

Univerzita Karlova

Filozofická fakulta

Katedra sociologie

Diplomová práce



Bc. Aneta Šmejcová

Stigmatizace osob s duševním onemocněním na pracovišti

Workplace Stigmatization of Individuals with Mental Illness

Praha 2025

Vedoucí práce: Mgr. Radka Hanzlová, Ph.D.

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí práce Mgr. Radce Hanzlové, Ph.D. za její trpělivé vedení při psaní této diplomové práce. Bez jejích odborných rad, pohotových reakcí a proaktivního přístupu by tato práce nikdy nemohla vzniknout. Mé díky patří i rodině, přátelům a příteli za psychickou podporu a povzbuzení nejen při psaní diplomové práce, ale také po celou dobu magisterského studia. V neposlední řadě děkuji všem respondentům, kteří se ochotně zapojili do pilotního dotazníku i finálního sběru dat, a přispěli tak k hlubšímu zkoumání stigmatu osob s duševním onemocněním na pracovišti.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 12. 5.

Bc. Aneta Šmejcová

Abstrakt

Tato diplomová práce se zabývá stigmatizací osob s duševním onemocněním na pracovišti. Zaměřuje se na analýzu souvislostí vybraných faktorů (věk, gender, vzdělání, přímá a nepřímá zkušenost s duševním onemocněním, socioekonomický status a povědomí o duševním zdraví) a míry stigmatizace. Dále je jejím cílem otestovat psychometrické vlastnosti českého překladu zkrácené škály The Opening Minds Scale-Workplace Attitudes (OMS-WA) určené pro měření stigmatizace osob s duševním onemocněním na pracovišti.

Pro naplnění cílů byl realizován vlastní kvantitativní výzkum na reprezentativním vzorku ($N = 1\,000$) české populace, který proběhl v srpnu 2024. Analýza dat pomohla nalézt statisticky signifikantní, avšak převážně slabé vztahy mezi vybranými faktory a mírou stigmatizace, které se většinou shodují se zahraničními studiemi. Nejvýraznější vztahy byly nalezeny mezi mírou stigmatizace a přímou i nepřímou zkušeností s duševním onemocněním a věkem. Mnohonásobná lineární regrese odhalila nízkou predikční hodnotu vybraných proměnných ($R^2 = 0,111$) a naznačila tak, že stigmatizace není těmito základními proměnnými výrazně determinována.

Testování psychometrických vlastností škály OMS-WA přineslo slibné výsledky. Cronbachovo Alfa ($\alpha = 0,928$) potvrdilo velmi dobrou vnitřní konzistenci všech 11 položek. Explorační faktorová analýza našla dvě dimenze, které byly následně potvrzeny konfirmační faktorovou analýzou. Validitu dále podpořily středně silné korelace s krátkými škálami sociální distance ($r = 0,300$) a veřejného stigmatu ($r = 0,675$). 11 položková škála OMS-WA se tak ukázala jako validní a reliabilní nástroj pro měření stigmatu osob s duševním onemocněním na pracovišti.

Práce jako první otestovala psychometrické vlastnosti zkrácené OMS-WA škály v českém prostředí a nabízí tak podklad pro budoucí měření efektivity destigmatizačních intervencí v pracovním kontextu. Touto cestou může přispívat ke zmírnění stigmatu a odstraňování bariér na trhu práce, kterým lidé s duševním onemocněním často čelí.

Klíčová slova: stigmatizace, duševní onemocnění, stigma na pracovišti

Abstract

This thesis explores the stigmatization of individuals with mental illness in the workplace. It focuses on analyzing the relationships between selected factors (age, gender, education, direct and indirect experience with mental illness, socioeconomic status, and mental health awareness) and the level of stigmatization. Another objective is to test the psychometric properties of the Czech translation of the shortened *Opening Minds Scale – Workplace Attitudes* (OMS-WA), designed to measure stigma toward people with mental illness in the workplace.

To achieve these aims, an original quantitative study was conducted on a representative sample (N = 1,000) of the Czech population in August 2024. The data analysis revealed statistically significant, though mostly weak, associations between the selected factors and the level of stigmatization, which largely align with findings from international studies. The strongest relationships were found between the level of stigmatization and both direct and indirect experience with mental illness, as well as age. Multiple linear regression showed a low predictive value of the selected variables ($R^2 = 0.111$), suggesting that stigmatization is not strongly determined by these basic variables.

The testing of the psychometric properties of the OMS-WA scale yielded promising results. Cronbach's alpha ($\alpha = 0.928$) confirmed very good internal consistency across all 11 items. Exploratory factor analysis identified two dimensions, which were subsequently confirmed through confirmatory factor analysis. Validity was further supported by moderate correlations with brief scales measuring social distance ($r = 0.300$) and public stigma ($r = 0.675$). The 11-item OMS-WA scale thus proved to be a valid and reliable tool for measuring workplace stigma toward individuals with mental illness.

This thesis is the first to test the psychometric properties of the shortened OMS-WA scale in the Czech context, providing a basis for future assessments of the effectiveness of anti-stigma interventions in workplace settings. In doing so, it may contribute to reducing stigma and removing barriers in the labor market that individuals with mental illness often face.

Keywords: stigmatization, mental illness, workplace stigma

Obsah

Úvod.....	8
1. Duševní zdraví a onemocnění.....	10
1.1 Definice duševního zdraví.....	10
1.2 Definice duševního onemocnění a kritika diagnóz	11
1.3 Typy duševních nemocí a stigma	12
1.4 Prevalence duševních onemocnění.....	13
2. Stigma a stigmatizace.....	14
2.1 Typy stigmatu.....	14
2.2 Stereotypy, předsudky a diskriminace	15
2.3 Stigmatizace osob s duševním onemocněním	16
3. Negativní dopady stigmatu na osoby s duševním onemocněním	18
3.1 Ekonomické dopady a dopady na vzdělání	18
3.2 Psychické dopady	19
3.3 Zdravotní dopady	20
3.4 Sociální dopady	21
4. Sociologické teorie stigmatu	22
4.1 Mikro a mezosociologické teorie	23
4.1.1 Stigma u Ervinga Goffmana.....	23
4.1.2 Etiketizační teorie.....	24
4.1.3 Modifikovaná etiketizační teorie.....	24
4.2 Makrosociologické teorie	26
4.2.1 Strukturální koncepce stigmatu	26
4.2.2 Reprodukce stigmatu a moc	27
4.2.3 Sociální stratifikace a stigma.....	28
5. Duševní zdraví na pracovišti	29
5.1 Přínos práce pro lidi s duševním onemocněním.....	29
5.2 Bariéry na trhu práce pro lidi s duševním onemocněním.....	30
5.3 Stigma na pracovišti	30
5.4 Nezaměstnanost lidí s duševním onemocněním.....	32
6. Stigma duševních nemocí v České republice	33
6.1 Situace na trhu práce v ČR.....	34
6.2 Destigmatizační programy v ČR.....	34
7. Faktory související se stigmatizací osob s duševním onemocněním	35
7.1 Věk	35
7.2 Gender	36

7.3 Přímá a nepřímá zkušenost s duševním onemocněním	37
7.4 Informovanost a edukace	38
7.5 Socioekonomický status – vzdělání a příjem	39
7.6 Práce	40
8. Metody výzkumu	41
8.1 Výzkumný design.....	41
8.2 Měřicí nástroje.....	41
8.2.1 Opening Minds Scale for Workplace Attitudes (OMS-WA)	41
8.2.2 Škály pro validaci.....	42
8.3 Průběh výzkumu.....	42
8.3.1 Překlad škály	42
8.3.2 Pilotáž.....	43
8.3.3 Dotazníkové šetření.....	44
8.4 Výzkumný vzorek	44
8.5. Způsob analýzy dat.....	46
9. Výsledky	47
9.1 Validita a reliabilita škály OMS-WA.....	47
9.2 Výsledky analýz vybraných faktorů.....	50
9.2.1 Ověřování hypotéz	50
9.2.2 Regresní model.....	59
10. Limity práce.....	64
11. Diskuze	67
11.1 Psychometrické vlastnosti OMS-WA	67
11.2 Vztahy míry stigmatizace a vybraných faktorů.....	68
11.3 Regresní model.....	68
11.4 Návrhy pro budoucí výzkum.....	69
Závěr.....	69
Seznam grafů a tabulek:	70
Seznam literatury:	72
Příloha A: Dotazník	81
Příloha B: Výsledky EFA pro 11položkovou OMS-WA.....	86

Úvod

Práce má v životě jedince nezastupitelnou roli kvůli své ekonomické, sociální i integrační funkci. Může mu přinášet řadu pozitivních zkušeností, jako jsou pocity úspěchu, smysluplnosti či seberealizace, na druhou stranu však bývá zdrojem stresu a vyčerpání. Ačkoliv je chození do práce pro většinu populace samozřejmostí, pro lidi s duševním onemocněním se může tato samozřejmost proměnit v každodenní výzvu. Aby se mohli stát součástí pracovního trhu, který oceňuje výkon, flexibilitu a rychlost, musejí překonat nejen symptomy své duševní nemoci, ale i hojně rozšířené stigma. Stigmatizace s sebou přináší řadu negativních dopadů, mezi které patří sociální izolace, zdravotní komplikace, finanční tíseň a v neposlední řadě i ostych při hledání odborné pomoci. To vše vede nejen k psychickému strádání samotných jedinců, ale i k závažným ekonomickým a společenským problémům.

Porozumění povaze, příčinám a nositelům stigmatizujících postojů představuje první krok na cestě k jejich překonání. Znalost problematiky umožní lépe cílit intervence a osvětové kampaně, jež bojují proti škodlivým stereotypům a ulehčují tak život nejen těm, kteří trpí vážnějším duševním onemocněním, ale i všem ostatním, kdo se v průběhu života ocitnou v psychicky náročné situaci. Tímto způsobem lze zvyšovat duševní gramotnost celé společnosti, posilovat empatii a soucit a klást důraz na duševní zdraví jako jednu z klíčových hodnot života jednotlivce i společnosti.

Cílem této výzkumné práce je především prozkoumat míru stigmatizace osob s duševním onemocněním v českém pracovním prostředí, identifikovat faktory, jež s ní souvisejí, a aplikovat regresní model pro hlubší porozumění těchto souvislostí. K naplnění tohoto záměru byla použita zkrácená škála *The Opening Minds Scale-Workplace Attitudes* (OMS-WA) pro měření stigmatizace osob s duševním onemocněním na pracovišti, která má potenciál stát se efektivním nástrojem pro evaluaci edukačních kampaní, antistigmatizačních programů a obdobných intervencí. Ke splnění uvedených metodologických cílů bylo provedeno vlastní dotazníkové šetření na reprezentativním vzorku respondentů české populace.

Práce nejprve definuje stěžejní pojmy, jako je duševní zdraví, duševní porucha, stigma nebo stereotypy. Dále popíše typy stigmatu, detaily stigmatizace osob s duševním onemocněním a její negativní dopady. Následovat bude exkurz do sociologické teorie, ve kterém se stručně

představí jak klasické, tak i soudobé teorie stigmatu rozdělené na mikro, mezo a makro úroveň. Další část se zaměří již konkrétně na stigma na pracovišti a pracovním trhu, po čemž bude následovat charakteristika české situace. Závěr teoretické části bude patřit vybraným faktorům a jejich souvislostem se stigmatem duševních onemocnění, které vycházejí ze zahraničních studií. V metodologické části bude popsán výzkumný design, OMS-WA škála a průběh výzkumu, největší část bude věnována popisu a interpretaci výsledků. V závěru budou vyloženy limity práce a v rámci diskuze komentovány výsledky výzkumu ve srovnání se zahraničními studii a se zasazením do teoretického rámce.

1. Duševní zdraví a onemocnění

1.1 Definice duševního zdraví

Definovat tak složitý koncept jako lidské zdraví je obtížným úkolem, k němuž lze přistupovat různými způsoby. Dominantní je přístup Světové zdravotnické organizace (WHO), podle které nelze zdraví označit za pouhou absenci duševní či fyzické nemoci, ale spíše za celkovou duševní, fyzickou a sociální pohodu (WHO, 2024a). Taková definice popisuje zdraví jako určitý ideál, kterého v nedokonalém světě téměř nelze dosáhnout. Výhodou takového typu definice je, že umožňuje společnosti podchytit téměř jakýkoliv zdravotní problém a poskytnout řešení. Problematické může být, pokud se taková definice stane podkladem pro hodnocení všech drobných odchylek od ideálu jako patologických jevů.

Jak WHO uvádí, duševní zdraví je nezbytnou součástí celkového lidského zdraví, a pokud není duševní pohoda naplněna, nelze jedince označit za plně zdravého (WHO, 2024a). Definice duševního zdraví opět přesahuje pouhou absenci duševní poruchy: *„Duševní zdraví je stav psychické pohody, který lidem umožňuje zvládat životní stres, uvědomovat si své schopnosti, dobře se učit, produktivně pracovat a přispívat své komunitě. Je nedílnou součástí zdraví a blahobytu a je základem našich individuálních i kolektivních schopností rozhodovat se, budovat vztahy a utvářet svět, v němž žijeme. Duševní zdraví je základním lidským právem a je klíčové pro osobní, komunitní i socioekonomický rozvoj“* (WHO, 2022b). Pro tuto práci je nutné vyzdvihnout část *„duševní zdraví je stav psychické pohody, který lidem umožňuje...produktivně pracovat.“* Takové vyjádření totiž v sobě obsahuje předpoklad, že duševní onemocnění brání člověku v produktivní práci, či ji dokonce znemožňuje. To je i jeden z častých stereotypů, kdy jsou lidé s duševním onemocněním vnímáni jako neschopní a nespolehliví (Rogers & Pilgrim, 2014). Lidé s duševním onemocněním přitom běžně pracují a účastní se veřejného života, nebo jsou toho schopni, přestože jim duševní onemocnění může profesní život komplikovat.

Problematika definice duševního zdraví má kořeny v základní sociologické otázce – jak a podle čeho můžeme určit dělicí linii mezi normálním a nenormálním, respektive patologickým. Podle Busse (1966) to lze provést čtyřmi způsoby, a to 1) statisticky, 2) určením ideální představy, 3) přítomností specifického chování a 4) pozorováním zkreslené kognice. Všechna tato měřítka ale spojuje jeden společný problém – nemožnost ospravedlnit položení hranice mezi abnormalitu a normalitu. Nejde totiž o univerzálně platnou dělicí linii, nýbrž o kulturně

podmíněné rozdělení, které se může v různých společnostech i jejich částech lišit. Nepopiratelný vliv kultury a sociálního prostředí přiznává i *Diagnostický a statický manuál duševních poruch* (DMS-5), v němž se píše: „posouzení, že dané chování je abnormální a vyžaduje klinickou pozornost, závisí na kulturních normách, které jedinec internalizuje a které na něj aplikují lidé v jeho okolí, včetně členů rodiny a kliniků“ (APA, 2022). Určit, kdo je zdravý a kdo duševně nemocný, proto není jednoduchý úkol.

Reakcí na výše zmíněné problémy současné všeobecně přijímané definice duševního zdraví jsou nové pokusy o přesnější, méně idealisticky formulovanou verzi. Například Silvana Galderisi a kolektiv (2015) se pokoušejí o stanovení nové definice duševního zdraví, kterou staví na kritice definice současné. Ta podle nich nepřipouští existenci běžných lidských trápení, pocitů, nálad a prožitků těžkých životních situací, které nejsou ze své podstaty duševní poruchou, nýbrž běžnou lidskou reakcí na překážky a komplikace, jež jsou nedílnou součástí života. Autoři dále kritizují rovnítko mezi duševním zdravím a produktivní prací, protože podle nich nepočítá s osobami, které z různých systémových i jiných důvodů pracovat nemohou. Galderisi et al. (2015) proto navrhuje tuto definici: „*Duševní zdraví je dynamický stav vnitřní rovnováhy, který jednotlivcům umožňuje využívat své schopnosti v souladu s univerzálními hodnotami společnosti. Základní kognitivní a sociální dovednosti, schopnost rozpoznat, vyjádřit a regulovat své vlastní emoce, stejně jako empatie vůči ostatním; flexibilita a schopnost vyrovnat se s nepříznivými životními událostmi a fungovat v sociálních rolích; a harmonický vztah mezi tělem a myslí představují důležité složky duševního zdraví, které do různé míry přispívají k dosažení stavu vnitřní rovnováhy*“ (2015, s. 231–232).

Na příkladech definic duševního zdraví si lze všimnout, že vyjádřit vnímání tohoto konceptu slovy není snadné a že záleží na úhlu pohledu. To je důležité zjištění i pro tuto práci, která pojmy duševní zdraví a duševní onemocnění využívá ve svém dotazníkovém šetření. Nejasnost těchto pojmů s sebou může přinášet určité limity při pokusech změřit míru stigmatu, jež se od definice duševního zdraví a nemoci odvíjí.

1.2 Definice duševního onemocnění a kritika diagnóz

Podobně nejasné hranice mají i snahy o vymezení pojmů duševní nemoc, onemocnění či porucha. Podle WHO je duševní porucha „*Klinicky významné narušení kognice, emoční regulace nebo chování jedince. Obvykle je spojena s nepohodou nebo zhoršením fungování v důležitých oblastech života*“ (WHO, 2022a). Pod tento popis spadá celé spektrum různých

psychických nemocí, k jejichž rozlišení (a určení klinické diagnózy) slouží diagnostické manuály, jako je výše zmiňovaný DSM-5 nebo Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). Počet a definice jednotlivých duševních onemocnění se v minulosti několikrát měnila, dnes DSM-5 popisuje okolo 450 typů psychiatrických diagnóz (APA, 2022).

Ačkoliv se zdá, že manuály přinášejí jasné podklady a určují hranice mezi zdravím a nemocí, někteří odborníci podrobují současnou psychiatrickou diagnostiku kritice. Upozorňují na vědeckou nepodloženost symptomů, které se navíc navzájem překrývají (Allsopp et al., 2019). Doktorka Kate Allsoppová z Liverpoolské univerzity v rámci své studie upozorňuje na to, že dnešní podoba diagnóz může dokonce významným dílem přispívat ke stigmatizaci a společenským předsudkům: „*přestože diagnostické nálepky vytvářejí iluzi vysvětlení, jsou z vědeckého hlediska nesmyslné a mohou vytvářet stigma a předsudky*“ (Wood, 2019). Jednotlivé diagnózy, jako je schizofrenie, bipolární porucha apod., společnost vnímá ve spojitosti s určitými negativními stereotypy. Na druhou stranu, udělení diagnózy může mít v některých případech i pozitivní dopady, neboť může v pacientovi vyvolat pocit úlevy, sounáležitosti nebo motivaci k podstoupení léčby (Schnell et al., 2020). Přestože dopad nálepek v podobě diagnóz není ústředním tématem této práce, je třeba upozornit na to, že mohou mít svůj podíl na negativním obrazu lidí s duševním onemocněním ve společnosti.

1.3 Typy duševních nemocí a stigma

Pod pojem duševní onemocnění či porucha se vejde celá škála duševních problémů, které lze rozdělit do různých kategorií. Jednotlivé poruchy se liší i tím, jak je vnímá společnost a jak moc jsou zatížené společenským stigmatem (Angermeyer & Matschinger, 2003; Hazell et al., 2022; A. C. H. Szeto et al., 2013). Níže je pro ilustraci uvedeno dělení duševních poruch podle manuálu MKN-10 (tabulka 1).

Známe je rovněž rozdělení na externalizační a internalizační poruchy (Rogers & Pilgrim, 2014). Jedinci s externalizační poruchou promítají své potíže do okolí (poruchy osobnosti, závislosti či agrese), naopak internalizační poruchy se projevují směrem do nitra člověka (úzkosti, deprese nebo posttraumatická porucha (PTSD)).¹

¹ Toto rozdělení má zajímavou souvislost s rozdíly v prevalenci duševních onemocnění v závislosti na genderu. Platí totiž, že ženám bývá častěji diagnostikované internalizační onemocnění a mužům externalizační. To by mohlo poukazovat na roli sociálních faktorů a stigmatizace, která by za tímto zvláštním rozdělením mohla stát (Rogers & Pilgrim, 2014).

Tabulka 1: Klasifikace duševních poruch podle MKN-10 (ÚZIS ČR, 2023)

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

Podrobnější popis různých typologií a klasifikací není na tomto místě nezbytný, podstatné je zdůraznit, jak se liší míra stigmatu podle toho, jakou duševní poruchou osoba trpí. Mezi duševní nemoci, které jsou nejméně zatížené stigmatem, patří deprese, generalizovaná úzkostná porucha a obsedantně-kompulzivní porucha (Hazell et al., 2022). Důvodem může být fakt, že tyto duševní poruchy mají ve společnosti velmi vysokou prevalenci a častěji se tematizují ve veřejném prostoru. Na druhé straně spektra stojí schizofrenie, která platí za nejvíce stigmatizovanou duševní poruchu (Mannarini et al., 2022). Následovaná antisociální poruchou osobnosti a hraniční poruchou osobnosti (Hazell et al., 2022).

1.4 Prevalence duševních onemocnění

Duševní onemocnění patří mezi nejčastější zdravotní problémy dnešní doby. Podle WHO žije s duševním onemocněním každý 8. člověk na světě (WHO, 2022a). Obdobím, které výrazně vstoupilo do prevalence duševních nemocí po celém světě, byla pandemie covidu-19, jež vedla k sociální izolaci, obavy o zdraví sebe i svých blízkých i ekonomické potíže. Během prvního roku pandemie došlo k 25% nárůstu úzkostí a depresí (NÚDZ, 2022). Jedna z nejnovějších studií (2022) provedená na české populaci odhaduje, že 27,22 % respondentů trpí alespoň jednou duševní poruchou, přičemž ve srovnání s rokem 2017 jde o 7 % nárůst (Potočár et al., 2024).

2. Stigma a stigmatizace

Pojem stigma (*znak či znamení*) má původ ve starověkém Řecku, kde se vžilo pro pojmenování drobných tetování, která měla odlišovat různé skupiny lidí, například příslušníky chrámu, ale i vězně či otroky (Osborne, 1974). V sociologické teorii s tímto termínem jako první operuje Erving Goffman, jenž jej definuje jako atribut diskreditující nositele ve společnosti (Goffman, 1963).

Stigma se vytváří a udržuje během společenského procesu označovaného jako stigmatizace (Hohmeier & Brusten, 1975). Během tohoto procesu dochází na základě určitého společensky nepřijatelného znaku (stigmatu) k připsání negativních vlastností jednotlivci nebo skupině osob, a to jinou, mocnější skupinou osob. Dochází tak k rozdělení osob na „my – bez stigmatu“ a „oni – se stigmatem“. Stigmatizace tak redukuje složitou lidskou osobnost na jednu negativní, dehonestující vlastnost (Fudge Schormans, 2014).

Vlivnou definici stigmatizace přinesli Link a Phelan (2001), kteří ji popisují pomocí pěti komponentů – nálepkování, stereotypizování, separace, ztráta statusu a diskriminace (*labeling, stereotyping, separation, status loss, and discrimination*). Jedinci nejprve rozlišují a nálepkují odlišnosti druhých. Poté na základě dominantního kulturní přesvědčení přisoudí na základě nálepky druhým nežádoucí vlastnosti, tedy negativní stereotypy. Takto označená osoba je zařazená do kategorie, jež oddělí „my“ a „oni“. Ve čtvrté fázi osoby s nálepkou zažívají ztrátu statusu a v páté fázi diskriminaci.

2.1 Typy stigmatu

Obecné definice stigmatu jsou neúplné, protože neobsahují všechny jeho formy rozlišované v odborné literatuře. Jednotlivé úrovně stigmatu spolu navzájem souvisejí, a nelze je tedy považovat ze oddělené typy, ale spíše za vzájemně propojené dimenze.

První dimenzí stigmatu je stigma vůči ostatním (*stigma to others*), které vyjadřuje postoje veřejnosti k lidem s duševním onemocněním. Pokud se měří v průzkumech veřejného mínění, nazývá se také sociálním (*social*) nebo veřejným (*public*) stigmatem (P. Corrigan & Watson, 2002).

Je-li si jedinec vědom diskreditujících postojů společnosti, dochází k internalizaci těchto negativních postojů a vzniku tzv. sebestigmatu (*self-stigma*). Sebestigma lze definovat jako soubor představ jednotlivce o sobě samém v případě, že má, měl nebo by měl duševní problémy (P. Corrigan & Watson, 2002). Sebestigma se podle studií pojí s nižším sebevědomím, slabší sebeúčinností (*self-efficacy*) a nižším zájmem o odbornou pomoc (P. Corrigan, 2004; P. W. Corrigan et al., 2006; Lannin et al., 2015; Vogel et al., 2010), přičemž funguje jako zprostředkovatel vztahu mezi veřejným stigmatem a těmito negativními dopady. To znamená, že samotné veřejné stigma nemá přímý vliv na vyhledání odborné pomoci nebo sebevědomí, dokud jedinec společenské předsudky nepřijme za své.

Podle Quinn et al. (2015) vzniká sebestigma jako reakce na zkušenost s diskriminací, přičemž ale tento vztah zprostředkovává jedincovo očekávání stigmatu a diskriminace. Jinými slovy, prožitek diskriminace ještě nutně nevede ke vzniku sebestigmatu, pokud není přítomno očekávání diskriminace v budoucnu (Quinn et al., 2015). Očekávané stigma (*anticipated stigma*) je proto neopomenutelnou formou stigmatu, která vyjadřuje představu či přesvědčení jedince s duševním onemocněním o míře předsudků zbytku společnosti.

2.2 Stereotypy, předsudky a diskriminace

S pojmy stigma a stigmatizace se často skloňují další sociální procesy, nejčastěji stereotypy, předsudky a diskriminace. Tyto termíny se používají i v běžné řeči, jejich význam však bývá často zaměňován. Pro potřeby této práce je proto nutné vyjasnit si rozdíly mezi těmito třemi pojmy a pochopit, jak každý z nich souvisí se stigmatem.

Stereotyp definují Corrigan a Watson (2002) jako „*negativní přesvědčení o skupině lidí*“, tedy například představy o slabosti a nebezpečnosti lidí s duševním onemocněním. Lidé mají přirozenou tendenci přisuzovat jedincům a sociálním skupinám určité zjednodušující charakteristiky a dopouštějí se tak tvorby stereotypu. Stereotypy nejsou vždy negativní, ale jsou vždy omezené a zavádějící, protože ignorují individuální rozdíly uvnitř skupin. Členové společnosti tyto stereotypy znají a uvědomují si je, to však neznamená, že se s nimi musí ztotožňovat a věřit v jejich pravdivost. V momentě, kdy jedinec stereotypu věří, mluví se již o předsudku, jenž je definován jako „*souhlas s přesvědčením a/nebo negativní emoční reakce (např. hněv, strach)*“ (P. Corrigan & Watson, 2002). Stereotypizování se mění na stigmatizaci ve chvíli, kdy dochází k zesílení negativních předsudků a předpojatosti, která je podle

Rogerse a Pilgrima (2014) kognitivní chybou. Stigmatizaci navíc od pouhé stereotypizace odlišuje ještě přítomnost emocionální reakce a morálního odsudku.

