Malá, 2000)

I přes pokročilé metody zkoumání, příčiny schizofrenie stále nejsou přesně známy. Vágnerová (2004) vysvětluje tento fakt především tím, že schizofrenie je spíše název pro skupinu poruch, které mají řadu shodných příznaků.

Lze říci, že se jedná o multifaktoriální onemocnění, na kterém se podílí příčiny bio-psycho-sociální. V současné době převládá tvrzení, že jedinec nese určitou biologickou indispozici, která vlivem zátěžových sociálních situací se vyvine v onemocnění. Tomuto názoru napomáhá okolnost, že schizofrenie se rozvíjí nejčastěji v období dospívání, tedy v době, která přináší velké množství změn a je spojena se stresem. (Češková a Kučerová, 2006)

- Genetika

Podle genetických studií důležitou úlohu sehrává dědičnost, více schizofrenií se vyskytuje u dětí, jejichž rodič trpěl schizofrenií. Avšak ani působení genetických faktorů není 100%. Dědí se pouze určité osobnostní předpoklady, které se mohou probudit vlivem sociální situace. (Češková a Kučerová, 2006) To dokazují výzkumy s jednovaječnými dvojčaty, jejichž genetický kód je stejný, avšak v 50% onemocní pouze jedno (Tienari et al., 1991; Gelder et al., 1996, In Vágnerová, 2004).

- Změny ve struktuře a funkcích mozku

U nemocných schizofrenií byly prokázány abnormality ve struktuře a funkcích mozku, které zapříčiňují vznik různých psychických příznaků. Strukturální abnormality se vyznačují menší hmotností mozku, jejíž příčinou je pokles objemu mozkové kůry, zejména prefrontální oblasti vlivem úbytku synapsí mezi neurony (tato oblast je zodpovědná za koordinaci a integraci mozkových funkcí, její narušení má dopady právě tak typické pro schizofrenii), a rozšířením mozkových komor. Tyto strukturální, potažmo funkční změny mozku mají svůj původ zřejmě v odchylkách genetických informací, ale může se také jednat o vývojovou poruchu vznikající v prenatálním období. (Vágnerová, 2004)

Další odlišnost může představovat chybná funkce neurotransmitterových systémů (dopaminových, serotoninových, glutamátových a dalších) resp. narušení rovnováhy jejich stimulačního a inhibičního působení v určitých částech mozku, která vede k narušení informačního procesu (Vágnerová, 2004). Podle Höschla (2007) mají psychózy obecně společnou poruchu přenosu dopaminu, tedy nervového přenašeče, který v mozku sehrává důležitou úlohu: odlišuje emočně důležité od emočně nedůležitého. Narušením této funkce vzniká v mozku chaos, jelikož je zahlcen informacemi stejné důležitosti.

- Vnější vlivy

Vnější vlivy jsou považovány, spíše než za příčiny nemoci, za spouštěče onemocnění. Řadíme mezi ně různé stresové situace jako školní zkoušky, vstup do nového povolání, také požadavky dospělosti v podobě odpoutání se od původní rodiny, samostatnost apod. Vztah mezi působením vnějších vlivů a vznikem onemocnění vysvětluje koncept vulnerability, který říká, že jedinec si už nese určitou biologickou predispozici, citlivost k různým podnětům a interakcí s nimi dochází k propuknutí nemoci. Problém tedy nespočívá v zátěži, ale ve způsobu jejího zpracování¹, kdy jedinec chybně interpretuje i jinak běžné životní situace. Můžeme také mluvit o snížené frustrační toleranci. (Kalina, 1987; Vágnerová, 2004)

1.2 Příznaky

Obecně lze příznaky schizofrenie rozdělit na **pozitivní a negativní**. První skupina příznaků nepřináší žádná pozitiva, jak by název mohl napovídat, ale jedná se o příznaky, které má nemocný navíc ve srovnání s běžnou populací, vyvolané zvýšenou aktivitou mozku. Mezi pozitivní příznaky můžeme zařadit halucinace, bludy, katatonní jednání apod. Negativní příznaky znamenají, že nemocný je ochuzený o schopnosti, které jsou pro většinu společnosti zcela běžné, tedy aktivita mozku je na nižší úrovni. (Vágnerová, 2004) Do této skupiny příznaků můžeme zařadit zchudlost myšlení a řeči, citovou oploštělost, apatii, oslabenou vůli a ztrátu sociálních vztahů (Musil, 2006). Pozitivní příznaky jsou typičtější zvláště pro akutní stádium nemoci, po jejím odeznění jsou znatelnější spíše příznaky negativní (Vágnerová, 2004).

Podle Češkové a Kučerové (2006) je přítomna ještě kognitivní dysfunkce, jako jeden z klíčových rysů schizofrenie vázaný především na negativní příznaky, strukturální a funkční změny mozku. Jedná se o postižení poznávacích schopností, obzvláště narušení paměti, pozornosti, schopnosti plánovat atd. Narušení paměťových mechanismů vede k celé řadě obtíží (např. při učení). Kognitivní dysfunkce je přítomna již před vypuknutím nemoci a má negativní vliv na sociální adaptaci jedince i po odeznění pozitivních příznaků.

¹ O poruše zpracování informací jsme se již zmiňovaly výše, v části o poruše neurotransmitterové funkce.

K duálnímu rozdělení příznaků (pozitivní, negativní) DSM-IV² přidává ještě faktor dezorganizace, který představuje rozvrácení až rozpad řeči, chování a afektů. Tento faktor charakterizuje nejdůležitější příznaky schizofrenie nejčastěji v dětském věku. (Malá, 2000)

Pilotní studie WHO z roku 1973 (Tab.1) sestavila žebříček nejčastějších příznaků schizofrenie viz Tab.1. Je však třeba mít na paměti, že příznaky a prožívání nemoci mohou být velmi rozmanité, závislé na typu schizofrenie, na stádiu nemoci a na osobnosti nemocného. (Kučerová, 2010)

Symptom	Frekvence (%)	Symptom	Frekvence (%)
Ztráta náhledu	97	Halucinace druhé osoby	65
Sluchové halucinace	74	Bludné ladění	64
Vztahovačnost	70	Persekuční bludy	64
Podezřívavost	66	Cizí (vkládané) myšlenky	52
Plochá emotivita	66	Ozvučené myšlenky	50

Tab. 1 Mezinárodní pilotní studie (WHO, 1973)

1.2.1 Poruchy kognitivních funkcí

Poruchy kognitivních funkcí zahrnují poruchy vnímání a myšlení. Poruchy vnímání jsou velmi časté a mohou být také velmi rozmanité, představují je především halucinace. Halucinace jsou klamné vjemy, které člověk vnímá nezávisle na reálném podnětu. Halucinace mohou být všeho druhu, nejčastější jsou sluchové, typické pro paranoidní typ schizofrenie, kdy člověk slyší hlas/y, zvuky. Hlasy mohou komentovat chování jedince, mohou mu přikazovat, co má dělat, mohou chválit, ovšem většinou jsou negativně laděné. Dalšími typy halucinací jsou halucinace zrakové (nemocný vidí např. bytosti, objekty), tělesné (cítí doteky), intrapsychické halucinace (nemocný má pocit cizích myšlenek ve své hlavě, jakoby mu je tam někdo vložil) či poruchy vnímání vlastního těla tzv. cenestézie (jedinec má pocit, že mu chybí nějaký orgán, nebo že orgán v jeho těle není jeho vlastní apod.). (Vágnerová, 2006) Podobné intrapsychickým halucinacím jsou tzv. „ozvučené“ myšlenky, které se již řadí do poruch myšlení (Kučerová, 2010).

² Americká psychiatrická společnost

Halucinace se často vyskytují společně s bludy resp. mylnými nevyvratitelnými přesvědčeními. Musil (2006) rozděluje bludy podle jejich obsahu vyvstávající z chorobné nálady, která je doprovází, na megalomanické, mikromanické a paranoidní.

- *Megalomanické* jsou typické nadnesenou náladou, kdy nemocný věří ve své mimořádné či nadpřirozené schopnosti, případně že byl vyvolen ke spáse/nápravě lidstva (blud spasitelský/reformátorský) apod.
- Naopak *mikromanické* bludy jsou charakterizované depresivní náladou, kdy nemocný je trýzněn pocitem zbytečnosti, provinění za činy, které nespáchal či za vlastnosti, které nemá (blud autoakuzační), může být přesvědčen o ztrátě veškerého majetku nebo rodiny (blud ruinační) apod. Do této skupiny můžeme zařadit také blud hypochondrický.
- *Paranoidní* bludy se vyznačují vztahovačností a podezřívavostí, kdy nemocný má pocit pronásledování, ovlivňování (blud perzekuční). Zvláštním typem této skupiny je blud emulační, kdy nemocný je přesvědčen o partnerově nevěře.

Blud můžeme chápat jako obrannou reakci, kdy nemocný ve snaze porozumět světu kolem sebe a sám sobě si vytváří svoji vlastní soukromou logiku uvažování. Vágnerová (2004) radí, že bludy není dobré zpochybňovat nebo je vymlouvat, neboť bychom tím vyvolali značnou úzkost a pocit ohrožení, který může zapříčinit agresivní jednání jedince.

V závislosti na obsahu bludů nebo halucinací může být chování nemocného nebezpečné, jak jemu tak jeho okolí, v takovém případě je nutná hospitalizace (Vágnerová, 2004). Ovšem nutno poznamenat, že schizofrenici mají minimální podíl na násilných trestných činech. Kalina (1987) uvádí, že větší podíl mají alkoholici a toxikomani a největší zásluhu mají lidé bez psychiatrických diagnóz. Fridrich (2001) dodává, že nemocní mají tendenci obracet agresi spíše vůči sobě.

Myšlení jedince se mění nejen co do obsahu, ale mění se také dynamika myšlení a schopnost souvislého myšlení. Uvažování jedince může být buď pomalejší (tzv. bradipsychismus), nemocný může trpět ulpíváním na myšlence, myšlenkovými zárazy apod. Nebo naopak se může myšlení nemocného projevat zvýšenou rychlostí až tzv. myšlenkovým tryskem. Ten se navenek projevuje nesrozumitelným a náhodným řazením slov (tzv. slovní salát). Nesouvislost myšlení způsobuje, že se nemocný odklání od kontextu tématu a z jeho řeči se vytrácí původní smysl. (Vágnerová, 2004)

1.2.2 Poruchy emotivity

V akutní fázi choroby se emoce vyznačují neadekvátními reakcemi na podněty. Nemocní mohou být zvláště přecitlivělí na určité podněty, v důsledku čehož může dojít k neočekávané či silné reakci. Zejména v počátcích onemocnění je častá výrazná emoční labilita. V průběhu nemoci však emoce ztrácí na síle a může docházet k jejich otupění a oploštění, které značí negativní prognózu. Velmi častá bývá také citová ambivalence, která se rovněž vyznačuje negativní prognózou. (Vágnerová, 2004)

Typická je také nepřiléhavost emocí, kdy nemocný se směje věcem, které nejsou pro okolí veselé např. téma smrti (Kučerová, 2010).

Podle Vágnerové (2004) asi ¼ nemocných trpí depresemi. Deprese se objevují zvláště v iniciační fázi nemoci a v průběhu nemoci jsou více patrné po odeznění pozitivních příznaků. Až 10% nemocných se schizofrenní poruchou končí svůj život sebevraždou (Češková a Kučerová, 2006).

1.2.3 Poruchy jednání a osobnosti

Chování nemocného vychází z jeho vnitřní logiky chápání světa a sebe sama, tedy z kognitivních a emotivních poruch. Jednání nemocného se může vyznačovat celou řadou nápadností - nekoherentním, bizarním a nepředvídatelným chováním - kterému jeho okolí nerozumí. Nemocný může pociťovat, že se všechno točí kolem něj, že je středem pozornosti, ale také může mít pocity odcizení vlastního těla, myšlenek, které souhrnně nazýváme pocity depersonalizace. Pocity neporozumění ze strany okolí mohou vést k izolaci nemocného, uzavření se do svého vlastního světa, v krajním případě mohou vyústit v autistické rysy. (Vágnerová, 2004)

Charakteristický rys schizofrenie je, že nemocný postrádá náhled na svou chorobu. Je si vědom jisté změny, která v něm probíhá, ale tu si patologicky interpretuje. Protože nemocný se necítí nemocný, postrádá také motivaci k léčbě, kterou chápe jako zbytečnou a svým způsobem ohrožující, jelikož ho zbavuje pocitu jistoty, který psychóza nemocnému poskytuje. (Kalina, 1987)

Nedílnou součástí příznaků je pracovní a sociální dysfunkce, která člověka může velmi tvrdě diskvalifikovat z běžného „normálního“ života společnosti. Vlivem nemoci, jedinec nemusí zvládat svou práci, ačkoliv status ekonomicky činného člověka je pro společnost a

také pro ego nemocného velmi důležitý. Sociální vazby jsou vlivem nemoci silně otřeseny. Nemocný se může také zanedbávat či o sebe méně pečovat. (Malá, 2000)

1.3 Počátek a průběh nemoci

Propuknutím schizofrenie většinou předchází tzv. *prodromální období*, tedy doba, která může trvat týdny až měsíce, a v jejímž průběhu dochází k změně, která se může projevat určitými rysy (Libiger, 1991):

1. *Slabost ega* – Jedinec je méně schopen snášet pocity úzkosti, často se hroučí.
2. *Lidi introvertně zaměřeni* – Je zde patrná uzavřenost, izolace od svého sociálního okolí.
3. *Nesamostatnost*
4. *Obtíže v sociálních vztazích* – Nadměrná závislost a zvýšená kritičnost nebo podceňování.
5. *Snížená výkonnost* – Na stejnou práci jedince spotřebuje více energie. Snížená výkonnost ve škole, v zaměstnání, obtíže ve zpracování nových informací a v adaptaci na nové situace.

Ačkoliv tyto rysy mohou nabývat výrazných podob, které okolí vnímá, většinou si je nespojí s varovnými příznaky vzniku schizofrenie. Jedinec může na své okolí působit jako „podivín“. Ovšem je velmi obtížné odlišit člověka, který je pro své okolí „divný“, ale z medicínského hlediska duševně zdravý, a člověkem, u kterého jeho „podivnost“ naznačuje počátek duševního onemocnění. Domnívám se, že zvláště v období puberty a dospívání dochází k řadě změn, které mohou být s výše uvedenými rysy prodromálního období podobné a tudíž snadno zaměnitelné. Hranice mezi nimi je pak opravdu velmi tenká a rodiče spíše dávají za vinu věku, než-li duševní nemoci.

Počátek onemocnění může být náhlý nebo plíživý. V případě plíživého nástupu, jedinec na sobě pociťuje určitou změnu, stavy neklidu, úzkosti, cítí, že se s ním něco děje a nerozumí tomu. Po prodromální fázi nastupuje fáze krystalizační. Jedinec začíná chápat svůj aktuální stav, začíná mít pocit, že rozumí tomu, co se kolem něj a v něm děje. Bohužel svou situaci si vysvětluje patologickým způsobem za vzniku bludu. (Vágnerová, 2004)

1.4 Typy schizofrenie

Schizofrenie nemá jasně danou specifickou podobu. Její průběh je značně rozmanitý, může být provázen množstvím atak a trvalým zhoršováním stavu nemocného, střídáním atak

s fázemi vymizení příznaků nemoci (remisemi) až po úplné remise. (Dörner a Plog, 1999) Podle MKN-10 (2008) lze diagnostikovat deset subtypů schizofrenie (F20.0 - F20.9): schizofrenii paranoidní, hebefrenní, katatonní, simplexní, nediferencovaná, reziduální, postschizofrenní deprese, jiná schizofrenie a schizofrenie nervové soustavy. V této podkapitole bude pozornost zaměřena na první čtyři subtypy, které jsou považovány za základní druhy schizofrenie. Popis jednotlivých subtypů není absolutní, příznaky se mohou prolínat a jsou individuálně závislé, neboť „*Každý nemocný má svou vlastní schizofrenii*“ (Dörner a Plog, 1999, s. 91).

1.4.1 Paranoidní schizofrenie

Jedná se o nejběžnější typ schizofrenie, rozšířený ve všech částech světa. Paranoidní schizofrenie je charakteristická výraznými halucinacemi (především sluchové, např. hlasy udělující příkazy, hrozby) a bludy (zejména blud perzekuční, vztahovačný a mesiánský). Negativní příznaky nejsou přítomny nebo nehrají převládající roli. (Malá, 2000) Typická je vztahovačnost, pocity ohrožení, citová otupělost a hypobulie (nedostatek pevné vůle). Tento typ schizofrenie se může projevit i v pozdějším věku. (Vágnerová, 2004)

1.4.2 Hebefrenní schizofrenie

Hebefrenní schizofrenie propuká v období adolescence a rané dospělosti. Období adolescence je považováno za nejkritičtější období pro propuknutí schizofrenie, jelikož v tu dobu dochází k mnoha psychickým změnám. Mladý člověk si buduje svou vlastní novou identitu a rozvojem nemoci se přechod od dětství k dospělosti nemusí kompletně podařit. Ego mladého člověka se tak zmítá v komplikované pubertální etapě navzdory postupujícímu věku. (Malá, 2000)

Problém identity vede k tomu, že nemocný si není jistý tím, kým je (např. identita po hlavě). Typické příznaky jsou: „klackovité“ chování, emoce nepřiměřené situaci, obřadné chování, „plané filozofování“, grimasování a gestikulace beze smyslu, hrubost či apatie, ztráta zájmů a výrazné samotářství. Halucinace jsou častěji zrakové, obsah bludů bývá bizarní, často se jedná o bludy kosmické nebo hypochondrické. (Vágnerová, 2004)

1.4.3 Katatonní schizofrenie

Katatonní schizofrenie se projevuje zejména funkční poruchou motoriky, a to buď zvýšenou pohybovou aktivitou - nejružnější bizarní a spontánní pohyby (excitace), neustálé opakování slov apod. - nebo sníženou pohybovou aktivitou, kdy se nemocný nehýbe (katatonní stupor), nemůže nemluvit (mutismus), klade odpor při pokusech jej aktivizovat (negativismus) či naopak může reagovat jako loutka, kdy nemocný vydrží po dlouhou dobu v poloze, do které byl nastaven (vosková ztuhlost). (Malá, 2002)

1.4.4 Simplexní schizofrenie

Simplexní schizofrenie se vyznačuje především negativními příznaky jako jsou emoční otupělost, ztráta zájmů a sociálních kontaktů, ochuzené myšlení, nezájem. U tohoto typu schizofrenie se většinou nesetkáváme s halucinacemi a bludy. Je zde nejvíce patrný celkový úpadek osobnosti. (Malá, 2000) Tento typ schizofrenie má typicky časný a plíživý nástup, což společně s obtížně rozeznatelnými příznaky znesnadňuje diagnostiku této nemoci (Dörner a Plog, 1999).

