

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

Bakalářská práce



Bc. Eliška Sýkorová

**Postoje vůči osobám se závislostí u studentů lékařských fakult
Attitudes toward people with substance abuse disorder among
medical students**

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Eva Dragomirecká, Ph.D.

2024

Poděkování

Chtěla bych poděkovat své vedoucí bakalářské práce PhDr. Evě Dragomirecké, Ph.D. za velkou trpělivost, odborné vedení a cenné rady, které mi poskytla, při psaní této práce a za zprostředkování dotazníku k této bakalářské práci. Dále děkuji Bc. Lucii Zernerové, Ph.D., MSc. a Mgr. et Mgr. Filipovi Děchtěrenkovi, Ph.D. za konzultace ohledně analýzy dat. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat svým blízkým za podporu a korektury při psaní této práce.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou 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.



Bc. Eliška Sýkorová

V Praze dne 21.06.2024

Abstrakt

Tato bakalářská práce zkoumá stigmatizující postoje zdravotnických pracovníků, zejména studentů medicíny, k osobám se závislostí. Teoretická část definuje klíčové pojmy jako stigma, labelling, postoje, diskriminace a závislosti. Zaměřuje se na obecné aspekty stigmatizace duševních onemocnění a postoje k osobám se závislostí u veřejnosti a zdravotníků. Empirická část využívá škálu Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS) k mapování reportovaného a zamýšleného chování studentů prvních ročníků medicíny v ČR vůči osobám závislým na alkoholu, marihuaně, pervitinu a kokainu. Výzkum odhalil, že 53 % účastníků má osobní zkušenost se závislostí blízkého. Statisticky významné rozdíly ($p < .001$; $\eta^2 = .19$) v postojích k osobám s různými závislostmi ukazují, že studenti jsou nejtolerantnější k závislým na marihuaně, následuje alkohol, kokain a nejvíce stigmatizující postoje jsou vůči uživatelům pervitinu. Ženy vykazují méně tolerantní postoje k alkoholu, marihuaně a kokainu ve srovnání s muži. Faktory jako zkušenost se závislým blízkým, pracovní zkušenost a přátelství s lidmi se závislostí mají významný vliv na postoje. Výsledky mohou být základem pro intervence ke snížení stigmatizujících postojů studentů medicíny, což je klíčové pro poskytování kvalitní zdravotní péče pro lidi se závislostí.

Klíčová slova: stigmatizace; postoje; studenti lékařských fakult; látková závislost; Reported and Intended Behaviour Scale

Abstract

This bachelor's thesis explores the stigmatizing attitudes of healthcare professionals, particularly medical students, towards people with substance abuse disorder (SUD). The theoretical section defines key concepts such as stigma, labelling, attitudes, discrimination, and substance abuse. It focuses on the general aspects of stigmatization of mental illness and attitudes towards persons with SUD among the public and health professionals. The empirical section uses the Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS) to map the reported and intended behaviour of first-year medical students in Czechia towards alcohol, marijuana, methamphetamine, and cocaine addicts. The research revealed that 53 % of the participants have personal experience of a close one's addiction. Statistically significant differences ($p < .001$; $\eta^2 = .19$) in attitudes toward persons with various addictions indicate that students are most favourable toward marijuana addicts, followed by alcohol, cocaine, and the most stigmatizing attitudes are toward meth users. Females show less tolerant attitudes towards alcohol, marijuana, and cocaine compared to males. Factors such as experience with an addicted close one, work experience, and friendship with people with SUD have a significant influence on attitudes. The results may provide a basis for interventions to reduce stigmatizing attitudes among medical students, which is key to providing quality health care for people with addiction.

Key words: stigmatization; attitude; medical students; substance abuse; Reported and Intended Behaviour Scale

Obsah

Úvod.....	9
I. Teoretická část	10
1. Klíčové pojmy.....	10
1.1. Stigma a stigmatizace	10
1.2. Labelling	13
1.3. Stereotypy	15
1.4. Postoje a předsudky	15
1.5. Diskriminace	16
1.6. Látkové závislosti	17
1.6.1. Alkohol	18
1.6.2. Marihuana	19
1.6.3. Pervitin.....	20
1.6.4. Kokain.....	21
2. Stigmatizace duševně nemocných	23
2.1. Stigmatizace duševních onemocnění v České republice	24
2.2. Faktory ovlivňující míru stigmatizace	24
2.3. Metody měření stigmatizace duševních onemocnění	26
2.4. Stigmatizující postoje k duševně nemocným u profesionálů ve zdravotnických oborech.....	27
2.4.1. Stigmatizující postoje k duševně nemocným u studentů medicíny	28
2.4.2. Stigmatizující postoje k duševně nemocným mezi lékaři.....	30
3. Stigmatizující postoje k osobám se závislostí.....	31
3.1. Stigmatizující postoje k osobám se závislostí u profesionálů ve zdravotnických oborech.....	33
3.2. Stigmatizující postoje k osobám se závislostí u studentů medicíny	34
II. Empirická část.....	37
4. Cíl výzkumu.....	37

4.1.	Výzkumné otázky a hypotézy	37
5.	Metodika	39
5.1.	Výzkumný soubor	39
5.2.	Měřicí nástroje	41
5.3.	Procedura	42
5.4.	Statistická analýza.....	43
5.5.	Etika výzkumu	44
6.	Výsledky	45
6.1.	Popis výzkumného souboru	45
6.2.	Míra reportovaného chování podle typu užívané návykové látky	46
6.3.	Míra diskriminace osob podle typu užívané návykové látky.....	47
6.4.	Faktory ovlivňující výsledný skór RIBS.....	49
6.5.	Porovnání návykových látek.....	53
7.	Diskuse.....	56
7.1.	Limity, silné stránky a budoucí směřování výzkumu	60
8.	Závěr	61
	Reference	62
	Seznam příloh	72
	Přílohy.....	73
	Příloha 1	73
	Příloha 2	87
	Příloha 3	88
	Příloha 4	90
	Příloha 5	91

Seznam zkratek

1. LF UK	1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy
2. LF UK	2. lékařská fakulta Univerzity Karlovy
3. LF UK	3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy
ČR	Česká republika
DSM	Diagnostický a statistický manuál
LFHK UK	Lékařská fakulta v Hradci Králové Univerzity Karlovy
LFP UK	Lékařská fakulta v Plzni Univerzity Karlovy
LF MU	Lékařská fakulta Masarykovy Univerzity
LF OSU	Lékařská fakulta Ostravské univerzity
LF UPOL	Lékařská fakulta Univerzity Palackého
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
RIBS	Reported and Intended Behaviour Scale

Úvod

Osoby se závislostí jsou často vnímány negativně, jako ti, kteří „si za to můžou sami“ nebo „nemají pevnou vůli“. V kontextu České republiky, kde je vysoká spotřeba alkoholu a dalších návykových látek, je tato stigmatizace zvláště patrná. Míra rizikového užívání alkoholu v ČR je podle Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti vysoká (15-19 % populace) a problémové užívání pervitinu se zde vyskytuje častěji než v jiných zemích. Prevalence užívání návykových látek je vyšší u mužů (Chomynová et al., 2024).

V posledních letech se vědecká komunita intenzivně zabývá stigmatizací duševních onemocnění, přičemž významná část výzkumu se zaměřuje na postoje veřejnosti. Stigmatizace se však dopouští i zdravotníci profesionálové, což významně ovlivňuje kvalitu a dostupnost péče pro tyto jedince. V České republice byly nedávno provedeny studie ohledně stigmatizace mezi studenty lékařských fakult (Janoušková et al., 2017) a lékaři (Winkler et al., 2016), které přinesly cenné poznatky o postojích zdravotnických profesionálů k duševním onemocněním. Speciální kategorií jsou duševní poruchy způsobené užíváním psychoaktivních látek (MKN-10 podle ÚZIS, 2018). Nicméně, v této oblasti stigmatizace mezi studenty medicíny v ČR existuje výzkumná mezera.

Tato bakalářská práce si klade za cíl prozkoumat a zhodnotit postoje zdravotníků a studentů lékařských fakult v ČR vůči osobám se závislostí. Cílem je přispět k lepšímu pochopení této formy stigmatizace, jejího potenciálního dopadu na péči o jedince s touto diagnózou a otevřít cestu k návrhu intervencí a programů na snížení stigmatizace a zlepšení péče. Motivací pro toto téma byl zájem o oblast závislostí a destigmatizaci duševního zdraví, podpořený stáží v několika adiktologických zařízeních, která mně ukázala komplexnost závislosti a její vliv na všechny aspekty lidského života.

Teoretická část práce je členěna do čtyř kapitol. První kapitola se zaměřuje na definici klíčových pojmů spojených s tématem. Druhá kapitola se soustředí na obecné aspekty stigmatizace duševních onemocnění a třetí kapitola na postoje k osobám se závislostí mezi veřejností a zdravotníky. Speciální pozornost je věnována postojům studentů medicíny, což je i hlavním zaměřením empirické části. Cílem výzkumu je prozkoumat postoje studentů lékařských fakult k různým typům závislostí pomocí kvantitativního šetření s použitím škály RIBS (Reported and Intended Behaviour Scale) a zmapovat vliv různých faktorů na tyto postoje.

I. Teoretická část

Cílem teoretické části je poskytnout komplexní přehled o fenoménu stigmatizace u zdravotnických profesionálů, která se týká osob s látkovými závislostmi. První část je věnována důkladnému vymezení a interpretaci klíčových pojmů. Tyto koncepty jsou zásadní pro pochopení mechanismů, které vedou ke vzniku a udržování stigmatizujících postojů vůči jedincům s látkovými závislostmi. Definice látkových závislostí, s primárním zaměřením na alkohol a drogy, představuje další klíčový prvek této práce, vzhledem k jejich signifikantnímu vlivu na zdraví a rozsáhlým psychosociálním důsledkům. Diskutovány jsou nejen obecné aspekty stigmatizace duševního zdraví veřejností a zdravotníky, ale i stigmatizující postoje k osobám se závislostí, a to zejména v kontextu postoje profesionálů ve zdravotnictví. V práci je citováno podle normy APA (2019).

1. Klíčové pojmy

Veřejnost, včetně odborníků, kteří jsou součástí širší společnosti, často přistupuje k jedincům s určitými charakteristikami, zdravotními omezeními, nemocemi nebo postiženími s již vytvořenými představami, které mají vliv na jejich interakce a chování vůči těmto lidem. Proto je na počátku této práce důležité vymezit klíčové pojmy jako stigma a stigmatizace, labelling, stereotypy, postoje, předsudky, diskriminace a látkové závislosti.

1.1. Stigma a stigmatizace

Všichni jedinci s diagnózou schizofrenie, často nálepkovaní jako „schizofrenici“, jsou násilní a nebezpeční. Lidé s úzkostí jsou přecitlivělí. A osoby, které mají deprese či závislost si za to mohou sami. Tyto příklady patří mezi běžné mýty spojené s neinformovaností, stereotypy a zkreslenými představami o duševních onemocněních, které vedou ke stigmatizaci a diskriminaci.

Slovo „stigma“ se překládá z řečtiny doslova jako znak nebo stopa. Pochází z antického Řecka, kde poukazovalo na tělesné znaky, které ukazovaly na něco neobvyklého, nedostatečného nebo z morálního hlediska špatného. Tímto slovem se označoval cejch, který byl vypalován otrokům, aby ostatní viděli, kdo jsou a mohli tak být jednoduše vyloučeni ze společnosti. Podobně se slovo používalo i dále. Pojmenovávaly se tak tělesné známky, které vypovídají o nemoci svého nositele, což izolovalo jedince od společnosti. Vždy šlo o to označit někoho, koho bylo potřeba oddělit od společnosti a tím se mu vyhnout.

Nejčastěji se se stigmatem pojily tyto skupiny lidí: nemocní, zločinci a otroci (Ocisková, & Praško, 2015).

Stigmatizaci můžeme obecně charakterizovat jako silný sociální proces označování či nálepkování (labellingu) a stereotypizací, který se odehrává v kontextu moci (Nyblade et al., 2019) nebo také jako „společenský předsudek vůči jedinci, skupině či organizaci“ (Hartl a Hartlová, 2000). Vyznačuje se oddělováním, separací a odmítáním stigmatizovaného (Nyblade et al., 2019). Stigma je založeno na domněnkách (Zwick et al., 2020) a generalizaci. Negativní hodnocení od společnosti vychází z konkrétního rysu spojeného s identitou, jednáním, vzhledem nebo zdravotním stavem, který je společností považován za odlišný od normy. U stigmatizovaného se většinou objevující pocity zahanbení (Link et al., 2004). Tyto úsudky vedou k ignorování, separaci, diskriminaci a ztrátě sociálního statusu dotčeného (Nyblade et al., 2019), kdy je stigmatizovaný člověk považován za méně hodnotného než ostatní (Zwick et al., 2020). Lidem s duševním onemocněním není připisovaná stejná hodnota a přijatelnost jako lidem bez duševního onemocnění (Thornicroft, 2011).

Model procesů stigmatizace od Link et al. (2004) podle Thornicroft et al. (2011) rozděluje stigmatizaci na čtyři části.

1. **Nálepkování** – osobní vlastnosti jsou nositelé odlišnosti, signálem pro ostatní
2. **Stereotypizace** – propojení odlišností s nežádoucími vlastnostmi
3. **Separace** – odlišování mezi běžnou a onálepkovanou skupinou
4. **Ztráta statusu a diskriminace** – snižování hodnoty, odmítání a vylučování onálepkované skupiny

Link et al. (2004) rozšířili tento model o emocionální reakce, které se s fázemi pojí. Emoce jsou důležité při snaze pochopit pohled stigmatizátora i stigmatizovaného. Stigmatizátor může pociťovat emoce jako je hněv, podráždění, úzkost, lítost a strach. Tyto emoce mohou mít vliv na stigmatizovaného jedince a ovlivňovat tak mezilidské reakce například tím, že jedinec mění tón hlasu čímž neúmyslně signalizuje pocit jinakost. Tyto emocionální reakce jsou také spojeny s budoucím chováním stigmatizovaného jedince, vzhledem k tomu, že zejména kontrola, kterou má stigmatizovaný nad událostí, ovlivňuje to, jak se k němu chovají ostatní. Stigmatizovaný běžně cítí rozpaky, stud, strach, odcizení a také hněv.

Duševní onemocnění, mezi které patří závislosti, bývá běžně ve společnosti stigmatizováno. Podle britského psychiatra Grahama Thornicrofta se stigma skládá ze tří

prvků: 1) problém vědomostí (neznalost) – kognitivní aspekt, 2) problém postojů (předsudky) – afektivní aspekt a 3) problém chování (diskriminace) – behaviorální aspekt (Thornicroft et al., 2007; Thornicroft, 2011).

1. **Problém vědomostí:** Neznalost se týká toho, že široká veřejnost neví, v čem spočívají jednotlivá duševní onemocnění. Když už nějaké povědomí o duševním onemocnění mají, je bohužel chabé a často založené na mýtech. To je možné měnit zvýšením povědomí a informovanost o duševním zdraví a možnostech léčby nemocí. Zajímavé je, že informace o depresi vedou k menšímu sociálnímu odmítání jedinců s tímto onemocněním. Ovšem odborné informace o jedincích s psychotickým onemocněním jsou příliš matoucí a neposkytují jasný obrázek, takže se míra stigmatizace nesnižuje.
2. **Problém postojů:** Stigmatizace se netýká jen kognitivní složky – stereotypů, ale také afektivní – předsudků. Některé předsudky mohou pramenit z očekávané hrozby – jak velkou je stigmatizovaný jedinec hrozba vůči našim cílům a zájmům. Jiné předsudečné reakce jsou důsledkem přímého kontaktu s druhou skupinou, což může vyvolat různé nepříjemné emoce a vyhýbání se v budoucnu.
3. **Problém chování:** U tématu stigmatizace se nejčastěji měří postoje, avšak ty se týkají jen hypotetických událostí nikoliv reálného chování, mezi které patří diskriminace (Thornicroft, 2011).

Stigma a diskriminace ovlivňuje všechny aspekty každodenního života – vztahy rodinné, partnerské, kamarádké, pracovní, sousedské, bydlení, práci, lidská práva, společenský život a další (Thornicroft, 2011). Důsledkem stigmatizace duševních onemocnění je také odrazení jedince od včasného vyhledání potřebné pomoci, což snižuje naději na plné zotavení (Henderson et al., 2013), a v některých případech může vést i k sebevraždě, která je sama o sobě silně stigmatizována (Pompili et al., 2003; Carpiniello & Pinna, 2017). Lidé s duševním onemocněním se nedožívají tak vysokého věku jako zbytek populace (De Hert et al., 2011). Roli hraje již zmíněné, dále samota, zanedbávání fyzického zdraví (Sippel et al., 2022) a přepisování somatických problémů a onemocnění psychiatrické diagnóze nejen ze strany jedince, ale hlavně ze strany zdravotníků, kteří mu neposkytnou adekvátní péči (De Hert et al., 2011). Z těchto důvodů je velice důležitá péče a podpora okolí jedince s duševním onemocněním (Thornicroft, 2011).