K diskriminaci dochází, když jedinec či skupina upraví své chování na základě předsudku. Diskriminace může mít podobu sociální distance, odepření příležitostí nebo odmítnutí pomoci (P. Corrigan & Watson, 2002). Odehrávat se může jak v individuální rovině (v interpersonálních vztazích), tak i v rovině strukturální, na které se promítá do zákonů či nepsaných sociálních norem (Link & Phelan, 2001).

Stereotypy, předsudky a diskriminace neexistují podle Corrigan a Watsona (2002) pouze v kontextu veřejného stigmatu, ale i v rovině sebestigmatu. Jedinec si stereotypy může vztáhnout sám na sebe, mít sám o sobě předsudky, a nakonec zakoušet diskriminaci například v podobně neúspěchu v práci.

2.3 Stigmatizace osob s duševním onemocněním

Rogerse a Pilgrim rozlišují dva základní stigmatizační přístupy k lidem s duševním onemocněním. První z nich se projevuje lítostí, soucitem a paternalistickým přístupem a je založený na přesvědčení, že jde o osoby slabé, zranitelné až neschopné – člověk je vnímán jako dítě, kterému je třeba pomáhat. Druhý je charakterizován spíše nepřátelskými reakcemi, odtažitostí, morálním opovržením a vnímáním duševní nemoci jako něčeho nebezpečného. Výsledkem obou přístupů je sociální distance až izolace stigmatizovaného jedince (P. Corrigan & Watson, 2002; Rogers & Pilgrim, 2014).

Rogers a Pilgrim (2014) dále rozlišují čtyři základní dimenze stigmatizace vůči osobám s duševním onemocněním – srozumitelnost (*intelligibility*), kompetentnost (*competence*), důvěryhodnost (*credibility*) a nebezpečnost (*dangerousness*). Tyto vlastnosti jsou klíčové i v rámci pracovního prostředí, které je tématem této práce. Právě stereotypní vnímání lidí s duševním onemocněním jako nesrozumitelných, nekompetentních, nedůvěryhodných, nebo dokonce nebezpečných může stát za diskriminací těchto osob na trhu práce a na pracovišti.

Od členů společnosti se očekává předvídatelné a „normální“ chování v sociálních interakcích. Jedním z negativních předsudků o lidech s duševními nemocemi je právě nesrozumitelnost jednání, která může narušovat sociální řád. Tento stereotyp se může zdát opodstatněný, jde-li o psychiatrickou diagnózu. O nesrozumitelnosti chování lze však mluvit pouze ve vztahu

k některým diagnózám a individuálním případům než obecně ke všem lidem s duševním onemocněním. Například lidé s úzkostí či depresí nemají většinou problém s fungováním ve společnosti a hraním dané sociální role (Rogers & Pilgrim, 2014). *„Lidé projevující příznaky duševní nemoci mohou být vysoce cílevědomí, kreativní, spolehliví, a dokonce inspirativní napříč mnoha generacemi. Přesto silný stereotyp, podle něhož by lidem s duševním onemocněním měla být upírána důvěryhodnost kvůli jejich iracionalitě, vede ve většině moderních společností ke stigmatizaci a diskriminaci“* (Rogers & Pilgrim, 2014, s. 188).

Co se týče představ o rizikovém chování osob s duševním onemocněním, vědecký pohled na tuto problematiku se v čase proměňoval. Nejprve panoval názor, že lidé s duševním onemocněním jsou méně nebezpeční než běžná populace. Novější průzkumy od dob 90. let 20. století ale poukazují na nuance vztahu mezi násilím a duševní nemocí. Násilí je s duševní nemocí spíše stereotypně spojováno, než že by bylo jakkoliv prokázané, přičemž pouze malá skupina násilníků je opravdu duševně nemocná. Riziko, že se duševně nemocný člověk stane násilným, se v různých studiích pohybuje od méně než 1 do 5 % (Ahonen, 2019). To platí také o osobách se schizofrenií, kterým bývá násilnost přisuzována nejčastěji. I zde je ale podle výzkumů jen malá pravděpodobnost, že se osoba se schizofrenií stane násilnou. Výsledky studií na toto téma se však liší v závislosti na použitém designu výzkumu (Ahonen, 2019).

3. Negativní dopady stigmatu na osoby s duševním onemocněním

Stigma negativně ovlivňuje život lidí s duševním onemocněním. Mívá za následek sociální izolaci, diskriminaci na trhu práce, finanční tíseň a v neposlední řadě i tendenci duševní onemocnění skrývat a nevyhledat odbornou pomoc (Hampson et al., 2020; Hennekam et al., 2021). Tyto dalekosáhlé dopady na jednotlivce, ale i skupiny a celou společnost jsou důvodem, proč je nezbytné hlouběji porozumět stigmatu osob s duševním onemocněním.

Negativní důsledky stigmatu nezůstávají bez povšimnutí odborné veřejnosti, řada autorit volá po konkrétních opatřeních s cílem destigmatizovat duševní onemocnění, a zvýšit tak kvalitu života lidem, kteří se s ním potýkají. Příkladem těchto iniciativ je dokument vydaný komisí medicínského časopisu *The Lancet*, jenž podrobně popisuje dopady stigmatu ve 45 zemích a doporučuje postupy pro destigmatizaci na různých úrovních společnosti (Thornicroft et al., 2022)². Následující kapitoly čerpají mimo jiné i z informací uvedených v tomto dokumentu.

Před výčtem samotných dopadů stigmatu je důležité zdůraznit, že při jejich zkoumání je třeba rozlišovat mezi tím, co je důsledkem samotného stigmatu, a tím, co vyplývá z příznaků duševního onemocnění. Obtíže, jako jsou problémy se soustředěním, ztráta energie nebo úzkosti, souvisejí přímo s onemocněním a mohou člověku samy o sobě ztěžovat studium či práci. Stigma však tyto potíže ještě prohlubuje. V některých případech je navíc efekt veřejného stigmatu zprostředkovaný přes sebestigma, což může ještě zesílit jeho dopady.

3.1 Ekonomické dopady a dopady na vzdělání

Stigma duševních nemocí dopadá na celou řadu základních lidských potřeb – ovlivňuje důstojné bydlení, zaměstnání i finanční zázemí. Lidé s duševním onemocněním se často potýkají s ekonomickými problémy a dluhy (Marbin et al., 2022). Podle Levinsona et al. (2010) si lidé s duševním onemocněním v USA vydělají až o jednu třetinu méně peněz než lidé bez duševního onemocnění. Některé studie odhalují také diskriminaci na trhu s nemovitostmi, kdy osoby s duševním onemocněním mají méně příležitostí získat bydlení právě kvůli stigmatizujícím postojům pronajímatelů (Thornicroft et al., 2022). Lidé s duševním onemocněním navíc často mívají problémy najít si práci, čelí vyšší míře nezaměstnanosti a mají i nižší šanci na kariérní

² Na studii se podílel i český výzkumník a ředitel Národního ústavu duševního zdraví PhDr. Petr Winkler, Ph. D.

postup (Gewurtz et al., 2006; Kondrátová & Winkler, 2017). Podrobněji jsou tyto dopady na pracovní život rozebrány v kapitole 5 o stigmatu duševního zdraví na pracovišti.

Jelikož se velká část příznaků objeví již v čase dospívání, kdy dochází ke klíčovému rozvoji vzdělanosti, schopností a dovedností, nelze nezmínit vliv stigmatu na studijní úspěchy. Studie Martina (2010) odhalila, že většina univerzitních studentů s duševním onemocněním svůj psychický stav tají, protože se obává diskriminace na poli univerzity i pracovních příležitostí. Utajení svého zdravotního stavu vede k absenci odborné pomoci, což dále přispívá k problémům při plnění studijních záležitostí a může vést až ke studijnímu neúspěchu (Martin, 2010). Podle amerických longitudinálních studií mají studenti s duševním onemocněním menší pravděpodobnost dokončit střední školu, jít na vysokou školu a následně ji absolvovat (Mojtabai et al., 2015). Podobně i ve studii Fergussona a Woodwarda (2002) vykazovali studenti s duševními problémy vyšší pravděpodobnost školního neúspěchu. Tyto limity ve vzdělání mohou být v budoucnu pro lidi s duševním onemocněním významnou bariérou při hledání práce a mohou mít negativní souvislost s výší jejich příjmu (Blaug, 1972).

3.2 Psychické dopady

Neúspěch ve vzdělávání nebo na trhu práce nelze přičítat pouze veřejným stereotypům. Negativní dopady jsou často zprostředkovány tím, jak jedinec reaguje na veřejné stigma a do jaké míry si společenské předsudky internalizuje. Část pacientů si veřejné stigma vezme za své, a vytvoří si tak negativní sebepojetí (P. Corrigan & Watson, 2002). Mohou mít pocit, že v důsledku duševního onemocnění se stávají méně hodnotnou součástí společnosti, že jsou slabí a nezvládají životní okolnosti. Další z možných reakcí může být také vztek vůči předsudkům, které daného člověka odsuzují a negativně na něj dopadají. Tyto emoce naopak mohou mít podle Corriganova pozitivní dopady a posílit odhodlání člověka v této oblasti usilovat o nějaké změny (2004).

Sebestigma má podle studií vliv na vnímání sebe samého, často je spojeno s poklesem sebevědomí, sebeúčinnosti (*self-efficacy*), zvýšeným stresem a pocity hanby. Lidé, kteří jsou si vědomi veřejného stigmatu, často prožívají vyšší míru sebestigmatu, mají pocit, že mohou být pro druhé nebezpeční a zažívají častější pocity beznaděje (Thornicroft et al., 2022). Sebestigma může být dále spojeno s efektem „why try“ (*proč se snažit*), tzn. že se lidé v důsledku negativního sebepojetí ani nepokoušejí provést určitý krok (např. požádat o práci), protože již

předem očekávají neúspěch (Thornicroft et al., 2022) (viz kapitola 2.1 Typy stigmatu – *očekávané stigma a očekávaná diskriminace*).

3.3 Zdravotní dopady

Pokles sebevědomí a negativní pocity o sobě samém mohou v konečném důsledku zhoršovat příznaky duševního onemocnění a vést k sebepoškození či sebevraždě (tato spojitost je silná především u mladých lidí) (Rüsch et al., 2014). Mnohé studie ukázaly souvislost mezi stigmatem a příznaky deprese, úzkosti, psychózou, užíváním návykových látek nebo sebevraždností (Pyle & Morrison, 2014; Thornicroft et al., 2022; Xu et al., 2018). Rovněž jsou spojeny s horším uzdravováním a neefektivitou léčby (Mak et al., 2017). Lidem s duševním onemocněním se navíc často dostává horší péče i v oblasti fyzického zdraví, jelikož jsou jejich symptomy často přičítány psychosomatickým příčinám, a nejsou tak adekvátně léčeny jako u lidí bez psychiatrické diagnózy (Thornicroft et al., 2022).

Jedním ze závažných důsledků, které se pravděpodobně pojí s rozšířeným stigmatem duševního zdraví, je nevyhledání odborné pomoci v případě výskytu psychických problémů. Podle náměstka pro léčebnou péči z Národního ústavu duševního zdraví (NÚDZ) Pavla Mohra je v Česku velké procento duševních nemocí neléčených. Výsledky populační studie NÚDZ komentoval pro server Česko v datech následovně: „...není léčeno až 83 % jedinců, kteří splňují kritéria duševní poruchy. Pro představu, žádné psychiatrické nebo psychologické služby nevyužívá 61 % nemocných s poruchami nálady, 69 % s úzkostnými poruchami, 77 % s poruchami vyvolanými návykovými látkami a dokonce 93 % jedinců zneužívajících nebo závislých na alkoholu“ (Česko v datech, 2022). Jedno z možných vysvětlení je skutečnost, že lidé nechtějí získat nálepku duševně nemocných, která se pojí se ztrátou statusu i ekonomickými problémy. Z toho důvodu stigma funguje jako bariéra při hledání odborné pomoci (Thornicroft et al., 2022).

Podle Bathjeho a Pryora (2011) je záměr vyhledat odbornou pomoc opět zprostředkovaný sebestigmatem. Veřejné stigma ovlivňuje míru sebestigmatu, která dále determinuje postoje k vyhledání odborné pomoci, jež vyústí buď v zájem, či nezájem o odbornou pomoc. Postoje ovlivňuje také soucit s druhými a představa o kontrolovatelnosti duševních nemocí, tedy pokud člověk věří, že lze nemoc do jisté míry kontrolovat, má spíše negativní postoje k odborné pomoci (Bathje & Pryor, 2011).

3.4 Sociální dopady

Stigma zasahuje také do sociálního života jednotlivců a ohrožuje jejich osobní vztahy. Ačkoliv svůj podíl zde mají i samotné symptomy nemoci nebo délka hospitalizace, stigma je významným faktorem, proč osoby s duševním onemocněním přicházejí o sociální kontakty, mají problém udržet si přátele nebo vstoupit do manželství a jsou ohroženi sociální izolací (Lasalvia et al., 2015; Rogers & Pilgrim, 2014; Thornicroft et al., 2022). Lidé s duševním onemocněním zakoušejí osamělost častěji než běžná populace, jelikož jim symptomy nemoci často brání v kontaktu s lidmi nebo se sociálními situacím vyhýbají z důvodu stigmatu, diskriminace a nepochopení. Sociální izolace má přitom za následek nižší pravděpodobnost uzdravení a horší kvalitu života (Caple et al., 2023). Je prokázáno, že člověk trpící osamělostí má vyšší riziko deprese, úzkosti, sebevražedného chování, rakoviny nebo kardiovaskulárních chorob (Cacioppo & Patrick, 2009).

Osoby s duševním onemocněním navíc nestrádají pouze ve smyslu emocionální podpory, ale vlivem nedostatku kontaktů přicházejí i o možné pracovní a jiné příležitosti. Studie poukazují na to, že duševní onemocnění často koreluje s nižším sociálním kapitálem³ (Rogers & Pilgrim, 2014). Lidé s duševním onemocněním mívají často málo tzv. slabých vazeb, tedy vztahů, jež neposkytují emocionální podporu, ale jsou ryze instrumentální, například mohou jedinci přinést novou práci nebo kariérní příležitost. Lidem s duševním onemocněním tyto slabé vazby většinou scházejí kvůli jejich nemoci a stigmatu, které je drží dál od většinové společnosti, a to je důvodem, proč často přicházejí o výhody v podobě profesních i jiných příležitostí (Rogers & Pilgrim, 2014).

³ Pojem sociální kapitál přinesl do sociálních věd Pierre Bourdieu (1980), který svou teorii stratifikace zakládá na držení několika druhů kapitálu (ekonomického, sociálního, kulturního a symbolického). Dnes bývá sociální kapitál definován účastí ve formálních a neformálních sociálních sítích a/nebo obecnou důvěrou.

4. Sociologické teorie stigmatu

Od chvíle, kdy Erving Goffman v roce 1963 jako první definoval pojem stigma (Goffman, 1963), vznikla řada teorií a koncepcí nejen o společenském stigmatu obecně, ale i o stigmatu duševních nemocí. O jednotlivých přístupech lze uvažovat ve dvou základních liniích – mikro–makro úroveň a příčiny–důsledky (viz tabulka 2) (Clair, 2018). Dosavadní literatura tedy hledá odpovědi na otázky, jak stigma vzniká, v jakém kontextu, jaké jsou jeho dopady a jak na tyto dopady společnost i jedinci reagují.

Na mikroúrovni (typické pro oblast psychologie) se zkoumá jedinec s duševním onemocněním, jeho pocity, kognitivní procesy stojící za vznikem stigmatu nebo dopad stigmatu na jedincovu psychiku a zdraví (Clair, 2018).

Na mezoúrovni se teorie zabývají mezilidskými vztahy, vysvětlují sociální distanci od lidí s duševním onemocněním, symboly nebo kulturní vzorce odpovědné za vznik a udržování stereotypů ve společnosti (Rogers & Pilgrim, 2014). Do této kategorie spadá dílo E. Goffmana (1963), které vychází ze symbolického interakcionismu, dále navazující etiketizační teorie (Scheff, 1966), modifikovaná etiketizační teorie (Link et al., 1989), ale i modernější příspěvek Corrigan a Watsona (2002) a jejich rozdělení stigmatu na sebestigma a veřejné stigma.

Makro hledisko se vztahuje k velkým konceptům, jako je moc, segregace nebo diskriminační zákony. Příkladem je teorie strukturálního stigmatu (Hatzenbuehler & Link, 2014) nebo koncept strukturální diskriminace (Link & Phelan, 2001), který diskuzi o stigmatu, do té doby orientovanou především na interpersonální vztahy, pozvedl na úroveň společenských struktur a procesů nezávislých na vůli jednotlivce. Link a Phelan dále propojují teorie stigmatu s mocí a statusem, odkud je to už jen krok k literatuře týkající se sociálních nerovností, jelikož stigma přispívá k sociálnímu vyloučení, diskriminaci a sociální exkluzi (Rogers & Pilgrim, 2014).

Rovina	Mikro-level (Psychologie)	Mezo-level (Sociální psychologie)	Makro-level (Sociologie)
Příčiny	Fyzická a duševní onemocnění, sociobiologické motivy, osobní zkušenosti	Mezilidské a symbolické motivy, kultura, stereotypy a předsudky, konformita, sociální kontrola	Moc, institucionální praktiky, sociální segregace, diskriminující zákony
Kontext	Tělo, mysl, kognitivní procesy (zjednodušování, kognitivní disonance)	Vnímání a pocity jednotlivce, postoje, interpersonální vztahy	Zákony a politika, pracoviště, sousedství, národní rodiny, sociální prostředí, média, struktura společnosti
Důsledky	Projevy duševní nemoci, stres, fyzické nemoci, dopady na osobní a profesní život	Sebevědomí, identita, symbolická hodnota, osamělost	Rozdíly v duševním zdraví mezi skupinami, in/out group, ekonomické nerovnosti, diskriminace, vyloučení
Reakce	Vyrovňávání se s problémy (<i>coping</i>), odborná péče	Sociální distance, kulturní přerámování, sociální zdroje	Institucionální změny, legální změny, sociální hnutí, antistigma organizace/kampaně

Pozn. Vlastní modifikace podle Claira (2018)

4.1 Mikro a mezosociologické teorie

4.1.1 Stigma u Ervinga Goffmana

Pojem stigma do sociálních věd přinesl americký sociolog Erving Goffman, významný představitel Chicagské školy a pokračovatel symbolického interakcionismu. Ve své knize *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity* (1963) definuje stigma jako „hluboce diskreditující přívlastek“, který může být na první pohled viditelný (barva pleti, fyzické postižení), ale i nepatrný (např. duševní onemocnění, kriminální minulost). Goffman rozebírá interakce stigmatizovaných jedinců s jedinci bez stigmatu a popisuje škálu možných reakcí

vyvolávajících stigma vyvolává (od znevážení, distance nebo naopak přehnané lítosti). Goffmanova práce je dodnes uznávaným dílem, jež se stalo podkladem pro další teorii i výzkum v oblasti stigmatu, např. pro Teorii labellingu (česky: *etiketizační teorie* či *teorie nálepkování*).

4.1.2 Etiketizační teorie

Etiketizační teorie, za níž stojí autoři H. P. Becker, K. T. Erikson a J. I. Kitsuse (Becker, 1963), se původně zabývala deviací ve vztahu ke kriminální činnosti. Tato vlivná konstruktivistická teorie tvrdí, že deviantním se člověk stává ve chvíli, kdy jej za deviantního označí společnost. Objektivní porušení normy nehraje až takovou roli, klíčová je nálepka, kterou jedinci přisoudí společnost a která nemusí mít s překročením norem (sociálních nebo zákonných) nic společného.

Etiketizační teorii později o koncept primární a sekundární deviace rozšiřuje E. Lemert (Lemert, 1972), který vysvětluje proces zvnitřňování nálepek. Při primární deviaci dochází k porušení normy na základě prvotního impulsu různé povahy, při deviaci sekundární už jedinec podle Lemerta jedná na základě přidělené nálepky devianta, již si internalizoval a která proměnila jeho sebepojetí.

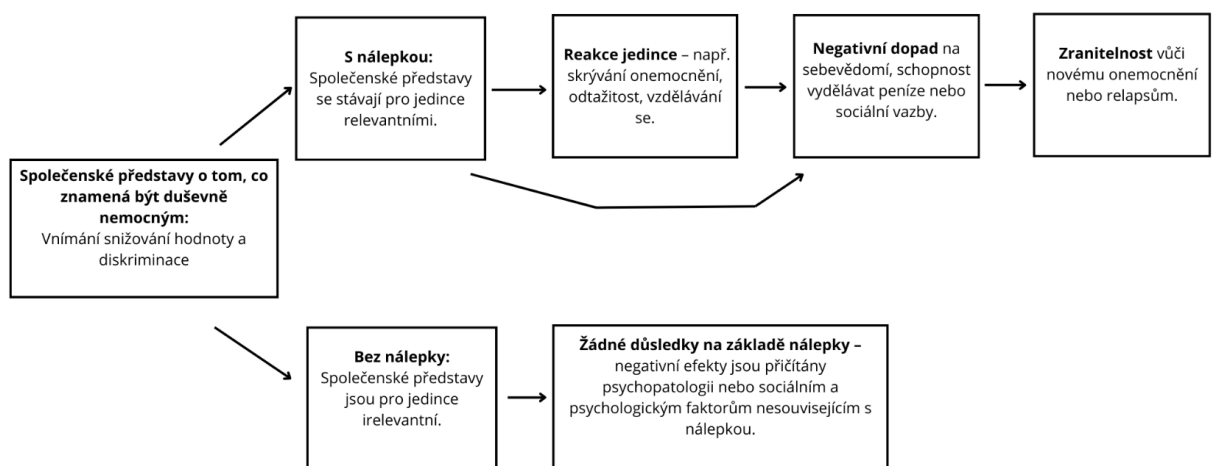
Pro vysvětlení vzniku stigmatu duševních poruch si etiketizaci poprvé vypůjčil T. J. Scheff v roce 1966 (Scheff, 1966). Jeho teorie ale nebyla ihned přijata a pozornost se obrátila k výzkumům, které hledaly pozitivní přínosy stigmatu (např. impuls k vyhledání odborné pomoci), zatímco jeho negativní dopady spíše zpochybňovaly. Autoři jako W. Gove (1975) přikládali větší význam primární deviaci, tj. skutečnosti, že člověk s duševním onemocněním dostává nálepku na základě svého jednání a chování, potažmo projevených symptomů, a nikoliv na základě předsudků společnosti (Rogers & Pilgrim, 2014).

4.1.3 Modifikovaná etiketizační teorie

V reakci na Goveho a další autory, kteří nepovažovali negativní vliv stigmatu za příliš významný, přicházejí Link a kolektiv s upravenou etiketizační teorií – *modified labelling theory* (1989). Linkovi et al. se pomocí řady studií, ať už vlastních nebo od svých badatelských kolegů, podařilo demonstrovat negativní dopady stigmatu na lidi s duševním onemocněním. Shromáždili například důkazy o tom, že znalost psychiatrické historie jedince predikuje sociální odmítnutí nebo snižuje přístup k bydlení a zaměstnání (Link et al., 1989).

Modifikace klasické etiketizační teorie spočívá v tom, že se připouští také vliv biologických a psychologických faktorů, a nesnaží se tedy tvrdit, že by jedincovo duševní zdraví bylo reakcí na nálepkou společnosti. Spíše než jednotlivým projevům diskriminace se tato teorie věnuje zakořeněné představě o pojitku mezi duševními nemocemi a sociálním odmítnutím. Když je jedincovi diagnostikováno duševní onemocnění, automaticky očekává, že se k němu druzí lidé budou chovat nepřátelsky a odmítavě. Na základě této internalizované představy vstupují jedinci s duševním onemocněním do sociálních interakcí a jejich očekávání se stávají sebenaplnujícím se proroctvím. Sociální odmítnutí lidí s duševním onemocněním je tedy podle Linka a Phelana produktem sdílených očekávání a předpokladů ve společnosti, nikoliv předsudečného jednání ze strany lidí bez duševního onemocnění (Link & Phelan, 2001).

Graf 1: Přístup Modifikované etiketizační teorie (Link et al., 1989) (Přeloženo)



K teorii o sdílených očekáváníích lze zmínit také příspěvek Thoitse (1985), který popisuje tzv. pocitová pravidla (*feeling rules*). Podle Thoitse se lidé již od malička učí, co, jak a kdy mají cítit, a jsou si tak sami vědomi toho, kdy tyto normy o pocitech porušují (tedy kdy je jejich emocionální reakce nevhodná). Například lidé s depresí si uvědomují své depresivní pocity a nízké sebevědomí, které jim nedovoluje povýšit v práci nebo se postarat o rodinu, přičemž toto vědomí o překročení „pocitové normy“ může jejich depresivní stav ještě zhoršovat. Získávají tak negativní obraz sebe samého, což poté vede k očekávání sociálního odmítnutí podle principu popsání Linkem a Phelanem (2001).

Etiketizační teorie přispívají k tématu stigmatu duševních poruch důrazem na vliv očekávaného stigmatu a očekávané diskriminace, potažmo sebestigmatu, které je později popsáno

Corriganem et al. (2002). Nevěnují však dostatečnou pozornost reálné diskriminaci, již lidé s duševním onemocněním zažívají v každodenní realitě, a opomíjejí strukturální faktory vzniku stigmatu.