1.5 Léčba a resocializace

Schizofrenie je léčitelná. Tato skutečnost, ačkoliv je stále ještě přijímána s jistou dávkou nedůvěry, mění dle mého názoru pohled na nemocného. Z pozice oběti se nemocný dostává do pozice partnera léčebného procesu, jenž otevírá dveře naději na kvalitní a produktivní život.

Podle Češkové a Kučerové (2006) 1/3 nemocných prodělá jednu či několik epizod a vrátí se do běžného života. U další 1/3 nemocných se střídají remise (období vymizení příznaků) s relapsy (opětovný vznik příznaků onemocnění), tito jedinci mají většinou přiznaný invalidní důchod. Poslední 1/3 nemocných je nemocná velmi těžce, kdy je závislá na podpoře rodiny či příslušných institucí.

Hlavní léčebnou metou, která se zaměřuje především na zvládnutí ataky a vymizení příznaků schizofrenie, je užívání léků. Především díky pokroku ve farmakologii, jsou dnešní moderní léčiva mnohem účinnější a nenesou sebou tolik vedlejších účinků. Schizofrenie vede také ke snížení úrovně sociálních, pracovních a psychologických funkcí, je tedy třeba, aby léčba byla doplněna o psychoterapii a socioterapii, včetně edukace, nácviku pracovních a sociálních dovedností. (Malá, 2000)

1.5.1 Farmakoterapie

Farmakoterapeutická léčba vychází z neurotransmitterové teorie o poruše přenosu dopaminu a v praxi znamená použití léků tzv. neuroleptik, jejichž cílem je zklidnění stavu pacienta, potlačení především akutních a pozitivních symptomů nemoci (Malá, 2000). Farmakologie v posledních letech prodělala doslova revoluci, zvýšila se účinnost léků a snížila se míra vedlejších účinků, což se odrazilo na míře compliance pacientů. Compliance vystihuje spokojenost nemocných s užívanými léky a jejich motivaci ve farmakoterapii pokračovat. (Kučerová, 2010)

Farmakoterapeutická léčba klade na pacienta břemeno zodpovědnosti užívat předepsané dávky léků. Bohužel řada pacientů tuto léčbu dostatečně nedodrhuje, užívá jiné dávky léků než předepsané či v užívání svévolně přestane. Nespolupráce ve farmakoterapii může být zapříčiněno ztrátou náhledu pacienta na svou nemoc, kdy odmítá léčbu, jelikož se domnívá, že ji nepotřebuje (Kalina, 1987).

Jiným důvodem může být strach nemocného z vedlejších účinků léku či skutečná nespokojenost s léky kvůli vedlejším účinkům. Přitom právě 50% rehospitalizací je zapříčiněno právě neužíváním doporučené dávky léků. (Praško, 2011)

Za nespoluprací při dodržování předepsané medikace se může skrývat také snaha pacienta zapomenout na svou nemoc, cítit se jako zdravý, plnohodnotný člen společnosti. Tato snaha může být zapříčiněná mírou stigmatu, která je s užíváním medikace spjata. (Kalina, 1987)

1.5.2 Psychoterapie

Samotné medikamenty nejsou schopné řešit veškeré problémy, které jsou spojeny s léčbou nemoci. Je zde také velmi důležitá podpora pacienta během nemoci, při procesu porozumění sebe sama a své nemoci, a zlepšení pacientových sociálních dovedností. Podpůrná psychoterapie je základní formou psychoterapie, která si klade za cíl celkové zklidnění pacienta a přijetí léčby. Je možné použít mnoho dalších forem individuální psychoterapie (např. behaviorální, kognitivní) nebo skupinovou terapii. (Kratochvíl, 2006)

I přes odeznění příznaků po sobě schizofrenie zanechává nerasmazatelné stopy v podobě kognitivního deficitu, který se podle studií následně odráží také v kvalitě sociálního fungování. Rehabilitace se proto zaměřuje na oblast zpracování informací, pozornost, paměť a exeku-

tivní složku. V neposlední řadě je nutný nácvik sociálních dovedností, ve snaze integrovat nemocného zpět do společnosti. (Kučerová, 2010)

1.5.3 Socioterapie

Socioterapie si klade za cíl zlepšit sociální přizpůsobení jedince a začlenit jej zpět do společnosti a to nejen co se týká mezilidských vztahů, ale také v oblasti bydlení a zaměstnání. Metodami socioterapie je především aktivizace jedince a rozvoj praktických dovedností. (Vágner, 2004)

Schizofrenie nepředstavuje zátěž jen pro nemocného, ale také pro členy rodiny, proto je velmi důležitá spolupráce psychologa s rodinou pacienta. Je třeba rodině poskytnout edukaci, vysvětlit, že léčba nemoci trvá dlouhou dobu a je důležité vybavit se trpělivostí a tolerancí. Rodina si musí vytvořit nový systém fungování, který bude přijatelný jak pro nemocného, tak pro ostatní členy rodiny. Důležité je vytvářet pozitivní atmosféru uvnitř rodiny a redukovat zdroje napětí. Jestliže toto soužití není z jakéhokoliv důvodu možné a stav nemocného nedovoluje možnost samostatného bydlení, je možné využít přechodnou formu tzv. chráněného bydlení. Tato forma bydlení se vyznačuje institucionální podporou a tvoří mezikrok k samostatnému bydlení. (Vágnerová, 2004)

Schizofrenie nabourává také pracovní návyky, snižuje pracovní výkonnost jedince a jeho frustrační toleranci, z toho důvodu je potřeba nabídnout pracovní rehabilitaci. Návrat do zaměstnání není vždy jednoduchý, musí být vždy brán zřetel, zda jedinec se schopný snášet zátěž spojenou s výkonem povolání. Zátěž může představovat také zdrženlivost a obavy ze stran spolupracovníků. Jen asi 10% nemocných je schopno znovu vykonávat své předešlé povolání. V případě, že nemocný není schopen vrátit se do zaměstnání, je mu uznán invalidní důchod (Vágner, 2004). S ohledem na zdravotní stav jedince je možné také pracovat v chráněných dílnách.

I přes odeznění příznaků, schizofrenie po sobě zanechává nesmazatelné stopy v podobě kognitivního deficitu, který se podle studií následně odráží také v kvalitě sociálního fungování. Rehabilitace se proto zaměřuje na oblast zpracování informací, pozornost, paměť a exekutivní složku. V neposlední řadě je nutný nácvik sociálních dovedností, ve snaze integrovat nemocného zpět do společnosti. (Kučerová, 2010)

2 SOCIÁLNÍ VÝZNAM SCHIZOFRENIE

V této kapitole se zabírám problematikou schizofrenie ze sociálního hlediska. Pozornost věnuji rodině nemocného a její úloze ve vztahu k duševně nemocnému jedinci. Pokračuji právním postavením duševně nemocných ve společnosti. Toto téma je velmi obsáhlé, proto se zaměřuji pouze na základní práva duševně nemocných a s nimi související právní specifika.

Největší pozornost je věnována ústřednímu tématu mé diplomové práce, stigmatizaci duševního onemocnění. Mou snahou je osvětlit příčiny stigmatu a poukázat na jeho důsledky pro život nemocného a jeho nejbližších. V závěru kapitoly se zmiňuji o aktivitách zaměřených na odstranění stigmatu a diskriminace duševně nemocných.

2.1 Rodina schizofrenního jedince

Schizofrenie představuje velkou zátěž nejen pro nemocného, ale také pro jeho rodinu. Proměnu v patologické myšlení a chování nemocného rodina vnímá, ale většinou jí nerozumí. Nemocný se podle ní chová divně, nevyzpytatelně a komunikace s ním je značně problematická. Možnost duševního onemocnění rodinu buď vůbec nenapadne, popř. si ji nechce připustit. Stav nemocného vzbuzuje v rodině obavy a to nejen o nemocného, ale také z nemocného. (Vágnerová, 2004)

Význam rodiny pro život nemocného je dle mého názoru nezpochybnitelný. Zvláště když si uvědomíme, že nemoc vážně narušuje sociální vazby nemocného a uvrhuje ho do sociální izolace, ze které není lehká cesta zpět. Rodina přináší pocit zázemí, podpory a přijetí, pocit, že nemocný někam patří a je milován takový, jaký je. Tedy v tom lepším případě, kdy rodina zvládne zpracovat krizi spojenou s propuknutím nemoci. V opačném případě, kdy se rodina nezvládne adaptovat na novou situaci, může dojít až k jejímu rozpadu.

Schizofrenie představuje obrovský zásah do rodinných vztahů, chodu domácnosti apod. Ačkoliv každý člen rodiny prožívá krizi subjektivně, můžeme zde najít určité pravidelnosti, kterými členové rodiny prochází v procesu vyrovnávání se s diagnózou schizofrenie jejich blízkého (Kalina, 1987; Vágnerová, 2004):

- 1) Popření – duševní onemocnění může představovat pro rodinu natolik velkou zátěž, že jej odmítne připustit. Z důvodu sociální stigmatizace se rodina za diagnózu schizofrenie může stydět a snažit se nemoc popírat nebo ji utajit.

2) Hledání příčiny – postupné přijetí nemoci se projevuje hledáním její příčiny, resp. zpočátku viníka nemoci. Rodiče často hledají chybu ve vlastní výchově, ale i mimo rodinu nebo dávají vinu přímo nemocnému.

3) Hledání pomoci a léčba – často naráží na předsudky rodiny, které nepříznivě ovlivňují terapii nemocného (např. odmítání léčby v léčebně, protože se za ni stydí). Rodina žádá rychlé a účinné řešení jejich problému, pakliže se jim výsledku nedostává, hledají alternativní způsoby léčby nebo rezignují.

4) Přijetí – akceptace onemocnění představuje úspěšné zvládnutí rodinné krize. Dochází ke změně rodinných vztahů a hledání alternativ přijatelných pro všechny členy rodiny. Za nezvládnutí krize je považován rozpad rodiny či vyloučení nemocného do ústavní péče.

2.2 Právní postavení schizofrenního jedince

Práva duševně nemocných vyplývají z Deklarace práv duševně postižených, která podléhá Všeobecné deklaraci lidských práv. V obecné rovině mají duševně nemocní (je-li to možné) stejná práva jako ostatní občané. Specifikum pro duševně nemocné tvoří práva jako právo na terapii a rehabilitaci, právo na práci (pokud možno přiměřenou schopnostem nemocného), právo na kvalifikovaného opatrovníka, právo na ochranu před zneužíváním a ponižováním, právo na posouzení odpovědnosti při právním přečinu. (Musil, 2006)

Duševně nemocným lze některá práva omezit popř. odejmout, jestliže je to nutné. Jedná se o tzv. změnu způsobilosti k právním úkonům. Deklarace práv duševně nemocných lidí udává, že tento akt je možný pouze na základě znaleckého posudku a rozhodnutí soudu, aby se předešlo jakékoliv možnosti zneužití. Ke změně způsobilosti k právním úkonům se přistupuje, jestliže jedinec není schopen v důsledku své nemoci mít plnou kontrolu nad svými rozhodnutími a jednáním. Jedná se o ochranu nemocného např. před sjednáváním nevýhodných smluv, nesprávným hospodařením s penězi, v oblasti rodičovské zodpovědnosti apod. Oblasti, ve kterých jsou práva jedince omezena, popř. odejmuta, spravuje soudem pověřený opatrovník. Nemocný má právo se proti rozhodnutí soudu odvolat a také aktivně žádat o znovunavrácení způsobilosti. (Marečková a Matiško, 2009, [Online])

Nemocný schizofrenií má nejen právo na léčbu, ale má také právo léčbu odmítnout. Ndobrovolná léčba je možná jen v případě, kdy je nemocný vážně nebezpečný buď sobě, nebo

svému okolí. Psychiatrická léčebna v tomto případě musí do 24hod uvědomit soud, který má 1týden, aby rozhodl o propuštění či ponechání pacienta v léčebně. Další kroky a změny vždy podléhají soudu na základě znaleckých posudků a odborného šetření. (*Liga lidských práv*, 2012, [Online]).

V případě hospitalizace rodina nemusí být informována, jestliže si to nemocný nepřeje. S tímto faktem souvisí pacientovo obecné právo na ochranu osobních údajů, které jsou v případě duševního onemocnění zvláště citlivé. Podle etického kodexu pro lékaře, psychology a jiné odborníky z řad pomáhajících profesí existuje povinnost dodržovat mlčenlivost ve věcech, které se dotýčný dozvěděl při výkonu své profese. Poskytnutí informací o klientovi jiným odborníkům je možné pouze se souhlasem klienta. Publikační činnost odborníka o získaných informacích musí klientovi zajišťovat vždy naprostou anonymitu. (Musil, 2006)

Nutno poznamenat, že práva duševně nemocných nejsou vždy plně respektována (právo na informovaný souhlas, posuzování způsobilosti k právním úkonům a výkon opatrovnickví, právo na soukromí a lidskou důstojnost apod.), na vinně může být lidský faktor, nezpochybnitelně však také nedostatek finančních prostředků, se kterým se u nás psychiatrická péče trvale setkává. (Rózsová-Horálková, 2009, [Online])

2.3 Stigma schizofrenie

Slovo „stigma“ pochází z řečtiny a znamenalo: „vypálené znamení“. Dnes můžeme slovo stigma chápat ve významu domnělé nebo skutečné odlišnosti, která má sociální dopady. (Hinterhuber, 2001, [Online]) Stigma schizofrenie prakticky vytváří překážku k přijetí nemocného ve společnosti.

Podle Libigera (2002, [Online]) stigmatizace pramení z několika vzájemně propojených zdrojů, kterými jsou skutečná odlišnost duševně nemocných, předsudky, nároky a hodnoty prostředí. Podle Vágnerové (2004) ke stigmatizaci schizofrenie přispívá i její nejasná etiologie, která podporuje vytváření různých hypotéz vzniku nemoci.

Stigma schizofrenie je možno chápat ve dvou rovinách. První rovina je tvořená předsudky a stereotypy opředěnými postoji společnosti a druhou rovinu tvoří sebestigmatizující postoje samotných nemocných. Leff a Warner (2006, [Online]) vysvětlují, že zatímco nezápadní kultury hledají příčiny onemocnění v temných silách a čarodějnictví, západní kultury se od vnějších činitelů obrací přímo k nemocnému, ten cítí zodpovědnost za svou nemoc a

hledá chybu sám v sobě. Pocity provinění, nízké sebevědomí a sebeúcta oddalují nemocného běžné společnosti, jelikož se nemocný za svou nemoc stydí a uzavírá se do svého nitra.

Zpřetrhané sociální vazby důsledkem nemoci není lehké pro nemocného jedince znovu navázat a samotu, do které byl uvržen, může chápat jako součást své nemoci. Ve skutečnosti však nemocný pouze přijímá společností vytvořenou stigmatizovanou roli schizofrenního jedince, který neplatí za plnohodnotnou součást společnosti a musí proto žít v ústraní. Tato role uzavírá cestu dalšího rozvoje jedince. (Libiger, 2002, [Online])

Nejen postoje laické veřejnosti, ale ani postoje veřejnosti odborné nejsou proti stigmatu duševního onemocnění imunní a můžou se vyznačovat různými stereotypy v uvažování, redukcionismem a zjednodušováním. Stigma v řadách odborníků může představovat důsledek profesní vyčerpanosti či deformace. (Libiger, 2002, [Online])

Ač se to může zdát paradoxní, i sami lidé s duševním onemocněním mohou projevat odstup vůči jiným duševně nemocným (Meise, In Hinterhuber, 2001, [Online]). Přitom právě očekávání ze strany rodiny, psychiatrického personálu a ostatních pacientů je důležitým aspektem příznivé prognózy ve zvládnutí běžného života nemocným. Toto očekávání je nositelem naděje a síly, že se s nemocí dá bojovat a že v tom člověk není sám. (Dörner a Plog, 1999)

2.3.1 Historická podmíněnost stigmatizace

Kořeny neporozumění psychicky nemocným a jejich sekularizace zasahují hluboko do minulosti. Ve středověku byl psychicky odlišný člověk považován za hříšníka spojeného s ďáblem, který měl být inkvizicí napraven. Starověké snahy o léčení duševně nemocných vystřídaloby kruté zacházení, věznění, mučení, zabíjení. (Hinterhuber, 2001, [Online])

S novověkem přichází vznik prvních ústavů pro duševně nemocné, které ovšem na surovosti ošetřujících příliš neubíraly. Nemocní byli izolováni, týráni a ponižováni. Konec vězeňské psychiatrie je spojován se jménem Philippa Pinela, který v období francouzské revoluce oddělil duševně nemocné od zločinců, se kterými byli do té doby drženi společně. Až na počátku 19. století lékaři přestávali chápat psychické nemoci jako pozůstatky hříšného života, i přes to však ještě po dlouhá staletí byli duševně nemocní léčeni způsoby značně nehumánními a nedůstojnými. (Praško, 2011)

2.3.2 Stigmatizace jako druhá nemoc

Dosud existují v myslích lidí zakotvené předsudky vůči psychicky nemocným lidem, kteří platí za nevypočitatelné, násilnické a nevléčitelné. Tyto předsudky jsou zdrojem sociálního stigmatu duševního onemocnění, o kterém Finzen (Hinterhuber, 2001, [Online]) mluví jako o tzv. „*druhém onemocnění*“ duševně nemocných.

Stigmatizace negativně ovlivňuje průběh onemocnění, z toho důvodu, že (Hinterhuber, 2001, [Online]):

- zesiluje obranu nemocného vůči tomu, aby akceptoval svou nemoc, a v důsledku toho oddaluje nasazení adekvátní terapie
- oslabuje motivaci nemocného k dodržování terapie
- zvyšuje riziko relapsu, a tím pravděpodobnost delšího a závažnějšího průběhu nemoci
- vede k poklesu sebevědomí nemocného a ke zhoršení kvality jeho života

Libiger (2002, [Online]) doplňuje tento výčet o formy diskriminace a některé další dopady stigmatizace:

- nižší zaměstnanost
- sociální izolace
- zvyšuje subjektivně pociťovanou zátěž
- pocity zavinění ze strany nejbližších nemocného

Wenigová (2005, [Online]) navíc zmiňuje problémy s bydlením, které mohou vyústit bezdomovectvím.

2.3.3 Mýty o schizofrenii

O schizofrenii stále existuje mnoho mýtů, které často vedou k nepřesné či nesprávné interpretaci této nemoci. Mezi nejčastější mýty patří (Libiger, 2002, [Online]):

- schizofrenie je nevléčitelná: schizofrenie nemusí přetrvávat po celý život. Jedinec může prodělat jednu nebo několik atak a dál setrvávat v remisi.