1.2. Labelling

Teorie nálepkování či etiketizační teorie (Labelling Theory) je psychologický a sociologický koncept. Tato teorie se zaměřuje na to, jak společnost přiřazuje určité označení nebo nálepky (například psychiatrická diagnóza) jednotlivcům na základě jejich chování nebo identifikace s určitou skupinou. Nálepky mohou ovlivnit, jak je jedinec vnímán ve společnosti a mohou mít dalekosáhlé důsledky pro jeho chování a sociální interakce. Udělená nálepka může vést k sebenaplňujícímu proroctví (Hartl & Hartlová, 2010). Tato teorie je odvozena ze sociologického konceptu deviance, což je sociální konstrukt, který vychází ze společenského hodnocení a interpretace chování v daném sociálním kontextu, přičemž hodnocení a vnímání deviance má vliv na oblast sociální a právní. Inspiračním zdrojem pro teorii labellingu byl symbolický interakcionismus, jehož představitelem byl G. H. Mead. Podle něj „se lidská identita utváří v procesu interakce jedince s ostatními lidmi ve společnosti“ (Munková, 2013, s. 82). Lidské chování se skládá z definic situace a sdílených významů (Munková, 2013).

Etiketizační teorie vychází z děl E. Lemerta, E. Goffmana a H. Beckera. Howard Becker v 70. letech uvedl klasickou teorii nálepkování (interakcionistickou teorii deviance) ve své knize „Outsiders“. Becker podle Munkové (2013) uvádí, že deviance vzniká tak, že sociální skupiny mají své normy a pravidla. Když jsou tyto normy chování porušeny, představa o deviaci se naplní a tito jedinci jsou označeni za outsidersy. Deviance závisí spíše na tom, jak společnost vnímá a hodnotí daný čin či chování než na tom, že člověk normu porušil nebo s rozměrem spáchaného činu. Deviantem se stává ten, jemuž byla nálepka přiřazena na základě deviantního chování. Vše spočívá v procesu labellingu. Stačí předpokládat, že osoba normy porušila a je považována za outsidera. Veřejné označení za devianta ovlivňuje nejen další sociální zapojení jedince, ale také jeho představu o sobě. Podle Beckera u labellingu také dochází k sebenaplňujícímu proroctví. Dále říká, že nálepky dávají ti, kteří mají ve společnosti moc. Tzv. moral entrepreneurs normy vytvářejí a poté vynucují. Aplikují tak stigmatizující nálepky (Munková, 2013). V sociologických teoriích deviance vysvětlují kriminalitu. Avšak devianty dříve byli i homosexuálové a dnes stále mohou být i lidé s duševním onemocněním.

Nálepkovací teorií duševních onemocnění se zabýval americký sociolog T. J. Scheff. Scheff zpochybnil vnímání duševních nemocí v té době. Tvrdí, že duševní nemoc je důsledkem společenského vlivu. Stav pacienta je pouze jedním z mnoha faktorů, které významně ovlivňují reakce společnosti a osud duševně nemocných. Je obtížné se jednou použité nálepky duševní nemoci zbavit. Společenské reakce a nálepky mohou hrát zásadní

roli ve vývoji a vnímání duševní nemoci. Když je člověk označen za duševně nemocného, formuje tato nálepka jak jeho sebepojetí, tak způsob, jakým ho vnímají ostatní a jak s ním komunikují. Reakcí na tuto nálepku může být až diskriminace nebo způsob, jakým jsou strukturovány a poskytovány služby v oblasti duševního zdraví. Scheff zastává názor, že podstatou není úplné odmítnutí psychiatrických diagnóz, ale jejich rozšíření o důraz na roli společenské reakce při vnímání a léčbě duševních nemocí (Scheff, 1974).

Později autoři Bruce Link a Jo Phelan modifikovali a rozšířili teorii nálepkování v oblasti duševního zdraví. Vychází z původní teorie nálepkování, ale ustoupila od tvrzení, že nálepkování je přímou příčinou duševní nemoci. Poukázala na to, že nálepkování je proces a spolu se stigmatizací, které nálepkování doprovází, ovlivňují a ohrožují pracovní příležitosti, sociální sítě, sebeúctu a kvalitu života jednotlivců. Proces začíná tím, že již v raném věku v průběhu socializace si lidé vytvářejí představy a schémata o duševních onemocněních. Vznikají tak laické teorie o tom, co znamená mít duševní nemoc. Lidé si pak tvoří očekávání ohledně toho, do jaké míry budou duševně nemocní odmítnuti, znehodnoceni či diskriminováni. Jestliže se člověk domnívá, že ostatní budou tyto jedince vyčleňovat, obává se, že se to může vztahovat i na něj samotného, což může mít závažné negativní důsledky. Z tohoto důvodu mohou lidé, kteří byli s duševním onemocněním i hospitalizováni, jednat méně sebevědomě, vyhýbavě či defenzivněji. Oficiální labelování je negativní (má řadu negativních důsledků), ale může být i prospěšné (psychoterapie je účinná) (Link & Phelan, 2013).

V psychiatrii a psychologii se používají nálepky pro označení různých duševních onemocnění. Tyto klasifikační systémy (MKN-10, brzy MKN-11; DSM-5), umožňují odborníkům přesněji rozpoznávat jednotlivá duševní onemocnění a tím nastavit adekvátní farmakologickou a psychoterapeutickou léčbu. V některých případech může toto značení vést k sebestigmatizaci a přitížení, avšak mnozí lidé oceňují, že mají jasnou diagnózu svých obtíží (Vrbová et al., 2016; Dubreucq et al., 2021; Ocisková & Praško, 2015).

Velký efekt mají média na pohled veřejnosti na osoby s duševním onemocněním, když mluví o člověku s diagnostikovanou schizofrenií jako o schizofrenikovi či o člověku se závislostí jako o alkoholikovi nebo feťákovi. Nebo používají nálepky jako „blázinec“ místo psychiatrická nemocnice a „zešílel“, např.: „Exot Tadeáš Kuběnka definitivně zešílel: Neustál vlastní život, skončil v blázinici“ (Onderka, 2024). Teorie nálepkování má významné důsledky pro praxi v oblasti duševního zdraví, zejména pro způsob, jakým odborníci v oblasti duševního zdraví diagnostikují a léčí duševní nemoci. Naznačuje potřebu diferencovanějšího a sociálně uvědomělého přístupu k duševnímu zdraví.

1.3. Stereotypy

Sociální stereotypy jsou mentální reprezentace rysů osobnosti či tělesných charakteristik určité skupiny a jejich členů. Všichni lidé myslí ve schématech a stereotypech. Stereotypy tedy nejsou výhradně špatné, jak se může zdát, vzhledem k tomu, že je to proces automatický, šetřící mentální kapacitu díky rychlému zpracování a uložení informací. Avšak může se objevit zkreslení. Tento způsob navykklého jednání se těžko mění. Dále velice záleží na tom, jaký mají stereotypy a předsudky vliv na naše další jednání a chování. Stereotypy získáváme a přejímáme z našeho nejbližšího okolí, z rodiny, od kamarádů, ve škole, a od autorit (Hartl & Hartlová, 2010). Thornicroft (2011) výstižně popisuje stereotypy jako kognitivní zkratky, stálé představy o určitém typu člověka.

Podle Allporta (2004) je stereotyp chybná generalizace, „příliš silné přesvědčení spojené s nějakou kategorií“. Vysvětluje a ospravedlňuje chování a postoj vůči dané kategorii. Podle Hnilici (2010) je stereotyp paměťová struktura, v níž jsou zakódovány informace o attributech dané kategorie. Sociální kategorie jsou spojené s jistými atributy, kterých může být více či méně. Některé atributy jsou pro kategorii typičtější a některé vyvolávají silné emoce, zatímco jiné nikoliv. Atributy vyvolávající silné emoce i reakce mohou ovlivnit postoj k dané kategorii. Tyto atributy jsou dále připisovány vůči všem ostatním jedincům, kteří do této kategorie spadají. Atributy se připisují kategorii na základě zkušenosti. Tyto atributy si lidé pamatují a dochází k asociaci, když potkají dalšího člena této sociální kategorie. Stereotypy mohou být explicitní, tudíž vědomé a cenzurované, a implicitní, jinými slovy automatické a neuvědomované. Dělí se na osobní, sociální či kulturní. Stereotypy také úzce souvisí se společenskými rolemi (Hnilica, 2010). Lze shrnout, že stereotyp je kognitivní, je to hlavně mentální reprezentace. Předsudek je afektivní, jelikož se k němu přidávají emoce spojené se stereotypem. A diskriminace je behaviorální, protože obsahuje akci na základě předsudků.

1.4. Postoje a předsudky

Postoje jsou relativně stabilní charakteristiky. Mohou být popsány jako psychologické tendence projevující se v hodnocení konkrétního objektu (předmětu, osoby, situace, sebe sama). Jsou částečně vrozené, ale většinou získané (Hartl & Hartlová, 2010). Jako stereotypy, postoje mohou být také explicitní a implicitní (Hnilica, 2010). Ke struktuře postojů určitého jedince se vztahují předsudky (Allport, 2004).

Předsudky, jiným slovem předpojatost, jsou typem postojů vůči jiným lidem či skupinám, ve kterých hraje roli spíše přesvědčení spíše než zkušenost. Jsou předem

vytvořené a založené na pouhém předpokladu (Hartl & Hartlová, 2010). Předsudky jsou podle Hnilici (2010) také typem postojů k sociální kategorii, dále jsou příčinou diskriminace. Jsou hodnotící a zaujímaví emocionální postoje k jedinci podle jeho příslušnosti k dané sociální skupině (Hnilica, 2010). Hnilica (2010) i Allport (2004) se shodují, že předsudek je postojem negativním. Allport popisuje předsudek jako antipatii. Někdy jsou zmiňovány i postoje kladné či ambivalentní. U předsudků vůči duševním onemocněním se s kladnými postoji ovšem spíše nesetkáváme.

Předsudky lze do jisté míry ovlivnit. Pomůže tomu přímý kontakt, který popisuje například kontaktní hypotéza (Allport, 2004). Předsudky může zredukovat meziskupinový kontakt. Meziskupinový kontakt bývá spojován totiž s menšími předsudky vůči stigmatizovaným skupinám (Pettigrew & Tropp, 2006). Kontaktní hypotéza říká, že za určitých podmínek dokáže přímý kontakt změnit vzájemné vztahy a předsudky. Mezi dané podmínky patří to, že se kontakt musí odehrávat v kontextu vzájemné spolupráce, měl by být neformální, aby umožnil vzájemné poznání, a měl by být opakovaný. Jednorázový kontakt redukuje předsudků tolik neovlivní (Dvořáková, 2007).

V dnešní době mají výrazný vliv na předsudky masmédiá. Nejen kvůli obsahu, kterému se věnují, ale i kvůli volbě slov a jazyka v článcích, reportážích, rozhovorech atd. Vliv masmédií může být jak pozitivní, tak negativní, např. Ukrajinec zachránil versus Ukrajinec napadl, ovšem ovlivňuje to celou skupinu. Vlivné jsou pak reportáže o lidech s duševním onemocněním, kteří někoho napadli, např.: „z Bohnic utekl nebezpečný schizofrenik hledá ho policie“ (ČTK, 2012). Předsudky vůči stigmatizovaným skupinám nebo jednotlivcům vedou k negativním emocím a chování a diskriminaci.

1.5. Diskriminace

Stigma a předsudky vedou k sociální diskriminaci. Sociální diskriminace je „nerovné nebo předpojaté zacházení s jedincem nebo skupinou“ (Hartl & Hartlová, 2010) či „chování vůči jednotlivcům na základě jejich příslušnosti k určité sociální kategorii, případně zvýhodňování či znevýhodňování celé sociální kategorie“ (Hnilica, 2010). Společnost diskriminuje podle genderu, věku, etnika, národnosti, náboženského vyznání, sexuální orientace, vzhledu, povolání anebo fyzického či mentálního hendikepu. Můžeme specifikovat konkrétní skupiny, které jsou častěji ohrožené předsudky a diskriminací (např. ženy, senioři, duševně nemocní). Znevýhodňování má vliv nejen na vzdělávání, bydlení, pracovní příležitosti, zdravotní péči atd., ale i na blízké osoby diskriminovaného (např. děti kriminálních). Diskriminace nemusí být jen genocida, lynčování, segregace aneb aktivní

agrese, které známe z historie, ale má i mnoho dalších podob – odmítání pomoci, nervozita v kontaktu s jedincem či neverbální projevy distance. Přímá a vůlí kontrolovaná diskriminace jako přímá agrese bývá nejméně pravděpodobná (Hnilica, 2010).

V minulosti byla hlavním projevem diskriminace duševně nemocných segregace. Byli zavíráni do klecí, později do ústavů. Léčení duševních poruch přináší vysoké náklady pro společnost, a to nejen finanční. Při reformě psychiatrické péče se dnes dbá na destigmatizaci duševních onemocnění, aby lidé nemoc rozpoznali včas a nebáli se vyhledat odbornou pomoc, čímž se předchází rozvoji nemocí do akutního stadia, které by vyžadovalo hospitalizaci v lůžkové péči. Přesto stále existuje diskriminace duševně nemocných zejména v práci, konkrétně při shánění a snaze udržet si zaměstnání, nebo když jedinec hledá bydlení (Thornicroft, 2011). Osoby s duševním onemocněním jsou automaticky viděny jako nespolehlivé. Jev „Not In My Back Yard“ (NIMBY), česky „ne v mém sousedství“, dobře ukazuje diskriminační chování vůči osobám s duševním onemocněním. Lidé mají zásadní tendenci odmítat, aby bylo jakékoliv zařízení pro duševně nemocné umístěno v blízkosti jejich bydliště (Herrman, 1990 podle Thornicroft, 2011). Jak je vidět, stigma a následná diskriminace může pro lidi s duševním onemocněním představovat často závažnější problém nežli projevy nemoci samotné.

1.6. Látkové závislosti

Existují látkové i nelátkové závislosti. Mezi látkové závislosti se řadí závislost na tabáku či nikotinu, závislost na alkoholu, závislost na lécích a závislost na nelegálních drogách. Mezi nelátkové závislosti se řadí například gamblerství, netolismus, závislost na pornu atd. V této práci se budeme zabývat pouze látkovými závislostmi, protože ty mívají největší dopad na vzhled a zdraví člověka, stejně tak na sociální okolí a vztahy. Tudíž jsou změny na člověku výrazně viditelnější a často spojené se stigmatizací.

Podle MKN-10 (ÚZIS, 2018) se závislost diagnostikuje podle šesti znaků, které jsou:

1. Silná touha nebo pocit puzení užívat látky. Tato touha se nazývá craving.
2. Potíže v kontrole užívání, pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky.
3. Somatický odvykací stav.
4. Zvýšená tolerance. Vyžadování vyšších dávek látky, aby se dosáhlo účinků původně vyvolaných nižšími dávkami.
5. Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů.
6. Pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků.

Pro diagnostiku závislosti je potřeba, aby jedinec splňoval alespoň tři příznaky v posledních dvanácti měsících. V látkových závislostech hraje roli, jak fyzická, tak psychická závislost.

V následujících podkapitolách budou postupně představeny čtyři látky – alkohol, marihuana, pervitin a kokain. Tyto látky a závislost na nich bude popsána, protože v empirické části této práce jsou měřeny postoje studentů medicíny k osobám se závislostí právě na těchto látkách.

1.6.1. Alkohol

V kontextu České republiky je vysoká konzumace alkoholu běžně tolerovaná. Průměrný Čech vypije za rok 10-14,5 litru lihu (Chomynová et al., 2023). To, co je v jiných kulturách a zemích považováno za nepřípustné, je u nás běžné. Podle Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislost pije 17-19 % (1,5-1,7 milionu) dospělých rizikově, z čehož zhruba 10 % (800-900 tis.) lidí užívá alkohol škodlivě. V posledních letech se objevuje trend poklesu pití alkoholu mezi dospívajícími. Avšak v porovnání s jinými zeměmi Evropy je míra konzumace alkoholu stále na vysoké úrovni. Pro závislost na alkoholu se ročně léčí okolo 30 tisíc lidí (Chomynová et al., 2023).

Alkohol patří mezi tlumivé látky, které uvolňují svaly a zpomalují dech. Navozují relaxaci a spánek. Lidé užívají alkohol převážně proto, že uvolňuje stres (Sayette, 1999). V nové studii Mezue et al. (2023) zjistili, že lehká konzumace alkoholu může chránit před vážnými srdečními problémy, protože zklidňuje části mozku, které jsou spojeny se stresem, což vede k menší srdeční zátěži. Dále kvůli jeho povzbudivým a sociabilním účinkům (Dunbar et al., 2016). Alkohol má vážný a životu nebezpečný odvykací stav, delirium tremens, o kterém však mnoho uživatelů neví. Obvykle se vyskytuje u osob s dlouhodobou závislostí na alkoholu, když náhle přestanou alkohol konzumovat nebo množství alkoholu samy snižují. Mezi psychické příznaky deliria patří mimo jiné halucinace (nejčastěji tělesné a vizuální), paranoidně-persekuční bludy, zmatenost. Mezi fyzické třes, zvýšená srdeční frekvence a krevní tlak, pocení, nespavost, epileptické záchvaty, zrychlené dýchání atd. Tento stav potřebuje okamžitý lékařský dohled, bez léčby může dojít k vážným komplikacím nebo v některých případech až k úmrtí jedince (Chval, 2007).