4.2 Makrosociologické teorie

4.2.1 Strukturální koncepce stigmatu

Výše zmíněné modely vzniku stigmatu a reakce jedinců bývaly kritizovány za přílišné zaměření na jedince a opomíjení významnějších sil ve společnosti, které vznik stigmatu podmiňují. Strukturální koncepce stigmatu má kořeny v pozdější práci Linka a Phelana *Konceptualizace stigmatu* (2001), v němž uvádějí, že „*standardní model, který se ptá „co způsobuje, že osoba A diskriminuje osobu B“, je sám o sobě nedostatečný pro vysvětlení všech důsledků procesů stigmatizace“* (str. 372). V této práci autoři rozlišují dva typy diskriminace – individuální diskriminaci, jež se projevuje v mezilidských interakcích (např. zaměstnavatel odmítne zaměstnance kvůli jeho duševnímu onemocnění), a strukturální diskriminaci, která nezávisí na jedinci, ale týká se hlubších struktur ve společnosti, kde dochází k systematickému znevýhodnění určité skupiny osob. Příkladem strukturální diskriminace lidí s duševním onemocněním může být např. podfinancování zdravotní péče⁴ nebo tendence duševně nemocné izolovat (Link & Phelan, 2001). Příčinou strukturální diskriminace je strukturální stigma, které Hatzenbuehler a Link (2014) definují následovně: „*podmínky na úrovni společnosti, kulturní normy a institucionální politiky, které omezují příležitosti, zdroje a blahobyt stigmatizovaných osob.*“ Na tuto teoretickou koncepci empiricky navazují Corrigan et. al (2005) hledající způsob měření stigmatu pomocí analýzy připravovaných zákonů.

Velký důraz na racionalitu v současné společnosti přispívá k vytváření podmínek pro diskriminaci osob s duševním onemocněním. Přisuzovaná ztráta racionality zavádá důvod pro odepření některých práv stigmatizované skupině. Právě vnímání iracionality je základním rozdílem mezi rasovou nebo genderovou diskriminací a diskriminací lidí s duševním onemocněním. Zatímco většina lidí se shodne, že ženy a muži nebo lidé různých ras by měli mít stejná práva, protože neexistuje důvod, proč by tomu tak být nemělo, u lidí s duševním onemocněním se zdá tento důvod být zřejmý – „ztráta racionality“ je silným argumentem.

⁴ „*V České republice je stále přítomná diskrepance mezi financováním péče o duševní onemocnění a ostatními onemocněními, a ze zdravotního rozpočtu jde na duševní onemocnění pouze asi 4,5 %, ačkoli na celkové zátěži za všechna onemocnění zabírají asi 15 %. To je v podstatě strukturální diskriminace lidí s duševním onemocněním,*“ popsal PhDr. Petr Winkler, Ph. D. v rozhovoru pro Iniciativu pro efektivní zdravotnictví (Kučera, 2023).

Iracionální člověk totiž není schopen zvládat běžné životní situace, je nepředvídatelný a nebezpečný. Představa o iracionalitě lidí s duševním onemocněním tak může být podkladem pro některé diskriminační zákony. Příkladem je česká vyhláška č. 271/2012 Sb., která lidem s některými duševními nemocemi zakazuje práci ve zdravotnictví (AION CS, 2012) a která je podle expertů v rozporu s mezinárodními úmluvami (Košlerová, 2022).

4.2.2 Reprodukce stigmatu a moc

Jak popsali Link a Phelan (2001), stigma ve společnosti vzniká na základě lidské tendence druhé nálepkovat a rozdělovat do skupin podle odlišných znaků. Tyto přirozené sklony mají pravděpodobnou příčinu v kognitivních procesech, jde o způsob předporozumění světu, možnost, jak rychle zpracovat informace.

Samotné stereotypizování a nálepkování ale ještě samo o sobě nevede ke stigmatizaci, stejně jako ne každá odlišnost představuje společenské stigma. Stigmatizované atributy se mění v čase i v prostoru. Například v minulosti byly stigmatizováni lidé s malými čely a velkým obličejem, u kterých lidé věřili, že mají přirozené sklony k páčání trestné činnosti (Baveling, 2020). Barva kůže je například dodnes nositelem stigmatu, zatímco barva vlasů nebo očí nikoliv. Klíčovou otázkou v sociologii proto je, jak stigma určitého znaku vzniká a jak se ve společnosti udržuje, případně co zapříčiňuje jeho proměnu.

Stigma a stereotypy ohledně lidí s duševním onemocněním mají kořeny v historii, kdy bylo šílenství zdrojem obav. Proměnu tohoto přístupu během osvícenství, kdy došlo k izolování lidí s duševním onemocněním, popisuje Michel Foucault ve své knize *Dějiny šílenství* (Foucault, 1961). V českém kontextu lze připomenout i historii v době socialismu, kde bylo stigma lidí s duševním onemocněním velmi silné, přičemž v tomto období se mohly formovat stereotypy, které mají i dnes svou sílu. Stigma duševních nemocí se prostřednictvím socializace do kulturních vzorců předává z generace na generaci, přičemž je posilováno médii a popkulturou.

Důležitou komponentou, bez které by stigma určité skupiny lidí nemohlo vzniknout ani se udržet napříč generacemi, je přítomnost mocenských struktur (Link & Phelan, 2001). Jak je uvedeno v kapitole 2, pro vznik stigmatu je třeba pět po sobě jdoucích procesů – nálepkování, stereotypizování, separace, ztráta statusu a diskriminace (*labeling, stereotyping, separation, status loss, and discrimination*). K tomu, aby určitá skupina lidí mohla tímto postupem

stigmatizovat jinou skupinu lidí, potřebuje nad ní držet moc. Link a Phelan uvádějí příklad z psychiatrické léčebny, kdy pacienti přisoudí nálepku „utiskovatel“ někomu ze zdravotního personálu. Spojí si tuto nálepku se stereotypy jako např. agresivní, nevlídný apod., přičemž vytvoří rozdělení „my“ vs. „oni, utiskovatelé“. Mohou se jim vyhýbat, nemluvit s nimi, posmívat se jim, ale ať už bude jejich jednání jakékoliv, stigma nevznikne, protože jako pacienti nedisponují sociální, kulturní ani ekonomickou mocí, aby se jimi vnímané stigma proměnilo v systematickou diskriminaci. Stigma je proto podmíněno existencí moci, pomocí které je také udržováno v čase a prostoru.

4.2.3 Sociální stratifikace a stigma

Duševní zdraví je se sociální stratifikací a statutem úzce propojeno. Je známo, že lidé s duševním onemocněním se častěji potýkají s ekonomickými problémy (Marbin et al., 2022; Rogers & Pilgrim, 2014). Dále mají obvykle horší přístup k odpovídající léčbě, nižší sociální kapitál i vyšší úroveň osamělosti (Marbin et al., 2022; Thornicroft et al., 2022). Významné souvislosti lze nalézt i mezi stigmatem duševních poruch a statutem. Autoři Link a Phelan uvádí jako jeden z dopadů na stigmatizované jedince právě ztrátu statusu – kdy se jedinec posouvá dolů v hierarchické struktuře ve společnosti (2001).

Phelan a kolektiv později přicházejí s novým konceptem propojení stigmatu a statusu a hledají podobnosti mezi těmito dvěma sociálními procesy. *„Stejně jako statusové procesy má i stigma kořeny ve sdílených kulturních očekáváních, která se projevují a posilují v mezilidských situacích. Tato paralela podtrhuje naše tvrzení, že stigma není pouze interpersonální nebo intrapersonální proces, ale také proces na makroúrovni, a umožňuje považovat stigma za rozměr sociální stratifikace“* (Phelan et al., 2014, s. 20).

5. Duševní zdraví na pracovišti

Téma duševního zdraví na pracovišti se týká velké části populace. Podle Světové zdravotnické organizace až 60 % dospělých lidí na světě vykonává nějakou pracovní činnost, přičemž přibližně 15 % z nich čelí duševní poruše (WHO, 2024b). Duševní nemoci jsou navíc v současnosti celosvětově nejčastější příčinou invalidity a pracovní neschopnosti (Wu et al., 2023). Důležitost mezinárodní diskuze ohledně duševního zdraví v práci zdůraznil loňský ročník Mezinárodního dne duševního zdraví pořádaný Světovou federací pro duševní zdraví v roce 2024, jehož ústředním tématem byl právě svět práce (WFMH, 2024). Tato kapitola se proto zaměří na to, proč je zaměstnání pro lidi s duševním onemocněním důležité, rozebere dopady pracovních podmínek na duševní zdraví, vliv nezaměstnanosti a také stigmatizaci zaměstnanců s duševním onemocněním.

5.1 Přínos práce pro lidi s duševním onemocněním

Práce patří mezi klíčové determinanty duševního zdraví, přičemž její dopad na psychiku zdravého i nemocného člověka může být jak pozitivní, tak negativní (WHO & ILO, 2022). Pro lidi s duševním onemocněním plní zaměstnání funkci začlenění do společnosti, představuje možnost „návratu“ do běžných dnů a také únik ze začarovaného kruhu hospitalizací. Jedinci zajišťuje finanční příjem, který mu umožňuje důstojné životní podmínky, jako je bydlení a strava, tedy aspekty zásadně ovlivňující duševní zdraví (Marbin et al., 2022).

Práce je tedy hlavní cestou k blahobytu, životním jistotám a vyšší kvalitě života. Jedince chrání před chudobou, ekonomickými problémy a dluhy – častými příčinami duševních poruch a sebevražd (Hempstead & Phillips, 2015; Marbin et al., 2022). Tuto souvislost dokládají počty sebevražd během ekonomických krizí, například během finanční krize v roce 2008, kdy miliony lidí ztratily práci, byl zaznamenán nárůst sebevražd v USA i v Evropě (Kerr et al., 2017; Luo et al., 2011).

Velkým přínosem práce pro duševní zdraví je také pracovní kolektiv a týmová spolupráce. Člověk má možnost vytvářet a udržovat sociální vztahy, což pomáhá zmírňovat pocity osamělosti, jež se pojí s duševním i fyzickým strádáním (Cacioppo & Patrick, 2009). Naopak pocit sounáležitosti a skutečnost, že se člověk má na koho obrátit, pomáhá lidem s duševním onemocněním k lepšímu životu a snadnějšímu uzdravení (Cagle et al., 2023).

V neposlední řadě je práce příležitostí k seberealizaci a rozvoji vlastních schopností a dovedností. Člověku může poskytnout životní smysl, propůjčovat mu identitu, zvyšovat sebevědomí a důvěru ve vlastní schopnosti (Waghorn & Lloyd, 2005; WHO & ILO, 2022). Práce je u lidí s duševním onemocněním spojena s nižším výskytem hospitalizací, nižší frekvencí příznaků nemoci a také lepší kvalitou života (Waghorn & Lloyd, 2005; WHO & ILO, 2022). Pravidelný režim může pacientům s duševním onemocněním pomoci zvládat symptomy (Mueser et al., 1997).

V některých případech ale může mít práce na duševní zdraví negativní dopad. Stresující pracovní režim, diskriminace, nevhodné pracovní podmínky, šikana na pracovišti, nejistota nebo riziko ztráty zaměstnání může zhoršovat duševní zdraví nebo podporovat vývoj duševních poruch skrze chronický stres jako významný psychosociální faktor (WHO & ILO, 2022).

5.2 Bariéry na trhu práce pro lidi s duševním onemocněním

Každý dospělý člověk má právo na práci. Některé skupiny však zažívají na pracovním trhu diskriminaci nebo pro ně může být z různých důvodů složitější nalézt a udržet si stabilní práci. Jednou z takových skupin jsou lidé s duševním onemocněním, pro které představuje komplikaci jednak jejich zdravotní stav (příznaky nemoci, vedlejší účinky medikace nebo nutnost hospitalizace) a jednak stigma a diskriminace (Thornicroft et al., 2022).

Duševní nemoc bývá často překážkou v kariérním růstu. Kvalitativní výzkum od Gewurtz a kolektivu (2006) nastínil, že kariérní postup u lidí s duševním onemocněním často komplikuje strach z relapsu (opětovného návratu příznaků nemoci) a obavy, že kvůli příznakům nebudou schopni svou práci zvládat. Najdou se však i pozitivní zkušenosti, které ukazují, že i přes přetrvávající symptomy dokážou někteří lidé překonat náročná období spojená s nemocí, což jim pomáhá posílit sebevědomí a víru ve své kariérní cíle do budoucna. Často zmiňovanou bariérou v kariérním růstu bylo také stigma, nejčastěji ve formě očekávaného stigmatu nebo sebestigmatu (Gewurtz et al., 2006).

5.3 Stigma na pracovišti

Významnou překážkou při hledání zaměstnání je pro jedince s duševním onemocněním stigma a diskriminace na trhu práce, které vznikají na základě negativních stereotypů vyobrazujících lidi s duševním onemocněním jako nespolehlivé, neschopné, nebo dokonce nebezpečné (Rogers & Pilgrim, 2014). Stigma vytváří bariéru, jež lidem s duševním onemocněním ztěžuje

hledání zaměstnání, jeho udržení a dosažení spokojenosti v pracovní oblasti (Mueser et al., 1997). Dopad stigmatu ale zažívají i lidé, kteří zatím nemají diagnostikované duševní onemocnění. V případě, že pocítí některé symptomy určité duševní poruchy, může stigma a strach ze ztráty zaměstnání snižovat tendenci k vyhledání odborné pomoci (Clement et al., 2015).

Duševní onemocnění není jedinou charakteristikou, která definuje člověka. Tito lidé stále disponují zkušenostmi, vzděláním, kreativitou, komunikačními dovednostmi a řadou dalších schopností, které se na pracovním trhu cení (Rogers & Pilgrim, 2014). Přesto je pro ně mnohdy těžší najít kvalitní práci s rozumným příjmem než pro zdravou populaci. Mají také nižší pravděpodobnost, že budou v práci povýšeni (P. W. Corrigan et al., 2004).

Kvůli přetrvávajícím stereotypům může část zaměstnavatelů odmítnout zaměstnat lidi s duševním onemocněním (Baldwin & Marcus, 2007; Hipes et al., 2016). Mají obavy, že by mohli ohrozit bezpečnost na pracovišti a snižovat produktivitu práce častými absencemi, nutností zvýšeného dohledu nebo neschopností dodržovat pravidla (Biggs et al., 2010). Dalšími faktory, které zaměstnavatele znepokojují, jsou otázky důvěry, například v zacházení s osobními daty klientů nebo ekonomickými údaji firmy, a problémy s chováním či sociálními dovednostmi. Obávají se rovněž symptomů, jež se mohou projevit na pracovišti (Biggs et al., 2010). O chování zaměstnanců s duševním onemocněním na pracovišti panují představy, že hůře zvládají kritiku a nejsou schopni řádně spolupracovat (Hand & Trysenaar, 2006). Tyto předsudky vedou k tomu, že je na tuto skupinu lidí pohlíženo jako na nepředvídatelnou a nespolehlivou.

Diskriminace lidí s duševním onemocněním na trhu práce je v určitých směrech podobná jako u jiných skupin (sexuálních identit, tělesně postižených,...), v některých ohledech se však odlišuje. Follmer a Jones (2018) uvádějí tři základní charakteristiky, ve kterých je stereotypizování lidí s duševním onemocněním jiné: 1) *legimitita*, 2) *fluktuace* a za 3) *představa o nebezpečnosti* (Follmer & Jones, 2018). Problém *legitimity* se týká skutečnosti, že duševní onemocnění je často vnímáno jako stav, ze kterého se jedinec může rychle a snadno zotavit, přičemž je často považováno za problém pouze v jeho mysli. Absence v práci kvůli duševnímu onemocnění bývá méně často přijímaná jako legitimní důvod ve srovnání s nemocemi fyzickými nebo rodinnými záležitostmi (Follmer & Jones, 2018). Termínem *fluktuace* autorky označují variabilitu a nestálost symptomů duševních nemocí, které mohou být v některé dny

nebo období intenzivnější a jindy téměř nepatrné. Fluktuace projevů nemoci ještě více podkopává legitimitu duševní nemoci, se pak navenek může jevit nevěrohodně. *Představy o nebezpečnosti* pacientů s duševním onemocněním jsou již rozebrané v podkapitole 2.3.

5.4 Nezaměstnanost lidí s duševním onemocněním

Ačkoliv se v práci objevují stresory, které mohou mít negativní vliv na psychické zdraví zaměstnanců, nezaměstnanost vychází pro duševní zdraví jako mnohem rizikovější (Marrone & Golowka, 1999). Zejména dlouhodobě nezaměstnaní lidé často čelí depresi, pocitům bezcennosti, sebelítosti, zvýšenému riziku zneužívání návykových látek a větší pravděpodobnosti sociální izolace (Marrone & Golowka, 1999). Nezaměstnanost a ekonomická nejistota tak ještě prohlubuje psychické problémy a může mít za následek i odepření odborné péče. Nezaměstnanost tak s duševním zdravím souvisí v obou směrech – může být důsledkem i příčinou duševního onemocnění (Kondrátová & Winkler, 2017).

Nemalé jsou i ekonomické dopady pro celou společnost. Podle WHO je ročně na světě ztraceno až 12 miliard pracovních dnů kvůli depresím a úzkostem, přičemž tento úbytek produktivity stojí světovou ekonomiku až 1 trilion amerických dolarů ročně (WHO & ILO, 2022).

6. Stigma duševních nemocí v České republice

Česká republika jako součást regionu střední a východní Evropy (CEE) patří k zemím s více stigmatizujícími postoji než jiné části Evropy (Winkler et al., 2021). Ukazuje to například studie, jež porovnávala chování (i zamýšlené chování) vůči osobám s duševním onemocněním v Česku a Anglii. Čeští respondenti měli ve srovnání s anglickými vyšší tendenci ke stigmatizujícím postojům a nižší ochotu přijmout člověka s duševním onemocněním (Winkler et al., 2015). Jedním z možných vysvětlení, proč jsou postoje českých občanů zatíženy stigmatem více než například v Anglii, je postsovětská minulost naší země. Komunistická strana přistupovala k lidem s duševním onemocněním s velkou mírou stigmatizace, být duševně nemocný znamenalo strávit velmi dlouhou dobu a někdy i celý život v léčebně, která byla striktně oddělena od vnějšího světa. Pacienti byli stigmatizováni, kladl se důraz na biologický přístup k duševním nemocem a vládlo centrální rozhodování (Winkler et al., 2017). Pokusy o změny psychiatrické péče v Česku po Sametové revoluci v roce 1989 nebyly příliš úspěšné a podle odborníků ani dnes není situace žádoucí – veřejnost stále věří některým vyvráceným mýtům o duševních nemocech a péče o duševně nemocné je v naší zemi stále výrazně institucionalizovaná (Winkler et al., 2017).

Další výzkumy Petra Winklera a kolegů ovšem naznačují pozitivní změnu ve stigmatizujících postojích Čechů vůči lidem s duševním onemocněním. Studie, která porovnávala stigmatizující postoje a zamýšlené chování vůči lidem s duševním onemocněním mezi lety 2013/2014 a 2019, našla mírný pokles stigmatizujících postojů, ale nikoliv růst ochoty ke kontaktu s lidmi s duševním onemocněním (Winkler et al., 2021). Tyto výzkumy obsahují data sesbíraná ještě před pandemií covidu-19, během které došlo k nárůstu duševních problémů napříč celým světem (Xiong et al., 2020) a s tím spojenou mediální prezentací duševních poruch. Lze se proto domnívat, že mohlo dojít ke změně postojů vůči duševním onemocněním. Data z postcovidové doby zatím nejsou zveřejněna, nicméně jako jeden z ukazatelů změny postoje může být statistika z průzkumu CVVM týkající se tolerance určitých skupin obyvatelstva, která se měří otázkou: „*Koho byste nechtěl mít za sousedy?*“ Zatímco v roce 2020 by 59 % české populace nechtělo mít za sousedy psychicky nemocné (CVVM, 2020), v roce 2023 toto číslo kleslo na 37 % (CVVM, 2023).

6.1 Situace na trhu práce v ČR

V České republice platí od roku 2009 antidiskriminační zákon č. 198/2009 Sb., který chrání mimo jiné i lidi s duševním onemocněním před diskriminací v různých oblastech života, včetně zaměstnání. Data o reálné diskriminaci či postojích zaměstnavatelů o zaměstnávání chybí, a tak nelze současnou situaci na trhu práce pro lidi s duševním onemocněním objektivně posoudit. Podle organizace Fokus je z výsledků průzkumu patrné, že 66 % osob s tímto znevýhodněním si našlo a vyzkoušelo zaměstnání a téměř 40 % lidí s duševním onemocněním si práci dlouhodobě udrželo (Fokus ČR, 2017). Míra nezaměstnanosti osob s duševním onemocněním se v zahraničních studiích uvádí okolo 85 % (Linhorst, 2005; Trupin & Others, 1997), v Česku bylo v roce 2018 po propuštění z psychiatrické léčebny bez práce až 75 % lidí. Na jednoho klienta komunitních služeb připadá pouze 92,4 odpracované hodiny za rok (Kondrátová & Winkler, 2017). Podle Fokusu *„přibližně osmdesát procent lidí s duševním onemocněním má předpoklady k vykonávání odborné činnosti, ale i přesto je jejich umístění na trh práce problémem“* (2017).

6.2 Destigmatizační programy v ČR

V České republice existuje několik destigmatizačních iniciativ, zejména pod záštitou Národního ústavu duševního zdraví (NÚDZ). Například jde o iniciativu Na rovinu, která byla spuštěna v roce 2019. Destigmatizace probíhá prostřednictvím aktivit festivalu Na Hlavu uspořádaním týdnů duševního zdraví, během kterých se koná řada workshopů, přednášek, interaktivních her, výstav o mýtech o duševním zdraví nebo promítání filmů. Tyto programy s podporou Evropské unie mají snahu zvýšit duševní gramotnost Čechů, která je pozitivně spojena s nižším výskytem stigmatizujících postojů.

7. Faktory související se stigmatizací osob s duševním onemocněním

Zkoumání společenských postojů k lidem s duševním onemocněním a faktorů, které s nimi souvisejí, může výrazně přispět k destigmatizaci duševních poruch. Při hlubším pochopení toho, jaké sociodemografické nebo jiné charakteristiky hrají roli ve stigmatizujících postojích, bude možné efektivněji zacílit edukační kampaně a věnovat se prevenci.

Následující část práce se zaměří na jednotlivé faktory a jejich možnou souvislost se stigmatizací osob s duševním onemocněním. Postupně budou rozebrány faktory věku, genderu, přímé či nepřímé zkušenosti s duševním onemocněním, informovanosti a zájmu, vzdělání, příjmu, socioekonomického statusu a práce. Na základě výsledků předchozích studií budou stanoveny hypotézy pro vlastní výzkum, jenž je součástí této práce.

7.1 Věk

Duševní zdraví se oproti minulým obdobím stále častěji tematizuje ve veřejném prostoru, přičemž jde o téma, které je vlastní mladé generaci. Ta je totiž podle průzkumů ochotnější o svých psychických problémech mluvit, sama se přitom potýká s větším množstvím stresu a psychických problémů než zástupci starší generace (Ipsos, 2024). K popularizaci zájmu o duševní zdraví přispěly i sociální sítě, na kterých funguje řada českých i zahraničních projektů, jež se duševnímu zdraví věnují a šíří osvětu, jak si udržet zdravou psychiku⁵. Ne vždy je však toto téma přijímáno pozitivně, zdá se, že mladší a starší generace mají rozdílné přístupy. Někteří zástupci starší generace, kteří zažili dobu, v níž byly duševní poruchy tabu, označují mladou generaci jako emočně nestabilní a přecitlivělou. Generace Z (1997–2012) (Slepian et al., 2024) si vysloužila pejorativní pojmenování „sněhové vločky“, které v mediálním světě odkazuje ke křehkosti a zároveň představě vlastní výjimečnosti, kterou si s sebou podle některých generace Z nese (Kroc & Přinosilová, 2017). Není tak divu, že se starší generace mnohdy označuje za nositele stigmatu vůči duševním nemocem (Baral et al., 2022). Tímto generačním rozkošem se rámuje veřejná diskuze o duševních problémech a možnostech léčby v Česku i zahraničí. Mediální obraz se ale vždy neztotožňuje s výsledky vědeckých studií, které ukazují, že rozdíly ve stigmatizaci osob s duševním onemocněním v závislosti na věku bývají složitější.

⁵ V Česku fungují například instagramové projekty na_rovinu, czechpsychologist, kpsychologovi, opatruj.se.

Výsledky studií, které zkoumaly, zda míra stigmatizace osob s duševním onemocněním koreluje s věkem, se liší. Bradbury odhalil například vyšší stigmatizaci u věkové kohorty 16–18 let než 40+ let (Bradbury, 2020), přičemž tyto výsledky jsou konzistentní i s dalšími studiemi (Bragg et al., 2018; Livingston & Boyd, 2010).

Na druhou stranu studie srovnávající data z 25letého období ve Spojených státech amerických zjistila pokles stigmatu vůči osobám s duševním onemocněním, přičemž za jednu z možných příčin považuje obměnu generací. To by však znamenalo, že dnešní mladí lidé mají méně stigmatizující postoje než starší generace (Pescosolido et al., 2021). Cenný poznatek přinesla i studie Louise Farrera et al. (2008), která zkoumala vztah duševní gramotnosti a věku. Duševní gramotnost odkazuje k tomu, zda dokáže jedinec správně rozpoznat duševní onemocnění (Jorm et al., 1997). Studie našla rozdíl mezi nejstarší generací 70+ a mladšími generacemi, přičemž starší respondenti „méně často správně identifikovali duševní onemocnění popsané ve vině⁶, méně často označovali zdroje léčby za užitečné a častěji se domnívali, že schizofrenie souvisí s charakterovou slabostí“ (Farrer et al., 2008, s. 6). Výsledek potvrzuje i novější studie z roku 2018, která rovněž našla vyšší duševní gramotnost u mladších lidí v porovnání se staršími (Hadjimina & Furnham, 2017).

Vzhledem k výsledkům zahraničních studií a veřejné diskuzi byla pro tuto práci nakonec stanovena následující hypotéza:

H1: S rostoucím věkem roste míra stigmatizace osob s duševním onemocněním.

7.2 Gender

Vztah genderu a veřejného stigmatu se jeví z dostupných studií jednoznačněji. Většina studií potvrzuje, že muži mají relativně vyšší míru stigmatizujících postojů vůči lidem s duševním onemocněním než ženy (Holzinger et al., 2012; Chandra & Minkovitz, 2006; Kaitz et al., 2022; Pfeiffer & In-Albon, 2023). Ženy vykazují větší empatii a soucit k lidem s duševním onemocněním, a tak jejich reakce bývají shovívavější. Jedním z možných vysvětlení by mohlo být, že ženy bývají tolerantnější, protože samy častěji zažívají duševní onemocnění. Dalším možným vysvětlením je, že muži i ženy mohou být tolerantnější k rozdílným symptomům

⁶ Viněta (angl. *vignette*) je krátký popis hypotetické situace, který se ve výzkumu používá ke zjišťování postojů, úsudků či rozhodování respondentů v kontrolovaném kontextu.

duševních nemocí – muži vůči maskulinním typům jednání (např. alkoholismus, agrese), ženy vůči otevřeným, viditelným emocím, které jsou projevem deprese (Holzinger et al., 2012).