- pacienti se schizofrenií jsou nebezpeční – výskyt trestné činnosti není vyšší než u běžné populace. Riziko tvoří pouze pacienti, kteří jsou léčeni nedostatečně nebo vůbec, nebo pacienti, kteří užívají návykové látky.
- lidé se schizofrenií jsou nespolehliví a nemohou pracovat – zaměstnání je pro nemocné velmi důležité, posiluje pocit jejich vlastní hodnoty a užitečnosti. Více než polovina nemocných je schopná s podporou pracovat na volném pracovním trhu.
- schizofrenie je druh trvalé duševní zaostalosti – ačkoliv schizofrenie může způsobit kognitivní deficit jedince, jsou známy i případy kreativních a profesně velmi úspěšných jedinců. Matematik John Nash, trpící paranoidní schizofrenií, i přes mnoholeté opakované pobyty v léčebně se dokázal vrátit na akademickou půdu Univerzity v Princetownu. Roku 1994 získal Nobelovu cenu míru za svou teorii her.

Mezi další mýty patří (*Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví*, 2004, [Online]):

- schizofrenie je neléčitelná nemoc
- schizofrenie je výsledkem úmyslně slabé vůle a povahy, což znamená, že kdyby člověk chtěl, tak by se z toho dostat mohl.
- Všechno, co lidé se schizofrenií říkají, je nesmysl
- Lidé se schizofrenií nejsou schopni spolehlivě informovat o účincích léčby nebo jiných věcech, které se jim dějí
- Lidé se schizofrenií jsou naprosto neschopni se racionálně rozhodovat o svém životě (např. kde bydlet)
- Lidé se schizofrenií jsou nevypočitatelní
- Nemoc se u lidí se schizofrenií celý život postupně zhoršuje
- Schizofrenie je vina rodičů.

2.3.4 Projekty proti stigmatizaci duševního onemocnění

Světová psychiatrická asociace (WPA) zrealizovala v roce 1996 velkou vysvětlovací kampaň Open the doors zaměřenou na změnu postojů vůči duševně nemocným, snížení míry stigmatizace a diskriminace těchto lidí. Kampaň spolupracovala s nejsledovanějšími médii, odborníky a nemocnými a jejím cílem bylo oslovit nejen širokou veřejnost, ale také zdravot-

níky, žurnalisty a především studenty, jejichž postoje se teprve formují. (Wenigová, 2005, [Online])

Kampaň byla prováděna v Německu, Rakousku, ve Švýcarsku a jiných zemích. Rakouská pilotní studie zjišťovala mj. vliv informátora poskytnutých informací na změnu postojů studentů středních škol. Výsledky těchto studií ukazují, že nejefektivnějšího účinku je dosaženo, jestliže informátorem je sám člověk s duševním onemocněním: „*Pouhé sdělování informací bez možnosti kontaktu s vlastním objektem nestačí k tomu, abychom své postoje změnili.*“ (Hinterhuber, 2001, s. 217, [Online]). Stejného názoru jsou i Corrigan a Lundin (©2001, [Online]), kteří za nejefektivnější cestu změnu postojů společnosti považují právě osobní kontakt s osobou trpící schizofrenií. Naopak za nepříliš efektivní považují antistigmatizační kampaně.

K projektu Open the doors se v roce 2004 připojila i Česká republika projektem s názvem Změna, jehož realizátory jsou přední čeští i světoví psychiatři. Snahou tohoto projektu je poskytnout osvětu, zejména v oblasti etiologie a léčby, široké veřejnosti a představitelům státní správy a samosprávy s cílem změnit stigmatizující postoj k duševně nemocným lidem a jejich rodinám. (*Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví*, 2004, [Online])

3 POSTOJE

Tato kapitola je zaměřena na seznámení se s problematikou postojů. Seznamuje čtenáře s obecnými charakteristikami postojů, vztahem mezi postoji a behaviorálními projevy jedince, pozornost je soustředěna především na teorie zabývající se vznikem a dynamikou postojů a na determinanty, které tyto procesy ovlivňují.

3.1 Definování pojmu postoje

Problematicke postojů se na začátku 20. století začali věnovat dva polští sociologové a filozofové W.J.Thomas a F. Znaniecki. Ačkoliv jejich definování pojmu postoj se neujalo, chápání tohoto pojmu se od jejich pojetí v dnešní době v zásadě neliší a je možno jej považovat již za klasické pojetí, které spočívá v názoru, že postoj je „*individuální protějšek společenské hodnoty*“. Pojem hodnota pak představuje objekt, který je společností vnímán jako důležitý. (Nakonečný, 2000)

Problematicke postojů se dále věnovala spousta psychologů a sociologů pokoušejíce se o zpřesnění tohoto pojmu a s ním souvisejících otázek. Kupříkladu Allport (1935, In Slaměnik a Výrost, 1997) nazval postoje jako „*mentální a nervový stav pohotovosti*“, který na základě zkušenosti ovlivňuje (řídí) reakce člověka na podněty, které se k němu vztahují.

Allportovo pojetí však nepočítá s možností, že člověk se vždy nechová v souladu se svými postoji, což prokázal již LaPierre. Umírněnější definici nabízí Osgood, Suci, Tannenbaum (1957, In Hayesová, 2003), kteří o postojích hovoří jako o predispozicích k určité činnosti.

Nakonečný (2000) se přiklání k pojetí D. Krech, R.S.Crutchfielda a E.L.Ballachey, kteří tvrdí, že postoje jsou: „*trvalé soustavy pozitivních nebo negativních hodnocení, emocionálního citění a tendencí jednání pro nebo proti vůči společenským objektům*“ a sám o postojích hovoří jako o „*hodnotících vztazích*“. Hodnotící vztahy lze chápat jako určitá stanoviska, které člověk zaujímá vůči podnětům kolem sebe ve snaze přiřknout jim určitou důležitost, hodnotu. Na hodnocení se podílí jak složka kognitivní tak složka emocionální, která hodnocení posiluje o citový vztah člověka k objektu hodnocení. V podobném duchu se nese také pojetí Atkinsonové (2003, str. 616), která definuje postoje jako „*pozitivní nebo negativní hodnocení a reakce vztahující se k objektům, osobám, skupinám a situacím nebo k dalším aspektům světa*“.

3.2 Charakteristika postojů

Tato kapitola seznamuje čtenáře se skladbou postojů, s charakteristickými rysy, kterými se postoje vyznačují, s jejich specifickými vlastnostmi, a vysvětluje, k čemu jsou nám postoje užitečné.

3.2.1 Struktura postojů

Z výše uvedených definic je patrné, že struktura postojů je složena z několika částí, většina autorů se shoduje na existenci kognitivní, emocionální a konativní složky struktury postojů (Kohoutek, 1998; Hayesová, 2003; Nakonečný, 2007). Kognitivní složka představuje znalosti člověka vztahující se k objektu (neboli co o objektu člověk ví). Objekt v nás může také vyvolávat pocity, emoce, které ovlivňují povahu postojů, tyto pocity spadají do složky emocionální (afektivní). Složka konativní představuje chování, kterým je postoj prezentován resp. nereprezentován, jelikož jak už jsme poznamenali dříve, ne vždy člověk jedná v souladu se svými postoji.

Jiné pojetí struktury postoje zastávají Fishbein a Ajzen (In Slaměník a Výrost, 1997), kteří pojmem „postoje“ označují pouze emocionální složku. Kognitivní složku označují jako přesvědčení a konativní složku dělí na záměr (zachovat se) a aktuální chování. Odlišení kognitivní a afektivní složky postoje je podle nich odpovědí na otázku, proč někteří lidé mající stejné přesvědčení zastávají různé postoje a naopak stejné postoje mohou stát na rozdílných přesvědčeních.

3.2.2 Vlastnosti postojů

Atkinsonová (2003) říká, že postoje se vyznačují 3 hlavními rysy: 1. postoje jsou *naučené*, vznikají v průběhu socializace člověka; 2. jsou *konzistentní*, tedy jedinec má tendenci integrovat své postoje do jednoho harmonického celku a 3. postoje souvisí s příznivými resp. nepříznivými *reakcemi* na osoby, objekty, situace a informace.

Nakonečný (2003) charakterizuje postoje následujícími vlastnostmi:

1. *komplexnost* – postoje se vyznačují kognitivní, emocionální i konativní složkou.
2. *konzistence* – uvedené složky mají tendenci být více či méně v souladu; nastane-li stav harmonizace, mluvíme o konzistenci, v opačném případě o inkonzistenci (disonanci).

3. *konsonance trsu postojů* – postoje se kategorizují do obdobně významových souborů, vztahy mezi postoji jsou spíše psychologické než logické.
4. *resistence postoje vůči změně* – čím jsou postoje pro jedince subjektivně významnější, tím větší je tendence zamezit jejich změně. Velmi intenzivní postoje téměř nemožné změnit, spíše je možné ovlivnit jejich intenzitu.
5. *intenzita postoje* – každý postoj je vyjádřen určitou pozicí mezi póly negativní a pozitivní.

3.2.3 Funkce postojů

Postoje plní celou řadu funkcí, Atkinsonová (2003) uvádí 5 nejdůležitějších funkcí:

1. instrumentální – jedinec zaujímá určitý postoj, jelikož z něj plyne užitek či jedinci díky němu náleží odměna. Jedná se o utilitární smysl postoje, který nemusí být v souladu s ostatními postoji, ale jeho změnu by zapříčinila pouze existence jiné více prospěšné alternativy.
2. znalostní – postoje mají tu výhodu, že systematizují informace do podoby jakýchsi schémat, díky kterým jsme schopni rychle a přehledně vnímat svět kolem nás. Jejich nebezpečí tkví v přílišném zjednodušení reality.
3. hodnotová – postoje, které vyjadřují to, čeho si vážíme, co je pro nás důležité plní tzv. hodnotovou funkci, tvoří platformou našeho sebepojetí
4. ego-obranná – jak již název napovídá, tato funkce brání naše ego, tedy tvoří štít před úzkostí či ohrožením naší sebeúcty. Obrana ega je termín, který se zrodil v psychoanalýze S. Freuda. Ten popisuje jako jeden ze způsobů obrany ega tzv. projekci spočívající ve vytěsnění „nepřijatelných impulsů“, ty jsou přesunuty na jiné jedince, vůči kterým je následně projevován nepřátelský postoj.
5. sociálně adjustační – tato funkce postojů umožňuje identifikaci se sociální skupinou. Atkinsonová poznamenává, že samotný obsah postoje není tolik důležitý jako sociální vazby, které umožňuje.

Sociálně adjustační funkce napomáhá skupinové soudržnosti, jedinec má možnost vymezit sebe sama ve vztahu k referenčním skupinám a skupinám, ve kterých není členem (Hayesová, 2003).

3.3 Utváření postojů

Existuje mnoho teorií pojednávajících o vzniku a utváření postojů. První křížovatkou, na které se výzkumníci rozcházejí, je otázka, zda jsou postoje vrozené či naučené.

Mezi zastánce genetické teorie patří např. badatelé Eysenck a Wilson (In Hayesová, 2003), ti se domnívají, že postoje jsou povětšinou vrozené, respektive člověk dědí určité osobnostní rysy, které tvoří kořeny postojů. V neprospěch této teorie však hraje malý počet důkazů a neschopnost vysvětlit formování specifických druhů postojů.

V opozici genetickým teoriím stojí teorie opírající se o předpoklad, že postoje jsou naučené a utváří se v průběhu života (Hayesová, 2003; Kohoutek, 1998; Nakonečný, 2007). Podle Kohoutka (1998) se postoje vytváří v průběhu socializace a jsou citlivé na skupinové smýšlení. Nejvíce jsou postoje ovlivnitelné malými skupinami, úlohu však mohou hrát i média. V dětství jsou postoje spíše obecné později se začínají diferencovat, členit do souborů podobných významů. Tomuto procesu se říká „postojová integrace“. Postoje se mohou měnit či přizpůsobovat postojům významných osob či sociálních skupin s cílem zajistit si tak jejich přijetí.

Podle Nakonečného (2007) postoje vyjadřují vztah k hodnotám, kdy se jedinec v interakci s vnějším světem postupně učí tomu, co je dobré a co špatné. Toto učení se odehrává ve dvou rovinách: rovina společensko-normativní a rovina subjektivní. Společensko-normativní rovina představuje společensky uznávané vnímání pojmů dobra a zla, kdežto subjektivní rovina vyjadřuje osobní zkušenost jedince. Toto učení probíhá na základě podmiňování, kdy společensky pozitivně hodnocené hodnoty jsou odměňovány a negativně hodnocené jsou doprovázeny trestem. Jedinec si na základě odměn či trestů vytváří vlastní pojetí světa a žebříček hodnot.

Bandura (Hayesová, 2003) ve svých výzkumech však dospěl k závěru, že efektivnější utváření postojů probíhá učením se nápodobou, spíše než podmiňováním.

3.4 Změna postojů

Možnost ovlivnit lidské postoje zajímá spoustu výzkumníků, jak z hlediska možnosti změny nežádoucích předpokladů (např. rasových), tak také v zájmu zvýšení koupě produktů v podobě reklam či ovlivnění názorů občanů v předvolebním boji. Naše postoje jsou každý den vystaveny různým způsobům ovlivňování, přesvědčování či dokonce manipulací.

Změna postojů však nemusí být chápána jen v negativním slova smyslu, člověk se stále učí a každé nové poznání má vliv na revizi stávajících postojů. A jak tvrdí Smith a jiní badatelé, k utváření si vlastního pohledu na svět a ke zralosti názorů přispívá, když se člověk setkává s různými informacemi, názory a různými perspektivy jiných lidí. (Hayesová, 2003)

3.4.1 Teorie kognitivní disonance

Autorem této teorie vysvětlující změnu postojů je Leon Festinger (In Kohoutek, 1998), který navazuje na Heiderovu Teorii kognitivní rovnováhy. Podle této teorie má člověk tendenci se chovat v souladu se svými postoji, a snaží se, aby i jeho postoje byli ve vzájemné harmonii neboli tzv. konzistentní. Vzniknou-li situace, kdy se postoje dostanou do konfliktu, jsou v rozporu, jedinec prožívá nepříjemné pocity, které ho motivují tento stav změnit.

Ke zbavení se nepříjemného stavu napětí je zapotřebí změny disonantního přesvědčení, k tomu dochází odstraněním nesourodého postoje nebo připojení dalšího postoje, který umožní situaci vnímat jiným způsobem (Hewstone a Stroebe, 2006).

Festinger (In Hayesová, 2003) se domnívá, že lidé mají potřebu porozumět světu, utvářejí si svoji vlastní představu, jak svět funguje, a jestliže se do jejich představy nabourá informace, která představě odporuje, mají snahu tuto informaci potlačit. Informace může být jedincem ignorována či překroucena tak, aby odpovídala jeho vnímání světa. Čím více vyhraněný názor jedinec zaujímá, tedy čím více intenzivní jsou jeho postoje, tím je snaha potlačit nežádoucí informaci větší. S tímto faktem souvisí i Rokeacheho Teorie otevřené a zavřené mysli (1960, In Nakonečný, 2000), která říká, že lidská mysl je „otevřená“ především takovému poznání, které se slučuje s její představou o fungování světa, jejími postoji. Naopak „zavřená“ je vůči nekonzistentnímu poznání.

Navzdory své teorii kognitivní disonance, Festinger (In Nakonečný, 2003) přišel s tvrzením, že v určitých případech může člověk disonantní postoje vyhledávat, a to zejména v případě, kdy si je vědom toho, že jim může argumentačně vzdorovat, a nebo je přesvědčen, že je bude moct v budoucnu využít.

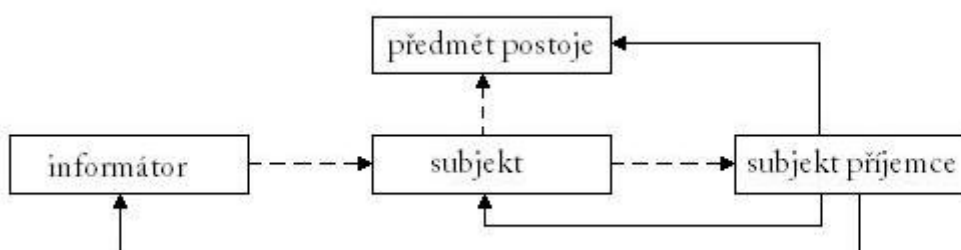
3.4.2 Teorie řízení dojmů

Teorie řízení dojmů (Tedeschi, 1981, In Hewstone a Stroebe, 2006) předpokládá, že v rámci vytváření si určité „image“ před druhými lidmi, své postoje měníme tak, aby před

ostatními působily konzistentně. Tato tendence předvést harmonický dojem sebe sama se však nemusí slučovat s vnitřním rozpoložením jedince resp. jedinec svůj postoj mnohdy předstírá.

3.4.3 Přesvědčování

Postoje můžeme ovlivnit také cestou komunikace, poskytnutím nového poznání, informace. Ovšem na změně postojů se nikdy nepodílí jen jedna skutečnost, „*informace nepůsobí nikdy sama o sobě, nýbrž v kontextu dané situace a svého zdroje*“ (Nakonečný, 2000, str.151). Jedná se tedy o proces změny postojů, který ovlivňuje vícero činitelů, mezi něž patří zejména obsah sdělení, zdroj sdělení, komunikační kanál, prostřednictvím něhož je sdělení vedeno a vlastnosti příjemce. Velmi přehledně vztahy mezi činiteli změny postojů vystihuje následující schéma (Herkener, 1991, In Nakonečný, 2000):



Obr. 1 Vztahy mezi determinanty změny postojů v průběhu komunikace

Činitelé při změně postojů:

- Obsah sdělení

Zda-li jedinec bude věnovat sdělení pozornost, a zda vlivem nového poznání dojde ke změně postojů, je dáno tím, nakolik je informace pro člověka důležitá. Informace, která osloví jednoho, nemusí mít pro druhého vůbec žádný význam, záleží na subjektivním pojetí informace. Obsah sdělení je efektivnější, jestliže působí na emoce příjemce. Vliv emocionálního účinku na postoje prokázal výzkum Leventhala, Singera a Jonese (1965, In Hayesová 2003) zkoumající vliv strachu na změnu postojů k očkování proti tetanu. Ovšem stejně jako v obdobných výzkumech došlo k překvapujícímu zjištění, že tato změna postojů se neodrazilo v chování jedince.

Sdělení se stává nepřesvědčivým, jestliže jsou používána slova vyvolávající nejistotu, jsou-li uváděny pouze jednostranně zaměřené argumenty, vyskytují-li se ve sdělení protiklady

apod. Vliv má také pořadí argumentů, kdy persuazi znesnadňuje řazení těžkých argumentů na začátek sdělení. (Nakonečný, 2000)

- Zdroj sdělení

Má-li dojít ke změně postojů, velmi záleží na tom, kdo se nás snaží přesvědčit. Nejvýznamnější roli hraje důvěryhodnost komunikátora, která se odráží z jeho zevnějšku, chování, odbornosti apod. Podle výsledků výzkumu Hovlanda a Weisse (1951, In Nakonečný, 2000) je důvěryhodnost komunikátora zcela zásadní pro úspěšnost efektivní komunikace. Důvěryhodně hodnocený zdroj (v případě tohoto výzkumu byla důvěryhodnost založena na odbornosti³) změnil postoje v průměru u ¼ pokusných osob, kdežto zdroj považovaný za nedůvěryhodný přesvědčil pouze necelých 7% pokusných osob⁴.