Alkohol je legální a velmi rozšířenou látkou po celém světě, i přestože byl v historii mnohokrát zakázán v různých zemích. Nejznámější bylo období prohibice v USA v letech 1920 až 1933. Během této doby byl ústavně zaveden zákaz výroby, distribuce a prodeje alkoholu pro konzumaci. Cílem bylo snížit kriminalitu, zlepšit veřejné zdraví a podporovat

morální hodnoty. Nicméně prohibice měla celou řadu nežádoucích důsledků, jako např. vzestup organizovaného zločinu a nelegálního obchodu s alkoholem. Díky jeho legalitě je alkohol v naší společnosti přijímaný a lehce přístupný. Pije se na oslavu i na žal. Z toho důvodu je bohužel snadné přestat pít alkoholu ovládat a velmi těžké si problém přiznat a vyhledat odbornou pomoc, přestože jsou prokázány dlouhodobými důsledky vážná onemocnění jako cirhóza jater (Roerecke et al., 2019). Dopady na zdraví jsou velké, osoby se závislostí na alkoholu umírají o zhruba 24 let dříve než ostatní jedinci. Škodlivá konzumace alkoholu nemá jen zdravotní následky, ale také sociální, mezi které spadají například dopravní nehody zaviněné pod vlivem alkoholu, domácí násilí (Chomynová et al., 2023).

Aby se na rizikové užívání alkoholu poukázalo a zvědomil se tak vlastní vztah k alkoholu, existuje v ČR osvětová kampaň Suchej únor, která podporuje zkušenost s měsíční abstinencí během února. Tato kampaň vznikla v roce 2013 a navázala na zahraniční kampaně praktikují, například Suchý leden neboli Dry January (Anglie, organizace Alcohol Change UK).

1.6.2. Marihuana

Marihuana je v České republice v současné době nelegální drogou. Naopak například v Nizozemí je marihuana legální, což vedlo k vytvoření celé kultury kolem jejího užívání. Legalizace je plánovaná i v sousedním Německu. Tím, že je droga v některých, Česku blízkých, zemích povolena, lidé na ní pohlížejí už jako na mírnější či méně nebezpečnou, nežli tomu bylo dříve, a mírně roste přijatelnost užívání konopných látek mezi obyvateli ČR (Chomynová et al., 2024). To, že se v posledních letech stala běžnou součástí životů mladých lidí, potvrzují i data: 6–10 % Čechů starších 15 let užilo v posledním roce konopné látky. Někteří používají konopí pro samoléčbu, jiní jen jako návykovou látku, která jim poskytne uvolnění (Chomynová et al., 2023).

Marihuana se řadí mezi psychedelika, která mění vnímání a jsou halucinogenní, díky látce THC. Lze ji kouřit v ubaleném „jointu“ jako cigaretu nebo ve vodní dýmce. Čím dál populárnější je perorální podávání ve formě tzv. edibles, což jsou často koláčky obsahující THC. Existují různé druhy, některé utlumují, jiné aktivují uživatele. Mladí lidé marihuanu užívají, protože dochází k euforii, relaxaci a uvolnění. Lidé jsou také družnější (Ocisková, & Praško, 2015). Naopak někteří lidé mohou při užití drogy zažít i úzkosti či pocity paranoii (Freeman et al., 2014). I přestože je prokázáno, že je marihuana návyková, tak jsou abstinenci příznaky (podrážděnost, nervozita, napětí, ztráta chutě k jídlu, problémy se

soustředěním, deprese atd.) mnohem mírnější povahy oproti jiným drogám. Obvykle není potřeba lékařský zásah či dozor (Andrlová et al., 2016).

U marihuany často nebývá viděn sociální dopad na uživatele tolik jako když člověk dlouhodobě užívá alkohol. Mezi sociální důsledky závislosti na marihuaně patří snížená motivace a zájem o aktivity, které jedinec dělal dříve. Dlouhodobé užívání může také vést ke snížené produktivitě. Toto může negativně ovlivňovat vzdělání, kariéru nebo i sociální život. Některé studie naznačují, že dlouhodobé užívání marihuany může negativně ovlivnit kognitivní funkce, jako je paměť, pozornost, rychlost zpracování a plánování (Bourque & Potvin, 2021; Crean et al., 2011). Kouření marihuany může způsobit podobné zdravotní problémy jako kouření tabáku, jako jsou problémy s plícemi a respiračními cestami. Zároveň je známo i mezi běžnou populací, že marihuana může v některých případech spustit závažné duševní onemocnění jako schizofrenii. Většina uživatelů konopných látek schizofrenii ne onemocní, ale riziko se užíváním zvyšuje 2 až 3krát (Horáček, 2008 v Andrlová et al., 2016). Patel et al. (2020) zjistil, že většina použitých studií v jejich přehledu potvrzuje příčinnou souvislost mezi užíváním konopí a rozvojem schizofrenie nebo psychotických poruch, zejména u osob, které jsou již ohroženy. A také, že THC je potenciálně zhoršujícím faktorem příznaků schizofrenie. Nicméně vztah mezi užíváním konopí a schizofrenií je složitý a v této oblasti je stále zapotřebí dalšího výzkumu.

1.6.3. Pervitin

Pervitin je nejrozšířenější nelegální návyková látka v České republice. Z evropských zemí je u nás a na Slovensku rozšířený nejvíce (Štefunková, 2010). Pervitin je populární pro svou dostupnost. Často se levně vyrábí i v menších lokálních varnách po celé republice. Zkušenost s pervitinem má 2–3 % dospělých. Odhadem užívá pervitin rizikově 35 tisíc lidí a v posledním desetiletí se zvýšil počet uživatelů o čtvrtinu. Důležitým fenoménem jsou stárnoucí uživatelé, čímž se zvyšuje i průměrný věk uživatelů. Ze závislosti na nelegálních drogách, mezi které patří i pervitin, se léčí 19 tisíc uživatelů v ambulancích a lůžkových zařízeních. Nízkoprahové programy využívá až 40 tisíc uživatelů ročně. Nejvíce uživatelů se nachází v Praze a v Ústeckém kraji (Chomynová et al., 2023).

Pervitin patří mezi stimulační látky, které nabudí centrální nervovou soustavu. Je možné ho aplikovat šňupáním, kouřením z baňky či alobalu, orálně či injekčně. Zejména injekční uživatelé jsou vnímáni negativně („smažky“) (Ocisková, & Praško, 2015). Pervitin často lidé užívají jako party drogu po celý víkend. Je levnější než kokain a jeho účinky trvají déle a nemusí se tak často aplikovat. Uvolňuje více dopaminu než jiné stimulační látky, proto je

na něm silná psychická závislost. Lidé často ztratí ostražitost, protože na látce neexistuje fyzická závislost a neprovází ji fyzické odvykací stavy. Je možné ji tak například ze začátku užívat jen jednou za tři týdny, díky tomu, že člověk vydrží několik dní abstinovat. Ovšem psychické propady, které uživatelé zažívají po vysazení, jsou tak těžké, že si člověk látku znovu aplikuje. Pervitin má velký vliv na psychiku, a tudíž mohou nastat psychotické příznaky, depresivní nálady či suicidální chování (McKetin et al., 2019). Lidé užívají pervitin, protože stimuluje, zrychluje myšlení, usnadňuje asociace, zvyšuje hovornost a psychomotorické tempo, vyvolává euforii a odstraňuje únavu. Výkonnost je ale spíše zdánlivá, droga dává uživateli dojem lepšího soustředění a kontroly, ale objektivně je potvrzený deficit pozornosti. Utlumuje chuť k jídlu (Kalina, 2003).

Mezi zdravotní rizika dlouhodobého užívání pervitinu spadá například kardiovaskulární onemocnění (Tobolski et al., 2022) a mnoho dalších. Užívání pervitinu také zvyšuje pravděpodobnost toho, že se bude uživatel chovat agresivně (McKetin et al., 2014; Homer et al., 2008). Uživatel se izoluje od blízkých, rodiny a přátel, a celkově od společnosti, protože se mu nedostává pochopení od ostatních, což může vyústit až v deprese. Izolace a deprese pozorované u chronických uživatelů nejsou jen důsledkem stažení ze sociální interakce, ale přímo souvisejí s fyziologickými a kognitivními účinky drogy (Homer et al., 2008). Nákup drogy může být dlouhodobě finančně náročný a člověk často nechodí do práce, má dluhy, proto se tato droga váže i ke kriminalitě (Chomynová et al., 2023).

1.6.4. Kokain

Látka spadá v České republice mezi nelegální. Zkušenost s kokainem neboli „drogou pro bohaté lidi“, má 2–3 % dospělých. Ačkoli odhad spotřeby kokainu roste, i přestože je do Čech dovážen, stále se spotřebuje mnohem více konopných látek a pervitinu – konkrétně 17,5 tuny konopných látek, 6,4 tuny pervitinu, zatímco kokainu 1,1 tuny ročně (Chomynová et al., 2023). Popularita kokainu roste mezi mladší generací ve velkoměstech. Je vnímán jako modernější a prestižnější než heroin či pervitin, proto stigmatizace není tak výrazná (Ocisková, & Praško, 2015).

Kokain, stejně jako pervitin, náleží mezi stimulanty. Pochází z Jižní Ameriky. Z listů koky pravé se vyrábí kokainová pasta, ke které se přidá kyselina chlorovodíková a vznikne tak prášek. Dříve byl kokain považován za léčebnou a stimulační látku, která se využívala k překonání únavy z vysokohorského prostředí a pocitu hladu. Používal se také jako lokální anestetikum a lék na smutek a deprese. Dnes se kokain užívá nejčastěji šňupáním (stereotyp, který známe z filmů, kdy si uživatelé dělají tzv. čáry), kouřením, orálně či rektálně

(Ocisková, & Praško, 2015). Lidé užívají kokain hlavně kvůli nabuzení energie a vitálnosti. Únava náhle zmizí. Dále mají pocity zvýšené mentální kapacity, jsou více hovorní, mizí zábrany a zvyšuje se sexuální pud. Naopak mezi nežádoucími účinky řadíme pocit slabosti, zrychlený tep, zvýšený tlak, nechutenství, bolesti hlavy a nespavost. Lidé užívající kokain nemají hlad a hrozí jim podvýživa. Mezi další zdravotní rizika užívání patří různé kardiovaskulární problémy jako u pervitinu a mnoho dalších. Specifické pro kokain jsou infekční nemoci při sdílení trubiček či bankovek na šňupání. K tomu se váže i časté poškození nosní sliznice. Když se mluví o úmrtí na předávkování se kokainem, znamená to, že zkolabovalo dechové centrum, nastalo srdeční selhání či krvácení do mozku (Ocisková, & Praško, 2015; Kalina, 2003). Do sociálních rizik dlouhodobého užívání kokainu se řadí sociální izolace podobně jako u pervitinu. Uživatelé se mohou dostat do finanční tísně vzhledem k tomu, že kokain je drahá droga. Kokain má vysoký potenciál k závislosti, i když ho jedinec neužívá každodenně (Ocisková, & Praško, 2015).

2. Stigmatizace duševně nemocných

Chronické duševní onemocnění vychází jako osmý nejstigmatizovanější problém mezi osmnácti nejvíce stigmatizovanými problémy, do nichž byla zařazena HIV pozitivita, zločinnost, nestarání se o děti, bezdomovectví, nevidomost, závislosti atd. (Room et al., 2001). Odlišní lidé byli odjakživa nálepkováni ať už se jednalo o fyzické či psychické postižení, rozdílnou sexuální orientaci nebo kriminální historii. Souvisí to mimo jiné i s vývojem pojetí duševních onemocnění. Duševně nemocní byli perzekuováni, odkládáni do ústavů, mimo společnost, vnímáni jako „posedlí ďáblem“. Johann Weyer bojoval s předsudky a zdůrazňoval právo duševně nemocných na léčbu, jeho práce bývá považována za první psychiatrickou revoluci. Důležitější byla ovšem druhá psychiatrická revoluce, kdy Philippe Pinel v 18. století tzv. sejmul duševně chorým okovy a začala skutečná péče, která obsahovala psychoterapii, psychodrama a režimovou terapii. V 19. století začínaly psychiatrické ústavy vypadat jako nemocnice a lidé se snažili najít způsoby, jak duševně choré léčit. Ovšem z této doby nám zůstal stereotypní pohled na léčbu v těchto zařízeních, protože se často využívaly dnes již nehumánní metody jako pouštění žilou, ponořování do studené vody, úder elektrinou atd. Následovala třetí psychiatrická revoluce pod vedení Sigmunda Freuda a jeho psychoanalýzy, která ukázala možnosti psychoterapie jako léčby duševních onemocnění. V psychiatrii existuje i čtvrtá revoluce, která nastala, když byl objeven lék Chlorpromazin na schizofrenii a rozeběhla se farmakologická léčba (Ocisková, & Praško, 2015). Stále ještě v naší společnosti přetrvává kontinuální boj s předsudky týkajícími se duševních onemocnění. Mají na tom podíl tradiční názory, historicky odlišné postavení duševně nemocných a jejich příbuzných a stigma.

Schizofrenie bývá označovaná za nejvíce stigmatizované duševní onemocnění (Crisp et al., 2000; Hazell et al., 2022). Mezi faktory ovlivňující rozdíly mezi mírou stigmatizace různých onemocnění spadají společenské vnímání nebezpečnosti, nepředvídatelnost spojená s určitými diagnózami a různé úrovně chápání či nepochopení příčin a povahy různých duševních stavů veřejností. Někteří lidé mohou přikládat osobní odpovědnost jednotlivcům s duševními problémy za své symptomy, což může vést k jejich stigmatizaci. Avšak toto přesvědčení je spíše spojeno s menší částí diagnóz. Na druhou stranu, obecný strach z určité diagnózy může přispět k větší stigmatizaci u většiny diagnóz (Hazell et al., 2022).

V současné době v České republice probíhá reforma péče o duševní zdraví. V rámci ní se nejen Národní ústav duševního zdraví snaží o destigmatizaci duševních onemocnění a

duševního zdraví celkově pomocí různých kampaní a projektů (Festival Na hlavu, Iniciativa NA ROVINU, Nevypust' duši, Blázníš? No a! atp.). Tyto aktivity jsou součástí procesu deinstitucionalizace, což znamená, že se rozšiřuje komunitní péče a tvoří se nové typy služeb (např. Centra duševního zdraví), kde je aplikovaný multidisciplinární přístup. Cílem je zvýšit kvalitu života lidem s duševním onemocněním a přiblížit se tak západním zemím.

2.1. Stigmatizace duševních onemocnění v České republice

Prevalence stigmatizujícího chování byla v roce 2014 v České republice znepokojující. Podle výzkumu Winkler et al. (2014), který porovnával postoje Čechů a Angličanů k lidem s duševním onemocněním, vyšlo, že Češi mají výrazně méně přímé osobní zkušenosti – což znamená, že méně často žili, pracovali či se přátelili s psychicky nemocným jedincem. I kvůli tomu mají Češi vyšší úroveň zamýšleného stigmatizujícího jednání než Angličané. Podle Winkler et al. (2015) to může být také spojeno s komunistickým režimem, který vládl v naší zemi dlouhou dobu. V toto období byly lidé s duševním onemocněním odsunuti na samý okraj společnosti a zavíráni do velkých psychiatrických léčeben. Velký vliv na tvoření stigmatu o duševních nemocech a psychiatrických pacientech měla dříve tištěná média, jelikož byla nejdůležitějším zdrojem o těchto tématech pro širokou veřejnost. Vyobrazováním duševně nemocných v tištěných médiích jakožto násilníků a pachatelů trestné činnosti bylo v České republice časté. Docházelo tak k posilování negativních stereotypů o této skupině obyvatel (Nawková et al., 2010).

V posledním desetiletí od publikace zmíněné studie mohlo dojít k významné změně v chápání a vnímání duševního zdraví a nemoci, což urychlila celosvětová pandemie covidu-19. Během pandemie se začalo výrazně více mluvit o duševním zdraví ve veřejném prostoru a na virtuálních sociálních sítích vzhledem k nárůstu onemocnění, který změřil Národní ústav duševního zdraví. Výskyt afektivních poruch se zvýšil o 12,5 % a prevalence úzkostných poruch vyrostla o zhruba 6 % (Winkler et al., 2020). Normalizace duševní nemoci v médiích a veřejném prostoru, apel na důležitost duševního zdraví a prevence přispívají ke změně pohledu společnosti na toto téma.

2.2. Faktory ovlivňující míru stigmatizace

Mezi faktory, které ovlivňují míru stigmatizace, patří pohlaví, věk, míra dosaženého vzdělání, místo bydliště, osobní zkušenost se stigmatizovanou skupinou a další.

Pohlaví: To, že ženy mají obecně méně stigmatizující postoje k duševním onemocněním, než muži potvrdily zahraniční i české výzkumy (Corrigan & Watson, 2007; Crisp et al., 2005; Aromaa et al., 2010; Stuber et al., 2014; Janoušková et al., 2017; Winkler et al., 2014). Může to být dané tím, že ženy více projevují soucit a méně přisuzují zodpovědnost lidem za jejich zdravotní problémy. Také mají větší tendenci poskytovat podporu osobám se zdravotními komplikacemi. Může to souviset s vyšší úrovní sociální empatie, která vede k menší míře předsudků a diskriminačních postojů. Empatie může snižovat pravděpodobnost stigmatizace osob s duševním onemocněním. Ženy vykazují i menší preferenci pro sociální dominanci, naznačující větší ochotu v podpoře rovnosti a inkluzi, což přispívá k tolerantnějšímu a méně stigmatizujícímu přístupu (Corrigan & Watson, 2007).