Pfeiffer a In-Albon (2023) provedli výzkum na studentech, kteří vyjadřovali své postoje vůči různým vinětám, kde vystupovali ženy i muži s duševním onemocněním. Bylo zjištěno, že respondenti muži uváděli méně soucitu a lítosti nehledě na pohlaví protagonisty ve vinětě (Pfeiffer & In-Albon, 2023). Navíc se ukazuje, že vyšší stigma u mužů se projevuje již v nízkém věku, kdy chlapeci méně často než dívky vyhledají pomoc, svěří se kamarádům a mají méně stigmatizující postoje (Chandra & Minkovitz, 2006). Autoři toto přisuzují především obecným postojům k ženskému a mužskému zdraví a také vlivu rodičů.

Efekt genderu se prokázal také u pracovníků v oblasti péče o duševní zdraví, kde muži drželi více stigmatizující postoje vůči pacientům s posttraumatickou poruchou a schizofrenií než ženy (Kaitz et al., 2022). Více stigmatizující postoje u mužů ve srovnání s ženami potvrzují i další studie (Holzinger et al., 2012; Lee et al., 2020). U jiných studií se prokázaly genderové rozdíly ve stigmatizujících postojích jen v případě některých poruch, například pouze u generalizované úzkostné poruchy (Bradbury, 2020).

Ženy vnímají častěji než muži duševní poruchu jako problém, za který není dotyčný zodpovědný. Žádné rozdíly nebyly nalezeny ve stereotypu vnímání lidí s duševním onemocněním jako nebezpečných jedinců ani v potřebě se od těchto lidí distancovat. Ženy naopak prožívaly méně hněvu, ale více strachu z lidí s duševním onemocněním než muži (Holzinger et al., 2012).

Vzhledem k těmto zjištěním byla formulována následující hypotéza:

H2: Míra stigmatizace osob s duševním onemocněním je nižší u žen než u mužů.

7.3 Přímá a nepřímá zkušenost s duševním onemocněním

Předmětem řady výzkumů byl také vztah postojů k osobám s duševním onemocněním a skutečností, zda dotyčný má či měl přímou nebo nepřímou zkušenost s duševním onemocněním. Za přímou zkušenost je v této práci považováno, když se jedinec sám potýká nebo potýkal s určitým duševním onemocněním, a za nepřímou, že ve svém blízkém okolí přišel či přichází do kontaktu s osobou, která trpí duševním onemocněním (rodina, přítel/kyně, přátelé, spolupracovníci či známí).

Většina dostupných studií potvrzuje předpoklad, že zkušenost hraje významnou pozitivní roli v míře stigmatizujících postojů. Ukazuje se, že blízký kontakt s osobou s duševním onemocněním souvisí s vyšší informovaností, uvědoměním a příznivějšími postoji k duševním nemocem (Furnham & Blythe, 2012; Henderson et al., 2016; Mann & Contrada, 2022; Mannarini et al., 2020). Podobné výsledky přináší i studie provedená na studentech medicíny, která odhalila, že studenti a studentky mající osobní nebo zprostředkovanou zkušenost (skrže přátele) s duševním onemocněním mají méně stigmatizující postoje než ti, kteří podobnou zkušenost nemají. Tito respondenti získali nižší skóre v měřených přesvědčeních o nebezpečnosti, strachu, segregaci a nátlaku (Granados-Gámez et al., 2017).

Z teoretického hlediska se tu uplatňuje hypotéza kontaktu (*The contact hypothesis*), která předpokládá, že pokud se jedinec ocitne v kontaktu s někým z jiné skupiny, sníží se tím předsudky, jež vůči této skupině má (Allport, 1954).

Na základě teoretického podkladu i výsledků vědeckých studií byly stanoveny následující hypotézy:

H3: Respondenti, kteří mají osobní zkušenost s duševním onemocněním, vykazují nižší míru stigmatizace osob s duševním onemocněním než ti, kteří zkušenost nemají.

H4: Respondenti, kteří mají nepřímou zkušenost s duševním onemocněním (rodina/přátelé/známí), vykazují nižší míru stigmatizace osob s duševním onemocněním než ti, kteří zkušenost nemají.

H5: Respondenti, kteří pečovali nebo pečují o osobu s duševním onemocněním, vykazují nižší míru stigmatizace osob s duševním onemocněním než ti, kteří nikdy nepečovali o osobu s duševním onemocněním.

7.4 Informovanost a edukace

Destigmatizační kampaně v oblasti duševního zdraví bývají často založené na předávání informací veřejnosti, která je ovlivněna předsudky. Tato strategie stojí na předpokladu, že nedostatek informací je jednou z příčin stigmatu a že edukování společnosti vede ke zmírnění škodlivých stereotypů. Několik studií, jež testovaly edukační programy na téma duševních nemocí, tuto hypotézu potvrzuje a představuje zvyšování informovanosti jako jednu z cest, jak zlepšit postoje veřejnosti k lidem s duševním onemocněním (Abd El Salam et al., 2023; Hampson et al., 2018; Kelly et al., 2007; Shim et al., 2022).

Ve studii Shim et al. (2022) realizované na vysokoškolských studentech bylo zjištěno, že studenti poté, co byli vystaveni speciálnímu programu pro edukaci o duševním zdraví, více věřili, že je duševní onemocnění léčitelné a méně dehonestující než před tímto programem (Shim et al., 2022). Jiná studie, která také zkoumala efektivitu podobných programů určených pro mladé lidi, zjistila, že ve většině případů došlo ke zvýšení duševní gramotnosti, zlepšení znalostí o duševních nemocech a často i ke snížení sociální distance, stigmatizujících postojů nebo zvýšení tendence vyhledat odbornou pomoc (Kelly et al., 2007). Intervenující programy určené pro studenty v Egyptě, kde jsou lidé předsudky vůči duševně nemocným zatíženi ještě více než v západním světě, přinesly například nárůst souhlasu s výrokem, že duševní nemoc je jako každá jiná nemoc, ze 46 na 96 % (Abd El Salam et al., 2023). Vliv antistigmatizačních programů byl zaznamenán i v Česku, kde se mezi lety 2014 a 2017 snížilo stigma o 4 % mezi těmi, co byli vystaveni kampani Na rovinu, a o 7 % u respondentů, kteří se setkali s aktivitami souvisejícími s reformou péče o duševní zdraví (Winkler et al., 2021).

Na základě těchto zjištění byla formulována následující hypotéza:

H6: Míra stigmatizace osob s duševním onemocněním klesá s rostoucím subjektivním hodnocením informovanosti a zájmu.

7.5 Socioekonomický status – vzdělání a příjem

Souvislost mezi socioekonomickým statusem (SES) a stigmatizací lidí s duševním onemocněním je složitá a nepřináší jednoznačné závěry. Různé přístupy k měření socioekonomického statusu vedou k odlišným výsledkům, neboť způsob operacionalizace se v jednotlivých studiích liší. Socioekonomický status bývá obvykle rozdělován na dvě hlavní složky – příjem a vzdělání. Tyto dvě složky však často souvisí s mírou stigmatizace protichůdným způsobem. Zatímco vyšší příjem je často spojován s větší tendencí ke stigmatizaci, vyhýbání se osobám s duševními poruchami a předsudky vůči odborné péči (Alexander & Link, 2003; Foster et al., 2017; Foster & O’Mealey, 2021; Holman, 2015), vyšší vzdělání naopak souvisí s menším stigmatem (P. W. Corrigan & Watson, 2007). Při hodnocení socioekonomického statusu měřeného prostřednictvím příjmu a vzdělání se ukazuje, že objektivní SES není příliš spolehlivým prediktorem stigmatizace. Naopak subjektivně vnímaný socioekonomický status může hrát významnější roli – čím vyšší je subjektivní pocit společenského postavení, tím vyšší bývá tendence k přijímání stigmatizujících názorů (Foster et al., 2017).

Dle výsledků studií a vlastního úsudku byly formulovány tyto hypotézy:

H7: Míra stigmatizace osob s duševním onemocněním klesá s rostoucím stupněm vzdělání.

H8: Respondenti s vyšším socioekonomickým statusem vykazují vyšší míru stigmatizace osob s duševním onemocněním než respondenti s nízkým sociálním statusem.

H9: Míra stigmatizace osob s duševním onemocněním roste se zvyšujícím se příjmem.

7.6 Práce

Rozdíly v míře stigmatizace mezi různými pracovními oblastmi či pracovními pozicemi nebyly zatím dostatečně zkoumány. Studie se věnují především jedné pracovní oblasti, a to zdravotnictví, kde přítomnost stigmatu přímo ovlivňuje lidi s duševním onemocněním, protože se může odrazit v přístupu v rámci psychologické, psychiatrické či zdravotní péče. Přestože by se dalo čekat, že zdravotníci jsou vůči stigmatizaci odolnější, řada výzkumů našla určité předsudky zdravotníků a pečovatelů (Gupta et al., 2024), zároveň bývá ale tato skupina osob i terčem stigmatizace.

Jiné oblasti pracovního trhu však nebyly dosud prozkoumány, proto si tato práce klade za cíl nalézt případné rozdíly v míře stigmatu ve vztahu k pracovní pozici a odvětví. Na základě toho byla stanovena následující hypotéza:

H10: Pracovníci ve zdravotnictví, vzdělávání a sociálních službách mají nižší míru stigmatizace než pracovníci v jiných odvětvích.

8. Metody výzkumu

8.1 Výzkumný design

Pro naplnění cílů této práce byl proveden vlastní kvantitativní výzkum na obecné populaci, který byl finančně podpořen prostřednictvím programu Specifického vysokoškolského výzkumu (SVV-Adakin) v rámci projektu „Adaptace aktérů a institucí v podmínkách turbulentního vývoje společností“. Sběr dat zajišťovala výzkumná agentura Talk Online Panel s. r. o. metodou CAWI (Computer Assisted Web Interviewing), tedy online dotazníkovým šetřením na panelu respondentů.

Kvantitativní metoda a dotazníkové šetření byly zvoleny s ohledem na cíl výzkumu – identifikovat faktory související se stigmatizací osob s duševním onemocněním na pracovišti a analyzovat jejich statistické vztahy. Kvantitativní přístup zajišťuje vyšší reprezentativnost a možnost zobecnění výsledků na širší populaci.

8.2 Měřicí nástroje

8.2.1 Opening Minds Scale for Workplace Attitudes (OMS-WA)

Pro měření míry stigmatizace na pracovišti byla využita škála *Opening Minds Scale for Workplace Attitudes* (OMS-WA), která je jediným dosud vytvořeným měřicím instrumentem, jenž se přímo zaměřuje na stigma na pracovišti (Szeto et al., 2013). OMS-WA vznikla pod záštitou kanadské iniciativy *Opening Minds*, a to adaptací měřicího nástroje Kollera a Stuarta (2016) s cílem vytvořit škálu pro hodnocení účinnosti anti-stigma kampaní v práci. Od doby jejího vzniku byla použita v několika studiích, které zkoumaly změnu stigmatu na pracovišti po zavedení destigmatizačních opatření (např. Dobson et al., 2019; Szeto et al., 2019).

OMS-WA škála se skládá z otázek zaměřených na postoje vůči lidem s duševním onemocněním na pracovišti. Respondent označuje míru svého souhlasu či nesouhlasu s jednotlivými výroky na 5bodové Likertově škále (od 1 „Rozhodně nesouhlasím“ až po 5 „Rozhodně souhlasím“). Škála obsahuje položky jako například: „nechtěl/a bych, aby byl mým nadřízeným někdo, kdo se léčil s duševním onemocněním“, „zaměstnanci s duševním onemocněním mají sklony si jej přivodit sami“ nebo „na zaměstnance s duševním onemocněním se nedá spolehnout“.⁷

⁷ Plné znění škály použité v dotazníku je připojeno k této práci v příloze A.

Od roku 2013 bylo ve výzkumu použito více než 13 různých verzí této škály, které se lišily počtem položek i počtem subškál. Původní verze vytvořená doktorem A. C. H. Szetem (2013) byla sestavena z 27 položek, jež dohromady tvořily 3 subškály: 1. *Postoje k lidem s duševním onemocněním*, 2. *Zamýšlené chování vůči lidem s duševním onemocněním* a 3. *Přesvědčení o duševních nemocech na pracovišti*. Později však byla škála zkrácena a nyní se převážně používá 23, respektive 22 položková varianta. Testují se i zkrácené verze, které jsou jednodušší a mohou být pro respondenty srozumitelnější variantou. V této práci byla využita 11 položková škála, jejíž validitu již dříve testovali Boehme et al. (2022). O překladu původního znění položek a měření validity a reliability této varianty OMS-WA pojednávají následující kapitoly.

8.2.2 Škály pro validaci

Pro ověření validity škály OMS-WA byly do dotazníku zařazeny další dvě krátké škály, které sloužily pro testování korelace. Obě škály vznikly výběrem několika položek z šestifaktorové The Stigma and Self-Stigma Scales (SASS škály), kterou použili Alys E. Docksey a kolektiv ve své studii zaměřené na stigmatizaci duševních onemocnění mezi zdravotníky (2022). Vybrané položky byly přeloženy do českého jazyka. Škály mají formu výroků, s nimiž respondent vyjadřuje souhlas či nesouhlas na 5bodové Likertově škále (od 1 „*Rozhodně nesouhlasím*“ do 5 „*Rozhodně souhlasím*“). První baterii otázek tvoří 3 položková škála sociální distance např. s tvrzením: „*Mít duševní onemocnění není nic, za co by se měl člověk stydět.*“ Druhá škála se zaměřuje na oblast veřejného stigmatu a zachycuje přesvědčení společnosti o lidech s duševním onemocněním. Má celkem 5 položek, mezi které se řadí například výrok: „*Lidé s duševním onemocněním jsou slabí.*“

8.3 Průběh výzkumu

8.3.1 Překlad škály

Škála OMS-WA dosud nebyla kompletně přeložena do českého jazyka, s výjimkou výzkumu Mgr. Ivany Šíповé, Ph.D. a kolektivu, ve kterém bylo použito pět položek z původní OMS-WA škály (Šíповá et al., 2024)⁸. Z toho důvodu bylo nutné nejprve přeložit celou 23 položkovou škálou, aby bylo možné použít nástroj na českém vzorku respondentů. Plné znění anglického originálu škály OMS-WA poskytl pro potřeby této práce její autor, doktor A. C. H. Szeto, skrze

⁸ Jde o výzkum s názvem *Evaluation of the Effectiveness of Mental Health Intervention on Self-Compassion and Stigmatisation Attitudes among Leaders and Their Followers*.

e-mailovou komunikací. Překlad škály OMS-WA probíhal metodou TRAPD, která postupuje v několika fázích – 1. Překlad, 2. Revize, 3. Posouzení, 4. Pretest a 5. Dokumentace (*Translation, Review, Adjudication, Pretest, and Documentation*) (European Social Survey, 2018; Harkness et al., 2003). V prvním kroku byly vytvořeny tři různé verze překladu, přičemž každou verzi zpracovával jiný nezávislý překladatel. Tyto verze byly následně porovnány a vyhodnoceny z hlediska srozumitelnosti a přesnosti formulací. Na základě tohoto srovnání byla poté vybrána nejvhodnější varianta, jež byla nakonec použita v pilotním dotazníku.

8.3.2 Pilotáž

Před reprezentativním dotazníkovým šetřením byl spuštěn pilotní dotazník na platformě LimeSurvey, který probíhal od 17. 5. do 14. 6. 2024. Pilotáž měla dva základní cíle: zaprvé ověřit srozumitelnost českého překladu OMS-WA škály pro stigmatizaci osob na pracovišti a zadruhé posoudit validitu a reliabilitu 11položkové škály se záměrem využít tuto zkrácenou verzi ve finálním dotazníku. Dotazník tvořila celá 23položková OMS-WA škála, sociodemografické otázky a několik otázek na pracovní poměr či pozici.

Respondenti do online dotazníku vstupovali metodou sněhové koule, dotazník byl sdílen na sociálních sítích, mezi známými a přáteli. Celkem jej vyplnilo 109 respondentů, z toho 71 % žen a 26 % mužů, 53 % respondentů ve věku 18–25 let a dalších 25 % do 35 let. Vzhledem k metodě sběru dat, malému počtu respondentů a nereprezentativnímu vzorku nelze výsledky zobecňovat na celou populaci, nicméně pro účel pilotáže byly odpovědi dostačující.

Na pilotních datech bylo pro ověření reliability měřicího nástroje vypočteno Cronbachovo Alfa, které pro zkrácenou 11položkovou škálu vyšlo 0,897, tedy vysoce nad požadovanou hodnotou pro dobrou reliabilitu (0,700). Podle této metriky lze zkrácenou škálu považovat za vnitřně konzistentní, a tedy za reliabilní nástroj pro měření stigmatizujících postojů osob s duševním onemocněním na pracovišti.

V rámci pilotáže byla dále provedena explorační faktorová analýza pro 11položkovou škálu. Předpoklady nutné pro tuto analýzu byly naplněny. KMO vyšlo 0,906, Bartlettův test sféricity byl signifikantní ($p < 0,05$) a korelace mezi položkami byla většinou menší než 0,300. Nerotované řešení přineslo nejednoznačné výsledky, proto byla použita šikmá rotace Oblimin, která našla dva faktory: 1. Sociální distance a 2. Předsudky o nebezpečnosti

a nepředvídatelnosti⁹. Na základě výsledků explorační faktorové analýzy bylo možné považovat 11 položkovou škálu jako validní nástroj a zároveň úspornější a jednodušší variantu dlouhé OMS-WA škály, proto byla právě tato verze použita ve finálním dotazníkovém šetření.

8.3.3 Dotazníkové šetření

Po pilotáži následovalo finální dotazníkové šetření. Sběr dat zajišťovala agentura Talk Online Panel s. r. o. a finanční prostředky na realizaci výzkumu poskytl projekt Specifického vysokoškolského výzkumu (SVV-ADAKIN). Sběr dat probíhal od 5. do 23. 8. 2024 na českém panelu respondentů starších 18 let, a to prostřednictvím kvótního výběru na základě pohlaví, věku (6 kategorií), vzdělání (3 stupně), regionu a velikosti místa bydliště. Dotazník obsahoval 11 položkovou škálu OMS-WA, základní sociodemografické otázky, které poskytla agentura, dále otázky týkající se vybraných faktorů (zkušenost s duševním onemocněním, informovanost a zájem o duševní zdraví, typ pracovního poměru a pozice apod.) a nakonec dvě krátké baterie otázek pro měření stigmatu pro ověření validity OMS-WA, které jsou blíže popsány v kapitole 8.2.2.¹⁰

8.4 Výzkumný vzorek

Reprezentativní výzkumný vzorek tvořilo celkem 1 000 respondentů starších 18 let (viz tabulka 3). Z celkového počtu respondentů tvořili 51,2 % ženy a 48,8 % muži. Z pohledu věkového rozložení bylo 7,9 % respondentů ve věku 18–24 let, 15,1 % ve věku 25–34 let, 18,5 % ve věku 35–44 let, 18,3 % ve věku 45–54 let, 15,0 % ve věku 55–64 let a největší podíl, 25,2 %, tvořili respondenti ve věku 65 let a více.

Co se týče vzdělání, 20,2 % respondentů mělo základní či nedokončené základní vzdělání, 29,7 % střední školu bez maturity, 31,9 % střední školu s maturitou a 18,2 % disponovalo vysokoškolským vzděláním.

Z hlediska pracovního poměru pracovalo 41,0 % respondentů na plný úvazek, 8,2 % na částečný úvazek a 4,9 % se označilo jako OSVČ. Dále bylo ve vzorku 28,5 % důchodců, 3,6 % studentů, 5,0 % osob na mateřské či rodičovské dovolené a 3,7 % nezaměstnaných.

⁹ První faktor sytilo 5 položek, druhý faktor 4 položky a 2 položky se nazařadily zcela jednoznačně.

¹⁰ Přesné znění dotazníku je přiloženo v příloze.

Celkem 21,6 % respondentů uvedlo, že se někdy potýkali nebo potýkají s duševním onemocněním, a 45,0 % má přímou zkušenost s někým blízkým, kdo se s duševním onemocněním potýká či potýkal.

Tabulka 3: Charakteristiky výzkumného vzorku (N = 1 000)

Charakteristika	Kategorie	N	%
Gender	Muž	488	48,8
	Žena	512	51,2
Věk (kategorizovaný)	18–24 let	79	7,9
	25–34 let	151	15,1
	35–44 let	185	18,5
	45–54 let	183	18,3
	55–64 let	150	15,0
	65 let a více	252	25,2
	Vzdělání	Základní	202
	Střední bez maturity	297	29,7
	Střední s maturitou	319	31,9
	Vysokoškolské	182	18,2
Osobní zkušenost s duševním onemocněním	Ano, bylo mi diagnostikované	115	11,5
	Nejspíš ano, ale nebylo mi diagnostikované	101	10,1
	Ne	721	72,1
Blízký s diagnostikovaným nebo nediagnostikovaný m duševním onemocněním	Ano	283	45
	Ne	344	54,9

Typ pracovního poměru	Zaměstnání na plný úvazek	410	41
	Zaměstnání na částečný úvazek	82	8,2
	OSVČ, podnikání	49	4,9
	Brigáda, práce na dohodu	33	3,3
	Student	36	3,6
	Důchodce	285	28,5
	Nezaměstnaný	37	3,7

8.5. Způsob analýzy dat

Data sesbíraná výzkumnou agenturou Talk Online Panel s. r. o. byla nahrána do statistického programu *IBM SPSS Statistics 19*, ve kterém byly provedeny všechny analýzy této práce, s výjimkou konfirmační faktorové analýzy. Ta byla spuštěna ve volně dostupném programu JASP 0.19.3, jelikož SPSS její provedení neumožňuje.

V rámci úvodní práce s datovou maticí proběhlo čištění dat, označení chybějících hodnot a kontrola filtrů. Dále byly zkontrolovány odpovědi na položky škály OMS-WA kvůli detekci náhodného vyplňování (např. opakované zaklikávání stejné hodnoty). Přestože byly identifikovány jednotky respondentů s uniformními odpověďmi, nebyli nakonec ze souboru vyloučeni, jelikož chyběl důkaz, že takové odpovědi neodráží jejich skutečné postoje.

Pro účely analýzy byly dále překódovány některé položky krátkých škál určených pro validaci, aby odpovídaly směřování OMS-WA škále, tedy od nižší stigmatizace (1 „*Rozhodně nesouhlasím*“) po vyšší stigmatizaci (5 „*Rozhodně souhlasím*“).

V rámci analýz byly využity metody pro srovnání středních hodnot (nezávislé t-testy, ANOVA a post hoc Tukeyho test), měření korelací (Pearsonův korelační koeficient), hledání skrytých dimenzí (explorační a konfirmační faktorová analýza) a zkoumání vztahů mezi závislou a nezávislými proměnnými (vícenásobná lineární regrese). Přesné postupy jsou popsány spolu s výsledky v kapitole 9.

9. Výsledky

9.1 Validita a reliabilita škály OMS-WA

V rámci výzkumu byla využita 11položková škála vycházející z původní 23položkové OMS-WA škály. Prvním cílem práce proto bylo zjistit, zda lze zkrácenou verzi považovat za validní a reliabilní nástroj pro měření stigmatu osob s duševním onemocněním na pracovišti. Kvalitu této verze již dříve zkoumali Boehme a kolektiv (2022), přičemž jejich studie přinesla dobré výsledky¹¹, podobně jako pilotáž v této práci.

Pro ověření předchozích výsledků byla na první část výzkumného vzorku ($N = 498$) aplikována explorační faktorová analýza (EFA), zatímco druhá část vzorku ($N = 502$) byla využita pro konfirmační faktorovou analýzu (CFA). Výzkumný soubor byl rozdělen přibližně na dvě poloviny pomocí náhodně přiřazených hodnot. Nejprve byly ověřeny předpoklady pro provedení EFA – normalita vzorku, hodnoty indexu KMO a Bartlettova testu sféricity a také korelace mezi proměnnými. Normalita nebyla prokázána pomocí histogramu ani Kolmogorov–Smirnov testu. Vzhledem k velikosti vzorku ($N = 498$) však lze normální rozdělení na základě Centrální limitní věty (CLV) předpokládat. Bartlettův test sféricity vyšel signifikantní ($p < 0,001$) a hodnota indexu KMO činila 0,936, což vysoce převyšuje doporučovanou hranici 0,800. Většina korelací mezi položkami nepřesáhla kritickou hodnotu 0,300. Předpoklady pro provedení EFA jsou tedy splněny a lze přistoupit k interpretaci výsledků samotné analýzy. Nerotované řešení EFA vycházelo nejednoznačně, proto se přistoupilo k provedení šikmé rotace Oblimin, která naznačovala jednofaktorové řešení, které by vysvětlilo 58,597 % celkové variance. Nakonec však bylo zvoleno dvoufaktorové řešení, a to na základě teoretických předpokladů, předchozího výzkumu Boehmeho et al. a mírně vyšší vysvětlené variance (67,046 %). Ve dvoufaktorovém řešení všech 11 položek jasně sytilo jeden ze dvou faktorů (tabulka 5), které lze označit jako: 1. Sociální distance a 2. Předsudky, přičemž tyto výsledky se shodují s faktorovou analýzou provedenou na pilotním vzorku. EFA tedy naznačuje, že zkrácená 11položková verze OMS-WA škály je tvořena dvěma dimenzemi. První z nich je sociální distance, tedy tendence vyhýbat se lidem s duševním onemocněním – tento poznatek

¹¹ Škála vykazovala velmi dobrou vnitřní konzistentnost mezi položkami, konkrétně Cronbachovo Alfa (α) činilo $\alpha = 0,900$ (tedy vysoce nad požadovanou hodnotou 0,800). Autoři provedli také explorační a následně konfirmační analýzu 11položkové škály, přičemž našli 2 faktory. První faktor sytilo 5 položek, které se týkaly Postojů předpovídající vyhýbání se (Attitudes Predicting Avoidance) a druhý faktor, který se skládal ze 4 položek, se týkal Přesvědčení o nebezpečnosti a nepředvídatelnosti (Beliefs About Danger/Unpredictability). Dvě zbývající položky nebylo možné zařadit ani k jednomu z těchto faktorů a vznikla tak 9položková škála.

má oporu také v teorii, kde sociální distance patří mezi často zmiňované komponenty stigmatu (Link & Phelan, 2001). Druhou dimenzí jsou předsudky, nejčastěji představy o nebezpečnosti a nepředvídatelnosti osob s duševním onemocněním, tedy opět jedny z vlastností, které jsou podle Rogerse a Pilgrima (2014) lidem s duševním onemocněním často připisovány. Výsledky EFA jsou tak v souladu s teoretickým rámcem této problematiky a škálu tak lze považovat za konstrukčně validní nástroj pro měření stigmatu osob s duševním onemocněním na pracovišti.