S tématem důvěryhodnosti zdroje souvisí i tzv. časovaný efekt (sleeper effect), podle kterého vliv důvěryhodnosti informace trvá jen po tu dobu, po kterou si pamatujeme, že pochází od důvěryhodného zdroje. Jinými slovy pokud zapomeneme původ zdroje informace, může mít informace z méně důvěryhodného zdroje stejný účinek jako se zdroje důvěryhodného. Tato skutečnost se však opět změní, jestliže si jedinec uvědomí původ zdroje informace. (Hayesová, 2003)

Princip důvěryhodnosti zdroje je široce využíván v televizních reklamách, kdy nám doporučuje určitý výrobek „odborník“ (např. zubař). Důležitá se ukázala také atraktivita mluvčího, na kterou je v reklamách brán zvláštní důraz. (Hayesová, 2003)

³ A. Giddens (2003) ve své knize *Důsledky modernity* píše o fenoménu důvěry v experty, kdy důvěřujeme odborníkům (např. lékař, pilot), ačkoliv nevíme nic o jejich oborech a aniž bychom znali úroveň jejich odborných znalostí a schopností.

⁴ Výjimku ve výsledcích výzkumu tvořil případ, který Herkner označil jako „ne optimální pokusný materiál“. Ten souvisel s tématem, který je podle Herkera lidem blízký natolik, že jsi na něj vytvářejí ustálené názory sami.

- Komunikační kanál

Komunikační kanál představuje cestu, kterou je informace doručena k příjemci. Všeobecně lze říci, že informace podaná slovně má větší vliv jak informace v psané formě. Ovšem porozumění informaci, zvláště pokud je delší, je větší v psané formě. Největší vliv na změnu postoje se však ukázala být sama osobní zkušenost jedince (Petty a Cacioppo, 1981, In Slaměník a Výrost, 1997).

Zpracování informací může procházet dvěma cestami: centrální cestou a periferní (Petty a Cacioppo, 1979, In Hayesová, 2003). Jedinec uplatňuje centrální cestu zpracování, jestliže se soustředí na obsah sdělení. Naopak periferní cestu volí, jestliže u něj dochází ke změně postoje, ovšem bez toho, že by se obsahem postoje zabýval. V takovém to případě jedince ovlivňují faktory jako např. image komunikátora. V experimentu Walstera a Festingera (1962, In Hayesová, 2003) se ukázala nepřímá cesta sdělení informace efektivnější než centrální cesta.

- Vlastnosti příjemce

Úspěšnost přesvědčování je závislá také na vlastnostech samotného příjemce sdělení. Významnou roli hraje míra ovlivnitelnosti jedince, která je nepřímo úměrná inteligenci (čím více inteligentní jedinec, tím menší je míra jeho ovlivnitelnosti) a také intenzita a stabilita postojů, které jsou persuzi vystaveny. (Nakonečný, 2003).

Postoje se vyznačují různou intenzitou, která se zesiluje, čím je jejich subjektivní významnost větší. Nakonečný (2003) proto rozlišuje *centrální* a *okrajové* postoje, přičemž centrální postoje se týkají významných objektů (např. rodina) a naopak okrajové postoje se týkají subjektivně méně významných objektů. Hayesová (2003) k tomuto dodává, že pokud má člověk na určitou věc velmi silně vyvinutý postoj, informace, která se stávajícím postojem nebude v souladu, bude jen stěží příjemcem přijata. Naopak sdělení, které bude podporovat stávající postoj, bude jedincem snáze akceptováno. Toto přesvědčení opět koresponduje s teorií otevřené a zavřené mysli, o které byla řeč v předcházející podkapitole.

Nezpochybnitelnou roli hraje také aktuální stav jedince a kontext celé situace, ve které k ovlivňování dochází (Nakonečný, 2000). S aktuálním emočním stavem jedince souvisí hypotéza o výpovědní hodnotě nálady, kterou formulovali Schwarz a Clore (1983, In Hewstone a Stroebe, 2006). Tato hypotéza předpokládá, že při hodnocení objektu využívá jedinec svou náladu jako informaci resp. v hodnocení se odráží aktuální emoční stav jedince.

S aktuálním stavem jedince a kontextem celé situace je spojeno také tzv. heuristické zpracování (Chen a Chaiken, 1993, In Hewstone a Stroebe, 2006), pod kterým si můžeme představit jednoduchá pravidla rozhodování ovlivňující proces hodnocení. Heuristická zpracování nevyžadují velké myšlenkové úsilí, což je jeden z důvodů jejich využívání. Důvodem však nemusí být pouze „lenost myslet“, heuristické vodítka používáme např. v situacích, kdy nemáme dostatek času na analýzu argumentů či dostatek informací a potřebujeme se rychle rozhodnout.

3.5 Modely postojů ve vztahu k chování

Na možný rozpor mezi postoji a chováním člověka poukázal již roku 1934 LaPierre (In Hayesová, 2003) ve svém slavném výzkumu, kdy cestoval se svými čínskými přáteli po Americe, v té době rasisticky laděné vůči Číňanům a zkoumal reakce hoteliérů v přímém kontaktu s nimi a později postoje vůči nim v nepřímém kontaktu. LaPierrův výzkum byl však v roce 1988 Ajzenem podroben kritice, která spočívala v míře konkrétnosti situace, do níž se jedinec dostává a rozlišil tak postoje podle jejich subjektivní významnosti na *globální* a *konkrétní*. Ajzen také poukázal na existenci více postojů, které se mohou dostat do konfliktu a ovlivnit tak výslednou reakci jedince.

Smith, Bruner a White (1964, In Hayesová, 2003) poukazují na to, že při vyjadřování postojů hrají důležitou roli také sociální strategie a sociální omezení, jenž mohou být prediktory mírných odchylek až silných rozporů mezi postoji a jejich vyjádřením.

Skupina teorií zastávající názor, že postoje nejsou jedinými determinanty chování, nese název *modely očekávání-hodnota* (Feather, 1982, In Hewstone a Stroebe, 2006). Tento název je odvozen od jejich definice postojů, která předpokládá, že postoje jsou produkty očekávání (předpoklad jedince, k jakým výsledkům jeho chování povede) a hodnot (zhodnocení těchto výsledků).

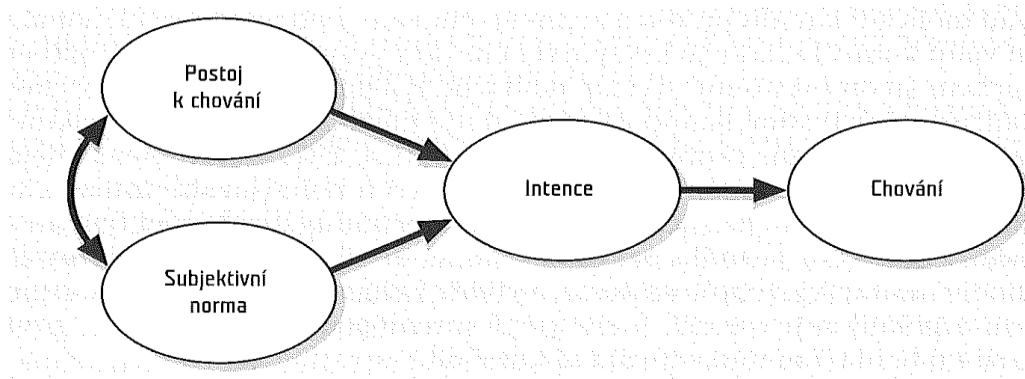
3.5.1 Teorie odůvodněného a plánovaného jednání

Významný model postojů v sociální psychologii představuje teorie odůvodněného chování (potažmo teorie plánovaného chování, která z ní vychází), kterou vypracovali v roce 1980 Fishbein a Ajzen. Tito výzkumníci vychází z přesvědčení, že postoje jsou naučené a utvářejí se v průběhu života v procesu socializace jedince. (Hayesová, 2003)

Tato teorie patří do skupiny modelů očekávání-hodnota. Fishbein a Ajzen rozlišují chování a úmysl zachovat se určitým způsobem. Tento úmysl, záměr chování, determinují dva zdroje, a to postoje jednotlivce a jeho vnímání sociálních tlaků. Člověk jako rozumově myslící bytost zvažuje na základě informací, které má k dispozici, důsledky svého jednání, bere v úvahu vlastní postoje a tlak sociálního okolí na jeho chování, a snaží se tyto dva vlivy sloučit. Výsledkem tohoto procesu je pak samotné chování jedince. (Slaměník a Výrost, 1997)

Zajímavým poznatkem je, že sociální tlaky nejsou jedincem homogenně přijímány, ale jsou tříděny podle subjektivní významnosti. Nejvíce důležitý je tlak sociálních skupin, jichž je člověk členem a referenčních skupin, s jejichž hodnotami, normami a postoji se člověk ztotožňuje. (Hayesová, 2003)

Na obr. 2 můžeme vidět schéma znázorňující vzájemné vztahy mezi prediktory chování, úmyslem zachovat se určitým způsobem a výsledným chováním (Hewstone a Stroebe, 2006):

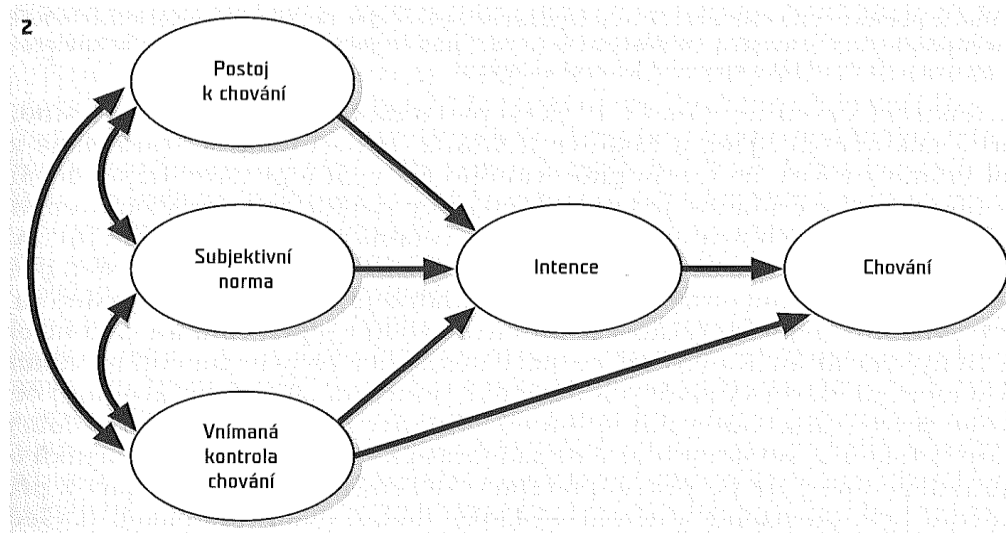


Obr. 2 Model Fishbeina a Ajzena vysvětlující vztahy mezi postoji a chováním podle Teorie odůvodněného jednání

Z teorie odůvodněného jednání vychází teorie plánovaného jednání, kterou Ajzen rozšířil o třetí prediktor chování - vnímanou kontrolu chování. Tento prediktor bere v potaz subjektivní vnímání obtížnosti, s jakou je možné plánované chování uskutečnit. (Slaměník a Výrost, 1997)

Pravděpodobnost, že jedinec úmysl svého chování uskuteční, stoupá s jistotou v jeho vlastní schopnosti. Jedinec v podstatě na základě prediktorů odhaduje pravděpodobnost, s jakou je možné dosáhnout svého cíle. (Bierhoff, 1993, In: Nakonečný, 2000)

Model teorie plánovaného jednání a vzájemné vztahy mezi jejími komponenty ukazuje obr. 3 (Hewstone a Stroebe, 2006):



Obr. 3 Ajzenův model Teorie plánovaného jednání

I přes to, že si tato dnes už klasická teorie vysloužila kritiku za svoji jednostrannou kognitivnost a aplikaci spíše na uměle vytvořené životní podmínky v rámci studia postojů (Nakonečný, 2000), a za zjednodušování stavu věci, stojí nepopíratelně za vznikem celé řady teorií postojů a i v současnosti zastává významné místo v sociální psychologii (Slaměnik a Výrost, 1997).

3.5.2 Teorie sebepercepce

Mnoho výzkumů zabývajících se vztahem mezi postoji a chováním chápalo postoje jako příčiny vzniku určitého konání. S opačnou optikou však přišla v 60. letech Bemova Teorie sebepercepce, která tvrdí, že stejně tak můžeme na základě svého chování, usuzovat na vlastní postoje. Tedy vnímání svých emocionálních reakcí, poznání a pozorování vlastního chování tvoří zdroje postojů, které chápeme jako vyjádření vlastních názorů. (Slaměnik a Výrost, 1997)

Snahu odůvodňovat si své postoje na základě svého chování máme především tehdy, vyznačují-li se nízkou intenzitou či rozporuplností, která by mohla vést k jejich vnitřní dezintegraci. Pozorujeme sami sebe z vnějšku a vysvětlujeme si své chování podobně, jako tomu činíme při pozorování druhých lidí, kdy jejich konání je pro nás ukazatelem jejich myšlení. (Nakonečný, 2000) Mower-Whitová (In Hayesová, 2003) však tvrdí, že tato teorie může fungovat pouze za předpokladu, kdy neznáme příčiny svého chování.

3.6 Předsudky

Specifickým typem postojů jsou předsudky. Předsudky „jsou obvykle převzaté, tradicí udržované iracionální postoje, které se udržují u jedince jako afektogenní vztahy podporované racionalizací“ (Nakonečný, 2003, s. 121). Předsudky jsou známé především ve formě předpojatosti vůči různým rasovým či náboženským skupinám, ale může se jednat i o předsudky vůči duševně nemocným.

Ke změně předsudků vlivem nové a odlišné informace dochází velmi obtížně. Důvodem, proč racionální argumentace není obvykle příliš účinná, je podle Nakonečného (2003) převažující afektivní složka a silná resistance vůči změně, kterou se předsudky vyznačují.

Hinterhuber (2001) popsal fungování jednotlivých složek postojů ve spojení s předsudkem:

- **kognitivní dimenze** postojů má schopnost přijímat nové informace a snadno si je osvojit. Ovšem je-li jejich součástí předsudek, tvoří toto ustálené přesvědčení blokádu přijetí nových faktů, pravdivé informace jsou zpochybňovány a chybné informace nejsou odmítány.
- **Afektivní dimenze** postojů sestává z pozitivních a negativních emocí. Negativní emoce (jako strach, odpor) spjaté z existencí předsudků proti duševnímu onemocnění vytváří bariéru proti osvětovým akcím z oboru psychiatrie.
- **Konativní dimenze** postojů sebou nese určitou připravenost k sociálnímu chování. V případě předsudku vůči duševně nemocným lidem se projevuje tato připravenost tendencí vyčlenit duševně nemocné ze společnosti a jejich diskriminací.

Podle Libigera (2002, [Online]) se na přetrvávání předsudků ve vztahu k duševně nemocným lidem podílejí svou měrou také média, která přinášejí mnohdy poněkud zkreslený obraz duševního onemocnění a psychiatrie jako oboru vůbec. Touha po zprávách, které vzbuzují „senzaci“, často vede k interpretaci duševně nemocných jako nevypočitatelných a agresivních „šílenců“, čímž se opět dostáváme k pramenům stigmatizace.

4 PROFIL STUDENTA SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKY

Obor sociální pedagogika (SP) na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně (UTB) je rozdělen na bakalářský a navazující magisterský stupeň studia, který je možné studovat jak v prezenční tak v kombinované formě. S ohledem na výzkumný vzorek praktické části této diplomové práce se dále budu zabývat pouze prezenční formou bakalářského stupně studia.

4.1 Obsah studia

Obsahem tohoto oboru je odborná příprava studentů pro práci v oblasti pomáhajících profesí. Oblast pomáhajících profesí je poměrně široká a různorodá, z toho důvodu i obsah studia není výrazně specifikován, aby připravil studenty na co nejširší spektrum pracovních nabídek týkajících se oboru sociální pedagogika. Vyučované předměty tvoří komplexní pedagogický rámec doplněný o profilově zaměřené volitelné předměty podle zájmu studenta. Pozornost je věnována nejen pedagogické teorii, ale také praxi, která tvoří nedílnou součást studia. (*Fakulta humanitních studií - Charakteristika studijních plánů*, ©2000 – 2013, [Online]) Struktura studia vychází z následujících vědních disciplín: pedagogika, psychologie, sociální práce, které představují i státnicové předměty. Dále jsou vyučovány základy medicínských předmětů (např. anatomie, základy zdravotnických nauk, psychiatrie), speciální disciplíny (např. sociální patologie, multikulturní výchova) a cizí jazyk.

4.2 Metody výuky

Metody výuky se liší podle typu vyučování. Vyučování se skládá z přednášek, seminářů, cvičení a odborné praxe, jejíž délka se každým rokem studia prodlužuje. Přednášky jsou vedeny obvykle čistě vyučujícím, který předkládá danou problematiku a dále ji rozšiřuje v interakci se studenty v rámci semináře. Semináře v poslední době spočívají na aktivitě studentů, kteří obvykle formou powerpointových prezentací zpracovávají určité téma a seznamují pak s ním ostatní spolužáky. Cvičení, jakož i odborná praxe, kladou důraz na osobní zkušenost studenta, což považují za velmi přínosné.

4.3 Možnosti uplatnění

Absolvent oboru sociální pedagogika bakalářského stupně studia „se orientuje v sociálně pedagogických postupech a metodách práce, aplikuje vhodné výchovné postupy,

orientuje se v oblasti školství a sociální práce, vhodným způsobem komunikuje s uživateli sociálních služeb a školských i mimoškolských zařízení, je připraven pro preventivní působení na děti, mládež i dospělé.“ (Fakulta humanitních studií - Charakteristika studijních plánů, ©2000 – 2013, [Online])

Sociální pedagog může hledat uplatnění jak v oblasti nestátní sféry např. v podobě různých neziskových organizací, tak v rezortech státní správy. Konkrétní možnosti profesního uplatnění v oblasti státní správy ukazuje následující tabulka (Kraus, ©2001):

MOŽNOSTI UPLATNĚNÍ SOCIÁLNÍHO PEDAGOGA V OBLASTI STÁTNÍ SPRÁVY	
<i>Rezort</i>	<i>Možnosti uplatnění v rámci daného rezortu</i>
- sociálních věcí	sociální asistenti, sociální kurátoři pro mládež, instituce sociálně výchovné péče o seniory, ústavy sociální péče
- zdravotnictví	psychiatrické léčebny, rehabilitační instituce, kontaktní centra
- spravedlnosti	oblast penitenciární a postpenitenciární péče
- vnitra	utečenecké tábory, nápravná zařízení
- školství, mládeže a tělovýchovy	školské kluby, domovy mládeže, dětské domovy, instituce ochranné výchovy, instituce výchovného poradenství, instituce preventivní ochrany (krizová centra, střediska pro mládež, reedukační a resocializační zařízení, domovy dětí a mládeže, centra volného času

Tab. 2 Možnosti uplatnění sociálního pedagoga ve státní sféře

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODIKA VÝZKUMNÉHO PROCESU

V této kapitole se zaměřuji na výzkumnou část své diplomové práce. Vymezuji zde předmět mého zkoumání, výzkumné cíle a hypotézy, jejichž pravdivost empiricky ověřuji. Popisuji celý proces výběru výzkumného vzorku, zvolenou techniku sběru dat a metodiku interpretace dat získaných na základě výzkumu.