Věk: Starší lidé mají více zamýšleného stigmatizujícího jednání při porovnání s mladšími jedinci (Winkler et al., 2014; Stuber et al., 2014). Socializace je důležitým faktorem při rozvoji stigmatizujících postojů. Postoje je také možné vysvětlit historií – starší generace nebyly zvyklé se o duševním zdraví otevřeně bavit, nebyly vystaveny moderním psychologickým a psychiatrickým poznatkům a považovaly za normální odstraňovat duševně nemocné na kraj společnosti. Tato neznalost může vést k nepochopení, strachu a stigmatizaci. Kulturní postoje k problémům s duševním zdravím lze částečně vysvětlit i jevy jako je kolektivismus. Starší jedinci mohou mít tradiční pohledy, ve kterých je duševní onemocnění vnímáno jako odchylka od normy, která může narušit sociální harmonii (Winkler et al., 2015). Může to být dané i tím, že mladší lidé jsou ochotnější navazovat sociální kontakty s lidmi s duševními onemocněními (Aromaa et al., 2010). Naopak v jiné studii přišel Winkler et al. (2016) na to, že mladší (než 35 let) jedinci měli méně příznivé postoje. Důvodem mohlo být, že většina mladých respondentů v této studii byli studenti medicíny porovnávání se svými staršími kolegy, kteří se již několik let pohybují v klinické praxi.

Míra dosaženého vzdělání: Dále je potvrzené, že lidé s vyšším ukončeným vzděláním stigmatizují méně než ostatní skupiny (Corrigan & Watson, 2007; Crisp et al., 2005; Aromaa et al., 2010; Stuber et al., 2014; Winkler et al., 2014; Winkler et al., 2016). Vysoká škola a delší vzdělávání rozšiřuje jedincovo povědomí o duševním zdraví a nemoci. Zdravotnické vzdělání také hraje roli. Vyškolení odborníci v oblasti duševního zdraví vykazují méně stigmatizující postoje (Carrara et al., 2019).

Osobní zkušenost se stigmatizovanou skupinou: Lidé, kteří znají někoho s duševním onemocněním nebo mají vlastní zkušenost s těmito problémy, mají pozitivnější postoje ke

stigmatizované skupině, lépe skupinu přijímají, mají nižší potřebu si udržovat odstup, což se váže i k větší ochotě navazovat s touto skupinou sociální kontakt (Angermeyer & Dietrich, 2006; Aromaa et al., 2010). U odborníků je sociální vystavení duševní nemoci spojeno s jejím větším přijetím, a to více než zkušenosti z praxe nebo lékařské vzdělání (Janoušková et al., 2017).

Velikost bydliště: Lidé, kteří bydlí v rurálních oblastech mají více stigmatizující postoje k duševním onemocněním než lidé bydlící ve městech. Může to být dáno tím, že v těchto oblastech či vesnicích žije méně obyvatel a chybí zde jakákoliv anonymita a gramotnost v oblasti duševního zdraví. Důsledkem je menší ochota vyhledat odbornou pomoc, když je potřeba. Na téma bydliště jako faktoru, který ovlivňuje stigmatizaci není zatím provedeno dostatek výzkumů, aby se poznatky daly generalizovat (Schroeder et al., 2020; Jones et al., 2011; Rost et al. 1993).

2.3. Metody měření stigmatizace duševních onemocnění

Výzkum stigmatu se v posledních letech velmi rozšířil. Fox et al. (2018) identifikovali více než 400 způsobů, jak měřit stigmatizaci duševních onemocnění. Ovšem více než polovina nebyla nijak systematicky psychometricky vyhodnocena. Mezi metody měření stigmatizace spadá mnoho různých způsobů, nejčastěji se jedná o dotazníky a největší pozornost je věnována stereotypům a diskriminaci. Jsou měřeny různé druhy stigmatu (např. self-stigma), postoje různých částí populace (např. zdravotníci, veřejnost, sociální pracovníci) a byly vyvinuty způsoby měření stigmatizace duševního onemocnění obecně, ale i pro jednotlivé duševní onemocnění včetně deprese, užívání návykových látek, schizofrenie, sebevraždy, úzkostí a ADHD (Fox et al., 2018).

Jak již bylo zmíněno výše, existuje nespočet různých metod, kterými se stigma duševních nemocí zkoumá. Vzhledem k tématu této práce si zaslouží zmínku:

- **CAMI (Community Attitudes Towards Mentaly Ill)**, protože se podobně jako RIBS využívá i ve výzkumech v České republice. Byl vyvinut v 70. letech v Kanadě. Zabývá se postoji veřejnosti v rezidenčních čtvrtích měst vůči komunitním zařízením pro duševní zdraví, které ve čtvrtích existují nebo se navrhují (Taylor & Dear, 1981).
- **OMS-HC (Opening Minds Stigma Scale for Health Care Providers)** je specializovaný dotazník měřící stigma u poskytovatelů zdravotní péče. Skládá se

z patnácti položkové škály a obsahuje subškály na sociální distanci, postoje, a odhalení a hledání pomoci (Modgill et al., 2014).

- **PSAS (Perceived Stigma of Substance Abuse Scale)** osmi položkový dotazník zaměřený na vnímané stigma vůči uživatelům návykových látek se čtyřbodovou Likertovou škálou (Luoma et al., 2010).
- **RIBS (Reported and Intended Behaviour Scale)** měří sociální distanci (Evans-Lacko et al., 2011). Více o dotazníku, který byl použit v empirické části této práce v kapitole Měřící nástroje.

Mezi další nástroje, které lze použít, patří například DISC (Discrimination and Stigma Scale), MAKS (Mental Health Knowledge Schedule) a MICA (Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale). Veškeré nástroje, které byly do roku 2014 vyvinuty je možné najít ve zmíněném přehledu od Fox et al. (2018).

2.4. Stigmatizující postoje k duševně nemocným u profesionálů ve zdravotnických oborech

Stigma ve zdravotnických zařízeních podkopává diagnostiku, léčbu a úspěšné výsledky v oblasti zdraví. Řešení stigmatu je základem pro poskytování kvalitní zdravotní péče a dosažení optimálního zdraví. Stigma ve zdravotnictví negativně ovlivňuje lidi, kteří potřebují zdravotnickou pomoc. Stigma a diskriminace se ve zdravotnictví projevuje různě. Stigmatizace ze strany zdravotnických pracovníků může vážně negativně ovlivnit kvalitu a dostupnost zdravotnické péče pro lidi s duševními problémy, což může vést k diagnostickému zastínění, zhoršení kvality péče o somatické zdraví a snižování průměrné délky života těchto osob. Tito jedinci mají sníženou ochotu vyhledat odbornou pomoc kvůli stigmatizujícím postojům zdravotníků a protože se bojí, jsou také často vyloučeni z preventivní lékařské péče a screeningu, což zvyšuje pravděpodobnost předčasného úmrtí. Pomoci mohou různé intervence, které se již testují a jsou efektivní (Nyblade et al., 2019; Carrara et al., 2019; Janoušková et al., 2021; Winkler et al., 2016).

Zdravotnický personál bývá podle Thornicrofta (2011) pesimističtější k šanci na uzdravení jedinců s duševním onemocněním než široká veřejnost, což může být překvapující vzhledem k tomu, že vzdělanost snižuje míru stigmatizace, jak je popsáno v předchozí kapitole. Zdravotníci svůj postoj zakládají hlavně na zkušenosti s takovými osobami. A vzhledem k tomu, že se do psychiatrických léčeben a podobných zařízení dostávají hlavně ty těžší případy, kdy plné uzdravení u pacientů nenastává nebo se uzdraví,

ale dojde k relapsu, tak je zřejmé odkud tyto postoje a předpojatost pramení. Takovýto personál nemá kontakt s uzdravenými jedinci. Často poté spadá do zajetých kolejí, kdy s nemocnými jedinci mluví jako s dětmi, nezapojují je do důležitých rozhodnutí ohledně jejich léčby a předpokládají, že jedinec není schopný převzít odpovědnost sám za sebe (Thornicroft, 2011). Toto potvrzuje i Kopera et al. (2015), kteří zjistili, že dlouhodobý kontakt s lidmi s duševním onemocněním nemusí nutně změnit negativní implicitní postoje. Rao et al. (2009) doporučují více zveřejňovat a dávat větší důraz na případy, které zvýrazňují uzdravení během léčby.

Je důležité zkoumat stigmatizující postoje u profesionálů ve zdravotnických oborech k duševnímu zdraví, a zejména se zaměřit na stigma vůči duševně nemocným mezi studenty medicíny, vzhledem k tomu, že to je zásadní skupina perspektivních budoucích zdravotníků. Zjištění úrovně prevalence stigmatizujících postojů je hlavní pro to, abychom se mohli zaměřit na zavedení intervencí pro zmenšení stigmatu. To, jak se na lékařských fakultách vyučuje a jakých se drží studijních osnov přispívá k formování postojů budoucích lékařů k lidem s duševním onemocněním (Janoušková et al., 2017). Několik výzkumů bylo provedeno na toto téma i v České republice.

2.4.1. Stigmatizující postoje k duševně nemocným u studentů medicíny

Pouze 23-30 % studentů medicíny v České republice zvažuje specializaci v psychiatrii a jen 1 % z nich má vážný zájem věnovat se psychiatrii jako své budoucí kariéře (Janoušková et al., 2021). Možné důvody tohoto nízkého zájmu zahrnují stigmatizující postoje akademiků a omezené praxe studentů v psychiatrických nemocnicích. Janoušková et al. (2017) zkoumali stigma duševních onemocnění mezi studenty medicíny a jejich vyučujícími. Výsledky ukázaly, že akademici vykazovali vyšší míru stigmatizujících názorů ve srovnání se studenty, což může naznačovat, že tyto postoje mohou být přenášeny na studenty. Nabízí se vysvětlení, že starší populace má tendenci mít více stigmatizující postoje (Winkler et al., 2014). Studenti medicíny v České republice mají povinnou praxi v oboru psychiatrie během svého studia. Nejčastěji navštěvují velké psychiatrické nemocnice a léčebny, kde se setkávají s pacienty trpícími institucionalizací, což nemusí být dobrým příkladem úspěšného léčebného procesu. Takové zkušenosti mohou vést k názoru, že zotavení z těžkého psychického onemocnění je vzácné. Nedokáží si představit, že by se tito pacienti léčili mimo psychiatrické nemocnice (Winkler et al., 2016).

Negativní obraz psychiatrie může způsobovat a zároveň reflektovat nevstřícné postoje vůči lidem s duševním onemocněním. Mezi studenty medicíny a akademickými pracovníky

existuje tendence kritizovat psychiatrii za nedostatek vědecké přesnosti a atraktivity ve srovnání s jinými lékařskými specializacemi. Mezinárodní studie z Velké Británie, Evropy a Asie, kterou provedli Stuart et al. (2015), ukázala, že 90 % učitelů na lékařských fakultách považuje psychiatry za negativní vzory pro studenty medicíny, 84 % se domnívá, že psychiatrickí pacienti by se neměli léčit mimo specializované zařízení a 73 % si myslí, že psychiatrickí pacienti jsou emocionálně vyčerpávající (Janoušková et al., 2021; Stuart et al., 2015). Thornicroft (2011) toto stigma vůči personálu zajišťujícímu péči o duševní zdraví nazývá asociativním stigmatem.

Studenti prvních ročníků, kteří jsou medicínou zatím „nepolíbení“, vnímají obor psychiatrie jako atraktivnější než studenti vyšších ročníků. Ti studenti vyšších ročníků, kteří o psychiatrii projeví zájem, mají méně stigmatizující postoje a nižší sociální odstup vůči lidem s duševním onemocněním (Janoušková et al., 2021). Specifickým případem je 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, jejíž studenti vykazují méně stigmatizující postoje ve srovnání s fakultami v Hradci Králové a Bratislavě (Janoušková et al., 2021). 3. LF má speciálně připravený destigmatizační vzdělávací plán neboli integrovaný problémově orientovaný učební plán zaměřený na psychiatrii a neurologii. Studenti této fakulty, kteří si ji vybírají kvůli její specializaci, mohou mít pozitivnější postoje vůči psychiatrii již před zahájením studia. Studenti čtvrtého ročníku na 3. LF, kteří absolvovali psychiatrii, vykazují méně stigmatizující postoje a mají tolerantnější přístup. Preference specializace na psychiatrii a absolvování alespoň dvou předmětů zaměřených na psychiatrii byly spojeny s otevřenějším přístupem k duševnímu onemocnění (Janoušková et al., 2017). Podobné výsledky jsou zaznamenány i v zahraničních studiích (Farooq et al., 2013). Studenti, kteří absolvovali inovovaný studijní plán, měli pozitivnější postoje vůči psychiatrii (De Cates et al., 2019).

Tyto nálezy naznačují, že lékařská fakulta a její akademický personál hrají klíčovou roli ve formování postojů a přesvědčení studentů medicíny, budoucích lékařů, zvláště pak v oblasti duševního zdraví. Tato skutečnost podporuje předpoklad, že sociální expozice duševnímu onemocnění může vést k lepší akceptaci více než stáž a praxe či samotné lékařské studium (Janoušková et al., 2017; Janoušková et al., 2021). Zahraniční studie podporují důraz na úpravy studijních plánů, aby bylo stigma zmírněno a obor psychiatrie se stal přitažlivější (Rees et al., 2023; De Cates et al., 2019)

2.4.2. Stigmatizující postoje k duševně nemocným mezi lékaři

Podle Winkler et al. (2016) je stigma vůči duševně nemocným osobám vyšší u široké veřejnosti než u lékařů, což lze přičíst lepší informovanosti lékařů díky jejich vzdělání. Přesto však studie ukázala, že i v České republice je míra stigmatu u obou skupin vysoká, podobně jako v Americe (Stuber et al., 2014). Zajímavým nálezem bylo, že nižší míra stigmatizace u veřejnosti se projevila pouze ve vnímání psychiatrických léčeb, které byly vnímány jako zastaralý způsob léčby lidí s psychickým onemocněním. Široká veřejnost neměla vůči léčebnám tak silné předsudky jako samotní lékaři. Výzkumníci se domnívají, že tyto postoje by mohly nepříznivě ovlivnit realizaci psychiatrické reformy zaměřené na deinstitucionalizaci péče o duševní zdraví v ČR. V rámci této reformy je plánováno rozvinout komunitní péči. Nedostatek zkušeností s komunitní péčí o duševní zdraví může vést k obtížnému představování si jejího fungování. Lékaři mohou preferovat medikalizovaný přístup k léčbě, upřednostňující hospitalizaci před multidisciplinární komunitní péčí (Winkler et al., 2016).

3. Stigmatizující postoje k osobám se závislostí

Mezi osmnácti stigmatizovanými problémy, do nichž byla zařazena HIV pozitivita, zločinnost, nestarání se o děti, bezdomovectví, nevidomost, chronické duševní onemocnění a další, je podle Room et al. (2001) závislost na drogách nejstigmatizovanějším problémem. Závislost na alkoholu se objevuje na čtvrtém místě škály po HIV pozitivitě a záznamem v rejstříku trestů za vloupání. Tato mezinárodní studie byla provedena ale už před více než dvaceti lety. V roce 2022 provedli Hazell et al. ve Velké Británii studii, která ukázala hierarchii stigma duševního zdraví. Nejmenší stigma si nese deprese a generalizovaná úzkostná porucha. Naopak mezi nejvíce stigmatizované onemocnění se řadí schizofrenie, jak ostatně potvrzují i další studie (Crisp et al., 2000). Na druhém místě se objevuje antisociální porucha osobnosti a na třetím hraniční porucha osobnosti. Tato studie bohužel neobsahovala stigma k poruchám spojeným s užíváním návykových látek. Navzdory skutečnosti, že schizofrenie je považována za jednu z nejvíce stigmatizovaných duševních nemocí, závislost na návykových látkách, zejména na drogách, vyvolává ještě více stigmatizujících postojů a reakcí (Crisp et al., 2000; Angermeyer & Dietrich, 2006). Studie od Crisp et al. (2005) potvrdila, že nejvíce negativních postojů a stigmatizujících reakcí se váže k drogové závislosti. Dále se střídají závislost na alkoholu a schizofrenie.

Lidé užívající návykové látky jsou vnímáni jako nebezpeční (Corrigan & Watson, 2007) a nepředvídatelní. Strach o bezpečí vychází z reálného podkladu. Závislí jedinci se s větší pravděpodobností chovají násilně díky vlivu psychoaktivních látek. Látková závislost může předvídat násilné chování, podílí se alespoň na 1/4 všech násilných činů a souvisí s násilím více než poruchy psychotického typu (Thornicroft, 2011). Dále převažuje pohled, že závislost na alkoholu a drogách jsou stavy, které si člověk způsobil sám. Objevují se i názory, že je těžké s těmito jedinci vést konverzaci (Crisp et al., 2000; Angermeyer & Dietrich, 2006). Celkově ve společnosti převládá odmítavý postoj k osobám užívajícím návykové látky (Angermeyer & Dietrich, 2006). Veřejnost má mylné stereotypní představy o tom, že lidé se závislostí pocházejí výhradně z okraje společnosti (např. bezdomovci, chudé osoby), ačkoliv problémy s užíváním návykových látek se mohou týkat jednotlivců ze všech společenských vrstev. Ačkoliv jsou problémy se závislostí často spojovány s bezdomovectvím, vyskytují se rovněž u vysoce postavených úředníků, manažerů a prestižních profesí, jako jsou lékaři a právníci. Navíc se ve společnosti nedostatečně diskutuje o problematice užívání návykových látek mezi seniory. Negativní postoje vůči závislosti částečně souvisí se sociálními důsledky a s poškozeními způsobeným rodině,

blízkým, v práci apod. Tím mohou být například finanční problémy, zhoršené vztahy, krádeže, násilí.