Na druhé polovině dat byla následně provedena CFA pro potvrzení modelu z EFA. K testování byl využit bezplatně dostupný program JASP 0.19.3, který na rozdíl od IBM SPSS Statistics 19 umožňuje provedení CFA. CFA byla spuštěna za použití odhadní metody MLR (*maximum likelihood estimation with robust standard errors*), která se běžně používá pro škály s pěti a více kategoriemi za podmínky normálního rozdělení dat a dostatečné velikosti vzorku (Byrne, 2010). Výsledky ukázaly poměrně dobrou shodu navrženého modelu s daty (viz tabulka 4). Chí-kvadrát sice vyšel signifikantní, to je však u velkých vzorků standardní, proto je vhodnější interpretovat spolehlivější ukazatele shody modelu s daty, jako jsou indexy CFI, TLI, RMSEA a SRMR. Hodnota koeficientu CFI (*Comparative Fit Index*) činila 0,970, přičemž hodnoty nad 0,900 svědčí o dobré shodě modelu s daty, a výsledek nad 0,950 dokonce o výborné shodě (West et al., 2012). Podobně silně vychází i index TLI (*Tucker-Lewis Index*), jehož hodnota dosáhla 0,962, tedy rovněž nad požadovanou hodnotou pro dobrou shodu (0,950) (West et al., 2012). Vhodnost modelu potvrzují také další koeficienty – RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*) dosáhl hodnoty 0,056, a spadá tak nejen pod hranici pro přijatelný model (0,080), ale dokonce i pod hranici dobrého modelu (0,060) (West et al., 2012). Podobně i index SRMR (*Standardized Root Mean Squared Residual*) činí 0,032, což je výrazně pod kritickou hranicí 0,080.

Tabulka 4: Výsledky konfirmační faktorové analýzy (CFA) (metoda odhadu MLR)

Index	Chi ² (df)	CFI	TLI	SRMR	RMSEA
Hodnota	2 314,140 (55)	0,970	0,962	0,032	0,056

Pozn. vysvětlení zkratk: Chi² = Chí kvadrát, CFI = Comparative Fit Index, TLI = Tucker-Lewis Index, RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation, SRMR = Standardized Root Mean Squared Residual.

Výsledky konfirmační faktorové analýzy naznačují, že zkrácená verze OMS-WA škály odpovídá teoretickému modelu a je vnitřně konzistentní. Na základě analýz lze konstatovat, že jde o vhodný nástroj pro měření stigmatu osob s duševním onemocněním na pracovišti.

Tabulka 5: Rozdělení položek do dvou faktorů

Faktor 1: Sociální distance	Faktor 2: Předsudky
Štvalo by mě, kdyby vedle mě v práci stále seděl/a kolega/kolegyně s duševním onemocněním.	Nechtěl/a bych, aby byl mým nadřízeným někdo, kdo se léčí s duševním onemocněním.
Nechtěl/a bych se blíže přátelit s kolegyní/kolegou, o které/m vím, že měl/a duševní onemocnění.	Zaměstnanci s duševním onemocněním jsou často nebezpečnější než běžní zaměstnanci
Snažil/a bych se vyhýbat kolegovi/kolegyni s duševním onemocněním.	Zaměstnanci s duševním onemocněním se často stávají násilnými, pokud se neléčí.
Kdybych znal/a kolegu/kolegyni s duševním onemocněním, nechodil/a bych s ní/m.	Většinu násilných trestných činů na pracovišti páchají zaměstnanci s duševním onemocněním.
Nechtěl/a bych pracovat s kolegou/kolegyní, který/která se léčil/a s duševním onemocněním.	Člověk nikdy neví, co zaměstnanec s duševním onemocněním udělá.
Zaměstnance s duševním onemocněním je třeba izolovat	

Dále byla validace 11 položkové OMS-WA škály ověřena pomocí korelace se dvěma krátkými bateriemi otázek – škály sociální distance a škály veřejného stigmatu (Docksey et al., 2022). Nejprve byl ověřen předpoklad normality pomocí histogramu a Kolgomorova-Smirnovova testu. Normalita potvrzena nebyla, nicméně velikost vzorku ($N = 1\ 000$) umožňuje na základě Centrální limitní věty (CLV) předpokládat, že se budou data normálnímu rozložení přibližovat. Předpoklad normality lze tedy považovat za splněný, a lze tak přistoupit k analýze pomocí Pearsonova korelačního koeficientu. Se 3 položkovou škálou sociální distance byla prokázána střední korelace ($r = 0,300$), ještě silnější vztah byl pak nalezen u škály měřící veřejné stigma ($r = 0,675$). Obě míry korelace jsou poměrně vysoké, a ukazují tak na silný vztah škály OMS-WA s otázkami týkajícími se veřejného stigmatu osob s duševním onemocněním a tendencí se těmito lidem vyhýbat (Gignac & Szodorai, 2016).

Dále bylo třeba ověřit, zda je zvolená verze škály reliabilní. Proto bylo vypočteno Cronbachovo Alfa, které dosáhlo hodnoty 0,928, tedy mnohem více než je požadovaná hodnota pro kvalitní škálu (0,700). Zkrácená OMS-WA se tak ukazuje jako vnitřně konzistentní, a tudíž reliabilní nástroj pro měření stigmatizace osob s duševním onemocněním na pracovišti.

Analýzy ukázaly, že zkrácená škála OMS-WA má dobré psychometrické vlastnosti, a je tak vhodným nástrojem pro měření stigmatizace osob s duševním onemocněním na pracovišti. Faktorová analýza našla, že se položky smysluplně seskupují do dvou faktorů (1. Sociální distance, 2. Předsudky). Validitu pomohly prokázat i relativně silné korelace s bateriemi otázek týkajících se sociální distance a veřejného stigma. Potvrzena byla i vysoká reliabilita této škály, jelikož Cronbachovo Alfa vyšlo vysoko nad požadovanou hodnotou.

9.2 Výsledky analýz vybraných faktorů

9.2.1 Ověřování hypotéz

Ověřování dílčích hypotéz uvedených v této práci probíhalo buď s použitím nezávislého t-testu v případě proměnné o dvou kategoriích, nebo ANOVy pro proměnné s více kategoriemi. V případě použití t-testu byl nejprve posouzen Leveneho test shody rozptylu, vyšel-li nesignifikantní, zamítla se nulová hypotéza o shodě rozptylů a pokračovalo se vyhodnocením t-testu. V případě, že vyšel signifikantní, brala se při vyhodnocování výsledků v potaz varianta v řádku *Equal variances not assume*. Pokud vyšel t-test signifikantní ($p < 0,05$), přistoupilo se k interpretaci rozdílu ve středních hodnotách mezi kategoriemi dané proměnné.

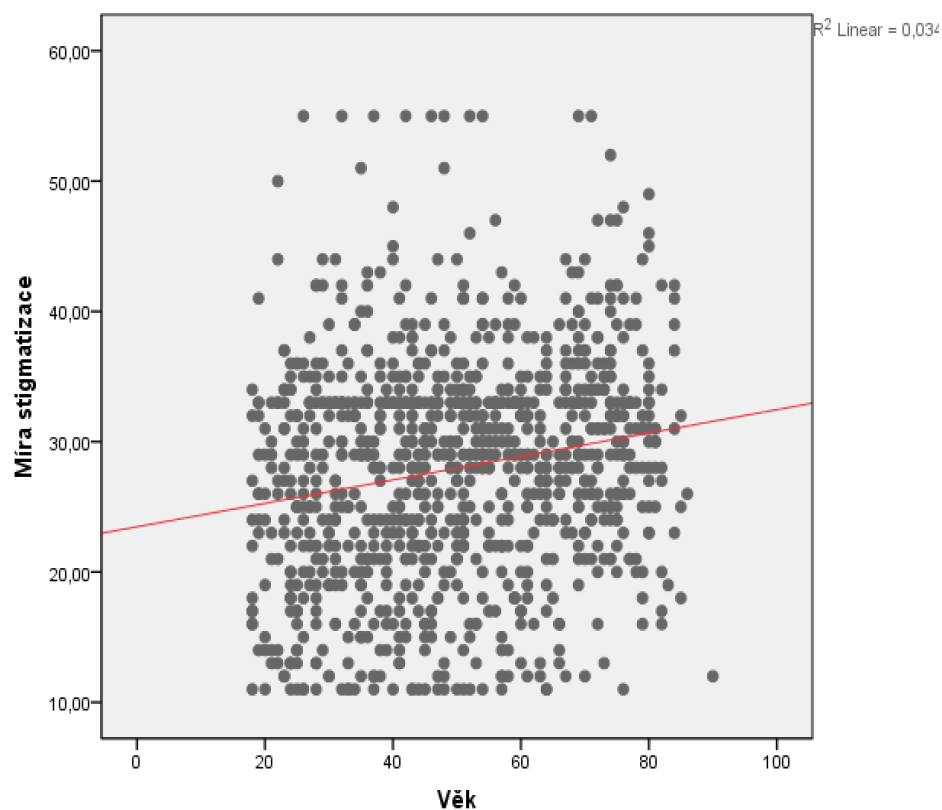
Postup při použití ANOVy byl obdobný. Nejprve bylo třeba vyvrátit předpoklad shody rozptylů pomocí Leveneho testu. Pokud vyšel nesignifikantní, přistoupilo se k vyhodnocení ANOVy, konkrétně statistiky F, která musí být větší než 1, a její signifikance ($p < 0,05$). Pokud byly tyto předpoklady naplněny, a tedy mezi skupinami existoval statisticky významný rozdíl, byl proveden post hoc Tukeyho test pro zjištění, mezi jakými skupinami se tento rozdíl realizuje.

Pro srovnání dvou kardinálních proměnných byly použity korelace, konkrétně Pearsonův korelační koeficient. Analýze korelací předcházelo ověření předpokladu normality, pomocí Kolmogorov-Smirnov testu a histogramu.

H1: S rostoucím věkem roste míra stigmatizace osob s duševním onemocněním na pracovišti.

Pro analýzu dvou kardinálních proměnných, věku a míry stigmatizace, byly využity korelace. Nejprve bylo třeba ověřit podmínku normálního rozdělení, kterou však Kolmogorov-Smirnov test nepotvrdil ($p < 0,001$), podle CLV lze však normální rozdělení při velikosti vzorku $N = 1\,000$ předpokládat. Po ověření podmínek byl vypočítán Pearsonův korelační koeficient, který ukázal na signifikantní ($p < 0,001$), ovšem nízký pozitivní vztah ($r = 0,185$) (graf 2). Lze tedy konstatovat, že míra stigmatizace mírně roste spolu s tím, jak člověk stárne. **Hypotéza H1 byla potvrzena.**

Graf 2: Míra stigmatizace v závislosti na věku



H2: Míra stigmatizace osob s duševním onemocněním je u žen nižší než u mužů.

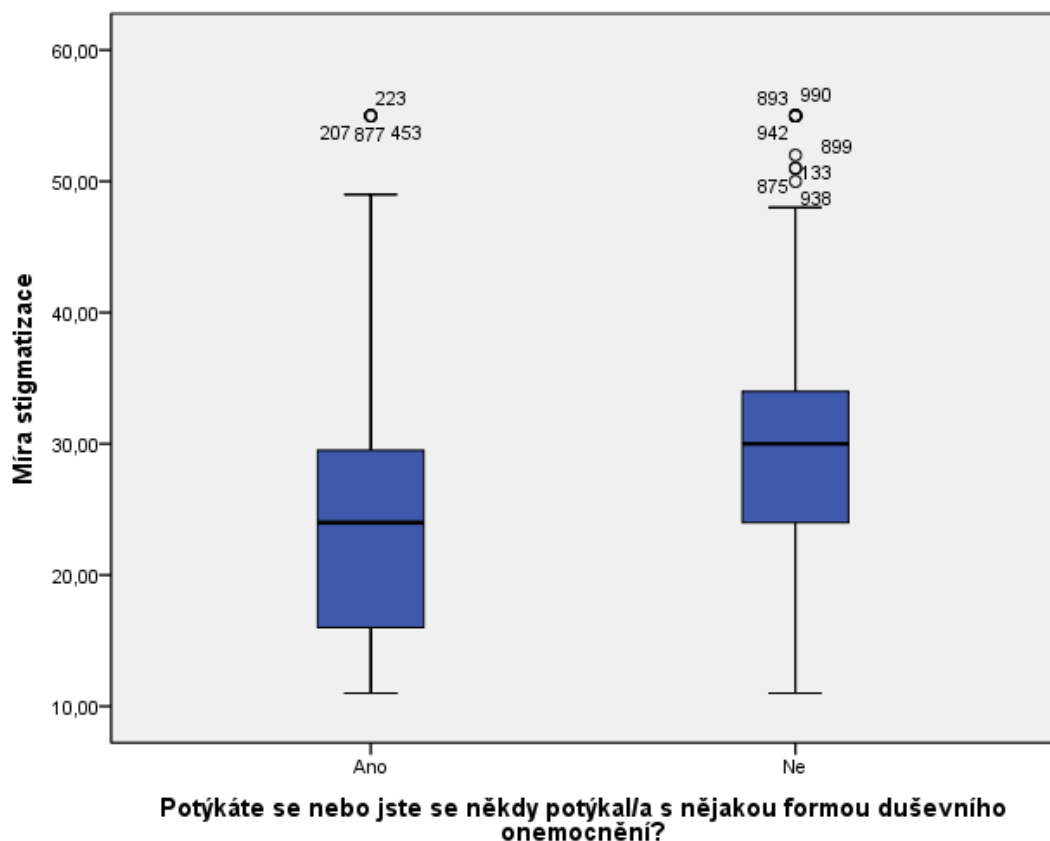
Proměnná gender měla v dotazníku dvě kategorie – muž a žena, pro zjištění rozdílu ve středních hodnotách míry stigmatizace mezi muži a ženami byl použit t-test. Ten poukázal na signifikantní rozdíl ve středních hodnotách ($p < 0,001$), který ale činil pouze 1,9 bodu škály. Z analýz tak vychází, že muži vykazují o 1,9 bodu škály vyšší míru stigmatizace než ženy.

Vzhledem k tomu, že rozsah škály je celkem 44 bodů, jedná se pouze o malý rozdíl (4,3 %), i tak však lze konstatovat, že **hypotéza H2 byla potvrzena.**

H3: Respondenti, kteří mají osobní zkušenost s duševním onemocněním, vykazují nižší míru stigmatizace osob s duševním onemocněním než ti, kteří zkušenost nemají.

Otázka na osobní zkušenost s duševním onemocněním měla pět možností odpovědí. Nejprve bylo proto třeba vytvořit missingy z kategorií „Nevím“ a „Nechci odpovídat“ a dále sloučit kategorie „Ano, bylo mi diagnostikované“ a „Myslím, že ano, ale nebylo mi diagnostikované.“ Vznikly tak dvě prosté kategorie (Ano/Ne), jejichž střední hodnoty byly testovány pomocí nezávislého t-testu. V tomto případě vyšel Leveneho test signifikantní (nebyl splněn předpoklad shody rozptylů). Pro vyhodnocení rozdílu v průměrech byl použit t-test, který našel rozdíl v průměru $-5,1$ ($p < 0,001$) bodů škály (graf 3). Lidé se zkušeností s duševním onemocněním tedy vykazují celkem o 5,1 bodu nižší míru stigmatizace než ti, co osobní zkušenost nemají, v přepočtu na procenta jde o rozdíl cca 9,3 %. **Hypotéza H3 byla potvrzena.**

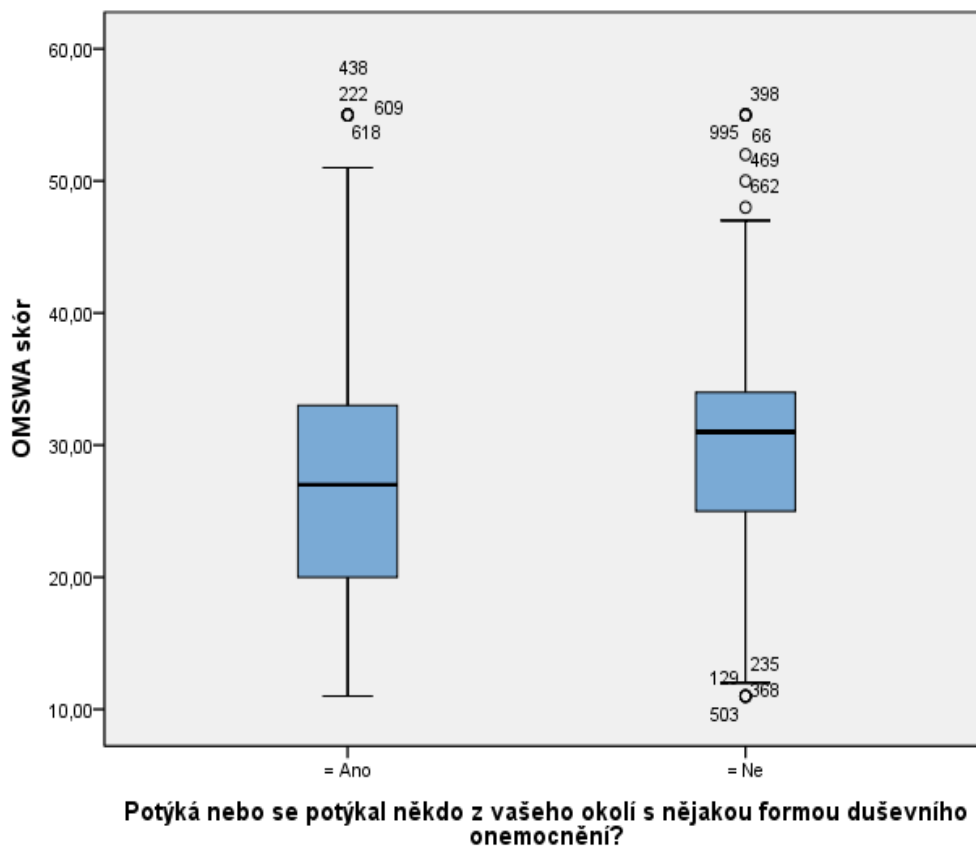
Graf 3: Míra stigmatizace v závislosti na osobní zkušenosti s duševním onemocněním



H4: Respondenti, kteří mají nepřímou zkušenost s duševním onemocněním (rodina/přátelé/známí), vykazují nižší míru stigmatizace osob s duševním onemocněním než ti, kteří zkušenost nemají.

Nepřímá zkušenost s duševním onemocněním byla v dotazníku měřena dotazem, zda má někdo z blízkých respondenta zkušenost s duševním onemocněním. Šlo celkem o čtyři proměnné v baterii – rodina/partner/ka, přátelé, sousedé/známí, spolupracovníci/spolužáci. U každé proměnné došlo k vyřazení odpovědí „Nevím“ a „Nechci odpovídat“ a stejně jako v předchozím případě, také ke sloučení respondentů s diagnostikovaným a pravděpodobným nediodagnostikovaným duševním onemocněním. U každé z kategorií byl proveden t-test pro zjištění rozdílů ve středních hodnotách míry stigmatizace. U prvních tří kategorií nebyl splněn předpoklad shody rozptylů, tudíž byl použit t-test pro neshodné rozptyly. U všech kategorií vyšel test signifikantní ($p < 0,001$), přičemž rozdíl v průměrech byl $-3,46$ bodu pro rodinu či partnera, $-4,25$ bodu pro přátele, $-3,96$ bodu pro spolupracovníky a spolužáky a $-2,60$ bodu pro sousedy/známé. Dále byla sloučením všech 4 kategorií vytvořena nová proměnná *nepřímá zkušenost*, která rozdělila respondenty na ty, kdo nemají žádnou nepřímou zkušenost s duševním onemocněním, a ty, kteří se s ním setkali alespoň u někoho z blízkých. T-test odhalil signifikantní rozdíl v průměrech, a to celkem o $-3,5$ bodu škály ($p < 0,001$) (graf 4). Na základě výsledků analýz je tedy možné konstatovat, že respondent, který blíže zná nebo znal někoho s duševním onemocněním, má méně stigmatizující postoje k lidem s duševním onemocněním na pracovišti, přičemž nejsilnější je tato souvislost v případě, že jde o někoho z přátel. **Hypotéza H4 byla potvrzena.**

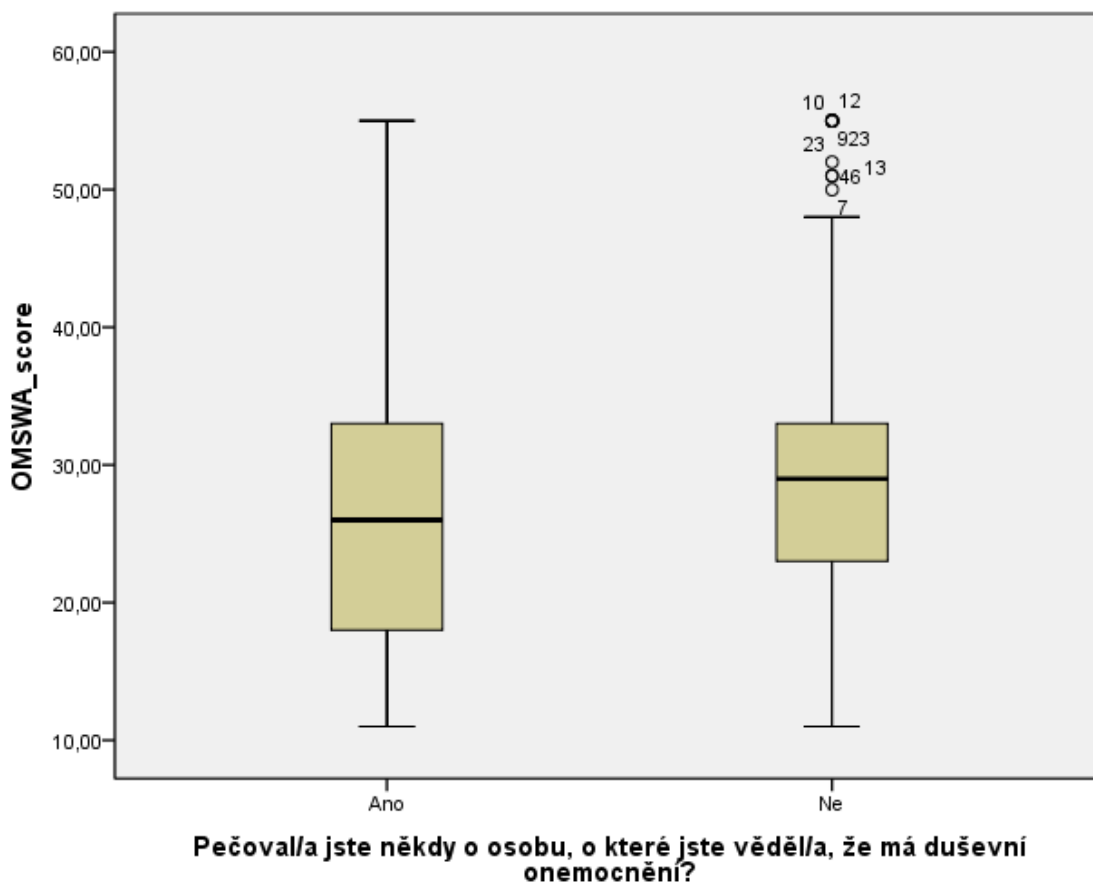
Graf 4: Míra stigmatizace v závislosti na nepřímé zkušenosti s duševním onemocněním



H5: Respondenti, kteří pečovali nebo pečují o osobu s duševním onemocněním, vykazují nižší míru stigmatizace osob s duševním onemocněním než ti, kteří nikdy nepečovali o osobu s duševním onemocněním.

Z proměnné týkající se péče o osobu s duševním onemocněním byla odstraněna možnost „Nechci odpovídat“ a zůstala tak nominální proměnná s možnostmi odpovědí Ano/Ne. Pro zjištění, zda existují rozdíly mezi mírou stigmatizace u osob, kteří pečují nebo pečovali o osobu s duševním onemocněním a těmi, kteří tuto zkušenost nemají, byl proveden nezávislý t-test. Předpoklad shody rozptylů nebyl naplněn (Leveneho test vyšel signifikantní), proto byl použit t-test pro neshodné rozptyly. Výsledek byl signifikantní ($p < 0,001$) a ukazoval na rozdíl ve středních hodnotách $-2,2$ bodu škály (Graf 8). Tento výsledek lze interpretovat tak, že lidé, kteří někdy pečovali nebo pečují o někoho s duševním onemocněním, průměrně zastávají o 4 % méně stigmatizující postoje. **Hypotéza H5 byla potvrzena.**

Graf 5: Míra stigmatizace v závislosti na minulé nebo současné péči o osobu s duševním onemocněním



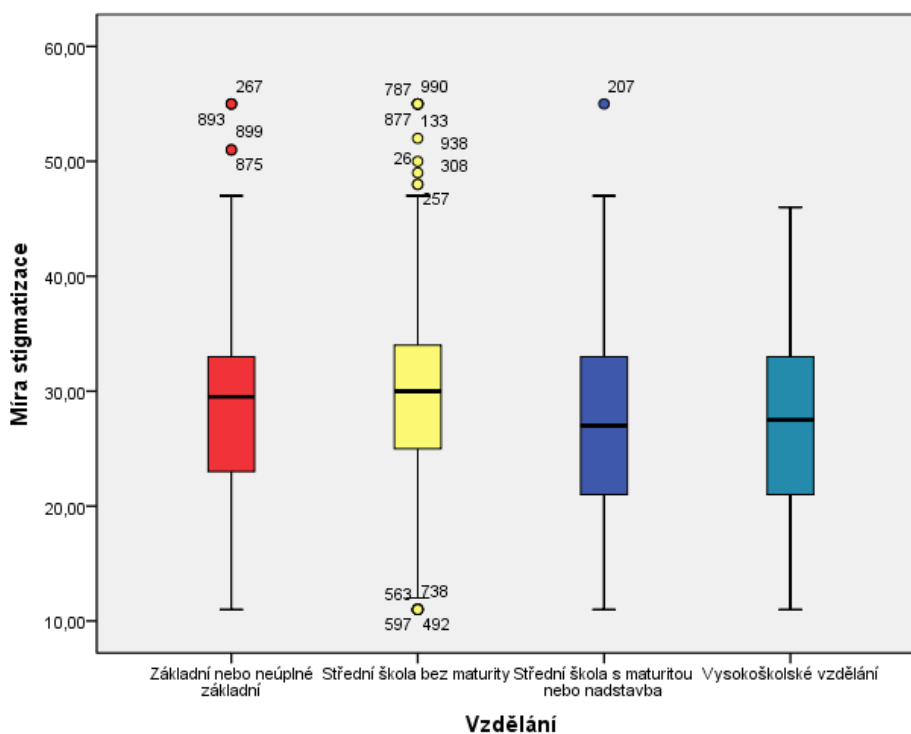
H6: Míra stigmatizace osob s duševním onemocněním klesá s rostoucím subjektivním hodnocením informovanosti a zájmu.