5.1 Výzkumný problém

Pro svůj výzkum jsem si zvolila výzkumný problém relační, který si klade za cíl zjistit *Vztah mezi postoji studentů sociální pedagogiky (dále jen SP) k lidem trpícím schizofrenií a úrovní jejich vědomostí o této nemoci.*

5.2 Cíl výzkumu

Zvolila jsem si dva výzkumné cíle:

1) *Zjistit, jaký postoj zaujímají studenti sociální pedagogiky k lidem trpícím schizofrenií.*

Dílčí cíle:

- *Zjistit, jaký postoj zaujímají studenti sociální pedagogiky k lidem trpícím schizofrenií v oblasti pracovního uplatnění.*
- *Zjistit, jaký postoj zaujímají studenti sociální pedagogiky k lidem trpícím schizofrenií v oblasti sociálního fungování.*
- *Zjistit, jaký postoj zaujímají studenti sociální pedagogiky k lidem trpícím schizofrenií v oblasti výchovy dětí.*
- *Zjistit, jaký postoj zaujímají studenti sociální pedagogiky k lidem trpícím schizofrenií v souvislosti s kriminalitou.*

2) *Zjistit, co ovlivňuje postoj studentů sociální pedagogiky k lidem se schizofrenií.*

Dílčí cíle:

- *Zjistit, jaké emoce ovlivňují postoje studentů sociální pedagogiky k lidem se schizofrenií.*
- *Zjistit, zda míra vědomostí studentů o problematice duševního onemocnění má vliv na jejich postoje.*

- *Zjistit, zda délka studia sociální pedagogiky na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně má vliv na postoje studentů k lidem se schizofrenií.*

5.3 Výzkumné otázky a hypotézy

Na základě zvolených cílů výzkumu jsem si položila výzkumné otázky, k jejichž zodpovězení bude výzkum směřován. Dále jsem si určila hypotézy, které představují mé subjektivní předpoklady výsledků výzkumu, jejichž pravdivost bude výzkumem potvrzena resp. vyvrácena.

- Jaký je postoj studentů 1. ročníku bakalářského stupně studia SP k lidem trpícím schizofrenií?
- Jaký je postoj studentů 3. ročníku bakalářského stupně studia SP k lidem trpícím schizofrenií?
- Souvisí délka studia studentů sociální pedagogiky s jejich postojem k lidem trpícím schizofrenií?

H1: Předpokládám, že existují statisticky významné rozdíly v postojích studentů SP k lidem trpícím schizofrenií mezi studenty 1. ročníku bakalářského stupně studia SP a 3. ročníku bakalářského stupně studia SP.

- Má délka studia oboru SP vliv na úroveň vědomostí studentů SP o schizofrenii?
H2: Předpokládám, že studenti 3. ročníku bakalářského stupně studia SP mají lepší vědomosti o schizofrenii než studenti 1. ročníku bakalářského stupně studia.

5.4 Pojetí výzkumu

Pro svůj výzkum jsem si vybrala kvantitativní metodu výzkumu, techniku dotazníku, jelikož chci zjistit, jaký postoj zaujímají studenti sociální pedagogiky k lidem trpícím schizofrenií a jaké jsou činitele ovlivňující postoj studentů sociální pedagogiky k nemocným schizofrenií. Výzkum je aplikován na široký výzkumný vzorek s cílem objektivizovat získaná výzkumná data na celý bakalářský obor Sociální pedagogiky na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně (dále jen UTB).

5.5 Operacionalizace proměnných

Ve svém výzkumu operuji se dvěma proměnnými:

1. postoj studentů SP k lidem trpícím schizofrenií
 - jedná se o nominální proměnnou
 - tato proměnná je zjišťována metodou škálování (na stupnici: *rozhodně ano - spíše ano - je mi to jedno - spíše ne - rozhodně ne*).
2. úroveň znalostí studentů SP o schizofrenii
 - jedná se o intervalovou proměnnou
 - tato proměnná je zjišťována přidělením hodnoty 1 (správná odpověď) a 2 (nesprávná odpověď).

5.6 Technika výzkumu

Výzkum jsem se rozhodla realizovat prostřednictvím dotazníkového šetření a didaktického testu. Dotazníkové šetření jsem zvolila se záměrem položit výzkumné otázky velkému počtu respondentů a využít anonymního způsobu zodpovídání výzkumných otázek. Dalším důvodem využití dotazníkové techniky je možnost objektivizace výsledků výzkumu na širokou skupinu lidí, konkrétně na studenty bakalářského stupně studia sociální pedagogiky na UTB, a díky tomu zodpovězení dílčích výzkumných otázek.

5.7 Respondenti

Výzkumný vzorek tohoto výzkumu představují studenti Sociální pedagogiky na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně, a to bakalářského stupně studia v prezenční formě. Tento výzkumný vzorek byl vybrán záměrně s ohledem na studijní plán obsahující předměty jako základy psychologie, sociální patologie, aplikovaná psychologie apod. K vyčlenění studentů kombinované formy studia jsem přistoupila z toho důvodu, že mým záměrem je vyzkoumat vliv školní výuky na postoje studentů, který je dle mého názoru výraznější u prezenční formy, jelikož kombinovaná je více individuální a více zaměřená na samostudium.

Z celkového počtu studentů 1. ročníku (101 osob) se mi podařilo získat zamýšlených 50 vyplněných dotazníků, z celkového počtu studentů 3. ročníku (53 osob) jsem získala 42 vyplněných dotazníků. Výzkumný soubor tudíž tvoří 92 osob.

Výzkumný vzorek byl získán pomocí dostupného výběru, a to osobním požádáním o vyplnění dotazníku před začátkem vyučování jednotlivých ročníků nebo po domluvě s vyučujícím na začátku vyučovací hodiny a odesláním dotazníku na společné e-maily studentů každého ročníku s požadavkem na vyplnění. Se studenty byl domluven termín zpětného sesbírání kompletně vyplněných dotazníků. Sběr dat proběhl v termínu od 1. 10. do 14. 10. 2012.

5.8 Zpracování dat

Získaná výzkumná data byla zpracována v programu Microsoft Office Excel 2003 a dále vyhodnocena v programu Statistika 10. Konkrétně pro vyhodnocení hypotéz byly použity následující testy:

H1: Předpokládám, že neexistují statisticky významné rozdíly v postojích studentů SP k lidem trpícím schizofrenií mezi studenty 1. ročníku bakalářského stupně studia SP a 3. ročníku bakalářského stupně studia SP.

→ vzhledem k nominální a ordinální proměnné jsem použila kontingenční tabulku a dále test vyhodnotila Pearsonovým testem nezávislých proměnných.

H2: Předpokládám, že studenti 3. ročníku bakalářského stupně studia SP mají lepší vědomosti o schizofrenii než studenti 1. ročníku bakalářského stupně studia.

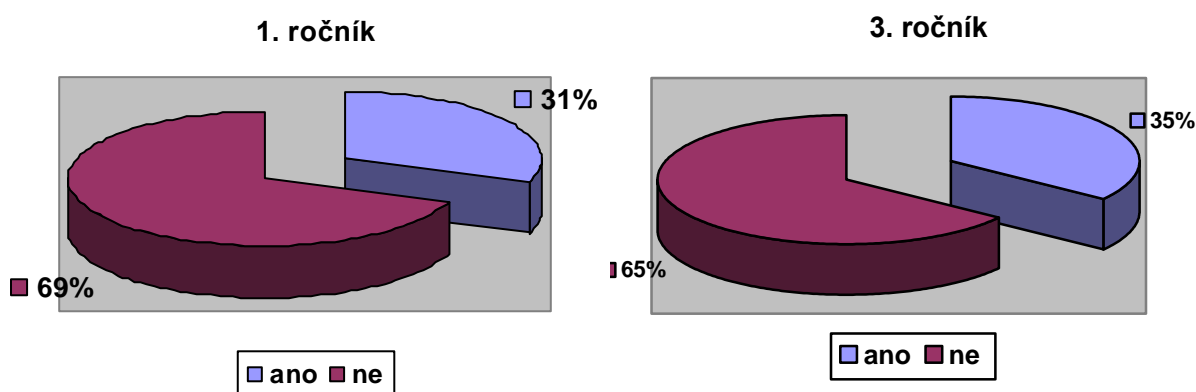
→ vzhledem k ordinální a intervalové proměnné jsem použila Studentův T-test.

6 INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT

Získaná data realizovaného dotazníkového šetření jsem pojala pro přehlednost do 5 částí (okruh I-V), které jsou však vzájemně propojeny. Okruh I vykazuje výchozí informace zahrnující osobní zkušenost studentů s osobou schizofrenika a také mapuje zdroje, prostřednictvím nichž studenti získávají informace o duševním onemocnění. Okruh II popisuje postoje, které většina studentů daného ročníku zaujímá k různým otázkám týkajícím se osob se schizofrenií. Okruh III se zabývá dynamikou postojů v závislosti na délce studia, zatímco okruh IV testuje existenci vztahu mezi délkou studia a vědomostmi o dané problematice za použití výsledků didaktického testu. Okruh V podává doplňující informace o představách studentů o schizofrenii a stigmatizaci duševního onemocnění a jejich řešení modelové situace.

6.1 Okruh I: Výchozí informace

Počáteční otázky v dotazníku měly za úkol zjistit základní obecné informace, zda se studenti už někdy setkali s osobou se schizofrenií a z jakých zdrojů mají možnost se dozvědět informace týkající se schizofrenie. Na základě získaných dat můžeme říci, že osobní zkušenost s osobou trpící schizofrenií má přibližně pouze 1/3 studentů. Ve třetím ročníku bakalářského studia bylo přitom procento studentů s osobní zkušeností o 4% větší než v ročníku prvním.



Obr. 4 Znárodnění procentuálního zastoupení osobní zkušenosti studentů se schizofrenní osobou

Otázka zjišťující zdroje informací studentů o problematice schizofrenie obsahovala na výběr 4 mediální zdroje, položku „škola“ a nebo možnost napsat vlastní alternativu. Označit bylo možno více zdrojů. Na první příčce pomyslného žebříčku nejčastěji zvoleného zdroje se s převahou umístil „internet“, za ním „škola“, dále téměř ve vyrovnaném procentuálním zastou-

pení postupně možnost „tisk/noviny“ a „televize“ a s minimálním procentuálním zastoupením možnost „rádio/rozhlas“. Pořadí žebříčku nejčastěji zvolených zdrojů informací bylo u obou ročníků totožné. Zajímavé je, že možnost „škola“ označila jen polovina studentů 3. ročníku. Otevřenou odpověď využilo jen několik studentů, kteří odpověděli, že zdrojem informací o dané problematice je pro ně odborná literatura, návštěva zařízení pro duševně nemocné nebo přímo osobní zkušenost s osobou trpící se schizofrenií.

Pořadí	Zdroje	% zastoupení v 1. ročníku	% zastoupení ve 3. ročníku
1.	internet	88% (44 respondentů)	86% (36 respondentů)
2.	škola	62% (31 respondentů)	52% (22 respondentů)
3.	tisk/noviny	44% (22 respondentů)	36% (15 respondentů)
4.	televize	42% (21 respondentů)	35% (14 respondentů)
5.	rádio/rozhlas	8% (4 respondenti)	5% (2 respondenti)
	jiné	knihy, osobní zkušenost (3x), návštěva zařízení pro duševně nemocné	odborná literatura, knihy, praxe

Tab. 3 Zdroje informací

6.2 Okruh II: Postoje studentů 1. a 3. ročníku k osobám se schizofrenií

Druhý okruh výzkumu se zaměřuje na zjišťování postojů studentů k osobám se schizofrenií. Na základě dotazníkového šetření, jsem v programu Excel zjišťovala hodnotu modus resp. odpověď, kterou studenti uváděli nejčastěji.

Na první otázku „Jaké postoje společnost chová k lidem se schizofrenií?“ odpověděla více než polovina studentů 1. i 3. ročníku shodně, zvolením odpovědi „spíše negativní“.

Otázka dotazníku	Nejčastější odpověď studentů 1. ročníku	Nejčastější odpověď studentů 3. ročníku
Jaké jsou postoje společnos-	spíše negativní	spíše negativní

ti ke schizofrenikům?	(26 respondentů; 52%)	(23 respondentů, 55%)
-----------------------	-----------------------	-----------------------

Tab. 4 Postoje společnosti ke schizofrenikům

Studenti měli možnost vybrat odpověď z 5bodové škály:

rozhodně ano – spíše ano – nedokážu posoudit – spíše negativní – rozhodně negativní

Další 3 otázky stále směřovaly spíše na postoje okolí a společnosti k osobám se schizofrenií. Odpovědi studentů ukazují na představu nelehkého začlenění do společnosti pro osoby s duševním onemocněním.

Otázka dotazníku	Nejčastější odpověď studentů 1. ročníku	Nejčastější odpověď studentů 3. ročníku
Je podpora duševně nemocných v ČR dostatečná?	spíše ne (29 respondentů; 58%)	nedokážu posoudit (17 respondentů; 40%)
Jsou osoby se schizofrenií ve společnosti diskriminovány?	nedokážu posoudit (20 respondentů; 40%)	spíše ano (19 respondentů; 45%)
Mají osoby se schizofrenií stejné možnosti pracovního uplatnění jako ostatní lidé?	spíše ne (27 respondentů; 54%)	spíše ne (22 respondentů; 52%)

Tab. 5 Tolerance a podpora společnosti

Likertova škála změnila mírně podobu, vybrat studenti mohli z odpovědí: *rozhodně ano – spíše ano – nedokážu posoudit – spíše ne – rozhodně ne*. Tato škála zůstala po zbytek otázek zaměřených na postoje studentů nezměněna.

Emoce, které si studenti spojí s představou osoby se schizofrenií, jsou častěji soucit a bezmoc nežli nechuť, což považují za výraz určité empatie. Tato empatie se ukázala shodná v obou ročnících. Různorodější výsledky ukazuje pocit strachu, který v 1. ročníku pociťuje k osobám se schizofrenií asi 1/3 studentů; na otázku, zda pomyšlení na schizofrenika u nich

vyvolává pocit strachu, odpovědělo 34% „spíše ano“. Na místo toho studenti 3. ročníku ve 43% případech odpověděli „spíše ne“.

Pocity spojované s představou schizofrenika:	Nejčastější odpověď studentů 1. ročníku	Nejčastější odpověď studentů 3. ročníku
soucit	spíše ano (33 respondentů; 66%)	spíše ano (24 respondentů; 57%)
bezmoc	spíše ano (28 respondentů; 56%)	spíše ano (21 respondentů; 50%)
nechuť	spíše ne (23 respondentů; 46%)	rozhodně ne (25 respondentů; 60%)
strach	spíše ano (17 respondentů; 34%)	spíše ne (18 respondentů; 43%)

Tab. 6 Emoce pociťované ke schizofrenikům

Následující oblast se zaměřovala na zjištění vlastností, které studenti osobám se schizofrenií přisuzují, které si s nimi spojují. Studenti 1. ročníku častěji přisuzovali negativní, často na předsudcích založené vlastnosti: agresivní, nebezpeční, než studenti 3. ročníku, kteří častěji volili odpověď „spíše ne“. Vlastnost „nepředvídatelní“ přisuzovalo osobám se schizofrenií odpovědi „spíše ano“ 56% studentů 1. ročníku a dokonce 71% studentů 3. ročníku. Nerozhodnost v posouzení lenosti vykazalo 42% studentů 1. ročníku, zatím co 57% studentů tuto vlastnost schizofrenikům spíše nepřisuzuje. Věcné označení „nemocní“ si rozhodně spojuje se schizofreniky 44% studentů 1. ročníku a 57% studentů použilo mírnější formu souhlasu označením odpovědi „spíše ano“. Vlastnost „kreativní“ nejčastěji v obou ročnících vyvolávala nerozhodné pocity, v 1. ročníku zvolilo tuto možnost 60% studentů a ve 3. ročníku 67% studentů. Rozporuplnější pocity vytvářela vlastnost „citliví“, kterou zvolilo 42% studentů 1. ročníku a 40% studentů 3. ročníku.

Vlastnosti přisuzované schizofrenikům	Nejčastější odpověď studentů 1. ročníku	Nejčastější odpověď studentů 3. ročníku
agresivní	spíše ano (16 respondentů; 32%)	spíše ne (20 respondentů; 48%)
nebezpeční	spíše ano	spíše ne

	(24 respondentů; 48%)	(19 respondentů; 45%)
nepředvídatelní	spíše ano (28 respondentů; 56%)	spíše ano (30 respondentů; 71%)
líni	nedokážu posoudit (21 respondentů; 42%)	spíše ne (24 respondentů; 57%)
nemocní	rozhodně ano (22 respondentů; 44%)	spíše ano (25 respondentů; 60%)
kreativní	nedokážu posoudit (30 respondentů; 60%)	nedokážu posoudit (28 respondentů; 67%)
citliví	spíše ano (21 respondentů; 42%)	spíše ano (17 respondentů; 40%)

Tab. 7 Vlastnosti přisuzované osobám se schizofrenií

Poslední okruh otázek sleduje postoje studentů k osobám se schizofrenií běžných oblastech lidského života jako je zaměstnanost, výchova dětí, kriminalita apod. Otázka zjišťující postoje studentů k osobám se schizofrenií v souvislosti s mírou trestné činnosti byla nejčastěji studenty 1. ročníku ohodnocena odpovědí „spíše ne“ (38%) a polovina studentů 3. ročníku se přiklonila k odpovědi „nedokážu posoudit“. Potkávat se s nemocným schizofrenií na pracovišti by studentům „spíše“ nevadilo, konkrétně 36% studentů 1. ročníku a celých 52% studentů 3. ročníku. Současné studenti „spíše“ nesouhlasí 36% studentů 1. ročníku a 45% studentů 3. ročníku), že by nemocní měli žít odděleně ve speciálních zařízeních, tato otázka zjišťovala tendence sociální exkluze osob s duševním onemocněním. Možnost profesního úspěchu nedokázalo posoudit 44% studentů 1. ročníku, větší důvěru projeví studenti 3. ročníku, kteří ji ve 48% považují za „spíše“ možnou. Další otázka, zda mohou schizofrenici činit racionální rozhodnutí (např. možnost rozhodovat o vlastním bydlení), sledovala postoje studentů k osobám se schizofrenií v běžných občansko-právních vztazích. K odpovědi „spíše ano“ se přiklonilo 38% studentů 1. ročníku a 40% studentů 3. ročníku. Poslední dvě otázky se týkaly výchovy dětí, přičemž první z otázek byla nastavena na zjištění důvěry ve způsobilost vychovávat děti schizofreniky a druhá otázka se zaměřovala na hodnocení výchovy dětí osobami se schizofrenií. 38% studentů si myslí, že nemocní schizofrenií „spíše“ nejsou schopni vychovávat své děti a polovina studentů 3. ročníku tuto otázku nedokáže posoudit.