Široká veřejnost a často ani odborníci si neuvědomují nebo ani nevědí, že závislost je duševní onemocnění. Stále není známo, co stojí za příčinou vzniku závislosti. Mezi faktory se řadí: genetická vulnerabilita, ovlivnění jedince během nitroděložního období a v období porodu, systém odměny v mozku, opakovaná expozice návykovým látkám, sociální vlivy (postavení rodiny, absence rodinného zázemí, hledání jiných identifikačních vzorů) (Ocisková, & Praško, 2015). Stigma se objevuje i okolo léčby závislostí vzhledem k tomu, že se lidé domnívají, že léčba závislostí pomocí farmakoterapie není léčba, ale jen zaměňování jedné látky za druhou (Zwick et al., 2020).

Jazyk a slova udržují stigma spojené s užíváním návykových látek. Stigmatizovaný jazyk používaný k popisu chování spojeného s užíváním návykových látek, osobami užívající látky a léčby může vytvářet překážky v klíčových oblastech i pro osoby, které se snaží uzdravit a přispívat do společnosti. Mezi tyto klíčové oblasti patří zdravotní péče, zaměstnání, pojištění a zákony. Zwick et al. (2020) zmiňuje, že destigmatizovaná verze volby popisu jedince by byla „person with substance use disorder“ místo „substance abuse“, protože to má signifikantní vliv na to, jak je ta daná osoba vnímaná. V českém jazyce je stále zvykem používat „osoba se závislostí“, což je o mnoho méně stigmatizující než „závislák“ a „feťák“. Čím dál častěji se dnes používá „člověk užívající návykové látky“, což by se dalo přirovnat k anglickému spojení „substance use disorder“. Stigma na člověka se závislostí působí, i když není diskriminován, stačí pouhá volba slov. Jazyk ovlivňuje přístup společnosti k okolnostem (Zwick et al., 2020).

Scioli et al. (2015) představili tzv. kolo stigmatu (stigma circuit). Hlavním důsledkem stigmatizace je, že člověk s drogovou závislostí je uvězněn v bludném kruhu událostí, ze kterého se není schopen dostat. Je definován tím, že si ho asociujeme s užíváním látky. Když se člověk se závislostí po odvykací léčbě vrátí do svého původního rodinného a sociálního kontextu, zůstávají mu stigmatizující nálepky, což dělá odvykání a abstinenci výrazně těžší, také proto, že má například méně pracovních příležitostí. Pocity selhání, stigmatizace a společenské odmítnutí mohou vést osobu se závislostí k častější recidivě abúzu návykových látek. Jedinec hledá sám sebe a pokládá si otázku „Závislost mě definuje, tak proč něco měnit?“, což ústí ve vysoké hladiny vnímaného stigmatu. Osoby pak dávají přednost látce před možným odmítnutím a před pocity selhání. Řešením může být změna prostředí.

Stigma má zásadní dopady na lidi s problémem s užíváním návykových látek. Jsou mnohdy součástí kriminálního systému anebo jsou bez domova, nemají práci, rodinu, ani jinou formu podpory. Stigma a diskriminace může souviset se špatným fyzickým zdravím u drogově závislých, a to v důsledku vystavení chronickému stresu (Ahern et al., 2007). K závislosti se pojí nejen mnoho somatických onemocnění, ale i kognitivní problémy, které jim znemožňují žít běžný život. Společnost je ale většinou proti tomu, aby bylo drogově závislým pomáháno najít si práci, přispíváno na bydlení apod. (Zwick et al., 2020).

3.1. Stigmatizující postoje k osobám se závislostí u profesionálů ve zdravotnických oborech

Zdravotní personál na osoby se závislostí na alkoholu a jiných návykových látkách nahlíží jako na kategorii zasluhující si méně péče. Tito pacienti jsou viděni jako obtěžující a obtížní. Často také nedodržují požadavky léčby, proto je jim dávana špatná prognóza a personál má pocit, že hospitalizace není nutná nebo je urychleně z následné péče propouští, aby bylo místo pro „spolehlivější“ pacienty (Thornicroft, 2011). Přitom zdravotníci, zejména ti pracující na příjmu, jsou v optimální pozici k tomu, aby těmto pacientům poskytl včasnou diagnózu a adekvátní pomoc (Kelleher, 2007). Příkladem je Irsko, kde má ¼ lidí, kteří přicházejí na pohotovost v nemocnici, nějaké zranění či nemoc související se zneužíváním návykových látek. 1/8 lidí přichází ve stavu akutní intoxikace (Kelleher, 2007). Předpokládáme, že v České republice by situace mohla být podobná. Adresování situace zdravotníky se ovšem neděje z důvodu předsudků a stereotypizaci vůči této skupině.

Četné studie ukazují, že zdravotníci, kteří pracují ve všeobecných zdravotních zařízeních, mají obecně negativní postoje k pacientům se závislostí (Rao et al., 2009; van Boekel et al., 2013; Nyblade et al., 2019; Ocisková, & Praško, 2015; Thornicroft, 2011; Schomerus et al., 2022). Vidí je jako manipulativní, násilné a málo motivované k léčbě (van Boekel et al., 2013). Mají pocit, že lidé se závislostí zneužívají a nadužívají zdravotní péči, a že péče a peníze, které jsou vynaložené do léčby závislostí nepřinášejí výsledky a jsou zbytečně zahozeny. Dále, že péče o jiné pacienty byla negativně ovlivněna tím, že jsou prostředky a čas investovány i do pacientů, kteří jsou diagnostikováni se závislostí (Lindberg et al., 2006, podle Kelleher, 2007). Zdravotníci se taktéž mohou bát chování uživatelů drog a lidí závislých na alkoholu (Nyblade et al., 2019). Nejen veřejnost ale i někteří lékaři si chybně myslí, že když člověk se závislostí projde léčbou, tak je vyléčený (Ocisková, & Praško, 2015). Zřídka stačí jedna několikátýdenní léčba bez doléčování

či následných terapeutických sezení. Zásadní je i motivace jedince. Stává se, že pacienti, kteří prošli léčbou závislostí, zrelapsují či zrecidivují.

Na postoje zdravotníků působí různé faktory. Bylo zjištěno, že pracovní prostředí a kontext (čas, politika konkrétní organizace a podpora rolí ze strany kolegů) významně ovlivňují postoje zdravotníků k pacientům se závislostní problematikou. Zdravotníci, kteří mají více osobních či pracovních zkušeností s pacienty užívajícími návykové látky, k nim reportují pozitivnější postoje (van Boekel et al., 2013). Navíc způsob, jakým jsou pacienti prezentováni, významně ovlivňuje stigmatizované postoje zdravotníků. Když jsou pacienti vykreslováni v pozitivnějším světle, jako zotavující se a pracující nebo v remisi, tak to vede k významnému zlepšení stigmatizujících postojů k osobám s poruchami způsobenými užíváním návykových látek (Rao et al., 2009).

Negativní postoje zdravotníků k pacientům užívajícím návykové látky výrazně ovlivňují kvalitu poskytované péče. Výsledkem je horší léčba těchto pacientů (Kelleher, 2007) a negativní dopad na její výsledky (van Boekel et al., 2013; Schomerus et al., 2022). Zdravotníci často neradi přijímají tyto pacienty, odbývají jejich léčbu a rychle je propouštějí (Nyblade et al., 2019). Odborníci se méně angažují a přistupují k léčbě zaměřeně pouze na úkoly, což snižuje pocit kontroly a soběstačnosti pacientů, a tím i jejich pravděpodobnost zapojení do léčby a empatického přístupu (van Boekel et al., 2013). Stigma působí jako bariéra, která brání osobám s problémem užívání návykových látek vyhledat odbornou pomoc, zahájit léčbu nebo začít užívat medikaci, což má za následek horší zdravotní péči (Zwick et al., 2020; Schomerus et al., 2022). Významný dopad stigmatizace na kvalitu zdravotní péče ilustruje studie Schomeruse et al. (2022) na příkladu alkoholového onemocnění jater (alcohol-related liver disease, ALD). Stigma spojené s ALD je komplexní, zahrnuje veřejné stigma, sebestigmatizaci a strukturální stigma, a často vede k mylnému obviňování jednotlivců z toho, že si za svůj stav mohou sami. Stigma ovlivňuje všechny fáze zdravotní péče o pacienty s ALD, od prevence a včasné diagnostiky až po léčbu a transplantaci jater. Navíc stigma může ovlivnit i přidělování zdrojů, například transplantace jater, kvůli vnímání, kdo si zaslouží orgány a kdo ne.

3.2. Stigmatizující postoje k osobám se závislostí u studentů medicíny

Studenti medicíny jsou specifickou podskupinou zdravotníků, kteří si formují postoje k osobám s různými onemocněními již během studia. I když sami osoby s duševní onemocněním stigmatizují, jak bylo doloženo ve druhé kapitole, jejich postoje jsou ovšem často přívětivější než jejich vyučujících, což je v průběhu studia může ovlivňovat

(Janoušková et al., 2017). Oblast adiktologie je specifická, i přestože poruchy způsobené užíváním návykových látek spadají pod duševní onemocnění. Studenti mohou na některé látky, například alkohol, pohlížet tolerantně vzhledem k společenským normám v naší kultuře. Sami mohou experimentovat s návykovými látkami během náročného studia a v období mladé dospělosti. Tyto faktory mohou ovlivňovat jejich postoje k uživatelům závislým na návykových látkách.

Poznatky ze zahraničních studií, které zkoumaly postoje k osobám se závislostí u studentů medicíny, není snadné zobecnit, protože jich zatím není mnoho a přicházejí s odlišnými poznatky. Některé studie dokládají, že studenti medicíny mají negativní postoje k lidem s poruchami užívání návykových látek (Moses et al., 2021; Dupouy et al., 2018; Fisher et al. 1975 podle Kelleher, 2007) a tyto negativní postoje k pacientům s poruchami užívání návykových látek se nezlepšují ani po dokončení studia (Kelleher, 2007). Jedním důvodem může být, že studenti medicíny mají pocit, že nemají dost dovedností a nejsou schopni pomoci pacientům s touto diagnózou, jelikož nevědí nebo si nejsou jisti, jak s nimi pracovat a postupovat (Cernasev et al., 2022; Cape et al., 2006; Lev-Ran et al., 2016; Moses et al., 2021). Dalším důvodem může být, že studenti medicíny, kteří získávají zkušenosti s pacienty se závislostí, vykazují více stigmatizujících postojů. S narůstajícími zkušenostmi během studia a praxe profesionálové zjišťují, že práce s jedinci se závislostí je často náročná (Abuhammad et al., 2022). Na druhou stranu Haroun El Rasheed et al. (2016) uvádí, že stigma bylo v jejich studii významně vyšší u studentů medicíny, zatímco u psychiatrů a zdravotních sester z Centra duševního zdraví a léčby závislostí bylo významně nižší a významně klesalo s přibývajícím roky praxe, s větší zkušeností s těmito jedinci. Ukazuje se ale, že studenti medicíny, kteří se chtějí věnovat psychiatrii, mají méně stigmatizující postoje (Richelle et al., 2022) a že osobní zkušenost s užíváním některé látky a zkušenost s blízkým se závislostí snižují míru stigmatizace u studentů (Lev-Ran et al., 2016). Francouzská studie přišla na to, že lékaři v předatestační přípravě, kteří absolvovali delší vzdělávání v oblasti závislostí mají pozitivnější postoje k těmto jedincům (Dupouy et al., 2018).

Navzdory vyšší úrovni zkušeností a specifických znalostí mezi začínajícími studenty medicíny a praktickými lékaři v předatestační přípravě přetrvávají dezinformace a stigmatizace vůči pacientům se závislostí (Moses et al., 2021; Dupouy et al., 2018). Přestože 80 % lékařů správně diagnostikuje poruchy užívání návykových látek, jejich postoje k těmto pacientům zůstávají často negativní (Dupouy et al., 2018). Zkušenost s prací ve zdravotnictví před zahájením studia medicíny přispívá k vyšší kompetenci a sebevědomí v

péči o pacienty se závislostí, zejména v případech předávkování opiáty (Moses et al., 2021). U novozélandských studentů medicíny lze také pozorovat rostoucí znalosti a kompetence během studia, avšak jejich vnímání vlastních dovedností se zhoršuje, což vede k poklesu zájmu o specializaci v adiktologii (Cape et al., 2006). Specializace, zejména v psychiatrii, snižuje stigmatizující postoje vůči pacientům se závislostí. Studenti se specializací na psychiatrii mají méně trestající postoje k těhotným ženám se závislostí oproti jiným studentům. Naproti tomu studenti, kteří se chtějí specializovat na vnitřní lékařství, častěji podporují trestání těhotných žen užívajících návykové látky (Richelle et al., 2022). Jediný srovnatelný výzkum, který zkoumá podobně jako empirická část této práce rozdíly v stigmatizaci vůči různým látkám, pochází z Egypta, kde stigmatizace vůči marihuaně byla významně nižší než vůči heroinu. Zkoumali rozdíly mezi alkoholem, marihuanou, heroinem a tramadolem, avšak jejím omezením je odlišný kulturní kontext (Haroun El Rasheed et al., 2016).

Velkým limitem těchto studií je, že většina z nich (kromě Richelle et al. (2022) a Dupouy et al. (2018)) byla provedena mimo Evropu, a to v zemích jako je Turecko, Jordánsko, Izrael, Egypt, kde mají jinou kulturu a náboženství včetně prohibice návykových látek, což může mít na postoje zásadní vliv. Další studie pocházejí z USA a z Nového Zélandu, tj. jsou bližší západní evropské kultuře. Nebyla nalezena žádná metaanalýza na toto téma. V České republice na toto téma zatím nejsou žádná data. Zkoumají se postoje veřejnosti i profesionálů obecně k duševním onemocněním. Existují data i na stigmatizující postoje studentů medicíny právě k osobám s duševním onemocněním, jak je popsáno ve druhé kapitole. Problémem těchto výzkumů je, že se soustředí na závažné duševní onemocnění, zejména psychózy, a závislostmi se nezabývají. Lze shrnout, že postoje u studentů medicíny k osobám se závislostí byly zkoumány v různých zemích světa, ale studií není mnoho a je potřeba výzkum na toto specifické téma v Evropě rozšířit.

II. Empirická část

Empirická část práce je založena na realizovaném výzkumném projektu. Proběhlo kvantitativní šetření, ve kterém je využit dotazník Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS) ke zjištění míry stigmatizujících postojů studentů medicíny v České republice k osobám s látkovými závislostmi. Dotazník se soustředí na jejich reportované a zamýšlené chování vůči uživatelům návykových látek, konkrétně alkoholu, marihuany, pervitinu a kokainu. V této části bakalářské práce se věnujeme cílům výzkumu a metodice provedeného výzkumu. Dále představíme výsledky a diskuzi.

4. Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je zjistit rozdíly v postojích k osobám s jednotlivými typy látkových závislostí (závislost na alkoholu, marihuaně, pervitinu a kokainu) u studentů medicíny na lékařských fakultách v České republice, kteří jsou v prvních ročnících. Bylo zjištěno, že po čtvrtém roce studia se u studentů na lékařských fakultách v České republice stigmatizující postoje k lidem s duševním onemocněním snižují, protože jsou blíže obeznámeni s oblastí psychiatrie (Janoušková et al., 2017). Dotazníkové šetření bylo proto realizováno na studentech prvních ročníků, kteří doposud neabsolvovali výuku psychiatrie nebo dalších předmětů, jejichž absolvování by mohlo ovlivnit jejich postoje k uživatelům psychoaktivních látek. Dalším cílem je prozkoumat souvislost mezi těmito postoji a sociodemografickými charakteristikami respondentů.

4.1. Výzkumné otázky a hypotézy

Na základě dostupných výzkumů, které byly představeny v teoretické části bakalářské práce, a prezentovaných cílů byly stanoveny následující výzkumné otázky a hypotézy:

Výzkumná otázka 1 (VO1): Existují rozdíly mezi mírou stigmatizace k osobám závislým na různých látkách?

- **Hypotéza 1a (H1a):** Existují významné rozdíly v postojích k lidem s různými typy závislostí (alkohol, marihuana, pervitin, kokain) měřených skórem RIBS.
- **Hypotéza 1b (H1b):** Studenti medicíny prokáží významně nižší úroveň stigmatizujících postojů k osobám se závislostí na marihuaně ve srovnání s postoji vůči jedincům závislým na alkoholu, pervitinu nebo kokainu.

Výzkumná otázka 2 (VO2): Jaké demografické proměnné ovlivňují míru stigmatizace osob se závislostí na různých látkách?

- **Hypotéza 2a (H2a):** Ženy mají tolerantnější (méně stigmatizující) postoje než muži.
- **Hypotéza 2b (H2b):** Se zvyšující se velikostí místa bydliště budou mít studenti tolerantnější postoje.
- **Hypotéza 2c (H2c):** Studenti, kteří měli zdravotnické vzdělání před nástupem na lékařskou fakultu, budou mít tolerantnější postoje než studenti, kteří zdravotnické vzdělání neabsolvovali.
- **Hypotéza 2d (H2d):** Osobní zkušenost se závislostí bude spojena s tolerantnějšími postoji.
- **Hypotéza 2e (H2e):** Zkušenost blízkého se závislostí bude spojena s tolerantnějšími postoji.

Výzkumná otázka 3 (VO3): Jaké faktory ovlivňují míru stigmatizace osob se závislostí na alkoholu či na marihuaně?