Obě proměnné, subjektivní hodnocení informovanosti a zájmu o oblast duševního zdraví, byly v dotazníku měřeny pomocí 11bodové škály (0 až 10), ve které 0 znamenala žádnou informovanost či žádný zájem a 10 dokonalou informovanost či maximální zájem. Jelikož se jedná o kardinální proměnné byly pro zjištění vztahu vypočteny korelace. Nejprve byl však ověřen předpoklad normality, Kolmogorov-Smirnov test normalitu nepotvrdil ani v jednom případě ($p < 0,001$), nicméně podle Centrální limitní věty (CLV) lze předpokládat, že se budou data normálnímu rozložení přibližovat, a lze tak přistoupit k analýze korelací. Pearsonův korelační koeficient vyšel v obou případech signifikantní ($p < 0,001$), nicméně prokázal nízkou lineární korelaci mezi oběma proměnnými a mírou stigmatizace (informovanost: $r_1 = -0,110$, zájem: $r_2 = -0,179$). Výsledky je možné interpretovat tak, že s rostoucí informovaností v oblasti duševního zdraví i rostoucím zájmem o oblast duševního zdraví mírně klesá míra stigmatizace osob s duševním onemocněním. Tento poznatek naznačuje, že zvyšování duševní gramotnosti a plánování edukačních kampaní by mohlo mít pozitivní vliv na snižování stigmatizace ve společnosti. **Hypotéza H6 byla potvrzena.**

H7: Míra stigmatizace klesá s rostoucím stupněm vzdělání.

Před analýzou vztahu vzdělání a míry stigmatizace byla nejprve proměnná vzdělání kategorizována na nižší počet kategorií, a to na standardní čtyři kategorie (základní vzdělání, střední vzdělání bez maturity, střední vzdělání s maturitou + nadstavba a vysokoškolské vzdělání). Poté byla provedena ANOVA, která poukázala na statisticky signifikantní vztah ($p < 0,001$, $F = 9,7$). Pro zjištění podrobných rozdílů ve středních hodnotách mezi jednotlivými skupinami byl využit Tukeyho test, který ukázal signifikantní rozdíly mezi základním vzděláním a středním vzděláním s maturitou (+2,22 bodu) a vysokoškolským vzděláním (+2,50 bodu), a mezi vysokoškolským vzděláním a středním vzděláním bez maturity (-3,36 bodu), stejně jako mezi středním vzděláním s maturitou a bez maturity (-3,07 bodu) (graf 6). Výsledky post hoc testu naznačily, že se z hlediska míry stigmatizace dělí vzdělanostní skupiny na dvě podobné kategorie – respondenti s vyšším vzděláním (alespoň střední vzdělání s maturitou) vykazují mírně nižší míru stigmatizace než respondenti s nižším stupněm vzdělání (základní či střední vzdělání bez maturity). Lze tak konstatovat, že **hypotéza H7 byla potvrzena**.

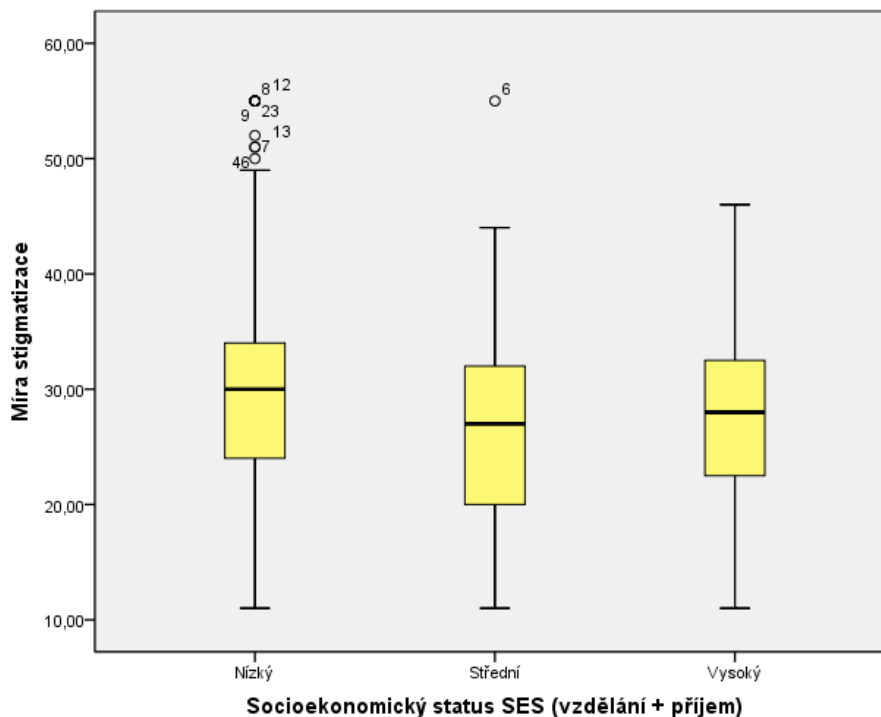
Graf 6: Míra stigmatizace v závislosti na vzdělání



H8: Respondenti s vyšším socioekonomickým statusem vykazují vyšší míru stigmatizace osob s duševním onemocněním než respondenti s nízkým sociálním statusem.

Pro zjištění souvislosti socioekonomického statusu (SES) byl vytvořen index z proměnných vzdělání a příjem, tedy dvě položky, kterými se SES obvykle měří. Nabízelo by se ještě zahrnout proměnnou pracovní pozice, nicméně tato proměnná obsahuje velké množství chybějících hodnot, a analýza by se tak musela provést na méně než polovině respondentů. Následně byly rovným dílem vytvořeny tři skupiny s různou úrovní SES – nízký, střední a vysoký SES. Pro zjištění rozdílů v míře stigmatizace mezi těmito třemi skupinami byla provedena ANOVA, která vyšla statisticky signifikantní s $F = 11,729$ ($p < 0,001$). Tukeyho post hoc test našel signifikantní rozdíl pouze mezi skupinami respondentů s nízkým a středním statusem, a to o 3,074 bodů škály. To znamená, že respondenti s nižším SES mají v průměru o 3,074 bodu škály více stigmatizující postoje než respondenti se středním SES. Respondenti s vysokým SES se od ostatních skupin statisticky signifikantně neliší ($p > 0,05$) (graf 7). Otestována byla také korelace mezi nekategorizovanou proměnnou SES a mírou stigmatizace. Pearsonův test ukázal negativní korelaci ($r = -0,138$, $p < 0,001$), což naznačuje, že s rostoucím socioekonomickým statusem klesá míra stigmatizace. **Hypotéza H8 nebyla potvrzena.**

Graf 7: Míra stigmatizace v závislosti na socioekonomické statusu



H9: Míra stigmatizace osob s duševním onemocněním roste se zvyšujícím se příjmem.

Dále byla testována korelace mezi čistým osobním příjmem, který vystupuje jako kategoriální proměnná. Normalita nebyla prokázána, nicméně ji lze na základě CLV předpokládat. Pearsonův korelační koeficient vyšel signifikantní ($p < 0,05$) a ukázal na slabou negativní korelaci mezi proměnnými ($r = -0,077$). Míra stigmatizace tedy klesá s rostoucím příjmem, ačkoliv jen velmi mírně. **Hypotéza H9 nebyla potvrzena.**

H10: Pracovníci ve zdravotnictví, vzdělávání a sociálních službách mají nižší míru stigmatizace než pracovníci v jiných odvětvích.

Pro zjištění, zda se mezi osobami ze zdravotnictví, školství a sociálních služeb liší míra stigmatizace vůči zbylým povoláním, byly překódována proměnná *pracovní odvětví* na dvě skupiny. Poté byl proveden nezávislý t-test. Leveneho test vyšel signifikantní, byl proto vyhodnocen výsledek t-testu pro neshodné rozptyly, který ukázal rozdíl ve střední hodnotě $-2,825$ bodu ($p < 0,05$). To znamená, že respondenti pracující ve zdravotnictví, školství a sociálních službách, mají v průměru o 2,8 (5,1 %) bodu škály méně stigmatizující postoje. **Hypotéza H10 byla potvrzena.**

Tabulka 6: Výsledky ověřování hypotéz

Hypotéza	Potvrzena/vyvrácena	Korelace/rozdíl v průměru
Hypotéza H1	Potvrzena	$r = 0,185$ ($p < 0,001$)
Hypotéza H2	Potvrzena	1,9 bodu ($p < 0,001$)
Hypotéza H3	Potvrzena	-5,1 bodu ($p < 0,001$)
Hypotéza H4	Potvrzena	-3,5 bodu ($p < 0,001$)
Hypotéza H5	Potvrzena	-2,2 bodu ($p < 0,001$)
Hypotéza H6	Potvrzena	$r_1 = -0,110$, $r_2 = -0,179$ ($p < 0,001$)
Hypotéza H7	Potvrzena	($p < 0,001$)
Hypotéza H8	Vyvrácena	$r = -0,138$ ($p < 0,001$)
Hypotéza H9	Vyvrácena	$r = -0,077$ ($p < 0,05$)
Hypotéza H10	Potvrzena	-2,825 bodu ($p < 0,05$)

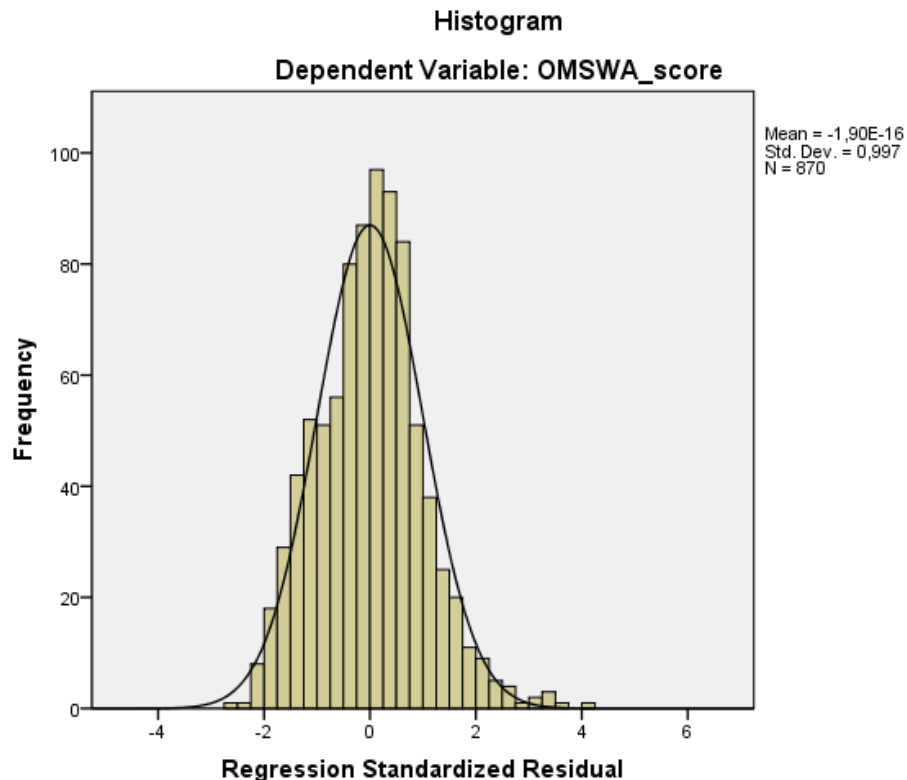
9.2.2 Regresní model

Stěžejním cílem práce bylo analyzovat souvislosti mezi vybranými faktory a mírou stigmatizace osob s duševním onemocněním. K zodpovězení této výzkumné otázky byla provedena vícenásobná regresní analýza, která umožňuje zkoumat vztah mezi závislou proměnnou (míra stigmatizace měřená pomocí škály OMS-WA) a několika nezávislými proměnnými (vybrané faktory). Záměrem bylo identifikovat možné prediktory stigmatizujících postojů a přispět k hlubšímu porozumění mechanismům, které se mohou podílet na jejich utváření.

Před provedením samotné analýzy bylo nutné ověřit, zda jsou sebraná data vhodná pro použití regresní analýzy. Přistoupilo se proto k otestování základních předpokladů regresní analýzy, mezi které podle Vause (2002) patří: 1. nezávislost pozorování, 2. normalita reziduí, 3. linearita, 4. absence multikolinearity, 5. homoskedacita a 6. absence odlehlých hodnot.

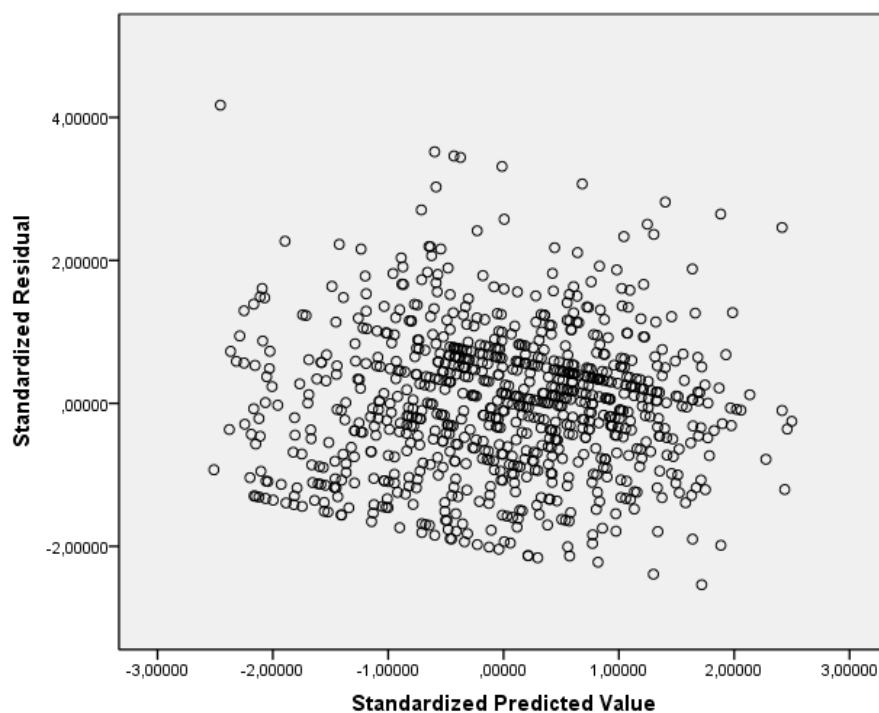
Nezávislost pozorování lze předpokládat vzhledem k velikosti vzorku ($N = 1\ 000$) a jeho reprezentativitě. Normalita reziduí nebyla potvrzena ani vizuálně na základě histogramu (graf 8), ani Kolmogorov-Smirnov testem, který vyšel statisticky signifikantní ($p < 0,001$) a indikoval tak odchylku od normálního rozdělení. Na základě CLV však lze předpokládat normalitu rozdělení, a tento předpoklad tedy považovat za splněný.

Graf 8: Normální rozdělení závislé proměnné (míra stigmatizace)



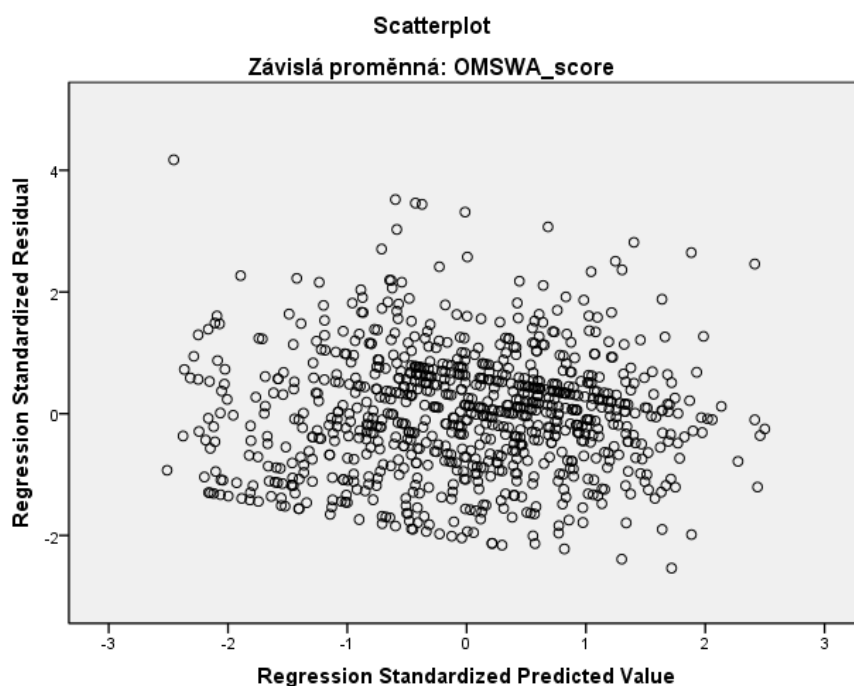
Linearita byla ověřena pomocí scatterplotu, který neukázal žádné výrazné vzory či systematické odchylky v datech, a tak lze linearitu předpokládat (graf 9). Multikolarita byla posouzena pomocí koeficientů VIF a tolerance – hodnoty VIF se pohybovaly mezi 1,1 a 2,4 (pod kritickou hodnotou 5) a tolerance mezi 0,413 a 0,919 (nad kritickou hodnotou 0,200 a blíží se ideální hodnotě 1), což značí nízkou míru multikolarity mezi proměnnými.

Graf 9: Ověření předpokladu linearity dat



Předpoklad homoskedasticity byl ověřen pomocí scatterplotu, jenž ukázal konstantní rozptyl reziduí závislé proměnné (graf 10). Dle Cookovy distance nebyly nalezeny odlehlé hodnoty (žádná z položek nepřesahuje kritickou hodnotu 0,5), které by mohly mít vliv na výsledky regresního modelu, a tak není nutné žádné z pozorování upravovat ani vyloučit.

Graf 10: Ověření předpokladu homoskedasticity



Na základě těchto zjištění lze konstatovat, že předpoklady pro použití regresní analýzy byly naplněny, a lze tak přistoupit k sestavení modelu.

Jako závislá proměnná vstupuje do regresního modelu skóre stigmatizace, které bylo získáno součtem bodů ze škály OMS-WA. Nezávislé proměnné byly vybrány na základě teoretických východisek a předchozích výzkumů naznačujících možný vztah mezi těmito faktory a stigmatizací osob s duševním onemocněním. Při výběru proměnných bylo zároveň nutné zohlednit rozsah chybějících hodnot v datech – například proměnná pracovní pozice sice vykazuje vztah ke stigmatizaci, avšak kvůli vysokému počtu chybějících hodnot (zejména u důchodců, studentů, nezaměstnaných a osob na rodičovské dovolené) nebylo možné ji do modelu zařadit, protože by vedla k výraznému snížení počtu analyzovaných případů.

Bylo testováno několik variant regresního modelu s odlišnými proměnnými a různými způsoby jejich kategorizace (např. pomocí dummy proměnných u vzdělání). Výsledný model byl vybrán jako nejvhodnější – zahrnuje proměnné, jejichž souvislost se stigmatizací byla doložena v zahraničních studiích a které zároveň odpovídají teoretickému rámci této práce.

Jako prediktory v regresním modelu vystupují následující proměnné: 1. gender, 2. věk, 3. vzdělání, 4. zkušenost s duševním onemocněním a 5. povědomí o duševním zdraví. Aby bylo možné tyto proměnné do regresní analýzy zahrnout, bylo nutné je předem upravit – některé bylo třeba překódovat, u jiných sloučit kategorie či vytvořit index.

Prvním prediktorem v modelu je *gender* (0 muž, 1 žena), který před analýzou nevyžadoval žádné úpravy. Druhou proměnnou je *věk*, který byl do modelu zařazen jako kardinální proměnná (18 až 90) a rovněž nebyl nijak upravován.

Třetí proměnnou je *vzdělání*, u kterého došlo k překódování do dvou kategorií – 1. základní a střední vzdělání bez maturity a 2. střední vzdělání s maturitou a vysokoškolské vzdělání, jelikož toto rozdělení fungovalo v modelu nejlépe.

Čtvrtým prediktorem je *index zkušenosti s duševním onemocněním*, složený ze tří dílčích proměnných: 1. *Vlastní zkušenost s duševním onemocněním*, 2. *Nepřímá zkušenost s duševním onemocněním* a 3. *Péče o osobu s duševním onemocněním*. U první z proměnných došlo ke sloučení odpovědí „*Ano, bylo mi diagnostikované*“ a „*Nejspíš ano, ale nebylo mi diagnostikované*“ do jedné možnosti „*Ano*“, čímž vznikla dichotomická proměnná s možnostmi „*Ano/Ne*“. U nepřímé zkušenosti s duševním onemocněním byly nejprve jednotlivé položky

(rodina, přítel/kyně, přátelé, známí a spolužáci či spolupracovníci) převedeny na dichotomické proměnné. Jejich součtem vznikl index zkušenosti s duševním onemocněním, který měl dichotomickou povahu – odpověď „Ano“ označovala, že alespoň jedna osoba z okolí respondenta se potýká nebo potýkala s duševním onemocněním, zatímco odpověď „Ne“ značí absenci takové zkušenosti. Třetí proměnná týkající se péče zůstala beze změny.

Posledním prediktorem je *index povědomí o duševním zdraví*, který byl vytvořen součtem proměnných 1. *Informovanost v oblasti duševního zdraví* a 2. *Zájem o duševní zdraví*, přičemž obě jsou tvořené škálou od 0 (= vůbec se nezajímám/jsem zcela neinformovaný) do 10 (= maximálně se zajímám/jsem dokonale informován). Index tedy nabývá hodnot 0 (= žádné povědomí o duševním zdraví) až 20 (= maximální povědomí o duševním zdraví).

Regresní model byl spuštěn na vzorku o velikosti $N = 870$. Původní počet respondentů byl vyšší, avšak 130 případů muselo být kvůli chybějícím hodnotám vyloučeno – konkrétně šlo o proměnnou index zkušenosti s duševním onemocněním, kde respondenti mohli zvolit možnost „Nevím“ nebo „Nechci odpovídat“. Tyto možnosti odpovědí byly v dotazníku použity kvůli citlivosti tématu, avšak z analýzy musely být vyloučeny.

Analýza rozptylu (ANOVA) ukazuje, že regresní model je pro daný datový soubor vhodný – hodnota F činí 21,5 a je statisticky signifikantní ($p < 0,001$). Koeficient R dosahuje hodnoty 0,322, a naznačuje tak slabý vztah mezi zvolenými prediktory a závislou proměnnou. Adjustované R^2 (= 0,105) signalizuje nízkou přesnost modelu – variabilita závislé proměnné je vybranými prediktory vysvětlena pouze z 10,5 % (viz tabulka 7).

Hodnoty Beta koeficientů jednotlivých prediktorů jsou uvedeny v tabulce 8. Výchozí hodnota modelu (konstanta) činí 26,764 bodů škály OMS-WA. Pokud je respondent žena, průměrná míra stigmatizace osob s duševním onemocněním klesá o 1,681 bodu škály, což lze interpretovat tak, že ženy mají průměrně méně stigmatizující postoje než muži. S každým rokem věku se skóre stigmatizace zvyšuje v průměru o 0,081 bodu škály, což ukazuje na nárůst stigmatizace s rostoucím věkem.

Respondenti se základním nebo středoškolským vzděláním bez maturity vykazují v průměru o 2,544 bodu vyšší míru stigmatizace než respondenti s vyšším vzděláním. Osobní nebo nepřímá zkušenost s duševním onemocněním predikuje nižší míru stigmatizace – konkrétně o 2,327 bodu méně ve srovnání s respondenty bez takové zkušenosti. Nakonec hraje roli také

povědomí o duševním zdraví, pokud hodnota indexu stoupne o jeden bod (z max. 20), sníží se míra stigmatizace v průměru o 0,193 bodu.

Tabulka 7: Výsledky vícenásobné lineární regrese

R	R²	Adjustované R²
0,332	0,111	0,105

Provedená vícenásobná regresní analýza tedy ukazuje, že stigmatizace osob s duševním onemocněním na pracovišti není příliš ovlivněna vybranými faktory. Faktory, které predikují míru stigmatizujících postojů, jsou tak pravděpodobně mnohem komplexnější, než se předpokládalo.

Tabulka 8: Výsledné hodnoty modelu

Proměnná	Beta koeficient	St. odchylka	Signifikance
Konstanta	26,764	1,228	0,000
Gender	-1,681	0,565	0,003
Věk	0,081	0,561	0,000
Vzdělání	-2,544	0,601	0,000
Index 1 (<i>Zkušenost s duševním onemocněním</i>)	2,327	0,016	0,000
Index 2 (<i>Povědomí o duševním zdraví</i>)	-0,193	0,066	0,003

10. Limity práce

Každý výzkum s sebou nese určitá omezení, která je důležité reflektovat při interpretaci výsledků. Tato práce není výjimkou a její limity se týkají jak samotného měření, tak kontextu sběru dat. První omezení vychází ze samotného cíle, jímž je ověření validity a reliability

zkrácené verze škály OMS-WA. Vzhledem k tomu, že tento nástroj nemá ve výzkumu dlouhou tradici, neexistuje mnoho studií, jež by tuto verzi podrobovalo validaci. Ambice otestovat kvalitu škály zatím neověřené větším množstvím výzkumů se tak pojí i s rizikem nepřesného měření kvůli nedostatečné předchozí validaci. Ačkoliv se v tomto výzkumu ukázala 11položková OMS-WA jako validní a reliabilní nástroj, bude potřeba tyto výsledky ověřit v dalším výzkumu.

Dále se práce potýkala s finančním limitem, který ovlivnil výběr faktorů pro zkoumání jejich souvislostí s mírou stigmatizace. Prostřednictvím programu SVV-ADAKIN bylo financováno 30 položek v dotazníku, nebylo tak možné zařadit do dotazníku například zjišťování osobnostních či dalších faktorů, které by také mohly prokazovat souvislosti se stigmatem osob s duševním onemocněním. Měření osobnostních charakteristik však vyžaduje mnohem více prostoru pro otázky, a tak bylo třeba volit jednodušší potenciální prediktory, jako je věk, gender nebo pracovní status.