K otázce, zda je správné, aby osoby se schizofrenií měli děti se 36% studentů 1. ročníku vyjádřilo odpovědí „nedokážu posoudit“ a stejnou odpověď zvolilo 50% studentů 3. ročníku.

Otázka dotazníku	Nejčastější odpověď studentů 1. ročníku	Nejčastější odpověď studentů 3. ročníku
Je míra trestné činnosti u schizofreniků vyšší než u běžné populace?	spíše ne (19 respondentů; 38%)	nedokážu posoudit (21 respondentů; 50%)
Vadilo by vám potkávat se se schizofrenikem na pracovišti?	spíše ne (18 respondentů; 36%)	spíše ne (22 respondentů; 52%)
Měli by žít schizofrenici odděleně ve speciálních zařízeních?	spíše ne (19 respondentů; 38%)	spíše ne (19 respondentů; 45%)
Mohou být schizofrenici profesně úspěšní?	nedokážu posoudit (22 respondentů; 44%)	spíše ano (20 respondentů; 48%)
Mohou schizofrenici činit racionální rozhodnutí?	spíše ano (19 respondentů; 38%)	spíše ano (17 respondentů; 40%)
Jsou schizofrenici schopni vychovávat své děti?	spíše ne (19 respondentů; 38%)	nedokážu posoudit (21 respondentů; 50%)
Je správné, aby schizofrenici měli děti?	nedokážu posoudit (18 respondentů; 36%)	nedokážu posoudit (21 respondentů; 50%)

Tab. 8 Postojové otázky

6.3 Okruh III: Dynamika postojů studentů v závislosti na délce studia

Tento okruh zkoumá, zda se postoje studentů mění v závislosti na délce studia. Získaná data dotazníkového šetření jsem přenesla do podoby kontingenčních tabulek, kde prostřednic-

tvím programu Statistica 10 jsem současně použila Pearsonův test chí-kvadrát pro nezávislé proměnné. Tímto testem byla ověřována níže uvedená nulová hypotéza u každé otázky týkající se postojů studentů k osobám se schizofrenií. Výsledky jsem zapsala do tabulky, kde otázky dotazníku jsou pro zjednodušení shrnuty do významově nadřazených oblastí. Veškeré vypracované kontingenční tabulky je možné prohlédnout v příloze PII, v této části výzkumu se podrobněji věnuji pouze otázce, u níž byla zjištěna statistická významnost.

H_0 : Mezi studenty 1. ročníku bakalářského stupně studia SP a studenty 3. ročníku bakalářského stupně studia SP neexistují statisticky významné rozdíly v postojích studentů k lidem trpícím schizofrenií.

H_A : Mezi studenty 1. ročníku bakalářského stupně studia SP a 3. ročníku bakalářského stupně studia SP existují statisticky významné rozdíly v postojích k lidem trpícím schizofrenií.

Testování významnosti bylo provedeno na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ (tedy povolujeme riziko chyby do 5%).

postoje 3.r. postoje 1.r.	postoje společnosti	asocio- vané emoce	připisované vlastnosti	oblast krimi- nality	oblast zaměst- nanosti	sociální vyloučení	výchova děti
postoje společnosti	x						
asociované emoce		x					
připisované vlastnosti			x				
oblast kriminality				x			
oblast za- městnanosti					x		
sociální vyloučení						H_A	

výchova dětí							x
--------------	--	--	--	--	--	--	---

Tab. 9 Výsledky nezávislého testu chí-kvadrát

Výsledky vyhodnocené programem Statistica ukázali, že statisticky významný rozdíl byl nalezen pouze v jednom případě, a to v souvislosti s otázkou dotazníkového šetření: „Dokmíváte se, že schizofrenici by měli žít odděleně v nějakých speciálních zařízeních?“.

Souhrnná tab.: Očekávané četnosti (List1 v kontingence12)						
Četnost označených buněk > 10						
Pearsonův chí-kv. : 26,0482, sv=9, p=,002006						
	1. roč- ník	3. ročník - 2	3. ročník - 3	3. ročník - 4	3. ročník - 5	Řádk. - součty
2		0,238095	0,357143	2,26190	2,14286	5,00000
3		0,190476	0,285714	1,80952	1,71429	4,00000
4		0,809524	1,214286	7,69048	7,28571	17,00000
5		0,761905	1,142857	7,23810	6,85714	16,00000
Vš.skup.		2,000000	3,000000	19,00000	18,00000	42,00000

Tab. 10 Kontingenční tabulka pro otázku dotazníku č. 12

Na základě výše uvedené kontingenční tabulky, s ohledem na vypočítaný počet stupňů volnosti $f = (4-1) * (4-1) = 9$ a pro zvolenou hladinu významnosti 0,05 jsem našla ve statistických tabulkách (Chráska, 2007) kritickou hodnotu testového kritéria $\chi(9) = 16,919$. Vypočítanou hodnotu testového kritéria: 26,0482 jsem srovnala s hodnotou kritickou. Jelikož je vypočítaná hodnota vyšší než hodnota kritická, odmítám nulovou hypotézu a přijímám hypotézu alternativní, že postoje studentů 1. ročníku bakalářského stupně studia SP a 3. ročníku bakalářského stupně studia SP spolu významným způsobem souvisí.

6.4 Okruh IV: Dynamika vědomostí studentů v závislosti na délce studia

Tento okruh se zabývá dynamikou vědomostí studentů v závislosti na délce studia sociální pedagogiky. Mým cílem bylo zjistit, zda studenti 3. ročníku bakalářského stupně studia mají lepší znalosti o schizofrenii než studenti 1. ročníku bakalářského stupně studia, tudíž zda se vědomosti studentů v průběhu studia vyvíjí a zlepšují.

Vědomosti studentů jsem ověřovala prostřednictvím didaktického testu, kdy studenti měli na výběr vždy ze dvou možných odpovědí „ano“, „ne“, kterým jsem při zpracování dat přidělila hodnoty 1 = správná odpověď a 0 = špatná odpověď. Správné odpovědi jsem u každého studenta sečetla a dále data vyhodnotila v programu Statistica pomocí Studentova T-testu.

Postupovala jsem nejdříve stanovením nulové a alternativní hypotézy, které zní:

H_0 : Mezi průměrným počtem bodů dosažených u studentů 1. ročníku a průměrným počtem bodů dosaženým u studentů 3. ročníku neexistuje statisticky významný rozdíl.

H_A : Mezi dosaženými průměry v obou ročnících existuje statisticky významný rozdíl.

Hladinu významnosti jsem zvolila $\alpha = 0,05$, tedy připouštím riziko omylu v míře 5%.

Počet stupňů volnosti $f = (50 - 1) * (42 - 1) = 90$

T-test pro nezávislé vzorky							
Pozn.: Proměnné byly brány jako nezávislé vzorky							
Skup. 1 vs. Skup. 2	Průměr skup. 1	Průměr skup. 2	Hodnota t	sv	p	Poč.plat. skup 1	Poč.plat. skup. 2
1.ročník vs. 3. ročník	13,38000	13,38000	0,148492	90	0,882287	50	42

Tab. 11 Vyhodnocení Studentova T-testu

Studentovým t-testem jsem vypočítala testové kritérium $t = 0,148492$. Tuto hodnotu jsem srovnala s kritickou hodnotou Studentova t-testu pro zvolenou hladinu významnosti a počet stupňů volnosti $t_{0,05(90)} = 1,987$. Protože vypočítaná hodnota je nižší, než hodnota kritická, přijímám nulovou hypotézu a zamítám hypotézu alternativní.

Mezi dosaženými průměry v obou ročnících v oblasti „vědomostí o schizofrenii“ nejsou statisticky významné rozdíly. Tento výsledek mě překvapil, jelikož se domnívám, že míra vědomostí studentů by měla stoupat přímo úměrně s délkou studia. Očekávala jsem progresivní změnu ve vědomostech studentů.

Možná úskalí tohoto závěru je možné hledat ve zvolených otázkách didaktického testu či v nastavení priorit ve výuce sociálních pedagogů, kdy tomuto tématu není věnována dostatečná pozornost.

6.5 Okruh V: Doplnující informace

Poslední část mého výzkumu tvoří interpretace odpovědí na otevřené otázky v dotazníku. Tato část je chápána jako „bonusová“, jelikož na požadované otázky neodpověděli všichni studenti a nemá tedy dostatečnou výpovědní hodnotu. Myslím si ovšem, že i přes nižší počet respondentů přináší leckdy zajímavé odpovědi a z toho důvodu jsem ji do praktické části zařadila. Nižší počet respondentů zodpovídajících otevřené otázky si vysvětluji buď tím, že studenti nevěděli, jak na otázky odpovědět nebo nezájmem studentů o dané téma a jejich leností odpovídat.

Studentům byly položeny 3 otevřené otázky:

- *Co si představuji pod pojmem „schizofrenie“?*
- *Co si představuji pod pojmem „stigmatizace duševního onemocnění“?*
- *Představte si, že se dostanete do kontaktu se schizofrenikem (váš přítel, klient...), který vám bude vyprávět o tom, že ho někdo sleduje a že je v nebezpečí. Uvědomíte si, že to, co vám daný člověk říká, je obsah jeho bludu. Jak se zachováte?*

První dvě otázky zjišťují, zda studenti vědí, co znamenají pojmy „schizofrenie“ a „stigmatizace duševního onemocnění“, zda se s nimi již seznámili, jakou o nich mají představu a s jakými postoji je tato představa spjata. Třetí otázka zjišťovala, zda by si studenti uměli poradit v reálné situaci a zda mají alespoň představu o tom, jak by se zachovali či jak by se zachovat měli. Každou otázku dále krátce analyzuji.

6.5.1 Pojem „schizofrenie“ očima studentů

Na otázku: „Co jsi představujete pod pojmem *schizofrenie*?“ odpovědělo celkem 42 (84%) studentů 1. ročníku a 35 (83%) studentů 3. ročníku. Nejčastěji studenti odpovídali, že si pod pojmem schizofrenie představují rozdvojenou osobnost, takto odpovědělo 16 (38%) studentů 1. ročníku a 24 (69%) studentů 3. ročníku.

„Člověk s rozdvojenou osobností. Chvilí je sám sebou a za chvíli, když ho to popadne je úplně jiný, agresivní, neví o sobě.“ (student 1. ročníku)

„Duševní nemoc – rozdvojená osobnost, která má bludy a je nepředvídatelná.“ (student 1. ročníku.)

Představa schizofrenního člověka s rozdvojenou (či vícečetnou) osobností je hluboce zakořeněný mýtus, často podporovaný médii. Schizofrenie sice v překladu znamená „rozštěp mysli“⁵, ovšem je jím myšlen rozštěp psychických funkcí, nikoliv rozdvojení osobnosti na dva (či více) různé charaktery jedné osoby.

Vážné nepochopení nemoci studenty prokázal také didaktický test, kdy na otázku, zda se schizofrenie vyznačuje rozdvojenou či mnohočetnou osobností, správně odpovědělo pouze 8 (16%) studentů 1. ročníku a 5 (12%) studentů 3. ročníku.

Druhá nejčastější odpověď obsahovala výraz „duševní onemocnění“ či pouze „onemocnění“, a to v 14 (33%) případech v 1. ročníku a 7 (20%) případech v 3. ročníku. Dále studenti spojovali schizofrenii často s jejími příznaky - bludy či halucinacemi. Ostatní odpovědi byly různorodější, některé odpovědi se vyznačovaly negativismem a strachem ze schizofreniků, některé demonstrovali dobrou úroveň znalostí studentů o schizofrenii. Zde uvádím některé na ukázkou:

⁵ Kučerová (2010) pro definici schizofrenie upřednostňuje pojem „rozštěp osobnosti“, ovšem ve smyslu dezintegrace psychických a tělesných vlastností.

„Člověk, který několikrát rozmýšlí než někam vyjde z domu, musí se dlouho přesvědčovat, že mu nic nehrozí. (student 1. ročníku)

„Schizofrenie je nemoc duše, která se většinou projevuje v mladém věku a vyznačuje se zkresleným myšlením, bludy, náhlými změnami chování.“ (student 1. ročníku)

„Člověka s velkou fantazií, bludem, netrpělivostí.“ (student 3. ročníku)

„Běžného člověka, který nijak nevyniká ze společnosti s rozpolcenou osobou.“ (student 3. ročníku)

6.5.2 Pojem „stigmatizace duševního onemocnění“ očima studentů

Na otázku: „Co si představujete pod pojmem *stigmatizace duševního onemocnění*?“ odpovědělo celkem 29 (69%) studentů 1. ročníku a 21 (50%) studentů 3. ročníku. Z tohoto celkového počtu studentů se nejčastěji objevovala odpověď „nevím“ (17; 59% studentů 1. ročníku; 10; 48% studentů 3. ročníku).

Pouze 5 (17%) studentů 1. ročníku odpovědělo správně ve smyslu „označení“ lidí s duševním onemocněním. Studenti 3. ročníku rozuměli tomuto pojmu v 6 případech (29%).

„Já to chápu jako takové **zaškatulkování**. Všichni schizofrenici jsou nebezpeční šílenci, takže pokud jsi schizofrenik, tak jsi taky takový a my tě tu nechceme.“ (student 1. ročníku)

„Na lidi s tímto stigmatem se nahlíží **skrze prsty**.“ (student 3. ročníku)

Ostatní studenti pojmu „stigmatizace“ nerozuměli a jejich odpovědi nelze považovat za správné, z čehož (společně s nejčastější odpovědí „nevím“) usuzují na nedostatečnou informovanost studentů o této problematice.

6.5.3 Řešení situace v kontaktu se schizofrenní osobou

Jak se zachovat v kontaktu se schizofrenikem v akutním stádiu psychózy je složitá otázka, na kterou neexistuje jednoduchá odpověď a ta ani nebyla očekávána. Jedním z důvodů, proč jsem tuto otázku položila, je snaha zjistit, zda vědomosti nabrané v průběhu studia vedou k větší připravenosti studentů řešit praktické situace, ve kterých se budoucí sociální pedagog může ocitnout. Zda se nad podobnou situací studenti někdy zamýšleli či se v ní někdy sami ocitli apod.

Na otázku, jak by se studenti zachovali v kontaktu se schizofrenikem, který je informuje o svém bludu, odpovědělo 29 (58%) studentů 1. ročníku a 27 (64%) studentů 3. ročníku. Studenti měli snahu nemocnému jeho blud „vysvětlit“ s cílem blud vyvrátit (5; 17% studentů 1. ročníku; 11; 41% studentů 3. ročníku).

„Snažila bych se mu vysvětlit, že se jedná o výplod jeho fantazie a snažila se ho uklidnit.“
(student 1. ročníku)

„Snažím se mu to racionálně vysvětlit.“ (student 3. ročníku)

Někteří studenti (5; 17% studentů 1. ročníku; 3; 11% studentů 3. ročníku) si uvědomují riziko „vymlouvání“ bludu a ve snaze pomoci danému člověku volí spíše cestu navození důvěry a zklidnění a vyslechnutí nemocného. Bohužel tato varianta řešení situace byla v některých případech spojena s podporováním bludu. Celkově však studenti (10; 34% studentů 1. ročníku; 7; 26% studentů 3. ročníku) prokázali snahu uklidnit danou osobu, navodit pocit bezpečí, což poukazuje na empatii studentů v řešení dané situace.

„Uklidním ho, nic mu nevyvracím, snažím se mu dát pocit bezpečí.“ (student 1. ročníku)

„Budu s ním hrát jeho verzi . Pokud by nastala nějaká nebezpečná situace, opatrně bych ho snažila uklidnit nebo změnit téma.“ (student 1. ročníku)

„*Budu ho poslouchat a **nebudu ho přesvědčovat o opaku.***“ (student 3. ročníku)

Zbytek studentů odpověděl buď, že neví, jak by se v dané situaci zachoval nebo že by se snažili zajistit odbornou pomoc (studenti 1. ročníku tuto možnost volili v 8 případech; 28%), někteří by tuto situaci neřešili.

„*Vyslechnu ho a pokusím se ho informovat, aby vyhledal **odbornou pomoc.***“ (student 1. ročníku)

„*Budu dělat jakože **nic.***“ (student 1. ročníku)

„*To vůbec **nevím**, protože jsem o schizofrenii a o jednání se schizofrenními lidmi nikdy nečetla/neučila se/nezajímala se.*“ (student 3. ročníku)

7 SOUHRN

Praktická část práce popisuje postoje studentů 1. a 3. ročníku bakalářského stupně studia Sociální pedagogiky na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně k lidem se schizofrenií. Práce se zabývá také determinanty, které ovlivňují postoje studentů a zkoumá vztah mezi vědomostmi studentů a jejich postoji, a to v závislosti na délce studia.

Výsledky výzkumu ukazují, že v oblasti sociálního fungování jsou si studenti vědomi obtížné situace duševně nemocných v procesu začlenění se do společnosti, jejíž postoje ve vztahu k nemocným hodnotí spíše jako negativní. Panují spíše integrativní tendence, nikoliv snaha o jejich separaci.

Studenti vnímají nelehkou situaci schizofreniků v oblasti pracovního uplatnění. Sami studenti se nebrání myšlence pracovat společně s nemocnými a většina také projevuje jistou dávku důvěry ve schopnosti a možnosti schizofreniků stát se profesně úspěšnými.

Oblast výchovy dětí se ukázala být velmi složitou otázkou, kterou studenti většinou nedokázali posoudit. Věřím, že zajímavé výsledky by přinesl větší prostor pro vyjádření se k této otázce bez omezení dotazníku.

V souvislosti s kriminalitou studenti sociální pedagogiky nepřisuzovali lidem trpícím schizofrenií vyšší míru trestné činnosti, a to i přes skutečnost, že u studentů prvního ročníku se objevovali pocity strachu a obav z osob se schizofrenií. Tyto pocity se u většiny studentů třetího ročníku neprokázali. Oba ročníky částečně pociťují pocity lítosti a bezmoci k nemocným a klasifikují je jako citlivé a nemocné osoby.