- **Hypotéza 3a (H3a):** Zkušenost se soužitím s člověkem se závislostí na alkoholu či na marihuaně bude spojena s tolerantnějšími postoji.
- **Hypotéza 3b (H3b):** Zkušenost s prací s člověkem se závislostí na alkoholu či na marihuaně bude spojena s tolerantnějšími postoji.
- **Hypotéza 3c (H3c):** Zkušenost s žitím v sousedství člověka se závislostí na alkoholu či na marihuaně bude spojena s tolerantnějšími postoji.
- **Hypotéza 3d (H3d):** Zkušenost s kamarádstvím s člověkem se závislostí na alkoholu či na marihuaně bude spojena s tolerantnějšími postoji.

5. Metodika

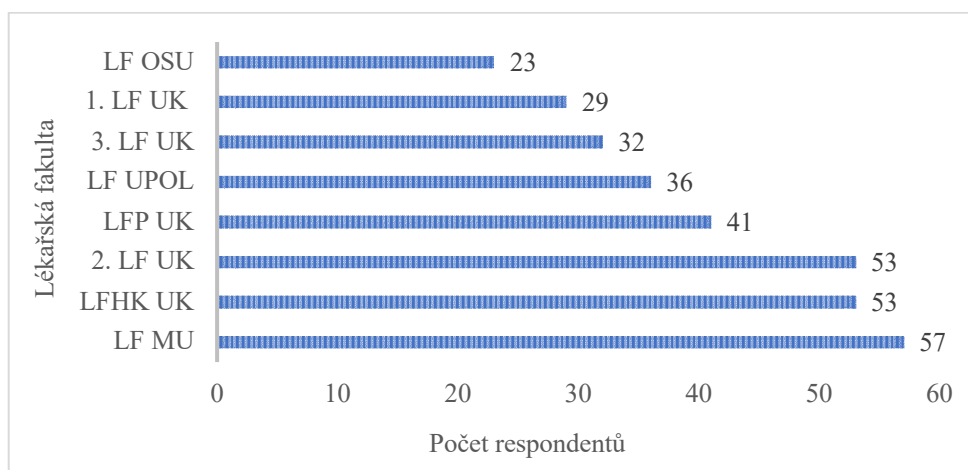
5.1. Výzkumný soubor

Před začátkem výzkumu byla provedena power analýza v programu G*Power (Faul et al., 2007). Analýza pro Repeated Measures ANOVu byla založena na hladině významnosti $\alpha = .05$, požadované síle $1 - \beta = .80$ a velikosti účinku $f^2 = .25$. Minimální počet respondentů potřebných ke zjištění zkoumaných efektů je 29. Minimální počet respondentů pro regresní analýzu byl odhadnut na základě pravidla, aby počet respondentů byl 10násobkem počtu odhadovaných parametrů plánovaných pro zařazení do analýzy $((5 + 1) * 10 = 60)$ (Soukup & Kočvarová, 2016). Toto číslo je 60 respondentů. Dotazník vyplnilo celkem 704 respondentů. Bylo vyloučeno 73 respondentů, vzhledem k tomu, že nevyplnili souhlas v informovaném souhlasu ($N = 631$). Dále bylo vyloučeno 230 respondentů, protože nesplňovali podmínku účasti ve studii ($N = 401$), a to být studentem medicíny prvního ročníku v České republice. To bylo ověřeno pomocí otázky: „Studujete 1. ročník medicíny?“ a odpovědí: „Ano/Ne“. Dále bylo vyloučeno 76 účastníků, jelikož neodpověděli na všechny otázky v dotazníku ($N = 325$) a jeden účastník, který vyplnil, že studuje Lékařskou fakultu na Univerzitě Komenského v Bratislavě. Velikost finálního souboru je 324 osob, z toho 245 žen a 77 mužů. Dvě osoby neuvedly pohlaví. Věk respondentů se pohyboval mezi 18-30 let ($M = 20$, $SD = 1.22$), což odpovídá věku studentů medicíny v prvním ročníku VŠ.

Nejvíce respondentů studovalo na Lékařské fakultě Masarykovy Univerzity v Brně ($N = 57$) a nejméně respondentů na Lékařské fakultě Ostravské univerzity ($N = 23$). Rozložení fakult původu ukazuje graf 1.

Graf 1

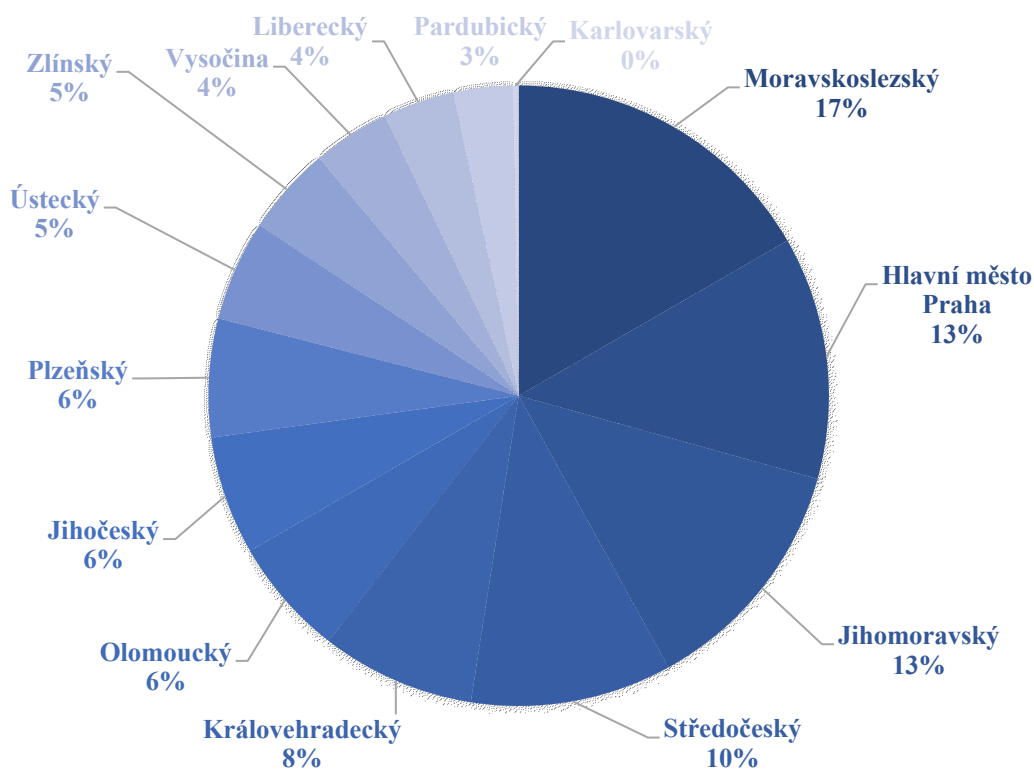
Respondenti podle fakulty, na které studují ($N = 324$)



Největší počet respondentů pochází z Moravskoslezského kraje ($N = 54$). Z Hlavního města Prahy i z Jihomoravského kraje byl druhý nejvyšší počet ($N = 41$). To se pravděpodobně váže k tomu, že nejvíce účastníků studuje na Masarykově univerzitě v Brně a k tomu, že v Praze jsou tři lékařské fakulty. Nejméně respondentů bylo z Karlovarského kraje ($N = 1$). Zbylé kraje měly mezi 10 až 34 respondenty. Rozložení krajů je možné vidět na grafu 2.

Graf 2

Respondenti podle kraje ($N = 324$)



5.2. Měřicí nástroje

V této kvantitativní studii byla použita škála RIBS (Reported and Intended Behaviour Scale) neboli Škála reportovaného a zamýšleného chování, která byla vyvinuta a validována týmem z King's College London (Evans-Lacko et al., 2011). RIBS je nástroj používaný ve společenskovedních výzkumech k měření respondentova chování v minulosti a jeho budoucích záměrů, zejména ve vztahu ke stigmatizovaným skupinám. Tato škála odhaduje míru stigmatizace tím, že se účastníků dotazuje na míru jejich ochoty zapojit se do různých sociálních scénářů s osobami z těchto skupin. Výhodou této škály je jednoduchost, psychometrická robustnost a to, že může být použita na širokou veřejnost a dobře měří velké skupiny. Naopak limitem je, že výsledky mohou být ovlivněny snahou být sociálně žádoucí. Důležité je, že je v tomto nástroji zahrnuté jak reportované, tak zamýšlené chování, s ohledem na to, že je zásadní pochopit spojení mezi těmito formami chování, abychom dokázali predikovat budoucí záměr jednání jedince. Například, když by někdo v minulosti žil s duševně nemocným jedincem a vnímal by tuto zkušenost negativně, mohlo by to ovlivnit jeho budoucí jednání vůči této skupině. RIBS umožňuje srovnat jedince, kteří uvedli, že mají zkušenost se zkoumanou skupinou a mají kladné záměry do budoucna, s jedinci, kteří měli srovnatelnou zkušenost, avšak neplánují v ní nadále pokračovat. Toto porovnání má za úkol odhalit rozdíly v postojích a chování mezi těmito dvěma skupinami a objasnit faktory, které motivují jednotlivce k opakovanému zapojení do určitého druhu chování či vstupu do stejných situací (Evans-Lacko et al., 2011).

Na českou populaci škálu, která je zaměřena na nespécifikované duševní onemocnění, standardizovala skupina výzkumníků Winkler et al. (2014). V původní verzi dotazníku je formulace: „Následující otázky se týkají Vašich zkušeností a názorů, které se vztahují k lidem s psychickým onemocněním (například lidé, kteří se léčí na psychiatrii)“. V souvislosti se specializací našeho výzkumu na postoje k poruchám způsobenými užíváním návykových látek jsme zaměnili pojem „psychické onemocnění“ za „závislost na alkoholu/marihuaně/pervitinu/kokainu“. Jak závislost vypadá, aby dotazovaní věděli, co si pod pojmem představit, bylo v online šetření popsáno.

Škála RIBS má 8 položek a zjišťuje reportované a zamýšlené chování ve čtyřech různých kontextech: (1) soužití, (2) spolupráce, (3) sousedství a (4) pokračování ve vztahu s někým, kdo má problémy se závislostí. Položky 1-4 jsou určeny k posouzení prevalence chování v každém ze čtyř kontextů, zatímco položky 5-8 se ptají na zamýšlené chování v rámci stejných kontextů. Položky RIBS 1-4 slouží pouze k posouzení prevalence chování. Jednotlivci mohou zvolit i odpověď „nevím“. Tato možnost odpovědi poukazuje na to, že

se respondenti mohou, ale nemusí do tohoto chování zapojit. Položkám tedy není přiřazena bodová hodnota a nejsou zahrnuty do konečného skóru. Položky RIBS 5-8 se hodnotí pomocí ordinální škály (1-5 bodů) podle toho, zdali respondent souhlasí či nesouhlasí s tím, že by se mohl v budoucnu zapojit do uvedeného chování. Viz:

- rozhodně souhlasím – 5 bodů
- spíše souhlasím – 4 body
- nemám vyhraněný názor – 3 body
- spíše nesouhlasím - 2 body
- rozhodně nesouhlasím - 1 bod
- nevím – 3 body

Celkový skór se získává součtem bodových hodnot z odpovědí na položky 5-8. Odpověď „nevím“ je hodnocena jako neutrální, tj. třemi body. Skór se pohybuje mezi 4 a 20 body, kde vyšší hodnota indikuje silnější tolerantnější postoj k přijetí člověka se závislostí.

V online šetření byly před samostatnou škálou RIBS uvedeny základní otázky ohledně sociodemografických údajů. Zjišťován byl věk, pohlaví, absolvovaná lékařská fakulta, studovaná škola před nástupem na medicínu a její zaměření, kraj původu a velikost bydliště. Dále bylo důležité zeptat se respondentů na obecnou zkušenost s problematikou závislostí. Zda znají závislost z osobní zkušenosti, ze zkušenosti se závislou blízkou osobou, jen z médií či ze studia nebo práce. To, jestli mají respondenti přímou zkušenost s problematikou závislostí, může ovlivnit jejich odpovědi na výroky v RIBS. Zkušenost se zjišťuje i ve škále RIBS, avšak tam se to týká zkušenosti s osobou závislou na konkrétní látce. Online šetření uzavírala otázka na porovnání návykových látek. Bylo vybráno 12 návykových látek, které měli účastníci seřadit podle toho, kterou by nejspíše vyzkoušeli po tu, kterou by spíše nevyzkoušeli. Tato otázka zjišťuje, nakolik je daná látka pro respondenty přitažlivá, nebo nakolik ji vnímají jako rizikovou.

5.3. Procedura

Dotazníkové šetření proběhlo v únoru 2024. Dotazník (Příloha 1) obsahoval úvod, informovaný souhlas, sociodemografické údaje, navazující otázky ohledně zkušenosti se závislostí, RIBS škálu, otázku na seřazení návykových látek, poděkování a závěr. Dotazník byl administrován v online prostředí pomocí platformy LimeSurvey a jeho vyplnění zabralo

respondentům maximálně 10 minut. Respondentům bylo nabídnuto zaslání výsledků šetření na e-mailovou adresu a potvrzení o účasti ve výzkumu.

Před zahájením výzkumu byla testována pilotní verze dotazníku. Cílová skupina, tj. studenti, kteří začali studovat v roce 2023/2024 první ročník lékařské fakulty (Všeobecné lékařství) v České republice, byla poté oslovena prostřednictvím studijních oddělení a sociálních sítí. Nejprve byli kontaktováni studijní proděkaní a studijní oddělení všech osmi fakult v České republice (1. LF UK, 2. LF UK, 3. LF UK, LFHK UK, LFP UK, LF MU, LF UPOL, LF OSU). Z těchto osmi fakult dotazník rozeslali studentům prvních ročníků jen LF UK v Hradci Králové a LF OSU. Dále byly osloveny studentské spolky jednotlivých fakult prostřednictvím e-mailu a sociálních sítí, zejména Facebooku a studenti byli kontaktováni ve Facebookových skupinách sdružujících studenty medicíny prvních ročníků. V neposlední řadě byly využity i osobní kontakty na studenty lékařských fakult. Tabulka s konkrétními kontakty je přiložena v příloze 2. Na oslovování byla použita šablona e-mailu/zprávy (Příloha 3). Spolu s e-mailem či zprávou byl zaslán i poster (Příloha 4) s nabídkou účasti ve výzkumu.

5.4. Statistická analýza

Statistické analýzy byly provedeny pomocí Microsoft Excelu a softwaru Jamovi, verze 2.3. Data byla očištěna a nakódována pro účely statistické analýzy. Otázky RIBS 5-8 byly kódovány podle skórování dotazníku. Byl vypočítán celkový skóre RIBS pro každého účastníka na postoje vůči jednotlivým látkám. Vnitřní konzistence škály RIBS byla ověřena pomocí Cronbachova koeficientu α . Výsledky naznačují, že škála vykazuje dobrou vnitřní konzistenci napříč testovanými návykovými látkami. Koeficienty vnitřní konzistence pro marihuanu ($\alpha = 0.892$) a kokain ($\alpha = 0.892$) naznačují podle Cicchetti (1994) vynikající spolehlivost. Škála rovněž vykazuje vysokou spolehlivost pro pervitin ($\alpha = 0.854$). Ačkoli je spolehlivost pro alkohol o něco nižší, stále naznačuje excelentní konzistenci ($\alpha = 0.758$). Hodnoty koeficientů naznačují, že škála konzistentně měří stejný konstrukt u různých látek.

Pro ověření předpokladu normality byl proveden Shapiro-Wilk test, který nepotvrdil normální rozložení, jak lze doložit i histogramy (Příloha 5). Hodnoty šikmosti (skewness) a špičatosti (kurtosis) poskytly další údaje o nenormálním tvaru rozložení dat. Konkrétní hodnoty je možné vidět v tabulce 3 v sekci Výsledky. Vzhledem k vysokému počtu respondentů ($N = 324$) a centrální limitní větě, která říká, že vzorek nad 30 respondentů má normální rozložení (Field, 2018), byla zvolena parametrická verze analýzy rozptylu pro opakovaná měření (Repeated Measures ANOVA) pro vyhodnocení rozdílů mezi čtyřmi

skupinami návykových látek. Tukeyho HSD (Honestly Significant Difference) test byl použit k úpravě vícenásobných srovnání, čímž byla zajištěna robustnost zjištění. K ověření faktorů ovlivňujících výsledný skóre RIBS byla využita regresní analýza. Jako závislá proměnná byl zvolený skóre RIBS. Prediktory byly upraveny a dichotomizovány. Hladina významnosti byla stanovena na 5 %.

5.5. Etika výzkumu

Informovaný souhlas byl získán na začátku dotazníku viz příloha 1. Účely studie a její postupy byly jasně vysvětleny, dotazník byl představen a bylo řečeno pro jaký účel budou sesbíraná data použita. Účast ve studii byla dobrovolné povahy, čímž bylo zajištěno, že se jednotlivci mohli o své účasti informovaně rozhodnout. Anonymita a ochrana osobních údajů byla zajištěna tím, že nebyla sbírána data, která respondenty identifikují a výsledky byly zpracovány hromadně. Studie byla navržena tak, aby minimalizovala potenciální rizika, zejména při řešení citlivých témat.

6. Výsledky

V následující kapitole budou prezentovány výsledky statistických analýz a testování hypotéz. Nejdříve bude uvedena deskriptivní statistika.