Určité limity vycházejí také ze samotného tématu výzkumu. Duševní onemocnění a vztah k lidem, kteří se s ním potýkají, je velmi citlivou otázkou. Někteří respondenti proto mohou odpovídat vyhýbavě, častěji volit odpověď „*Nevím*“ nebo „*Nechci odpovídat*“ nebo se uchýlit ke střední variantě škály „*Ani souhlasím, ani nesouhlasím*“. V odpovědích se také mohla projevit sociální desirabilita, která vede respondenty k upravování svých odpovědí podle společenské přijatelnosti. Odpovědi na otázky v rámci škály OMS-WA, jako například *Štvalo by mě, kdyby vedle mě v práci stále seděl/a kolega/kolegyně s duševním onemocněním*, mohou respondenti upravovat podle toho, zda považují za žádoucí, aby jejich odpověď byla záporná. V reálném světě se tak jejich tendence k chování může od jejich odpovědí v dotazníku lišit.

V neposlední řadě mohla odpovědi respondentů ovlivňovat i nejednoznačnost pojmu *duševní onemocnění*, na kterou upozorňovali i někteří respondenti v rámci pilotáže, jejíž součástí byl i prostor pro vyjádření se ke znění jednotlivých položek a srozumitelnosti dotazníku. Duševní onemocnění zastřešuje poměrně velkou škálu různých duševních poruch a stavů a každý si za tímto pojmem může představit něco jiného. Zároveň postoje k lidem s duševním onemocněním se podle studií liší i vzhledem k jeho typu, například méně jsou stigmatizováni lidé s klinickou depresí než lidé se schizofrenií (Mannarini et al., 2022). Tato nejasnost mohla při vyplňování některé respondenty znejistit, nicméně kvůli zachování originálního znění původní škály nedošlo před sběrem dat k žádným změnám. V budoucím výzkumu by stálo za zvážení

otestovat, zda se odpovědi liší v případě použití jiných diagnóz, jak to provedl například doktor Szeto a kolektiv ve studii *Does labelling matter (Záleží na nálepce?)* (Szeto et al., 2013). V pilotáži se dále objevovaly také komentáře k jednotlivým položkám, v rámci 11 položkové škály se jevila jako problematická pouze položka „*Kdybych znal/a kolegu/kolegyni s duševním onemocněním, nechodil/a bych s ní/m.*“ u které tři respondenti poukazovali na různý význam slova „chodit“. Nicméně nakonec byla podoba otázky zachována, protože výraz *chodit s někým* je anglickému *date someone* významově nejbliže.

11. Diskuze

11.1 Psychometrické vlastnosti OMS-WA

V rámci této práce byla poprvé otestována kvalita českého překladu 11položkové OMS-WA škály, která je zkrácenou verzí původní 23položkové škály doktora Szeta (2013). Validita byla testována pomocí explorační a konfirmační faktorové analýzy, korelací s krátkými škálami sociální distance a veřejného stigmatu (Docksey et al., 2022), zatímco reliabilita byla ověřena pomocí Cronbachova Alfa. Výsledky všech analýz podpořily použití zkrácené, 11položkové verze OMS-WA škály pro měření stigmatizace osob s duševním onemocněním na pracovišti a jsou tak v souladu se studií Boehmeho et al. (2022), která rovněž ověřovala validitu zkrácené OMS-WA škály. Zatímco však Boehme a kolektiv vyřadili po provedení faktorové analýzy dvě z 11 položek, které se jasně nezařadily k žádnému faktoru, a vytvořili tak nakonec 9položkovou škálu, v této práci se k jednomu ze dvou faktorů přimklo všech 11 položek, a konstrukční validita této verze měřicího nástroje tak byla potvrzena.

Důležité je také ukotvit OMS-WA z teoretického hlediska. Škála se zaměřuje na rovinu veřejného stigmatu, tedy postojů veřejnosti k osobám s duševním onemocněním, a netýká se tak očekávaného stigmatu (*anticipated stigma*) ani sebe-stigmatu (*self-stigma*), jež jsou často zprostředkovatelem negativní zkušenosti a diskriminace. Veřejné stigma je však původcem obou těchto typů stigmatu, a jeho zmírnění tak může vést k odstranění bariér a negativních dopadů.

Pomocí faktorové analýzy byly nalezeny dvě dimenze zkrácené škály – 1. dimenze sociální distance a 2. dimenze předsudků (o nebezpečnosti a nepředvídatelnosti osob s duševním onemocněním). První dimenzi lze na základě teorie vztáhnout k pojmu interpersonální diskriminace (Link & Phelan, 2001), tedy jevu, při němž dochází ke změně chování na základě předsudku. Jedním z těchto projevů může být právě sociální distance, neboli tendence vyhýbat se lidem s duševním onemocněním (příkladem je jedna z položek škály: *Kdybych znal/a kolegu/kolegyni s duševním onemocněním, nechodil/a bych s ní/m.*).

Druhou dimenzí škály jsou předsudky, které Corrigan a Watson definují jako „*souhlas s přesvědčením a negativní emoční reakce, např. hněv, strach*“ (2002) (příklad jedné položky ze škály: „*Většinu násilných trestných činů na pracovišti páchají zaměstnanci s duševním onemocněním.*“). V rámci této dimenze se poté prolínají 4 základní oblasti stigmatizace osob

s duševním onemocněním podle Rogerse a Pilgrima – nebezpečnost, nespolehlivost, nekompetentnost a nedůvěryhodnost (2014).

Výsledky ukázaly, že OMS-WA škála je spolehlivým nástrojem pro měření stigmatizace osob s duševním onemocněním na pracovišti. Testování kvality zkrácené OMS-WA škály otevřelo možnost pro použití kratší verze pro měření efektivity antistigma kampaní a edukačních programů ve firmách a pracovních kolektivech. Ačkoli výsledky této práce ukazují na dobrou kvalitu použité verze škály, je nezbytné její validitu a reliabilitu testovat v dalším výzkumu.

11.2 Vztahy míry stigmatizace a vybraných faktorů

Dalším cílem práce bylo zkoumání vztahů mezi mírou stigmatizace a vybranými faktory, konkrétně *genderu, věku, vzdělání, socioekonomického statusu, přímé a nepřímé zkušenosti s duševním onemocněním, zájmu a informovanosti o oblasti duševního zdraví a pracovní pozice*. Nejprve byly ověřovány dílčí hypotézy, které vycházely z dosavadní literatury a teoretických rámců, a to pomocí ANOVy a nezávislých t-testů. Potvrzeno bylo 8 z 10 hypotéz a zjištění tak z většiny odpovídají současnému výzkumu na toto téma. Vyšší míra stigmatizace byla zjištěna u mužů (Holzinger et al., 2012; Kaitz et al., 2022), starších respondentů (Farrer et al., 2008; Hadjimina & Furnham, 2017; Pescosolido et al., 2021), respondentů s nižším vzděláním (P. W. Corrigan & Watson, 2007), respondentů bez zkušenosti s duševním onemocněním (Furnham & Blythe, 2012; Henderson et al., 2016; Mann & Contrada, 2022; Mannarini et al., 2020), respondentů pracujících na nekvalifikované pozici a respondentů s nižším SES (Foster et al., 2017). V rozporu s některými studii (Bradbury, 2020) ukázaly analýzy v této práci mírný růst stigmatu se vzrůstajícím věkem. Nepotvrdily se dvě hypotézy – zaprvé, že míra stigmatizace roste spolu s rostoucím SES (byla nalezena mírná negativní korelace), a za druhé že roste spolu s příjmem (také mírná negativní korelace). Nutno podotknout, že ačkoliv jsou vztahy mezi vybranými faktory a mírou stigmatizace statisticky signifikantní, jeví se jako poměrně slabé a z věcného hlediska je nelze považovat za zásadní. Zároveň je třeba připomenout, že zde nelze uvažovat o kauzalitě, ale spíše o korelačním vztahu, nejde tedy o příčiny stigmatizujících postojů, nýbrž o souvislosti.

11.3 Regresní model

Pro hlubší porozumění vztahů byl aplikován regresní model, do kterého jako prediktory vstupovaly proměnné *gender, věk, vzdělání, index zkušenosti s duševním onemocněním a index povědomí o duševním zdraví*. Výsledný model odpovídal dosavadní literatuře a vycházel

z teoretického rámce, podle ukazatelů má však nízkou kvalitu a vybrané prediktory vysvětlují pouze 10,5 % celkové variability míry stigmatizace. Testováno bylo několik variant modelu s použitím různých proměnných i jejich variací, výsledky se však výrazně nelišily a žádný z testovaných modelů nevycházel lépe než finální model. Ten byl nakonec zvolen s ohledem na jeho teoretické zakotvení a logický výběr proměnných. Nízký fit modelu napovídá, že míru stigmatizujících postojů jedince nelze predikovat na základě sociodemografických a dalších faktorů, ale že je třeba zkoumat i jiné faktory, které leží mimo rámec této práce. Za nízkou kvalitou mohou kromě výběru nezávislých proměnných stát také limity této práce popsané v 10. kapitole, zejména sociální desirabilita a způsob operacionalizace některých proměnných.

Stigmatizující postoje jsou hluboce zakořeněné a spíše než sociodemografické proměnné je mohou vysvětlovat osobnostní charakteristiky, hodnoty, výchova nebo osobní zkušenosti. Zajímavé výsledky by mohlo přinést zkoumání osobnostních charakteristik, jako to provedli například Murphy a Mackenzie (2023), kteří analyzovali dopad pětifaktorového modelu osobnosti Big Five (*Velká Pětka*) a jeho souvislost s postoji k léčbě duševních nemocí. Ve studii Solmiho a kolektivu (2020) zase byla odhalena souvislost osobnostních charakteristik a stigmatizačních postojů zaměstnanců zdravotnického zařízení vůči pacientům – otevřenost a přívětivost se jevily jako ochranné faktory stigmatizujících postojů.

11.4 Návrhy pro budoucí výzkum

Budoucí výzkum by se tak mohl zaměřit na zkoumání vztahu mezi osobnostními charakteristikami a stigmatizujícími postoji, které by mohly predikovat jejich míru. Z hlediska metod výzkumu by bylo vhodné provést i hloubkové rozhovory a hledat příčiny a vysvětlení stigmatizujících postojů, které dotazníkové šetření nedokáže zachytit. Nabízela by se také možnost provedení znalostních testů nebo experimentů na pracovišti s použitím kratší OMS-WA škály jako hodnotícího nástroje. Právě edukace totiž může být efektivní cestou k destigmatizaci, a tím i k odstranění bariér na trhu práce.

Závěr

Práce si kladla za cíl analyzovat souvislosti mezi vybranými faktory a mírou stigmatizace osob s duševním onemocněním na pracovišti, ověřit kvalitu české verze zkrácené škály OMS-WA

pro měření stigmatu na pracovišti a aplikovat regresní model, jenž by přispěl k hlubšímu porozumění nositelům stigmatizujících postojů. Všechny stanovené cíle se podařilo naplnit. Provedené analýzy přinesly řadu zajímavých poznatků, které v mnohém korespondují se zahraničními studiemi, ale zároveň přinášejí nové informace v českém kontextu.

Práce našla mírně silné souvislosti mezi mírou stigmatizace a genderem, věkem, vzděláním, socioekonomickým statutem, zkušeností s duševním onemocněním, informovaností a zájmem o oblast duševního zdraví. Regresní model však ukázal nízkou predikční hodnotu vybraných proměnných, což otevírá prostor pro hledání dalších souvislostí, které by vysvětlily stigmatizující postoje. Jejich znalost by umožnila lepší cílení intervencí a efektivnější zmírňování stigmatu osob s duševním onemocněním ve společnosti.

Významným přínosem této práce je ověření validity a reliability 11 položkové škály OMS-WA, která se v rámci analýz ukázala jako spolehlivý nástroj pro měření míry stigmatu osob s duševním onemocněním na pracovišti. Díky své zkrácené délce je škála pro respondenty méně zatěžující než původní verze, což z ní činí vhodný nástroj pro evaluaci edukačních a antistigmatizačních programů. Její aplikace v praxi může přispět ke snadnému a efektivnímu hodnocení změn v postojích vůči lidem s duševním onemocněním.

Do budoucna by se sociologický výzkum v Česku mohl více zaměřit na zkoumání stigmatu osob s duševním onemocněním jak v práci, tak i v jiných oblastech života. Vzhledem k omezenému množství dostupných dat by hlubší výzkum mohl zásadně přispět k lepší integraci těchto osob do společnosti. Z metodologického hlediska by cenné poznatky mohly přinést hloubkové rozhovory, ale i experimenty pro posouzení efektivity vzdělávacích kampaní.

Odstranění stereotypního rovnítka mezi duševní nemocí a vlastnostmi, jako je nespolehlivost, nepředvídatelnost a nebezpečnost, je výzvou, před kterou nyní stojí celá společnost. Zmírnění stigmatu duševních onemocnění může výrazně zlepšit kvalitu života dotčených osob a umožnit jim návrat na pracovní trh. Přínosy destigmatizace tak výrazně přesahují individuální rovinu a naopak se dotýkají celé společnosti.

Seznam grafů a tabulek:

Graf 1: Přístup Modifikované etiketizační teorie (Link et al., 1989) (Přeloženo).....	25
Graf 2: Míra stigmatizace v závislosti na věku.....	51

Graf 3: Míra stigmatizace v závislosti na osobní zkušenosti s duševním onemocněním	52
Graf 4: Míra stigmatizace v závislosti na nepřímé zkušenosti s duševním onemocněním.....	53
Graf 5: Míra stigmatizace v závislosti na minulé nebo současné péči o osobu s duševním onemocněním.....	54
Graf 6: Míra stigmatizace v závislosti na vzdělání.....	56
Graf 7: Míra stigmatizace v závislosti na socioekonomické statusu	57
Graf 8: Normální rozdělení závislé proměnné (míra stigmatizace).....	60
Graf 9: Ověření předpokladu linearity dat.....	60
Graf 10: Ověření předpokladu homoskedasticity	61
Tabulka 1: Klasifikace duševních poruch podle MKN-10 (ÚZIS ČR, 2023)	13
Tabulka 2: Teoretické přístupy ke konceptu stigmatu.....	22
Tabulka 3: Charakteristiky výzkumného vzorku (N = 1 000).....	45
Tabulka 4: Výsledky konfirmační faktorové analýzy (CFA) (metoda odhadu MLR)	48
Tabulka 5: Rozdělení položek do dvou faktorů.....	49
Tabulka 6: Výsledky ověřování hypotéz	59
Tabulka 7: Výsledky vícenásobné lineární regrese	64
Tabulka 8: Výsledné hodnoty modelu	64

Seznam literatury:

- Allport, G. W. (1954). The nature of prejudice. *Reading/Addison-Wesley*.
<https://news.liverpool.ac.uk/2019/07/08/study-finds-psychiatric-diagnosis-to-be-scientifically-meaningless/>
- Abd El Salam, A. E., AbdAllah, A. M., & El Maghawry, H. A. (2023). Effect of health education program on improving knowledge and attitude towards mental health stigma and professional help-seeking among adolescents. *Middle East Current Psychiatry*, 30(1), 32. <https://doi.org/10.1186/s43045-023-00298-1>
- Ahonen, L. (2019). *Violence and Mental Illness: An Overview*. Springer International Publishing AG.
<http://ebookcentral.proquest.com/lib/cuni/detail.action?docID=5775113>
- AION CS. (2012). 271/2012 Sb. Vyhláška o zdravotní způsobilosti zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka. *Zákony pro lidi*.
<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-271>
- Alexander, L., & Link, B. (2003). The impact of contact on stigmatizing attitudes toward people with mental illness. *Journal of Mental Health*, 12(3), 271–289.
<https://doi.org/10.1080/0963823031000118267>
- Allsopp, K., Read, J., Corcoran, R., & Kinderman, P. (2019). Heterogeneity in psychiatric diagnostic classification. *Psychiatry Research*, 279, 15–22.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.07.005>
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2003). The stigma of mental illness: Effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(4), 304–309. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.00150.x>
- APA (Ed.). (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR™* (Fifth edition, text revision). American Psychiatric Association Publishing.
- Baldwin, M. L., & Marcus, S. C. (2007). Labor Market Outcomes of Persons with Mental Disorders. *Industrial Relations: A Journal of Economy and Society*, 46(3), 481–510.
<https://doi.org/10.1111/j.1468-232X.2007.00478.x>
- Baral, S. P., Prasad, P., & Raghuvamshi, G. (2022). Mental Health Awareness And Generation Gap. *Indian Journal of Psychiatry*, 64(Suppl 3), S636.
<https://doi.org/10.4103/0019-5545.341859>
- Bathje, G. J., & Pryor, J. B. (2011). The Relationships of Public and Self-Stigma to Seeking Mental Health Services. *Journal of Mental Health Counseling*, 33(2), 161–176.
<https://doi.org/10.17744/mehc.33.2.g632039274160411>
- Becker, H. S. (1963). *Outsiders: Studies in the sociology of deviance* (s. x, 179). Free Press Glencoe.
- Berveling, J. (2020). “My God, here is the skull of a murderer!” Physical appearance and violent crime. *Journal of the History of the Neurosciences*, 30, 1–14.
<https://doi.org/10.1080/0964704X.2020.1789937>
- Biggs, D., Hovey, N., Tyson, P. J., & MacDonald, S. (2010). Employer and employment agency attitudes towards employing individuals with mental health needs. *Journal of Mental Health*, 19(6), 505–516. <https://doi.org/10.3109/09638237.2010.507683>
- Blaug, M. (1972). The correlation between education and earnings: What does it signify? *Higher Education*, 1(1), 53–76. <https://doi.org/10.1007/BF01956881>
- Boehme, B. A. E., Shields, R. E., Asmundson, G. J. G., Szeto, A. C. H., Dobson, K. S., & Carleton, R. N. (2022). A short version of the Opening Minds Scale–Workplace Attitudes: Factor structure and factorial validity in a sample of Canadian public safety personnel. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*. <https://doi.org/10.1037/cbs0000350>
- Bradbury, A. (2020). Mental Health Stigma: The Impact of Age and Gender on Attitudes.

- Community Mental Health Journal*, 56(5), 933–938. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00559-x>
- Bragg, T. L., MA, Segal, D. L., PhD, Coolidge, F. L., & PhD. (2018). Mental Health Literacy and Attitudes about Mental Disorders among Younger and Older Adults: A Preliminary Study. *Open Journal of Geriatrics*, 1(2), 1–6. <https://doi.org/10.22259/2639-359X.0102001>
- Buss, A. H. (1966). *Psychopathology*. Wiley.
- Byrne, B. M. (2010). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming* (2nd ed). Routledge.
- Cacioppo, J. T., & Patrick, W. (2009). *Loneliness: Human nature and the need for social connection* (1. publ. as a Norton paperback). Norton.
- Caple, V., Maude, P., Walter, R., & Ross, A. (2023). An exploration of loneliness experienced by people living with mental illness and the impact on their recovery journey: An integrative review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 30(6), 1170–1191. <https://doi.org/10.1111/jpm.12945>
- Clair, M. (2018). Stigma. In J. M. Ryan (Ed.), *Core Concepts in Sociology* (1. vyd., s. 318–321). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781394260331.ch86>
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, N., Brown, J. S. L., & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45(1), 11–27. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000129>
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614–625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>
- Corrigan, P. W., Markowitz, F. E., & Watson, A. C. (2004). Structural Levels of Mental Illness Stigma and Discrimination. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 481–491. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007096>
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2007). The Stigma of Psychiatric Disorders and the Gender, Ethnicity, and Education of the Perceiver. *Community Mental Health Journal*, 43(5), 439–458. <https://doi.org/10.1007/s10597-007-9084-9>
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). The Self-Stigma of Mental Illness: Implications for Self-Esteem and Self-Efficacy. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 25(8), 875–884. <https://doi.org/10.1521/jscp.2006.25.8.875>
- Corrigan, P., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16–20.
- CVVM. (2020). Tolerance k vybraným skupinám obyvatel—Březen 2020. *Sociologický ústav AV ČR*. https://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c2/a5201/f9/ov200430.pdf
- CVVM. (2023). Tolerance k vybraným skupinám obyvatel—Únor/březen 2023. *Sociologický ústav AV ČR*. https://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c2/a5630/f9/ov230427.pdf
- Česko v datech. (2022, srpen 15). *Duševní zdraví—Jen 6 % Čechů řeší své psychické starosti s odborníky. Svě děti místo za odborníkem posílají za kamarády a do přírody*. Česko v datech. <https://www.ceskovdatech.cz/clanek/175-dusevni-zdravi/>
- De Vaus, D. A. (2002). *Analyzing social science data: 50 key problems in data analysis* (1. publ., repr). Sage.
- Dobson, K. S., Szeto, A., & Knaak, S. (2019). The Working Mind: A Meta-Analysis of a Workplace Mental Health and Stigma Reduction Program. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 64(1 Suppl), 39S. <https://doi.org/10.1177/0706743719842559>

- Docksey, A. E., Gray, N. S., Davies, H. B., Simkiss, N., & Snowden, R. J. (2022). The Stigma and Self-Stigma Scales for attitudes to mental health problems: Psychometric properties and its relationship to mental health problems and absenteeism. *Health Psychology Research, 10*(2), 35630. <https://doi.org/10.52965/001c.35630>
- European Social Survey. (2018). *ESS Round 9 Translation Guidelines*. ESS ERIC Headquarters.
- Farrer, L., Leach, L., Griffiths, K. M., Christensen, H., & Jorm, A. F. (2008). Age differences in mental health literacy. *BMC Public Health, 8*(1), 125. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-125>
- Fergusson, D. M., & Woodward, L. J. (2002). Mental Health, Educational, and Social Role Outcomes of Adolescents With Depression. *Archives of General Psychiatry, 59*(3), 225–231. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.3.225>
- Fokus ČR. (2017). *(Ne)možnost pracovního uplatnění*. https://www.fokus-cr.cz/images/Brozura_Nemoznost_pracovniho_uplatneni.pdf
- Follmer, K. B., & Jones, K. S. (2018). Mental Illness in the Workplace: An Interdisciplinary Review and Organizational Research Agenda. *Journal of Management, 44*(1), 325–351. <https://doi.org/10.1177/0149206317741194>
- Foster, S., Elischberger, H., & Hill, E. (2017). Examining the Link Between Socioeconomic Status and Mental Illness Prejudice: The Roles of Knowledge About Mental Illness and Empathy. *Stigma and Health, 3*. <https://doi.org/10.1037/sah0000084>
- Foster, S., & O’Mealey, M. (2021). Socioeconomic status and mental illness stigma: The impact of mental illness controllability attributions and personal responsibility judgments. *Journal of Mental Health, 31*, 1–8. <https://doi.org/10.1080/09638237.2021.1875416>
- Foucault, M. (1961). *History of Madness* (Číslo 3, s. 432–441). Routledge.
- Fudge Schormans, A. (2014). Stigmatization. In A. C. Michalos (Ed.), *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research* (s. 6336–6341). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5_2871
- Furnham, A., & Blythe, C. (2012). Schizophrenia literacy: The effect of direct experience with the illness. *Psychiatry Research, 198*(1), 18–23. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.12.025>
- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry, 14*(2), 231–233. <https://doi.org/10.1002/wps.20231>
- Gewurtz, R., Kirsh, B., Jacobson, N., & Rappolt, S. (2006). The Influence of Mental Illnesses on Work Potential and Career Development. *Canadian Journal of Community Mental Health, 25*(2), 207–220. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2006-0022>
- Gignac, G. E., & Szodorai, E. T. (2016). Effect size guidelines for individual differences researchers. *Personality and Individual Differences, 102*, 74–78. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.06.069>
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. NJ: Prentice Hall.
- Gove, W. R. (1975). The Labelling Theory of Mental Illness: A Reply to Scheff. *American Sociological Review, 40*(2), 242–248. <https://doi.org/10.2307/2094348>
- Granados-Gámez, G., López Rodríguez, M. del M., Corral Granados, A., & Márquez-Hernández, V. V. (2017). Attitudes and Beliefs of Nursing Students Toward Mental Disorder: The Significance of Direct Experience With Patients. *Perspectives in Psychiatric Care, 53*(2), 135–143. <https://doi.org/10.1111/ppc.12147>
- Gupta, S., Kumar, A., Kathiresan, P., Pakhre, A., Pal, A., & Singh, V. (2024). Mental health stigma and its relationship with mental health professionals – A narrative review and practice implications. *Indian Journal of Psychiatry, 66*(4), 336. https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_412_23

- Hadjimina, E., & Furnham, A. (2017). Influence of age and gender on mental health literacy of anxiety disorders. *Psychiatry Research*, *251*, 8–13. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.089>
- Hampson, M. E., Watt, B. D., & Hicks, R. E. (2020). Impacts of stigma and discrimination in the workplace on people living with psychosis. *BMC Psychiatry*, *20*(1), 288. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02614-z>
- Hampson, M. E., Watt, B. D., Hicks, R. E., Bode, A., & Hampson, E. J. (2018). Changing hearts and minds: The importance of formal education in reducing stigma associated with mental health conditions. *Health Education Journal*, *77*(2), 198–211. <https://doi.org/10.1177/0017896917741327>
- Hand, C., & Tryssenaar, J. (2006). Small business employers' views on hiring individuals with mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *29*(3), 166–173. <https://doi.org/10.2975/29.2006.166.173>
- Harkness, J. A., Vijver, F. J. R. van de, & Mohler, P. P. (Ed.). (2003). *Cross-cultural survey methods*. Wiley-Interscience.
- Hatzenbuehler, M. L., & Link, B. G. (2014). Introduction to the special issue on structural stigma and health. *Social Science & Medicine*, *103*, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.12.017>
- Hazell, C. M., Berry, C., Bogen-Johnston, L., & Banerjee, M. (2022). Creating a hierarchy of mental health stigma: Testing the effect of psychiatric diagnosis on stigma. *BJPsych Open*, *8*(5), e174. <https://doi.org/10.1192/bjo.2022.578>
- Hempstead, K. A., & Phillips, J. A. (2015). Rising Suicide Among Adults Aged 40–64 Years: The Role of Job and Financial Circumstances. *American Journal of Preventive Medicine*, *48*(5), 491–500. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.11.006>
- Henderson, C., Robinson, E., Evans-Lacko, S., Corker, E., Rebollo-Mesa, I., Rose, D., & Thornicroft, G. (2016). Public knowledge, attitudes, social distance and reported contact regarding people with mental illness 2009–2015. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *134*(S446), 23–33. <https://doi.org/10.1111/acps.12607>
- Hennekam, S., Follmer, K., & Beatty, J. (2021). Exploring mental illness in the workplace: the role of HR professionals and processes. *The International Journal of Human Resource Management*, *32*(15), 3135–3156. <https://doi.org/10.1080/09585192.2021.1960751>
- Hipes, C., Lucas, J., Phelan, J. C., & White, R. C. (2016). The stigma of mental illness in the labor market. *Social Science Research*, *56*, 16–25. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2015.12.001>
- Hohmeier, J., & Brusten, M. (1975). *Stigmatisierung*. I. Luchterhand.
- Holman, D. (2015). Exploring the relationship between social class, mental illness stigma and mental health literacy using British national survey data. *Health*, *19*(4), 413–429. <https://doi.org/10.1177/1363459314554316>
- Holzinger, A., Floris, F., Schomerus, G., Carta, M. G., & Angermeyer, M. C. (2012). Gender differences in public beliefs and attitudes about mental disorder in western countries: A systematic review of population studies. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *21*(1), 73–85. <https://doi.org/10.1017/S2045796011000552>
- Chandra, A., & Minkovitz, C. S. (2006). Stigma starts early: Gender differences in teen willingness to use mental health services. *Journal of Adolescent Health*, *38*(6), 754.e1–754.e8. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.08.011>
- Ipsos. (2024, říjen 7). *Ipsos World Mental Health Day Report | Ipsos*. <https://www.ipsos.com/en/ipsos-world-mental-health-day-report>
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). “Mental health literacy”: A survey of the public’s ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, *166*(4), 182–186. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x>