Výsledky výzkumu prokázaly statisticky významnou odlišnost mezi postoji studentů 1 a 3. ročníku pouze v jedné otázce týkající se sociálního vyloučení, v jiných případech nebyly zjištěny žádné statistické rozdíly. Nebyl také prokázán vliv vědomostí studentů o problematice duševního onemocnění na jejich postoje a to z toho důvodu, že nebyla zjištěna žádná změna v dynamice vědomostí studentů o problematice duševního onemocnění. Jinými slovy průměrné výsledky didaktického testu obou ročníků byly téměř na té samé úrovni u obou ročníků. Lze tedy říci, že výsledky výzkumu vedou k závěru, že délka studia sociální pedagogiky na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně nemá vliv na postoje studentů k lidem se schizofrenií.

Také představy studentů o tom, co onemocnění schizofrenie skutečně znamená a jaké důsledky do života nemocných lidí přináší, se zdají být nedostatečné. Tyto představy jsou často založené na předsudcích či mýtech a v průběhu studia nedochází k jejich odbourávání. Při-

pravenost studentů pro kontakt či realizaci povolání sociálního pedagoga v oblasti psychiatrie je tímto značně ztížena.

8 DISKUZE

Výsledky výzkumu odhalily v představách studentů sociální pedagogiky stereotypy vztahující se k porozumění schizofrenie a duševně nemocných osob a nedostatečnou odbornou připravenost pro kontakt s psychotickou osobou. Postoje studentů i míra jejich vědomostí o problematice schizofrenie se výzkumem ukázali být nezávislé na délce studia oboru sociální pedagogika, což se projevuje jako nepříznivý indikátor efektivity výuky.

Jak už bylo řečeno, edukace je jednou z nejvýznamnějších zbraní proti stigmatizaci duševního onemocnění. Osvěta v myslích mladých lidí a pozitivní změna jejich postojů je velmi důležitá pro změnu chápání duševního onemocnění ve společnosti a v důsledku toho zlepšení kvality života duševně nemocných. Domnívám se, že škola je nejdůležitějším místem, kde by se studenti, a zvláště pak studenti z řad pomáhajících profesí, kam sociální pedagogika bez pochyby patří, měli s touto problematikou seznámit, jelikož má k dispozici odborníky v oboru, nejnovější poznatky výzkumů resp. vědy, je zde důvěra v pravdivost informací atd. Domnívám se, že výuka by vždy měla vést k růstu nejen odborných vědomostí, ale také k růstu osobnostnímu a že terciární vzdělávání v tomto směru hraje velmi důležitou úlohu.

Z mého pohledu, je toto téma v oboru Sociální pedagogiky lehce opomíjeno a myslím si, že více prostoru by mohlo být věnováno právě problematice stigmatizace, diskuzi a praktickým otázkám, jak s duševně nemocnými jednat potažmo pracovat. Nicméně, jak potvrzují výzkumy, pouhé sdělování informací ke změně postojů nestačí. Zbavit postoje předsudků a mýtů, zvýšení úrovně kritického uvažování je velmi obtížný úkol. Domnívám se, že v tomto směru by velmi pomohlo obohatit výuku o přednášky nejen s odborníky, ale také s lidmi, kteří sami schizofrenií trpí. K tomuto názoru mě přivedl realizovaný výzkum na středních školách v Rakousku a v Švýcarsku (Hinterhuber, 2001, [online]), kde osobní zkušenost výrazně zlepšila pozitivní smýšlení studentů o osobách s duševním onemocněním. Jelikož v mnou realizovaném výzkumu bylo zjištěno, že osobní zkušenost má zhruba jen 1/3 studentů, domnívám se, že by tato alternativa ve výuce mohla mít na studenty příznivý dopad.

Tématem stigmatizace duševního onemocnění se zabývá celá řada prací, zaměřujících se zejména na zjišťování veřejného mínění společnosti o duševně nemocných, ale také např. sebepojetí samotných nemocných. Výsledky výzkumu se ve většině shodují na zakořeněných mýtech a předsudcích typu: schizofrenie je nevyléčitelná, schizofrenici jsou agresivní, nevyzpytatelní, potvrzují je sociální a pracovní diskriminaci apod. Řešení výzkumy většinou naráží ve zvýšení informovanosti společnosti o duševních nemocech, vytváření kampaní zaměř-

řených na boj proti stigmatizaci. Velký potenciál je vkládán do medií, která mohou výrazně přispět k osvětě široké veřejnosti. (DEMA, 2004)

ZÁVĚR

Tato diplomová práce se věnuje tématu stigmatizace duševního onemocnění, konkrétně schizofrenie, a jeho důsledkům pro život duševně nemocných ve společnosti. Toto ústřední téma je zasazeno do kontextu terciálního vzdělávání, kde je zkoumán vztah mezi postoji studentů Sociální pedagogiky na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně k osobám trpícím schizofrenií, jejich vědomostmi o této problematice a délkou studia.

Teoretická část práce se soustřeďuje nejprve na psychiatrické pojetí schizofrenie a sociální aspekty této nemoci, dále se věnuje problematice postojů a jejich změny a na závěr seznámuje krátce s profilem sociálního pedagoga. Praktická část se skládá z popisu metodologického procesu, zpracování výzkumných dat, předkládá a interpretuje výsledná výzkumná data.

Výsledky výzkumu popisují postoje studentů k různým oblastem života v souvislosti s duševním onemocněním, míru vědomostí studentů o této problematice, která jak výzkum ukázal, zůstává neměnná navzdory délce studia a nelze tedy říci, že by se podílela na změně postojů studentů. Výsledky výzkumu odhalily stereotypy ve představách studentů o problematice duševního onemocnění a nedostatečnou odbornou připravenost pro kontakt s těmito lidmi. Pozitivní je patrná empatie a snaha pomoci a porozumět těmto lidem, která je v práci v oboru sociální pedagogiky velmi důležitá.

Jako doporučení pro praxi v této práci uvádím možnost absolvovat přednášky nejen s odborníky, ale také duševně nemocnými, věnovat ve výuce tomuto tématu více prostoru a seznámit studenty s problematikou stigmatizace. V neposlední řadě také rozvinout diskuzi na téma, jak s těmito lidmi pracovat a jednat ve stavech akutní psychózy. Domnívám se, že přínosem pro studenty sociální pedagogiky by bylo navštívit dny otevřených dveří center pro duševně nemocné, to už ovšem v závislosti na jejich vlastní iniciativě.

Domnívám se, že pozitivní změna postojů studentů, následně odborníků z řad pomáhajících profesí, povede k destigmatizaci psychiatrických témat a oboru psychiatrie jako takového, což se následně odrazí také ve změně vnímání duševního onemocnění samotnými pacienty a jejich rodinami, a jak věřím přispěje ke zkvalitnění života těchto lidí.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ATKINSON, Rita L. *Psychologie*. 2., aktualiz. vyd., V Portálu 1. Praha: Portál, 2003, s. 616-622. ISBN 80-717-8640-3.
- [2] CORRIGAN, Patrick W a Robert LUNDIN. *Don't call me nuts!: coping with the stigma of mental illness*. 1st Recovery Press ed. Tinley Park, Ill.: Recovery Press, c2001, s. 249-363. ISBN 0-9674794-1-X.
- [3] ČEŠKOVÁ, Eva a Hana KUČEROVÁ. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál, 2006, s. 181-200. ISBN 80-736-7154-9.
- [4] DÖRNER, Klaus a Ursula PLOG. *Bláznit je lidské*. Praha: Grada Publishing, 1999, Člověk, který si skládá sebe i druhé (Schizofrenie). ISBN: 80-7169-628-5
- [5] HAYES, Nicky. *Základy sociální psychologie*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2003, s. 95-115. ISBN 80-717-8763-9.
- [6] HEWSTONE, Miles a Wolfgang STROEBE. *Sociální psychologie: moderní učebnice sociální psychologie*. Praha: Portál, 2006, s. 291-326. ISBN 80-736-7092-5.
- [7] MALÁ, Eva. Schizofrenie (F20). In: HORT, Vladimír. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2000, s. 145-168. ISBN 80-717-8472-9.
- [8] CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2007, s. 248. ISBN 978-80-247-1369-4.
- [9] KALINA, Kamil. *Jak žít s psychózou*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-717-8563-6.
- [10] KOHOUTEK, Rudolf. *Základy sociální psychologie*. Brno: CERM, 1998, s. 8-10. ISBN 80-720-4064-2.
- [11] KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. 5. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-736-7122-0.
- [12] KRAUS, Blahoslav. Profese sociálního pedagoga. In: KRAUS, Blahoslav a Věra POLÁČKOVÁ et al. *Člověk - prostředí - výchova: k otázkám sociální pedagogiky*. Brno: Paido, ©2001, s. 39-40. edice pedagogické literatury. ISBN 80-7315-004-2.
- [13] KUČEROVÁ, Helena. *Schizofrenie v kazuistikách*. Praha: Grada, 2010, s. 9-33. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4720-456.
- [14] LIBIGER, Jan. *Schizofrenie*. Praha: Nezávislý novinář II, 1991. ISBN: 8085121131.

- [15] *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná verze k 1. 1. 2009. 2., aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency, 2008, s. 197-199. ISBN 978-809-0425-903.*
- [16] MUSIL, Jiří et al. *Klinická psychologie a psychiatrie: přehled pro studenty teologie a pedagogiky.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1153-9.
- [17] NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie.* Praha: Academia, 2000, s. 131-156. ISBN 80-200-0690-7.
- [18] NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie osobnosti.* Vyd. 2. Praha: Academia, 2003, 118-123. ISBN 80-200-0628-1.
- [19] PRAŠKO, Ján. *Obecná psychiatrie.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Učebnice (Univerzita Palackého), 2011. ISBN 978-802-4425-702.
- [20] VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese.* Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004, s. 333-366. ISBN 80-717-8802-3.

ONLINE ZDROJE:

- [21] CENTRUM PRO ROZVOJ PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ. Boj s předsudky. *Cmhcd.cz* [online]. Praha, 2004 [cit. 2013-01-02]. Dostupné z: <http://www.cmhcd.cz/destigmatizacni.html>
- [22] DEMA. Názory na schizofrenii. Reprezentativní výzkum v ČR. *Stopstigma.cz* [online]. Praha, 2004 [cit. 2012-10-13]. Dostupné z: http://www.stopstigma.cz/index.php?obsah=ke_stazeni&sub=o_stigmatu
- [23] FRIDRICH, Pavel. Interview. In: *Diagnóza: Schizofrenie.* TV, ČT1. 29.8. 2001 [cit. 2013-01-02]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/porady/1095946610-diagnoza/32-schizofrenie/video/>
- [24] HINTERHUBER, Hartmann. Stigma schizofrenie: snaha o jeho překonání. In: *Solen.sk* [online]. 2001, č. 5 [cit. 2012-10-13]. Dostupné z: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=1246

- [25] HÖSCHL, Cyril. Interview. In: *Diagnóza: Psychotické poruchy*. TV, ČT1. 30.10. 2007 [cit. 2013-01-02]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/porady/1095946610-diagnoza/dusevni-onemocneni/159-psychoticke-poruchy/>
- [26] LEFF, Julian a Richard WARNER. *Social Inclusion of people with Mental Illness*. New York: Cambridge University Press, ©2006. ISBN 978-0-521-61536-5. Dostupné z: <http://www.amazon.com/Social-Inclusion-People-Mental-Illness/dp/0521615364>
- [27] LIBIGER, Jan. *Psychiatrie a stigma. Sanquis: zdravý život je umění* [online]. Praha: Wald Press, 2002, č. 19 [cit. 2012-10-13]. ISSN 1212-6535. Dostupné z: <http://www.sanquis.cz/index.php?linkID=art782>
- [28] Způsobilost k právním úkonům. In: MAREČKOVÁ, Jana a Maroš MATIAŠKO. *Jak poradit lidem s postižením v otázkách způsobilosti k právním úkonům* [online]. Brno: Liga lidských práv, ©2009, s. 9-14 [cit. 2012-10-15]. ISBN 978-80-903473-6-6. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/9422/Jak_poradit_lidem_s_postizenim_v_otazkach_z_pusobilosti_k_pravnim_ukonum.pdf
- [29] LIGA LIDSKÝCH PRÁV. *Nedobrovolná hospitalizace. Férová nemocnice.cz: Projekt ligy lidských práv* [online]. Brno, ©2008, poslední aktualizace 29.3.2012 [cit. 2013-01-02]. Dostupné z: <http://www.ferovanemocnice.cz/prava-osob-s-dusevni-nemoci-30/nedobrovolna-hospitalizace-97.html>
- [30] RÓZSOVÁ-HORÁLKOVÁ, Kateřina. *Práva duševně nemocných jsou porušována, upozorňuje Národní rada*. In: *Rozhlas.cz* [online]. 30.7. 2009, 10:11 EST [cit. 2013-01-02]. Dostupné z: http://www.rozhlas.cz/zpravy/domaci/_zprava/612168
- [31] FAKULTA HUMANITNÍCH OBORŮ. *Charakteristika studijních oborů*. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. *Utb.cz* [online]. Zlín, ©2000 - 2013 [cit. 2013-01-02]. Dostupné z: <http://web.fhs.utb.cz/cs/docs/ATT00014.pdf>
- [32] WENIGOVÁ, Barbora. *Stigma a duševní poruchy. Sanquis: zdravý život je umění* [online]. Praha: Wald Press, 2005, č. 38 [cit. 2012-10-13]. ISSN 1212-6535. Dostupné z: <http://www.sanquis.cz/index.php?linkID=art415>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Tab.	tabulka
Obr.	obrázek
WHO	Světová zdravotnická organizace
WPA	Světová psychiatrická organizace
MKN 10	Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize
SP	Sociální pedagogika
UTB	Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1 Vztahy mezi determinanty změny postojů v průběhu komunikace

Obr. 2 Model Fishbeina a Ajzena vysvětlující vztahy mezi postoji a chováním

Obr. 3 Ajzenův model Teorie plánovaného jednání

Obr. 4 Znárodnění procentuálního zastoupení osobní zkušenosti studentů se schizofrenní osobou

SEZNAM TABULEK

Tab. 1 Mezinárodní pilotní studie (WHO, 1973)

Tab. 2 Možnosti uplatnění sociálního pedagoga ve státní sféře

Tab. 3 Zdroje informací

Tab. 4 Postoje společnosti ke schizofrenikům

Tab. 5 Tolerance a podpora společnosti

Tab. 6 Emoce pociťované ke schizofrenikům

Tab. 7 Vlastnosti přisuzované schizofrenikům

Tab. 8 Postojové otázky

Tab. 9 Výsledky nezávislého testu chí-kvadrát

Tab. 10 Kontingenční tabulka pro otázku dotazníku č. 12

Tab. 11 Vyhodnocení Studentova T-testu

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha PI: Dotazník

Příloha PII: Kontingenční tabulky

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍKDotazník: „Postoje studentů sociální pedagogiky k duševně nemocným“

Vážený/á studente/studentko,

jsem studentkou sociální pedagogiky na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně a chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který slouží ke zpracování výzkumné části mé diplomové práce. Cílem mé diplomové práce je zjistit postoje studentů sociální pedagogiky k osobám se schizofrenií a úroveň jejich znalostí o této problematice.

Dotazník je anonymní a bude sloužit jen pro studijní účely, proto Vás prosím o pravdivé zodpovězení otázek. Zvolenou odpověď prosím označte. Za vyplnění dotazníku předem moc děkuji.

1. *Jsem studentem/studentkou:*

- 1. ročníku bakalářského stupně sociální pedagogiky
- 3. ročníku bakalářského stupně sociální pedagogiky

2. *Setkal/a jste se s osobou s duševním onemocněním, konkrétně schizofrenií, nebo znáte někoho takového?*

- Ano, setkal/a jsem se
- Ne, nesetkal/a jsem se

3. *Ze kterých zdrojů máte možnost se dozvědět nějaké informace o schizofrenii?*

- rádio, rozhlas
- televize
- tisk, noviny
- internet
- škola
- jiné.....

Otázky na postoj ke schizofrenikům

4. *Jaké postoje má podle Vás společnost k lidem se schizofrenií?*

rozhodně pozitivní - spíše pozitivní - nedokážu posoudit - spíše negativní - rozhodně negativní

5. *Domníváte se, že podpora duševně nemocných je v ČR dostatečná?*

rozhodně ano - spíše ano - nedokážu posoudit - spíše ne - rozhodně ne

6. *Domníváte se, že osoby se schizofrenií jsou ve společnosti diskriminovány?*

rozhodně ano - spíše ano - nedokážu posoudit - spíše ne - rozhodně ne

7. *Domníváte se, že osoby se schizofrenií mají stejné možnosti pracovního uplatnění jako ostatní lidé?*

rozhodně ano - spíše ano - nedokážu posoudit - spíše ne - rozhodně ne

8. *Pomyšlení na schizofrenika u mne vyvolává tento pocit:*

a) soucit

rozhodně ano - spíše ano - nedokážu posoudit - spíše ne - rozhodně ne

b) bezmoc

rozhodně ano - spíše ano - nedokážu posoudit - spíše ne - rozhodně ne

c) nechuť

rozhodně ano - spíše ano - nedokážu posoudit - spíše ne - rozhodně ne

d) strach

rozhodně ano - spíše ano - nedokážu posoudit - spíše ne - rozhodně ne

9. *Považujete osoby se schizofrenií za:*

- a) *agresivní*
rozhodně ano - spíše ano - nedokážu posoudit - spíše ne - rozhodně ne
- b) *nebezpečné*
rozhodně ano - spíše ano - nedokážu posoudit - spíše ne - rozhodně ne
- c) *nepředvídatelné*
rozhodně ano - spíše ano - nedokážu posoudit - spíše ne - rozhodně ne
- d) *líné*
rozhodně ano - spíše ano - nedokážu posoudit - spíše ne - rozhodně ne
- e) *nemocné*
rozhodně ano - spíše ano - nedokážu posoudit - spíše ne - rozhodně ne
- f) *kreativní*
rozhodně ano - spíše ano - nedokážu posoudit - spíše ne - rozhodně ne
- g) *citlivé*
rozhodně ano - spíše ano - nedokážu posoudit - spíše ne - rozhodně ne

10. *Domníváte se, že míra trestné činnosti je u lidí se schizofrenií vyšší než u běžné populace?*

- rozhodně ano - spíše ano - nedokážu posoudit - spíše ne - rozhodně ne

11. *Vadilo by Vám, kdybyste se měl/a pravidelně potkávat s osobou trpící schizofrenií např. na pracovišti?*

- rozhodně ano - spíše ano - nedokážu posoudit - spíše ne - rozhodně ne

12. *Domníváte se, že lidé se schizofrenií by měli žít odděleně v nějakých speciálních zařízeních?*

- rozhodně ano - spíše ano - nedokážu posoudit - spíše ne - rozhodně ne

13. *Domníváte se, že osoby se schizofrenií mohou být profesně úspěšné?*

- rozhodně ano - spíše ano - nedokážu posoudit - spíše ne - rozhodně ne

14. *Domníváte se, že osoby se schizofrenií mohou činit racionální rozhodnutí (např. rozhodovat o svém bydlení)?*

- rozhodně ano - spíše ano - nedokážu posoudit - spíše ne - rozhodně ne

15. *Domníváte se, že osoby se schizofrenií jsou schopny vychovávat své děti?*

- rozhodně ano - spíše ano - nedokážu posoudit - spíše ne - rozhodně ne

16. *Domníváte se, že je správné, aby osoby trpící schizofrenií měli děti?*

- rozhodně ano - spíše ano - nedokážu posoudit - spíše ne - rozhodně ne

Otázky na znalosti o schizofrenii:

17. *Myslíte si, že schizofrenie je onemocnění, které je léčitelné?*

- ano
- ne

18. *Můžeme mezi příčiny nemoci zařadit také dědičnost?*

- ano
- ne

19. *Myslíte si, že schizofrenie vzniká převážně v adolescenci a mladé dospělosti?*

- ano
- ne

20. *Domníváte se, že sociální vazby mají vliv na průběh nemoci?*

- ano
- ne

21. Domníváte se, že kouření marihuany může osobám se schizofrenií pomoci lépe snášet jejich nemoc?

- ano
- ne

22. Domníváte se, že je možné zažít jednu nebo několik atak nemoci a vrátit se do běžného života bez vážnějších následků?