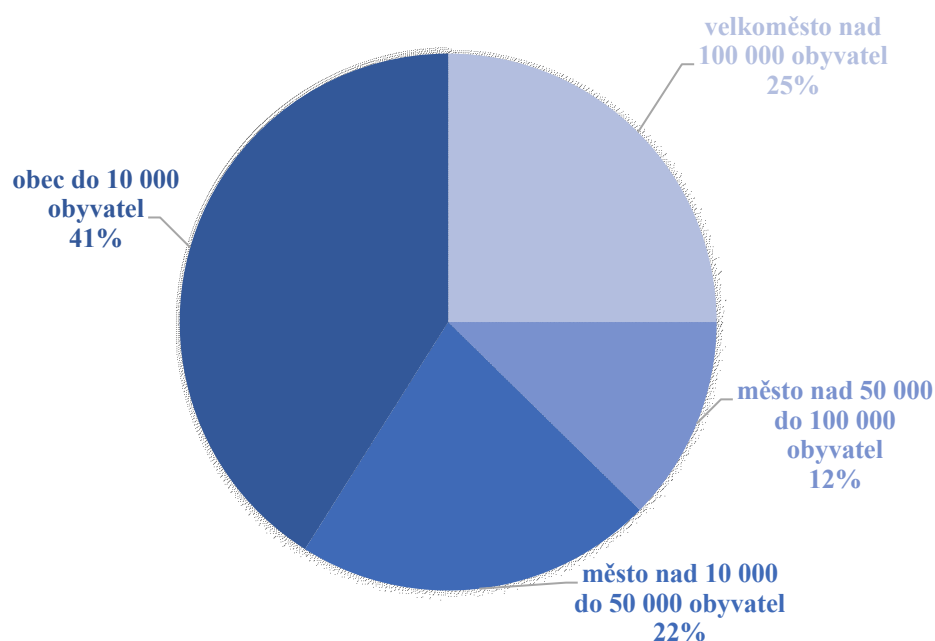
6.1. Popis výzkumného souboru

Před nástupem na lékařskou fakultu studovala většina respondentů gymnázium (83.95 %). 8.95 % respondentů studovalo jiný obor na vysoké škole, 6.79 % střední školu a 0.31 % VOŠ. Vzhledem k tomu, že většina respondentů pocházela z gymnázií, bylo zaměření jejich předchozího vzdělání všeobecné. 7.1 % respondentů získalo zdravotnické vzdělání. Zbývající respondenti měli před studiem medicíny například přírodovědné ($N = 18$), technické ($N = 6$) či jiné ($N = 7$) vzdělání.

Co se týká místa bydliště, nejvíce respondentů žije v obci do 10 000 obyvatel a nejméně respondentů ve městě o velikosti 50-100 tisíc obyvatel, jak ukazuje graf 3 níže.

Graf 3

Respondenti podle velikosti místa bydliště ($N = 324$)



Osobní zkušenost se závislostí na psychoaktivních látkách uvedlo 11 % respondentů. Zkušenost se závislostí blízké osoby uvedlo 53 %. 37 % odpovědělo, že závislost znají jen z médií. A 30.5 % označilo, že znají problematiku závislosti ze studia nebo práce.

6.2. Míra reportovaného chování podle typu užívané návykové látky

V tabulce 1 a 2 jsou uvedeny četnosti odpovědí na otázky 1-4 dotazníku RIBS týkající se zkušeností respondentů s lidmi závislými na různých látkách, konkrétně na alkoholu, marihuaně, kokainu a pervitinu. Respondenti odpovídali, zda žijí s osobami, které jsou na těchto látkách závislé, pracují s nimi, žijí v jejich sousedství, nebo se s nimi přátelí.

Tabulka 1

Vyhodnocení položek 1-4 RIBS pro alkohol a marihuanu

	Alkohol			Marihuana		
	Ano	Ne	Nevím	Ano	Ne	Nevím
Žít*	61	255	8	33	279	12
Pracovat*	37	256	31	73	212	39
Mít souseda/ku*	86	161	77	53	206	65
Mít kamaráda/ku*	69	231	24	144	142	38

Pozn.: *s osobou závislou na / se závislostí na

Tabulka 2

Vyhodnocení položek 1-4 RIBS pro kokain a pervitin

	Kokain			Pervitin		
	Ano	Ne	Nevím	Ano	Ne	Nevím
Žít*	2	314	8	5	312	7
Pracovat*	10	296	19	6	296	22
Mít souseda/ku*	7	297	41	13	272	39
Mít kamaráda/ku*	27	280	17	29	279	16

Pozn.: *s osobou závislou na / se závislostí na

Jen 18.8 % žilo nebo žije s někým se závislostí na alkoholu, 10 % s osobou závislou na marihuaně. 11.4 % respondentů pracovalo s osobou závislou na alkoholu a 22.5 % se závislým na marihuaně. 26.5 % respondentů vědělo o někom v sousedství závislém na alkoholu a 16.4 % o někom na marihuaně. Minimum respondentů uvedlo, že žili, pracovali či bydleli v sousedství s lidmi závislými na kokainu a pervitinu. Je zajímavé, že 44.4 % studentů (ve věku okolo 20 let) má nebo mělo kamaráda/ku se závislostí na marihuaně,

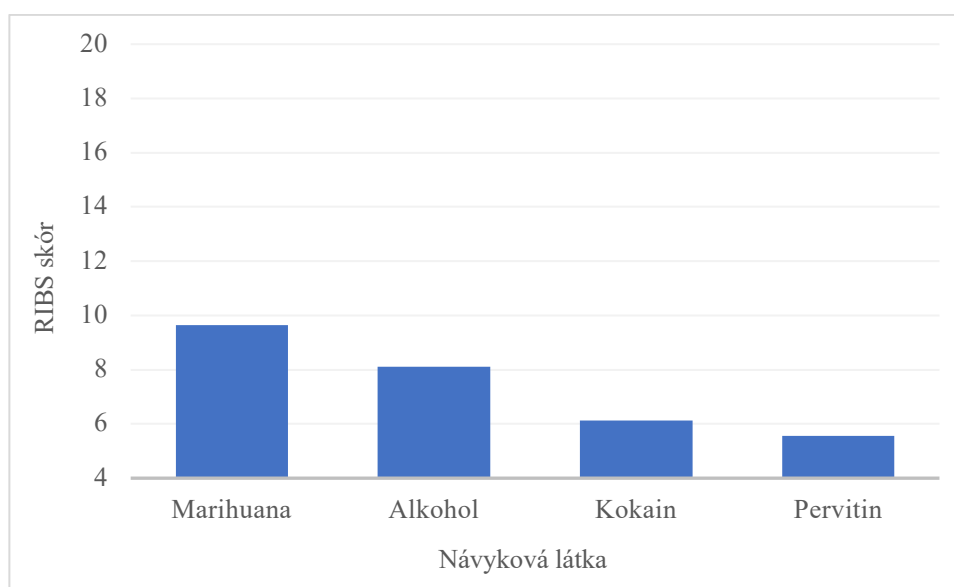
21.3 % má kamaráda se závislostí na alkoholu, skoro 9 % má kamaráda se závislostí na pervitinu a 8.3 % na kokainu.

6.3. Míra diskriminace osob podle typu užívané návykové látky

Pro kontext bude nejprve představeno srovnání průměrů celkových skóre RIBS indikujících postoje k osobám s rozličnými závislostmi pomocí deskriptivní statistiky a grafu. Ve vzorku 324 respondentů byly analyzovány výsledky průměrného skóre v dotazníku RIBS týkající se postojů k osobám závislým na čtyřech návykových látkách. Průměrné skóre se nacházejí v rozmezí 4-20 bodů, kde vyšší hodnota znamená příznivější (méně stigmatizující) postoje k osobám s danou závislostí. Na grafu 4 je vidět, že z dvacetibodové škály nedosahuje ani jedna substance deseti bodů, což ukazuje, že na osoby se závislostí je obecně pohlíženo negativně.

Graf 4

Průměry celkových skóre RIBS pro jednotlivé substance



Tabulka 3 ukazuje, že marihuana má nejvyšší průměrný skór, 9.65 ($SD = 4.25$) ze všech čtyř látek, což ukazuje na pozitivnější či méně negativní a stigmatizující postoje k osobám se závislostí na marihuaně. Následuje alkohol s průměrným skórem 8.10 ($SD = 2.96$). V případě kokainu byl průměrný skór 6.12 ($SD = 3.20$). Pervitin má nejnižší průměr z daných látek, 5.56 ($SD = 2.63$), ukazující, že postoje vůči osobám závislým na pervitinu jsou nejnegativnější.

Tabulka 3

Popisné charakteristiky skórů RIBS pro jednotlivé substance

	N	μ	Medián	SD	Min	Max	Šikmost		Špičatost	
							Šikmost	SE	Špičatost	SE
Alkohol	324	8.10	8.00	2.96	4.00	20.0	1.16	.14	1.78	.27
Marihuana	324	9.65	9.00	4.25	4.00	20.0	.45	.14	-.73	.27
Kokain	324	6.12	5.00	3.20	4.00	20.0	2.13	.14	4.92	.27
Pervitin	324	5.56	4.00	2.63	4.00	20.0	2.73	.14	9.39	.27

Pro vyhodnocení rozdílů mezi čtyřmi skupinami návykových látek a ověření hypotézy H1a byla provedena analýza rozptylu pro opakovaná měření. Analýza odhalila statisticky významný vliv návykové látky na celkový skór RIBS, $F(3, 960) = 202.92$; $p < .001$; $\eta^2 = .19$. Výsledky indikují, že existují statisticky signifikantní rozdíly v postojích k osobám s různými látkovými závislostmi (alkohol, marihuana, pervitin a kokain).

Po identifikaci významných celkových účinků bylo provedeno post hoc porovnání, viz tabulka 4, které se používá k určení, které konkrétní skupiny se od sebe významně liší. Post hoc analýza odhalila, že všechna párová srovnání mezi látkami byla statisticky významná ($p < .001$), což podporuje hypotézy H1a a H1b. Studenti medicíny prokázali významně nižší úroveň stigmatizujících postojů k osobám se závislostí na marihuaně ve srovnání s postoji vůči jedincům závislým na alkoholu, pervitinu nebo kokainu.

Tabulka 4

Rozdíly mezi substancemi

Porovnání		Průměrný rozdíl	SE	df	t	p _{Tukey}
Návyková látka	Návyková látka					
Marihuana	- Alkohol	1.66	.22	320	7.67	<.001
	- Kokain	3.55	.23	320	15.86	<.001
	- Pervitin	4.32	.24	320	18.23	<.001
Alkohol	- Kokain	1.90	.18	320	10.59	<.001
	- Pervitin	2.67	.14	320	19.16	<.001
Kokain	- Pervitin	.77	.14	320	5.57	<.001

6.4. Faktory ovlivňující výsledný skór RIBS

Pro ověření hypotéz H2a-H2e a H3a-H3d, jak různé faktory ovlivňují výsledný skór RIBS u jednotlivých látek, byla použita regresní analýza. Byly vytvořeny dva modely regresní analýzy. První model se sociodemografickými charakteristikami (pohlaví, velikost bydliště, předchozí zdravotnické vzdělání, osobní zkušenost se závislostí, zkušenost blízkého se závislostí) je prezentován v tabulce 5.

Tabulka 5*Regresní analýza Model I: Sociodemografické charakteristiky*

Celkové skóry RIBS	Model	Nestandardizované koeficienty		β	p	R ²
		B	Standardní chyba			
Alkohol	Pohlaví	-.806	.382	-.275	.036	.027
	Velikost bydliště	-.014	.134	-.006	.918	
	Zdravotnické vzdělání	.632	.635	.216	.320	
	Zkušenost osobní	-.386	.516	-.132	.455	
	Zkušenost blízkého	-.501	.326	-.171	.125	
Marihuana	Pohlaví	-1.144	.554	-.269	.040	.026
	Velikost bydliště	.143	.194	.041	.461	
	Zdravotnické vzdělání	1.121	.921	.264	.225	
	Zkušenost osobní	.058	.749	.014	.938	
	Zkušenost blízkého	-.546	.473	-.128	.249	
Kokain	Pohlaví	-1.039	.415	-.326	.013	.034
	Velikost bydliště	-.051	.145	-.020	.724	
	Zdravotnické vzdělání	.270	.689	.085	.695	
	Zkušenost osobní	-.317	.560	-.099	.572	
	Zkušenost blízkého	-.712	.354	-.223	.045	
Pervitin	Pohlaví	-.251	.341	-.096	.462	.025
	Velikost bydliště	-.066	.119	-.031	.579	
	Zdravotnické vzdělání	.571	.566	.219	.314	
	Zkušenost osobní	-.491	.460	-.188	.287	
	Zkušenost blízkého	-.656	.291	-.251	.025	

Procento vysvětlené variability je velice nízké u všech modelů (alkohol = 2.7 %; marihuana = 2.6 %; kokain = 3.4 %; pervitin = 2.5 %).

Celkové p-hodnoty modelů (alkohol = .12, marihuana = .13, pervitin = .15) naznačují, že celková shoda modelů není statisticky významná na úrovni signifikance $p < .05$. Neexistuje tedy dostatek statistických důkazů pro závěr, že sociodemografické charakteristiky významně předpovídají závislou proměnnou, celkový skóre RIBS aneb míru stigmatizace. Jediný regresní model kokainu s $p = .053$ se blíží hranici zvolené statistické významnosti. Naznačuje to, že mezi prediktory a skórem RIBS může existovat slabý vztah.

Když se podíváme na jednotlivé modely, u alkoholu a marihuany má signifikantní vliv pohlaví na celkový skóre RIBS. U kokainu se prokázal vliv, jak pohlaví, tak zkušenosti blízkého se závislostí. U pervitinu má signifikantní negativní vliv zkušenost blízkého se závislostí. Být ženou má negativní signifikantní vliv na RIBS skóre. To znamená, že ženy mají méně tolerantní postoje k osobám se závislostí na alkoholu, marihuaně a kokainu než muži. A zároveň, mít zkušenost s blízkým se závislostí na kokainu či pervitinu signifikantně snižuje celkový skóre RIBS, což znamená, že lidé s touto zkušeností mají méně tolerující postoje. Na základě těchto dat byla vyvrácena hypotéza 2a (Ženy mají méně stigmatizující postoje než muži.). V našem souboru mají muži méně stigmatizující postoje než ženy. Tento vliv byl prokázán u alkoholu, marihuany a kokainu, kde mělo pohlaví významný vliv. Dále byla vyvrácena hypotéza 2e (Zkušenost blízkého se závislostí bude spojena s tolerantnějšími postoji k těmto osobám.), vzhledem k tomu, že se u kokainu a pervitinu ukázalo, že zkušenost s blízkým se závislostí je spojena s méně tolerantnějšími postoji. Faktory bydliště, zdravotnického vzdělání a osobní zkušenosti pro hypotézy 2b, 2c a 2d neměly vliv na míru stigmatizace. Demografické charakteristiky mají celkově nízké procento vysvětlené variability, což poukazuje na to, že neovlivňují zásadně míru stigmatizace osob se závislostí na různých látkách. Roli hrají i jiné faktory, na které se podíváme v diskuzi.

Druhý model se zaměřuje na otázky z dotazníku RIBS 1-4 týkající se zkušeností respondentů s lidmi závislými na různých látkách (žít, pracovat, žít v sousedství, přátelit se s osobami, které jsou na těchto látkách závislé). Četnosti odpovědí na tyto otázky je možné vidět v tabulce 1 v kapitole 6.2. Respondenti odpovídali na zkušenostní otázky pomocí tří možností: ano, ne, nevím. Do tohoto modelu byly použity jen odpovědi „ano“ a „ne“. Položka „nevím“ byla vyřazena z toho důvodu, že může být respondentem interpretována velmi různě. Dále byla regresní analýza provedena jen s látkami alkohol a marihuana, jelikož četnosti odpovědí „ano“ u zbylých dvou látek, pervitinu a kokainu, byly velice nízké.

Tabulka 6 ukazuje, že u alkoholu má signifikantní vliv na celkový skóre RIBS to, zda respondent pracoval s někým s alkoholovou závislostí. U marihuany se objevuje stejný statisticky signifikantní efekt v pracovním prostředí. Efekt práce s lidmi se závislostí na alkoholu či marihuaně je pozitivně signifikantně korelován s RIBS skórem. Hypotézu 3b na základě těchto údajů přijímáme. Dále má u marihuany pozitivní významný vliv i to, zda měli respondenti za kamaráda osobu závislou na marihuaně, což podporuje hypotézu 3d, která říká, že zkušenost s kamarádstvím bude spojena s tolerantnějšími postoji. Proměnné soužití a sousedství pro hypotézy 3a a 3c vyšly nesignifikantně.

Tabulka 6*Regresní analýza Model II: RIBS otázky 1-4*

Celkové skóry RIBS	Model	Nestandardizované koeficienty		β	p	R ²
		B	Standardní chyba			
Alkohol	Žít s někým se závislostí	-.38	.55	-.13	.50	.05
	Pracovat s někým se závislostí	1.83	.60	.63	.003	
	Žít v sousedství někoho se závislostí	-.34	.44	-.12	.12	
	Mít kamaráda/ku se závislostí	-.67	.51	-.23	.19	
Marihuana	Žít s někým se závislostí	-.06	.97	-.01	.95	.15
	Pracovat s někým se závislostí	3.20	.77	.70	< .001	
	Žít v sousedství někoho se závislostí	-1.04	.78	-.23	.19	
	Mít kamaráda/ku se závislostí	1.76	.64	.39	.006	

Model na alkohol ($p = .04$) ukazuje, že celková shoda modelu je statisticky významná, což naznačuje, že alespoň některé z predikčních proměnných mají nenulový vztah k závislé proměnné. Model na marihuanu ($p < .001$) naznačuje, že celková shoda modelu je vysoce statisticky významná. Existuje velmi vysoká pravděpodobnost, že pozorovaný vztah mezi predikčními proměnnými a závislou proměnnou v tomto modelu není způsoben náhodou. Avšak procento vysvětlené variability je nízké u alkoholu (5 %), i když vyšší než u sociodemografických faktorů v přechozím modelu. Výrazně větší procento vysvětlené variability se objevuje u marihuany (15 %).