- Kaitz, J. E., Steinhilber, K. M., & Harris, J. I. (2022). Influence of Provider Gender on Mental Health Stigma. *Community Mental Health Journal*, 58(3), 536–540. <https://doi.org/10.1007/s10597-021-00849-y>
- Kelly, C. M., Jorm, A. F., & Wright, A. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *Medical Journal of Australia*, 187(S7), S26–S30. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01332.x>
- Kerr, W. C., Kaplan, M. S., Huguet, N., Caetano, R., Giesbrecht, N., & McFarland, B. H. (2017). Economic Recession, Alcohol, and Suicide Rates: Comparative Effects of Poverty, Foreclosure, and Job Loss. *American Journal of Preventive Medicine*, 52(4), 469–475. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.09.021>
- Koller, M., & Stuart, H. (2016). Reducing stigma in high school youth. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134(S446), 63–70. <https://doi.org/10.1111/acps.12613>
- Kondrátová, L., & Winkler, P. (2017). *Podporované zaměstnávání osob s vážným duševním onemocněním – zahraniční a česká zkušenost: Narativní syntéza*.
- Košlerová, A. (2022, listopad 30). *Duševní nemoc ve zdravotnictví je tabu, říci to kolegům nepřipadalo v úvahu, svěřuje se lékař*. iROZHLAS. https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/diagnoza-dusevni-nemoc-psychiatrie-reforma-psychiatrie-vyhlaska_2211300620_ank
- Kroc, V., & Přinosilová, J. (2017, listopad 20). *Po mileniálech přicházejí sněhové vločky. Přehnaně citlivá a sebestředná generace*. iROZHLAS. https://www.irozhlas.cz/zivotni-styl/spolecnost/milenialove-snehove-vlocky-generace-mladi-teenageri-studenti-spolecnost_1711202300_ber
- Kučera, M. (2023, listopad 10). *Krise péče o duševní zdraví dětí v České republice – proč nastala a co s ní?* <https://www.efektivnizdravotnictvi.cz/post/krize-pece-o-dusevni-zdravi-deti-v-ceske-republice-proc-nastala-a-co-s-ni-2>
- Lannin, D. G., Vogel, D. L., Brenner, R. E., & Tucker, J. R. (2015). Predicting Self-Esteem and Intentions to Seek Counseling: The Internalized Stigma Model Ψ . *The Counseling Psychologist*, 43(1), 64–93. <https://doi.org/10.1177/0011000014541550>
- Lasalvia, A., Bortel, T. V., Bonetto, C., Jayaram, G., Weeghel, J. van, Zoppei, S., Knifton, L., Quinn, N., Wahlbeck, K., Cristofalo, D., Lanfredi, M., Sartorius, N., Thornicroft, G., & Group, A. S. (2015). Cross-national variations in reported discrimination among people treated for major depression worldwide: The ASPEN/INDIGO international study. *The British Journal of Psychiatry*, 207(6), 507–514. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.156992>
- Lee, H. Y., Hwang, J., Ball, J. G., Lee, J., Yu, Y., & Albright, D. L. (2020). Mental Health Literacy Affects Mental Health Attitude: Is There a Gender Difference? *American Journal of Health Behavior*, 44(3), 282–291. <https://doi.org/10.5993/AJHB.44.3.1>
- Lemert, E. M. (1972). *Human deviance, social problems, and social control* (2d ed). Prentice-Hall.
- Levinson, D., Lakoma, M. D., Petukhova, M., Schoenbaum, M., Zaslavsky, A. M., Angermeyer, M., Borges, G., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J. M., Hu, C., Karam, A. N., Kawakami, N., Lee, S., Lepine, J.-P., Browne, M. O., Okoliyski, M., ... Kessler, R. C. (2010). Associations of serious mental illness with earnings: Results from the WHO World Mental Health surveys. *The British Journal of Psychiatry*, 197(2), 114–121. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.073635>
- Linhorst, D. M. (2005). *Empowering People with Severe Mental Illness: A Practical Guide*. Oxford University Press.
- Link, B. G., Cullen, F. T., Struening, E., Shrout, P. E., & Dohrenwend, B. P. (1989). A Modified Labeling Theory Approach to Mental Disorders: An Empirical Assessment. *American Sociological Review*, 54(3), 400–423. <https://doi.org/10.2307/2095613>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). CONCEPTUALIZING STIGMA. *Annual Review of*

- Sociology*, 27(1), 363. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2150–2161. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>
- Luo, F., Florence, C. S., Quispe-Agnoli, M., Ouyang, L., & Crosby, A. E. (2011). Impact of Business Cycles on US Suicide Rates, 1928–2007. *American Journal of Public Health*, 101(6), 1139–1146. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.300010>
- Mak, W. W. S., Chan, R. C. H., Wong, S. Y. S., Lau, J. T. F., Tang, W. K., Tang, A. K. L., Chiang, T. P., Cheng, S. K. W., Chan, F., Cheung, F. M., Woo, J., & Lee, D. T. F. (2017). A Cross-Diagnostic Investigation of the Differential Impact of Discrimination on Clinical and Personal Recovery. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 68(2), 159–166. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500339>
- Mann, S. L., & Contrada, R. J. (2022). Biological causal beliefs and depression stigma: The moderating effects of first- and second-hand experience with depression. *Journal of Mental Health*, 31(1), 5–13. <https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1755018>
- Mannarini, S., Rossi, A., & Munari, C. (2020). How do education and experience with mental illness interact with causal beliefs, eligible treatments and stigmatising attitudes towards schizophrenia? A comparison between mental health professionals, psychology students, relatives and patients. *BMC Psychiatry*, 20(1), 167. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02580-6>
- Mannarini, S., Taccini, F., Sato, I., & Rossi, A. A. (2022). Understanding stigma toward schizophrenia. *Psychiatry Research*, 318, 114970. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114970>
- Marbin, D., Gutwinski, S., Schreiter, S., & Heinz, A. (2022). Perspectives in poverty and mental health. *Frontiers in Public Health*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.975482>
- Marrone, J., & Golowka, E. (1999). If Work Makes People with Mental Illness Sick, What Do Unemployment, Poverty, and Social Isolation Cause? *GLADNET Collection*, 23. <https://doi.org/10.1037/h0095171>
- Martin, J. M. (2010). Stigma and student mental health in higher education. *Higher Education Research & Development*, 29(3), 259–274. <https://doi.org/10.1080/07294360903470969>
- Mojtabai, R., Stuart, E. A., Hwang, I., Eaton, W. W., Sampson, N., & Kessler, R. C. (2015). Long-term effects of mental disorders on educational attainment in the National Comorbidity Survey ten-year follow-up. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(10), 1577–1591. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1083-5>
- Mueser, K. T., Becker, D. R., Torrey, W. C., Xie, H., Bond, G. R., Drake, R. E., & Dain, B. J. (1997). Work and nonvocational domains of functioning in persons with severe mental illness: A longitudinal analysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(7), 419–426. <https://doi.org/10.1097/00005053-199707000-00001>
- Murphy, D. J., & Mackenzie, C. S. (2023). *The Impact of the Big Five Personality Traits on Help-Seeking Stigmas, Attitudes, and Intentions*. OSF. <https://doi.org/10.31234/osf.io/5ytr4>
- NÚDZ. (2022, říjen 10). *Stigma je horší než samotné duševní onemocnění. Odborníci z celého světa vyzývají k účinné destigmatizaci*. NUDZ.cz. <https://www.nudz.cz/media-pr/tiskove-zpravy/stigma-je-horsi-nez-samotne-dusevni-onemocneni-odbornici-z-celeho-sveta-vyzyvaji-k-ucinne-destigmatizaci>
- Osborne, L. (1974). Beyond Stigma Theory: A Literary Approach. *Issues in Criminology*, 9(1), 71–90.
- Pescosolido, B. A., Halpern-Manners, A., Luo, L., & Perry, B. (2021). Trends in Public

- Stigma of Mental Illness in the US, 1996-2018. *JAMA Network Open*, 4(12), e2140202. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.40202>
- Pfeiffer, S., & In-Albon, T. (2023). Gender specificity of self-stigma, public stigma, and help-seeking sources of mental disorders in youths. *Stigma and Health*, 8(1), 124–132. <https://doi.org/10.1037/sah0000366>
- Phelan, J. C., Lucas, J. W., Ridgeway, C. L., & Taylor, C. J. (2014). Stigma, status, and population health. *Social Science & Medicine*, 103, 15–23. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.10.004>
- Potočár, L., Mladá, K., Kučera, M., Mohr, P., Winkler, P., & Formánek, T. (2024). Population mental health, help-seeking and associated barriers following the COVID-19 pandemic: Analysis of repeated nationally representative cross-sectional surveys in Czechia. *Psychiatry Research*, 331, 115641. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115641>
- Pyle, M., & Morrison, A. P. (2014). „It’s just a very taboo and secretive kind of thing”: Making sense of living with stigma and discrimination from accounts of people with psychosis. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 6(3), 195–205. <https://doi.org/10.1080/17522439.2013.834458>
- Quinn, D. M., Williams, M. K., & Weisz, B. M. (2015). From discrimination to internalized mental illness stigma: The mediating roles of anticipated discrimination and anticipated stigma. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(2), 103–108. <https://doi.org/10.1037/prj0000136>
- Rogers, A., & Pilgrim, D. (2014). *A sociology of mental health and illness* (Fifth edition). Open University Press.
- Rüsch, N., Müller, M., Lay, B., Corrigan, P. W., Zahn, R., Schönenberger, T., Bleiker, M., Lengler, S., Blank, C., & Rössler, W. (2014). Emotional reactions to involuntary psychiatric hospitalization and stigma-related stress among people with mental illness. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 264(1), 35–43. <https://doi.org/10.1007/s00406-013-0412-5>
- Shim, Y. R., Eaker, R., & Park, J. (2022). Mental Health Education, Awareness and Stigma Regarding Mental Illness Among College Students. *Journal of Mental Health & Clinical Psychology*, 6(2), 6–15. <https://doi.org/10.29245/2578-2959/2022/2.1258>
- Scheff, T. J. (1966). *Being mentally ill: A sociology of mental illness*. Aldine.
- Schnell, T., Kehring, A., Moritz, S., & Morgenroth, O. (2020). Patients responses to diagnoses of mental disorders: Development and validation of a reliable self-report measure. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 30(1), e1854. <https://doi.org/10.1002/mpr.1854>
- Slepian, R. C., Vincent, A. C., Patterson, H., & Furman, H. (2024). 4.02—“Social media, wearables, telemedicine and digital health,”—A Gen Y and Z perspective. In K. S. Ramos (Ed.), *Comprehensive Precision Medicine (First Edition)* (s. 524–544). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-824010-6.00072-1>
- Solmi, M., Granzio, U., Danieli, A., Frasson, A., Meneghetti, L., Ferranti, R., Zordan, M., Salvetti, B., Conca, A., Salcuni, S., & Zaninotto, L. (2020). Predictors of stigma in a sample of mental health professionals: Network and moderator analysis on gender, years of experience, personality traits, and levels of burnout. *European Psychiatry*, 63(1), e4. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2019.14>
- Szeto, A. C. H., Luong, D., & Dobson, K. S. (2013). Does labeling matter? An examination of attitudes and perceptions of labels for mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(4), 659–671. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0532-7>
- Szeto, A., Dobson, K. S., & Knaak, S. (2019). The Road to Mental Readiness for First Responders: A Meta-Analysis of Program Outcomes. *Canadian Journal of Psychiatry*.

- Revue Canadienne De Psychiatrie*, 64(1_suppl), 18S-29S.
<https://doi.org/10.1177/0706743719842562>
- Šíповá, I., Lofajová, D., Máčel, M., Nielsen, K., & Tone Innstrand, S. (2024). Evaluation of the Effectiveness of Mental Health Intervention on Self-Compassion and Stigmatisation Attitudes among Leaders and Their Followers. *Central European Business Review*, 13(1), 85–104. <https://doi.org/10.18267/j.cebr.362>
- Thornicroft, G., Sunkel, C., Alikhon Aliev, A., Baker, S., Brohan, E., El Chammay, R., Davies, K., Demissie, M., Duncan, J., Fekadu, W., Gronholm, P. C., Guerrero, Z., Gurung, D., Habtamu, K., Hanlon, C., Heim, E., Henderson, C., Hijazi, Z., Hoffman, C., ... Winkler, P. (2022). The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. *The Lancet*, 400(10361), 1438–1480. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01470-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01470-2)
- Trupin, L., & Others, A. (1997). *Trends in Labor Force Participation among Persons with Disabilities, 1983-1994. Disability Statistics Report [No.] 10.* <https://eric.ed.gov/?id=ED409699>
- ÚZIS ČR. (2023). *MKN-10 klasifikace.* <https://mkn10.uzis.cz/>
- Vogel, D. L., Shechtman, Z., & Wade, N. G. (2010). The Role of Public and Self-Stigma in Predicting Attitudes Toward Group Counseling. *The Counseling Psychologist*, 38(7), 904–922. <https://doi.org/10.1177/0011000010368297>
- Waghorn, G., & Lloyd, C. (2005). The employment of people with mental illness. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4(2), 129–171. <https://doi.org/10.5172/jamh.4.2.129>
- West, S. G., Taylor, A. B., & Wu, W. (2012). Model fit and model selection in structural equation modeling. In *Handbook of structural equation modeling* (s. 209–231). The Guilford Press.
- WFMH. (2024). *World Mental Health Day 2024.* <https://www.who.int/campaigns/world-mental-health-day/2024>
- WHO. (2022a). *Mental disorders.* <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- WHO. (2022b). *Mental health.* <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- WHO. (2024a). *Health and Well-Being.* <https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/health-and-well-being>
- WHO. (2024b, září 2). *Mental health at work.* <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work>
- WHO, & ILO. (2022, září 28). *Mental health at work: Policy brief.* Geneva. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/362983/9789240057944-eng.pdf?sequence=1>
- Winkler, P., Csémy, L., Janoušková, M., Mladá, K., Bankovská Motlová, L., & Evans-Lacko, S. (2015). Reported and intended behaviour towards those with mental health problems in the Czech Republic and England. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 30(6), 801–806. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.05.003>
- Winkler, P., Formánek, T., Mladá, K., & Evans Lacko, S. (2021). Development of public stigma toward people with mental health problems in Czechia 2013–2019. *European Psychiatry*, 64(1), e52. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.2226>
- Winkler, P., Krupchanka, D., Roberts, T., Kondratova, L., Machů, V., Höschl, C., Sartorius, N., Voren, R. V., Aizberg, O., Bitter, I., Cerga-Pashoja, A., Deljkovic, A., Fanaj, N., Germanavicius, A., Hinkov, H., Hovsepyan, A., Ismayilov, F. N., Ivezic, S. S., Jarema, M., ... Thornicroft, G. (2017). A blind spot on the global mental health map: A scoping review of 25 years' development of mental health care for people with

- severe mental illnesses in central and eastern Europe. *The Lancet Psychiatry*, 4(8), 634–642. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30135-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30135-9)
- Wood, S. (2019). Study finds psychiatric diagnosis to be ‘scientifically meaningless’— University of Liverpool News. *News*. <https://news.liverpool.ac.uk/2019/07/08/study-finds-psychiatric-diagnosis-to-be-scientifically-meaningless/>
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M. W., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Iacobucci, M., Ho, R., Majeed, A., & McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 277, 55–64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>
- Xu, Z., M, M., B, L., N, O., T, D., M, B., S, L., C, B., S, V., W, R., & N, R. (2018). Involuntary hospitalization, stigma stress and suicidality: A longitudinal study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(3). <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1489-y>

Příloha A: Dotazník

S1Q1 Jaký typ pracovního poměru nejlépe odpovídá Vaší současné situaci?

Odpověď vztahujte ke své hlavní pracovní činnosti.

- 1 Zaměstnání na plný úvazek
- 2 Zaměstnání na částečný úvazek
- 3 OSVČ, podnikání
- 4 Brigáda, práce na dohodu
- 5 Stáž, dobrovolnictví
- 6 Student
- 7 Důchodce
- 8 Na mateřské/rodičovské dovolené
- 9 Nezaměstnaný/á
- 10 Jiné

S1Q2 V jakém odvětví momentálně pracujete?

Odpověď vztahujte ke své hlavní pracovní činnosti.

- 1 Zemědělství, myslivost, lesní hospodářství.
- 2 Rybolov, chov ryb.
- 3 Těžba nerostných surovin.
- 4 Zpracovatelský průmysl (potravinářský, textilní, papírenský, chemický průmysl, kovovýroba, vydavatelství, výroba strojů, přístrojů, vozidel, nábytku...)
- 5 Výroba a rozvod elektřiny, plynu a vody.
- 6 Stavebnictví.
- 7 Obchod; opravy motorových vozidel a spotřebního zboží.
- 8 Ubytování a stravování.
- 9 Doprava, skladování, pošty a telekomunikace.
- 10 Bankovníctví, pojišťovnictví, finanční zprostředkování.
- 11 Činnosti v oblasti nemovitostí; pronájem strojů a přístrojů; výzkum a vývoj; výpočetní technika; právní, účetní, architektonické a inženýrské poradenství; reklama; ochrana objektů...
- 12 Veřejná správa, obrana, povinné sociální zabezpečení.
- 13 Vzdělávání, školství.
- 14 Zdravotní a sociální péče, veterinární činnosti.
- 15 Ostatní veřejné, sociální a osobní služby (odpady, odpadní vody, čištění měst; rekreace, kultura, sport; odbory, profesní a podobné organizace; herny; čistírny; kadeřnictví...)
- 16 Domácnosti zaměstnávající personál.
- 17 Mezinárodní organizace a instituce.

S1Q3 Jaká je Vaše momentální pracovní pozice?

Odpověď vztahujte ke své hlavní pracovní činnosti.

Instrukce: *Napište, prosím, co nejvíce odpovídající název Vaší současné pracovní pozice. Nebojte se být konkrétní. Například "marketingový manažer", "software inženýr", "zdravotní sestra na dětském oddělení", "elektrikář", "prodavač/ka v obchodě s potravinami", "učitelka v mateřské škole".*

- *Otevřená*

S2Q1 Potýkáte se nebo jste se někdy potýkal/a s nějakou formou duševního onemocnění?

- 1 Ano, bylo mi diagnostikované
- 2 Nejspíš ano, ale nebylo mi diagnostikované
- 3 Ne
- 8 Nechci odpovídat
- 9 Nevím

S2Q2 Potýká nebo se potýkal někdo z vašeho okolí s nějakou formou duševního onemocnění?

	<i>1 Ano, bylo mu/jí diagnostikované</i>	<i>2 Nejspíš ano, ale nebylo mu/jí diagnostikované</i>	<i>3 Ne</i>	<i>8 Nechci odpovídat</i>	<i>9 Nevím</i>
S2Q2_1 Rodina, partner/ka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S2Q2_2 Přátelé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S2Q2_3 Spolupracovníci / spolužáci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S2Q2_4 Sousedé a známí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S2Q3 Pečoval/a jste někdy o osobu, o které jste věděl/a, že má duševní onemocnění?

- 1 Ano
- 2 Ne
- 8 Nechci odpovídat

S2Q4 Na škále od 0 do 10 ohodnoťte, jak si myslíte, že jste informován/a v oblasti duševního zdraví: (0 = zcela neinformován/a, 10 = dokonale informován/a)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

S2Q5 Na škále od 0 do 10 ohodnoťte, jak moc se obecně zajímáte o oblast duševního zdraví: (0 = vůbec se nezajímám, 10 = velmi se zajímám)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

S2Q6 Jak často využíváte následující zdroje k získávání informací o duševním zdraví?

Zdroje informací	0 = ni kd y	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 = neu stál e
S2Q6_1 Knihy, odborné publikace, studie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S2Q6_2 Zpravodajství v televizi, rádiu, tisku, na internetu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S2Q6_3 Sociální sítě	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S2Q6_4 Vzdělávací a populárně naučné pořady a články v televizi, rádiu, tisku, na internetu, přednášky, besedy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S2Q7 Zaznamenal/a jste někdy během posledního roku osvětovou kampaň zaměřenou na oblast duševního zdraví?

1 Ano

0 Ne

9 Nevím

S3Q1 Do jaké míry souhlasíte nebo nesouhlasíte s následujícími výroky?

- 1 Rozhodně nesouhlasím*
- 2 Spíše nesouhlasím*
- 3 Ani souhlasím, ani nesouhlasím*
- 4 Spíše souhlasím*
- 5 Rozhodně souhlasím*

SD_1 Ve společnosti lidí s duševním onemocněním se cítím komfortně.

SD_2 Cítil/a bych se komfortně, kdybych s kolegou/kolegyní hovořil/a o jeho/jejím duševním onemocnění.

SD_3 Mít duševní onemocnění není nic, za co by se měl člověk stydět.

S3Q2 Do jaké míry souhlasíte nebo nesouhlasíte s následujícími výroky?

rotovat

- 1 Rozhodně nesouhlasím*
- 2 Spíše nesouhlasím*
- 3 Ani souhlasím, ani nesouhlasím*
- 4 Spíše souhlasím*
- 5 Rozhodně souhlasím*

StO_1 Zaměstnanci s duševním onemocněním jsou méně spolehliví.

StO_2 Lidé s duševním onemocněním jsou slabí.

StO_3 Lidé s duševním onemocněním by se z toho prostě měli „vyhrabat“.

StO_4 Lidé s duševním onemocněním nemohou žít dobrý, naplňující život.

StO_5 Lidé s duševním onemocněním nejsou skutečně nemocní.

S4Q1 Do jaké míry souhlasíte nebo nesouhlasíte s následujícími výroky?

- 1 Rozhodně nesouhlasím*
- 2 Spíše nesouhlasím*
- 3 Ani souhlasím, ani nesouhlasím*
- 4 Spíše souhlasím*
- 5 Rozhodně souhlasím*

OMSWA_1 Štvalo by mě, kdyby vedle mě v práci stále seděl/a kolega/kolegyně s duševním onemocněním.

OMSWA_2 Nechtěl/a bych, aby byl mým nadřízeným někdo, kdo se léčil s duševním onemocněním.

OMSWA_3 Nechtěl/a bych se blíže přátelit s kolegyní/kolegou, o které/m vím, že měl/a duševní onemocnění.

OMSWA_4 Snažil/a bych se vyhýbat kolegovi/kolegyni s duševním onemocněním.

OMSWA_5 Zaměstnanci s duševním onemocněním jsou často nebezpečnější než běžní zaměstnanci.

OMSWA_6 Kdybych znal/a kolegu/kolegyni s duševním onemocněním, nechodil/a bych s ní/m.

OMSWA_7 Zaměstnanci s duševním onemocněním se často stávají násilnými, pokud se neléčí.

OMSWA_8 Nechtěl/a bych pracovat s kolegou/kolegyní, který/kteřá se léčil/a s duševním onemocněním.

OMSWA_9 Většinu násilných trestných činů na pracovišti páchají zaměstnanci s duševním onemocněním.

OMSWA_10 Člověk nikdy neví, co zaměstnanec s duševním onemocněním udělá.

OMSWA_11 Zaměstnance s duševním onemocněním je třeba izolovat.

Příloha B: Výsledky EFA pro 11 položkovou OMS-WA

Pattern Matrix^a

	Component	
	1	2
OMSWA_1 Štvalo by mě, kdyby vedle mě v práci stále seděl/a kolega/kolegyně s duševním onemocněním - Do jaké míry souhlasíte nebo nesouhlasíte s následujícími výroky?	,806	,089
OMSWA_2 Nechtěl/a bych, aby byl můj nadřízeným někdo, kdo se léčí s duševním onemocněním - Do jaké míry souhlasíte nebo nesouhlasíte s následujícími výroky?	,347	,478
OMSWA_3 Nechtěl/a bych se blíže přátelit s kolegyní/kolegou, o kterém/vím, že měl/a duševní onemocnění - Do jaké míry souhlasíte nebo nesouhlasíte s následujícími výroky?	,848	,022
OMSWA_4 Snažil/a bych se vyhýbat kolegovi/kolegyni s duševním onemocněním - Do jaké míry souhlasíte nebo nesouhlasíte s následujícími výroky?	,868	,004
OMSWA_5 Zaměstnanci s duševním onemocněním jsou často nebezpečnější než běžní zaměstnanci - Do jaké míry souhlasíte nebo nesouhlasíte s následujícími výroky?	,264	,623
OMSWA_7 Zaměstnanci s duševním onemocněním se často stávají násilnými, pokud se neléčí - Do jaké míry souhlasíte nebo nesouhlasíte s následujícími výroky?	-,168	,954
OMSWA_6 Kdybych znal/a kolegu/kolegyni s duševním onemocněním, nechodil/a bych s ním - Do jaké míry souhlasíte nebo nesouhlasíte s následujícími výroky?	,754	,076
OMSWA_8 Nechtěl/a bych pracovat s kolegou/kolegyní, který/kteřá se léčí/a s duševním onemocněním - Do jaké míry souhlasíte nebo nesouhlasíte s následujícími výroky?	,785	,095
OMSWA_9 Většinu násilných trestných činů na pracovišti páchají zaměstnanci s duševním onemocněním - Do jaké míry souhlasíte nebo nesouhlasíte s následujícími výroky?	,315	,466
OMSWA_10 Člověk nikdy neví, co Zaměstnanec s duševním onemocněním udělá - Do jaké míry souhlasíte nebo nesouhlasíte s následujícími výroky?	,111	,743
OMSWA_11 Zaměstnance s duševním onemocněním je třeba izolovat - Do jaké míry souhlasíte nebo nesouhlasíte s následujícími výroky?	,864	-,121