- ano
- ne

23. Domníváte se, že vznik schizofrenie může zavinit výchova?

- ano
- ne

24. Domníváte se, že schizofrenie se vyznačuje rozdvojenou či mnohočetnou osobností?

- ano
- ne

25. Domníváte se, že osoby se schizofrenií mají sníženou výkonnost?

- ano
- ne

26. Domníváte se, že schizofrenie postihuje více muže než ženy?

- ano
- ne

27. Domníváte se, že schizofrenie je onemocnění postihující převážně lidi s nižší inteligencí?

- ano
- ne

28. Příznaky a projevy schizofrenie mohou být velmi různorodé. Vyberte, co můžeme považovat za projevy schizofrenie:

- poruchy pozornosti: ano – ne
- teplota: ano - ne
- poruchy vůle: ano – ne
- poruchy paměti: ano – ne
- třes rukou: ano - ne
- strnulost různých částí těla: ano – ne
- blud: ano-ne
- ochuzený verbální projev: ano – ne
- porucha schopnosti prožívat radost: ano - ne
- ztráta náhledu na svou nemoc: ano - ne

* Co si představuji pod pojmem „schizofrenie“?

...

* Co si představuji pod pojmem „stigmatizace duševního onemocnění“?

...

* Představte si, že se dostanete do kontaktu se schizofrenikem (váš přítel, klient...), který vám bude vyprávět o tom, že ho někdo sleduje a že je v nebezpečí. Uvědomíte si, že to, co vám daný člověk říká, je obsah jeho bludu. Jak se zachováte?

...

PŘÍLOHA PII: KONTINGENČNÍ TABULKY

Souhrnná tab.: Očekávané četnosti (List1 / 4 otázka)
Četnost označených buněk > 10 Pearsonův chí-kv. : 3,61836, sv=6, p=,728162

I. ročník - 4. otázka	2ročník-4otazka - 3	2ročník-4otazka - 4	2ročník-4otazka - 5	Řádk. - součty
2	1,28571	1,64286	0,071429	3,00000
3	7,71429	9,85714	0,428571	18,00000
4	8,57143	10,95238	0,476190	20,00000
5	0,42857	0,54762	0,023810	1,00000
Vš.skup.	18,00000	23,00000	1,000000	42,00000

Souhrnná tab.: Očekávané četnosti (List1 / 5 otázka)
Četnost označených buněk > 10 Pearsonův chí-kv. : 9,06386, sv=9, p=,431400

1. ročník – 5. otázka	3. ročník – 5. otázka - 2	3. ročník – 5. otázka - 3	3. ročník – 5. otázka - 4	3. ročník – 5. otázka - 5	Řádk. - součty
2	0,380952	1,61905	1,61905	0,380952	4,00000
3	1,047619	4,45238	4,45238	1,047619	11,00000
4	2,476190	10,52381	10,52381	2,476190	26,00000
5	0,095238	0,40476	0,40476	0,095238	1,00000
Vš.skup.	4,000000	17,00000	17,00000	4,000000	42,00000

Souhrnná tab.: Očekávané četnosti (List1 / 6 otázka)
Četnost označených buněk > 10 Pearsonův chí-kv. : 12,6072, sv=12, p=,398223

1. ročník – 6. otázka	3. ročník – 6. otázka - 1	3. ročník – 6. otázka - 2	3. ročník – 6. otázka - 3	3. ročník – 6. otázka - 4	3. ročník – 6. otázka - 5	Řádk. - součty
1	0,095238	0,90476	0,71429	0,238095	0,047619	2,00000
2	0,809524	7,69048	6,07143	2,023810	0,404762	17,00000
3	0,809524	7,69048	6,07143	2,023810	0,404762	17,00000
4	0,285714	2,71429	2,14286	0,714286	0,142857	6,00000
Vš.skup.	2,000000	19,00000	15,00000	5,000000	1,000000	42,00000

Souhrnná tab.: Očekávané četnosti (List1 / 7 otázka)
Četnost označených buněk > 10 Pearsonův chí-kv. : 4,23153, sv=8, p=,835653

1. ročník – 7. otázka	3. ročník – 7. otázka - 1	3. ročník – 7. otázka - 2	3. ročník – 7. otázka - 3	3. ročník – 7. otázka - 4	3. ročník – 7. otázka - 5	Řádk. - součty
3	0,119048	0,357143	0,833333	2,61905	1,071429	5,00000
4	0,500000	1,500000	3,500000	11,00000	4,500000	21,00000
5	0,380952	1,142857	2,666667	8,38095	3,428571	16,00000
Vš.skup.	1,000000	3,000000	7,000000	22,00000	9,000000	42,00000

Souhrnná tab.: Očekávané četnosti (List1 / 8a) otázka
 Četnost označených buněk > 10 Pearsonův chí-kv. : 3,84347, sv=6, p=,697849

	1. ročník - 8 a)	3. ročník - 8 a) - 1	3. ročník - 8 a) - 2	3. ročník - 8 a) - 4	Řádk. - součty
1	1,309524		6,28571	3,40476	11,00000
2	3,214286		15,42857	8,35714	27,00000
3	0,238095		1,14286	0,61905	2,00000
4	0,238095		1,14286	0,61905	2,00000
Vš.skup.	5,000000		24,00000	13,00000	42,00000

Souhrnná tab.: Očekávané četnosti (List1 / 8b) otázka
 Četnost označených buněk > 10 Pearsonův chí-kv. : 6,21438, sv=12, p=,904892

	1. ročník - 8 b)	3. ročník 8 b) - 1	3. ročník 8 b) - 2	3. ročník 8 b) - 3	3. ročník 8 b) - 4	3. ročník 8 b) - 5	Řádk. - součty
1	0,500000	3,50000	0,333333	2,16667	0,500000		7,00000
2	1,714286	12,00000	1,142857	7,42857	1,714286		24,00000
3	0,428571	3,00000	0,285714	1,85714	0,428571		6,00000
4	0,357143	2,50000	0,238095	1,54762	0,357143		5,00000
Vš.skup.	3,000000	21,00000	2,000000	13,00000	3,000000		42,00000

Souhrnná tab.: Očekávané četnosti (List1 / 8c) otázka Četnost označených buněk > 10 Pearsonův chí-kv. : ----

	1. ročník - 8 c)	3. ročník - 8 c) - 3	3. ročník - 8 c) - 4	3. ročník - 8 c) - 5	Řádk. - součty
2	0,000000		0,00000	0,00000	0,00000
3	0,285714		1,33333	2,38095	4,00000
4	1,571429		7,33333	13,09524	22,00000
5	1,142857		5,33333	9,52381	16,00000
Vš.skup.	3,000000		14,00000	25,00000	42,00000

Souhrnná tab.: Očekávané četnosti (List1 / 8d) otázka
 Četnost označených buněk > 10 Pearsonův chí-kv. : 20,5708, sv=12, p=,057029

	1. ročník - 8 d)	3. ročník - 8 d) - 2	3. ročník - 8 d) - 3	3. ročník - 8 d) - 4	3. ročník - 8 d) - 5	Řádk. - součty
1	1,90476	0,119048	2,14286	0,833333		5,00000
2	4,57143	0,285714	5,14286	2,000000		12,00000
3	3,04762	0,190476	3,42857	1,333333		8,00000
4	5,33333	0,333333	6,00000	2,333333		14,00000
5	1,14286	0,071429	1,28571	0,500000		3,00000
Vš.skup.	16,00000	1,000000	18,00000	7,000000		42,00000

Souhrnná tab.: Očekávané četnosti (List1/ 9a) otázka)
 Četnost označených buněk > 10 Pearsonův chí-kv. : 8,99953, sv=12, p=,702970

1. ročník - 9 a)	3. ročník - 9 a) - 2	3. ročník - 9 a) - 3	3. ročník - 9 a) - 4	3. ročník - 9 a) - 5	Řádk. - součty
1	0,28571	0,214286	0,47619	0,023810	1,00000
2	4,00000	3,000000	6,66667	0,333333	14,00000
3	3,14286	2,357143	5,23810	0,261905	11,00000
4	3,71429	2,785714	6,19048	0,309524	13,00000
5	0,85714	0,642857	1,42857	0,071429	3,00000
Vš.skup.	12,00000	9,000000	20,00000	1,000000	42,00000

Souhrnná tab.: Očekávané četnosti (List1 / 9b) otázka)
 Četnost označených buněk > 10 Pearsonův chí-kv. : 10,2431, sv=12, p=,594646

1. ročník - 9 b)	3. ročník - 9 b) - 2	3. ročník - 9 b) - 3	3. ročník - 9 b) - 4	3. ročník - 9 b) - 5	Řádk. - součty
1	0,61905	0,428571	0,90476	0,047619	2,00000
2	5,88095	4,071429	8,59524	0,452381	19,00000
3	3,40476	2,357143	4,97619	0,261905	11,00000
4	2,78571	1,928571	4,07143	0,214286	9,00000
5	0,30952	0,214286	0,45238	0,023810	1,00000
Vš.skup.	13,00000	9,000000	19,00000	1,000000	42,00000

Souhrnná tab.: Očekávané četnosti (List1 / 9c) otázka)
 Četnost označených buněk > 10 Pearsonův chí-kv. : 4,78068, sv=6, p=,572234

1. ročník - 9 c)	3. ročník - 9 c) - 1	3. ročník - 9 c) - 2	3. ročník - 9 c) - 3	Řádk. - součty
1	2,666667	10,00000	1,333333	14,00000
2	4,190476	15,71429	2,095238	22,00000
3	0,761905	2,85714	0,380952	4,00000
4	0,380952	1,42857	0,190476	2,00000
Vš.skup.	8,000000	30,00000	4,000000	42,00000

Souhrnná tab.: Očekávané četnosti (List1 / 9d) otázka)
 Četnost označených buněk > 10 Pearsonův chí-kv. : 16,1310, sv=12, p=,185312

1. ročník - 9 d)	3. ročník - 9 d) - 2	3. ročník - 9 d) - 3	3. ročník - 9 d) - 4	3. ročník - 9 d) - 5	Řádk. - součty
1	0,071429	0,166667	0,57143	0,190476	1,00000
2	0,071429	0,166667	0,57143	0,190476	1,00000
3	1,285714	3,000000	10,28571	3,428571	18,00000
4	1,000000	2,333333	8,00000	2,666667	14,00000
5	0,571429	1,333333	4,57143	1,523810	8,00000
Vš.skup.	3,000000	7,000000	24,00000	8,000000	42,00000

Souhrnná tab.: Očekávané četnosti (List1 / 9e) otázka)
Četnost označených buněk > 10 Pearsonův chí-kv. : 7,93302, sv=12, p=,790343

1. ročník - 9 e)	3. ročník - 9 e) - 1	3. ročník - 9 e) - 2	3. ročník - 9 e) - 3	3. ročník - 9 e) - 4	3. ročník - 9 e) - 5	Řádk. - součty
1	2,833333	10,11905	1,619048	2,023810	0,404762	17,00000
2	3,000000	10,71429	1,714286	2,142857	0,428571	18,00000
3	0,833333	2,97619	0,476190	0,595238	0,119048	5,00000
4	0,333333	1,19048	0,190476	0,238095	0,047619	2,00000
Vš.skup.	7,000000	25,00000	4,000000	5,000000	1,000000	42,00000

Souhrnná tab.: Očekávané četnosti (List1 / 9f) otázka)
Četnost označených buněk > 10 Pearsonův chí-kv. : 5,70000, sv=6, p=,457621

1. ročník - 9 f)	3. ročník - 9 f) - 2	3. ročník - 9 f) - 3	3. ročník - 9 f) - 4	Řádk. - součty
1	0,166667	0,666667	0,166667	1,00000
2	1,333333	5,333333	1,333333	8,00000
3	4,166667	16,66667	4,166667	25,00000
4	1,333333	5,333333	1,333333	8,00000
Vš.skup.	7,000000	28,00000	7,000000	42,00000

Souhrnná tab.: Očekávané četnosti (List1 / 9g) otázka)
Četnost označených buněk > 10 Pearsonův chí-kv. : 8,03721, sv=9, p=,530400

1. ročník - 9 g)	3. ročník - 9 g) - 1	3. ročník - 9 g) - 2	3. ročník - 9 g) - 3	3. ročník - 9 g) - 4	Řádk. - součty
1	0,380952	1,61905	1,42857	0,571429	4,00000
2	1,809524	7,69048	6,78571	2,714286	19,00000
3	1,333333	5,66667	5,00000	2,000000	14,00000
4	0,476190	2,02381	1,78571	0,714286	5,00000
Vš.skup.	4,000000	17,00000	15,00000	6,000000	42,00000

Souhrnná tab.: Očekávané četnosti (List1 / 10 otázka) Četnost označených buněk > 10 Pearsonův chí-kv. : ----

1. ročník - 10	3. ročník - 10 - 2	3. ročník - 10 - 3	3. ročník - 10 - 4	3. ročník - 10 - 5	Řádk. - součty
1	0,000000	0,00000	0,00000	0,000000	0,00000
2	0,952381	5,00000	3,33333	0,714286	10,00000
3	1,238095	6,50000	4,33333	0,928571	13,00000
4	1,619048	8,50000	5,66667	1,214286	17,00000
5	0,190476	1,00000	0,66667	0,142857	2,00000
Vš.skup.	4,000000	21,00000	14,00000	3,000000	42,00000

Souhrnná tab.: Očekávané četnosti (List1 / 11 otázka)
 Četnost označených buněk > 10 Pearsonův chí-kv. : ----

1. ročník - 11	3. ročník - 11 - 1	3. ročník - 11 - 2	3. ročník - 11 - 3	3. ročník - 11 - 4	3. ročník - 11 - 5	Řádk. - součty
1	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000
2	0,166667	0,833333	1,000000	3,666667	1,333333	7,000000
3	0,238095	1,190476	1,428571	5,23810	1,904762	10,00000
4	0,357143	1,785714	2,142857	7,85714	2,857143	15,00000
5	0,238095	1,190476	1,428571	5,23810	1,904762	10,00000
Vš.skup.	1,000000	5,000000	6,000000	22,00000	8,000000	42,00000

Souhrnná tab.: Očekávané četnosti (List1 v kontingence12)
 Četnost označených buněk > 10 Pearsonův chí-kv. : 26,0482, sv=9, p=,002006

1. ročník - 12	3. ročník - 12 - 2	3. ročník - 12 - 3	3. ročník - 12 - 4	3. ročník - 12 - 5	Řádk. - součty
2	0,238095	0,357143	2,26190	2,14286	5,00000
3	0,190476	0,285714	1,80952	1,71429	4,00000
4	0,809524	1,214286	7,69048	7,28571	17,00000
5	0,761905	1,142857	7,23810	6,85714	16,00000
Vš.skup.	2,000000	3,000000	19,00000	18,00000	42,00000

Souhrnná tab.: Očekávané četnosti (List1 / 13) otázka
 Četnost označených buněk > 10 Pearsonův chí-kv. : 13,4050, sv=12, p=,340305

1. ročník - 13	3. ročník - 13 - 1	3. ročník - 13 - 2	3. ročník - 13 - 3	3. ročník - 13 - 4	Řádk. - součty
1	1,333333	3,80952	2,09524	0,761905	8,00000
2	1,666667	4,76190	2,61905	0,952381	10,00000
3	3,166667	9,04762	4,97619	1,809524	19,00000
4	0,666667	1,90476	1,04762	0,380952	4,00000
5	0,166667	0,47619	0,26190	0,095238	1,00000
Vš.skup.	7,000000	20,00000	11,00000	4,000000	42,00000

Souhrnná tab.: Očekávané četnosti (List1 / 14 otázka)
 Četnost označených buněk > 10 Pearsonův chí-kv. : 11,0790, sv=12, p=,522164

1. ročník - 14	3. ročník - 14 - 1	3. ročník - 14 - 2	3. ročník - 14 - 3	3. ročník - 14 - 4	Řádk. - součty
1	0,428571	1,21429	0,78571	0,571429	3,00000
2	2,285714	6,47619	4,19048	3,047619	16,00000
3	2,142857	6,07143	3,92857	2,857143	15,00000
4	0,857143	2,42857	1,57143	1,142857	6,00000
5	0,285714	0,80952	0,52381	0,380952	2,00000
Vš.skup.	6,000000	17,00000	11,00000	8,000000	42,00000

Souhrnná tab.: Očekávané četnosti (List1 / 15 otázka)
Četnost označených buněk > 10 Pearsonův chí-kv. : 14,0789, sv=12, p=,295699

1. ročník - 15	3. ročník - 15 - 1	3. ročník - 15 - 2	3. ročník - 15 - 3	3. ročník - 15 - 4	Řádk. - součty
1	0,071429	0,642857	1,50000	0,78571	3,00000
2	0,119048	1,071429	2,50000	1,30952	5,00000
3	0,333333	3,000000	7,00000	3,66667	14,00000
4	0,428571	3,857143	9,00000	4,71429	18,00000
5	0,047619	0,428571	1,00000	0,52381	2,00000
Vš.skup.	1,000000	9,000000	21,00000	11,00000	42,00000

Souhrnná tab.: Očekávané četnosti (List1 / 16 otázka)
Četnost označených buněk > 10 Pearsonův chí-kv. : 10,9667, sv=12, p=,531778

1. ročník - 16	3. ročník - 16 - 1	3. ročník - 16 - 2	3. ročník - 16 - 3	3. ročník - 16 - 4	Řádk. - součty
1	0,142857	0,428571	1,00000	0,428571	2,00000
2	0,785714	2,357143	5,50000	2,357143	11,00000
3	1,142857	3,428571	8,00000	3,428571	16,00000
4	0,714286	2,142857	5,00000	2,142857	10,00000
5	0,214286	0,642857	1,50000	0,642857	3,00000
Vš.skup.	3,000000	9,000000	21,00000	9,000000	42,00000