6.5. Porovnání návykových látek

V této části práce je prezentovaná vizualizace výsledků otázky, kde respondenti seřadili pravděpodobnost vyzkoušení různých návykových látek, přičemž číslo 1 znamená nejvyšší pravděpodobnost a č. 12 nejnižší. Pro vizualizaci byla použita tepelná mapa a sloupcový graf.

Předložená tepelná mapa, graf 5, objasňuje predispozice účastníků průzkumu k experimentování s různými psychoaktivními látkami. Z grafu je vidět rozložení pravděpodobnosti vyzkoušení dané látky. Respondenti by nejpravděpodobněji vyzkoušeli alkohol, marihuanu a kratom. Po těchto látkách následují houbičky, LSD, extáze (MDMA), benzodiazepiny a ketamin. A spíše by nevyzkoušeli kokain, pervitin a fentanyl. Na poslední příčce nejčastěji uváděli heroin. Je patrné, že alkohol je v drtivé většině vnímán jako nejpřístupnější látka. Většina respondentů označila alkohol za látku, kterou s největší pravděpodobností vyzkouší (1), což naznačuje vysoké číslo ($N = 278$) a tmavě zelená barva buňky. S rostoucím pořadím dochází k prudkému poklesu čísel, což ukazuje, že jen málo respondentů považuje alkohol za něco méně pravděpodobného na vyzkoušení. Marihuana se ukazuje jako druhá nejpravděpodobnější vyzkoušená látka po alkoholu, což naznačuje výrazná kumulace účastníků ($N = 191$), kteří jí přiřadili pořadí číslo 2. Zajímavé je, že u kratomu je vysoká koncentrace respondentů, kteří ho zařadili na střední pozice (4, 5, 6), což naznačuje střední pravděpodobnost vyzkoušení a určitou míru otevřenosti účastníků vůči vyzkoušení této látky. LSD vykazuje poměrně rovnoměrné rozložení na středních příčkách (3 až 8), což odráží smíšené vnímání pravděpodobnosti jeho vyzkoušení. Látky jako kokain a pervitin se nacházejí zejména na dolním konci pravděpodobnostního spektra (11. a 12. místo), což se na tepelné mapě projevuje koncentrací oranžové a červené barvy. To svědčí o nižší pravděpodobnosti vyzkoušení těchto látek. Další silnější drogy jsou na nižších příčkách, což naznačuje vyšší opatrnost vůči jejich vyzkoušení. Tepelná mapa slouží jako vizuální znázornění různých stupňů vnímavosti vůči experimentování s látkami a může být užitečná pro pochopení vnímání a postojů k užívání návykových látek.

Graf 5

Pořadí návykových látek podle pravděpodobnosti jejich užití

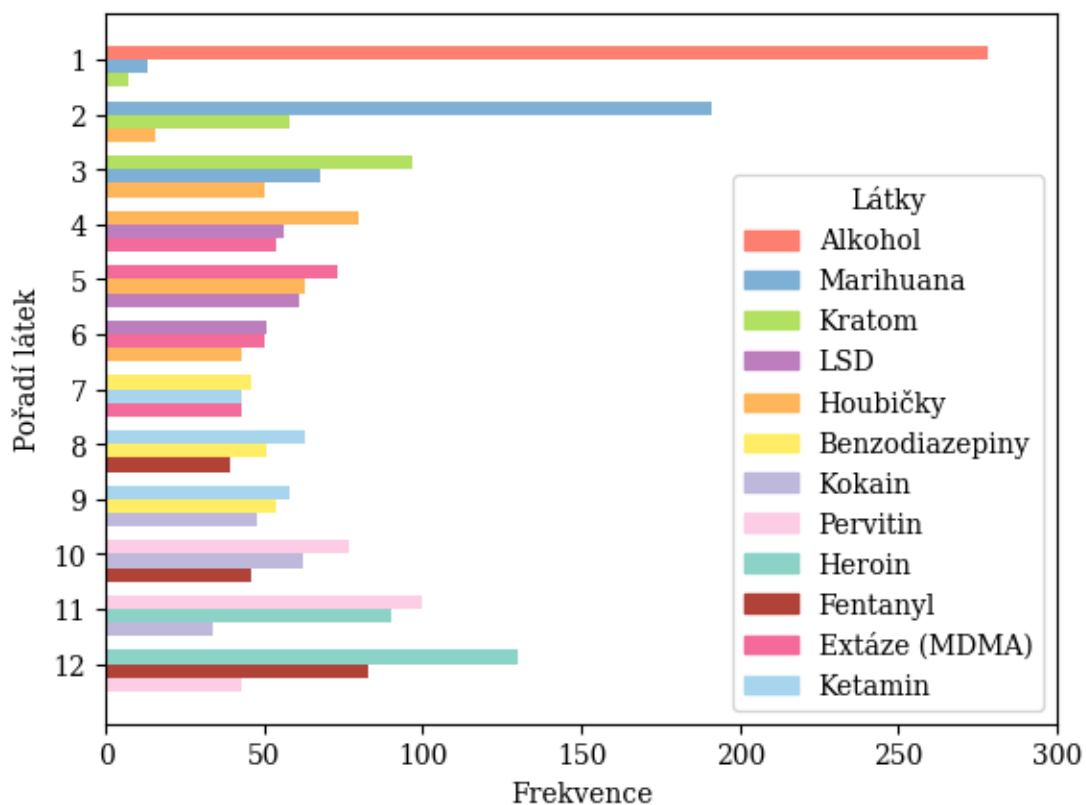
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Alkohol	278	13	8	1	1	4	2	0	1	0	1	1
Marihuana	13	191	68	18	8	3	1	0	2	1	3	0
Kratom	7	58	97	30	17	25	18	20	14	9	4	8
LSD	2	7	23	56	61	51	39	26	22	7	7	5
Houbičky	3	16	50	80	63	43	22	14	6	5	4	1
Benzodiazepiny	0	13	19	25	22	35	46	51	54	20	16	6
Kokain	2	3	12	12	22	21	40	34	48	62	34	16
Pervitin	0	0	7	3	2	13	12	23	26	77	100	43
Heroin	0	4	0	4	4	8	6	8	18	34	90	130
Fentanyl	2	1	0	6	6	22	34	39	40	46	27	83
Extáze	3	2	18	54	73	50	43	28	17	7	7	4
Ketamin	0	1	5	18	27	31	43	63	58	38	13	9

Pozn.: Pozice 1 znamená látku, kterou by respondenti spíše vyzkoušeli a pozice 12 látku, kterou by spíše nevyzkoušeli.

Sloupcový graf (graf 6) poskytuje alternativní vizualizaci údajů z otázky týkající se pravděpodobnosti vyzkoušení různých látek respondenty. Graf vymezuje četnost každého pořadí pro tři látky, které respondenti na každé pozici zvolili jako nejčastější. Z grafu 6 je vidět, že alkohol dominuje na prvním místě jako látka, která je vnímaná jako nejpříjemnější volba na vyzkoušení. Druhá v pořadí je marihuana. Naproti tomu je patrná všeobecná nechuť k látkám, jako je heroin a fentanyl, které jsou jen zřídka preferovány. Látky jako kratom, LSD a houbičky vykazují rozptýlenější rozložení, což naznačuje polarizaci v jejich vnímání, přičemž žádná jednotlivá pozice nekumuluje dominantní frekvenci. Tento vzorec rozložení značí heterogenější postoj respondentů k těmto látkám.

Graf 6

Nejčastěji volené látky na stupnici preference 1 až 12



Pozn.: Osa y obsahuje pozice 1-12, kde 1 znamená látku, kterou by respondenti spíše vyzkoušeli a 12 látku, kterou by spíše nevyzkoušeli.

7. Diskuse

Cílem výzkumné části této práce bylo zjistit, zda existuje rozdíl v míře stigmatizujících postojů a zamýšleného diskriminačního chování vůči lidem s různými závislostmi (na alkoholu, marihuaně, kokainu a pervitinu) mezi studenty medicíny, jakožto budoucími zdravotnickými profesionály. Studenti medicíny se posléze často nacházejí v ideální pozici pro identifikaci osob s poruchami způsobenými užíváním návykových látek a mohou jim tak poskytnout informace o snižování rizik a o možnostech léčby. Z těchto důvodů je důležité u nich zkoumat stigma a postoje a následně vyvíjet a vyhodnotit efektivitu intervencí.

Statistická analýza odhalila signifikantní rozdíly ($p < .001$, $\eta^2 = .19$) v postojích studentů medicíny k lidem s různými typy závislostí, měřených skórem RIBS. Studenti medicíny projevovali významně nižší úroveň stigmatizujících postojů vůči osobám se závislostí na marihuaně ve srovnání s jedinci závislými na ostatních zkoumaných látkách. Po marihuaně následují jedinci se závislostí na alkoholu, poté na kokainu, a nakonec na pervitinu. Data z bakalářské práce, zabývající se tím, jaké látky studenti obecně nejvíce konzumují (Kunová, 2019), podporují naše výsledky ohledně postojů k daným látkám. Zjištěno bylo, že téměř 99 % studentů vyzkoušelo alkohol, 68 % konopí, 9 % kokain a 6 % pervitin. Tento vzorec konzumace koreluje s námi pozorovanými postoji, což naznačuje, že méně populární látky vyvolávají více stigmatizující postoje. Podobně i výsledky z otázky, kdy respondenti řadili návykové látky podle jejich pravděpodobnosti vyzkoušení, ukazují, že alkohol a marihuanu vnímají jako méně rizikové, a tudíž by tyto látky spíše vyzkoušeli, což vede k mírnějším postojům k jejich uživatelům. Zajímavé je, že alkohol je nejvíce konzumovanou látkou, přesto jsou nejvíce tolerantní postoje k marihuaně. Tento rozpor může být způsoben tím, že si jedinci snadněji představí někoho závislého na alkoholu než na marihuaně, vzhledem k tomu, že závislost na alkoholu je v naší společnosti běžnější a viditelnější, a každý má představu o důsledcích, které alkoholismus přináší. Z údajů o reportovaném chování vyplývá, že v sociálních kruzích respondentů se častěji vyskytuje závislost na alkoholu a marihuaně než na pervitinu nebo kokainu. Podle míry reportovaného chování v sousedství lidé nejvíce vědí o závislosti na alkoholu, pravděpodobně proto, že je to nejčastější závislost u nás (Chomynová et al., 2023) a proto, že pro 90 % dospělých je příležitostné nebo pravidelné konzumování alkoholu přijatelné (Chomynová et al., 2024).

Mírnější postoje k marihuaně mohou být způsobeny tím, že mladí lidé k ní mají méně kritické postoje než starší generace. Mladí ji mohou vnímat jako projev svobody a moderní

doby, protože je v některých zemích legální. Lépe přijímaná může být i proto, že bývá v některých případech brána jako léčivo. Marihuana není považována za tvrdou drogu a lidé si často neuvědomují rizika a následky jejího užívání. Ve studii od Haroun El Rasheed et al. (2016) měla marihuana mezi skupinou studentů medicíny nejvyšší skóre známosti a nejnižší skóre vnímané nebezpečnosti, strachu a sociální distance, což naznačuje nižší stigmatizaci ve vztahu k ostatním látkám (alkohol, heroin, tramadol). Kokain a pervitin jsou studenty vnímány jako rizikové látky, přičemž pervitin je považován za nebezpečnější, což se shoduje s postoji vykázanými v RIBS skóre. Kokain je považován za tvrdší drogu, se závažnými finančními problémy pro uživatele, i když nemá tak devastující dopady jako pervitin, který je považován za tvrdou drogu stejně jako heroin, s typickým uživatelem kategorizovaným jako „smažka“. Podle Haroun El Rasheed et al. (2016) heroin získal v jejich studii nejvyšší skóre vnímané nebezpečnosti a sociální distance, což značí vysokou míru stigmatizace a podporuje tak naše zjištění.

Dalším cílem bylo zjistit vliv sociodemografických charakteristik na výsledný skór RIBS, tedy míru stigmatizace. Výsledky byly opačné, než jsme předpokládali. V našem výzkumu se ukázalo, že být ženou znamená mít méně tolerantní postoje k osobám se závislostí na alkoholu ($p = .036$; $R^2 = .027$), marihuaně ($p = .040$; $R^2 = .026$) a kokainu ($p = .013$; $R^2 = .034$) ve srovnání s muži. Tento výsledek se významně liší od studií zkoumajících stigmatizaci duševních onemocnění, kde bylo zjištěno, že ženy mají obecně méně stigmatizující postoje k těmto jedincům (Corrigan & Watson, 2007; Crisp et al., 2005; Aromaa et al., 2010; Stuber et al., 2014; Janoušková et al., 2017; Winkler et al., 2014). Je zjevné, že závislosti jsou vnímány jinak než duševní onemocnění, i když formálně spadají do této kategorie. Muži mohou být obecně tolerantnější k užívání návykových látek, protože jsou častěji jejich uživateli. Prevalence užívání návykových látek je podle Chomynová et al. (2024) vyšší u českých mužů než u žen. Ženy mají větší strach z lidí se závislostí na alkoholu, marihuaně a heroinu, jak ukazuje turecká studie, která zkoumala postoje studentů medicíny a jiných oborů (Topkaya et al., 2021). Egyptské studentky medicíny ve srovnání se studenty vykazovaly vysoce statisticky významnou vnímanou nebezpečnost u tramadolu, alkoholu, heroinu, marihuany (Haroun El Rasheed et al., 2016). Významné rozdíly mezi pohlavími podtrhují důležitost zohlednění pohlaví při vytváření intervencí zaměřených na snížení stigmatizace související s užíváním návykových látek.

Sociodemografické charakteristiky (pohlaví, velikost bydliště, zdravotnické vzdělání, osobní či zkušenost blízkého s osobou se závislostí) mají v regresní analýze celkově nízké procento vysvětlené variability podobně jako ve studii od Aromaa et al. (2010). To může

naznačovat, že proměnné ovlivňující stigmatizaci jsou velmi individuální a dosud málo probádané. Míru stigmatizace mohou ovlivňovat jiné faktory, jako reálná i vnímaná nebezpečnost látky, státní politika a legislativa, kulturní a společenské normy, zobrazení stigmatizované skupiny v médiích, ale i osobnostní rysy jako je empatie a tolerance vůči odlišnostem.

Dále se ukázalo, že mít zkušenost s blízkým se závislostí na nespécifikované látce znamená mít méně tolerující postoje k lidem závislým na kokainu ($p = .045$; $R^2 = .034$) či pervitinu ($p = .025$; $R^2 = .025$), což vyvrací naši hypotézu, která byla postavena na zjištěních, že zkušenost s blízkým se závislostí snižuje míru stigmatizace u studentů (Lev-Ran et al., 2016; van Boekel et al., 2013). Kokain a pervitin nejsou běžné populaci tak blízké drogy jako alkohol a marihuana, tudíž se k nim pravděpodobně váže více předsudků. Náš výsledek podporuje data ze studie od Abuhammad et al. (2022), která odhalila, že více zkušeností s jedinci se závislostí vede k negativnějším a více diskriminačním postojům.

Co se týče konkrétních návykových látek, byly podpořeny hypotézy, kdy efekt práce a zkušenost s kamarádstvím s lidmi se závislostí na alkoholu či marihuaně jsou spojeny s tolerantnějšími postoji. To koreluje s výsledky od Lev-Ran et al. (2016), kdy osobní zkušenost s užíváním některé látky a zkušenost s blízkým se závislostí snižují míru stigmatizace u studentů. Přispívá k tomu skutečnost, že k těmto dvěma látkám jsou obecně tolerantnější postoje než ke kokainu a pervitinu. Konzumaci alkoholu vnímají lidé jako přijatelnou a marihuanu vyzkoušelo minimálně jednou 28–38 % mladých studentů (Chomynová et al., 2024). Mnohem víc lidí s nimi má zkušenost osobní či jejich blízkého, což podporují i naše data, kdy 44.4 % studentů uvedlo, že má nebo mělo kamaráda/ku se závislostí na marihuaně. U alkoholu to bylo 21.3 %, což odpovídá údajům o 17-19 % obyvatel ČR pijících rizikově, které uvádí Národní monitorovací středisko pro drogy a závislost (Chomynová et al., 2023). Přítomnost závislostí v pracovním prostředí byla studenty uváděna méně (11.4 % u alkoholu, 22.5 % u marihuany), což může souviset s tím, že naším vzorkem byli studenti, a ještě k tomu medicí, kteří při studiu spíše nestíhají pracovat, a pokud ano, tak se jedná o brigády nárazovějšího typu, takže své kolegy tolik neznají.

Můžeme předpokládat, že stigmatizace uživatelů návykových látek a jejich léčby se bude v České republice postupně snižovat. K tomu přispívá mimo jiné i rozvinutá síť adiktologických služeb, která zahrnuje adiktologické ambulance, denní stacionáře, detoxifikační oddělení v nemocnicích, pobytovou léčbu v nemocnicích a terapeutických komunitách, pilotní centra pro duševní zdraví zaměřující se na klienty se závislostí,

opakovací léčby v nemocnicích, doléčovací centra, kontaktní centra, terénní programy a Národní linku pro odvykání. Rozmanité možnosti léčby přispívají k edukaci veřejnosti o tom, že závislost je nemoc stejně jako ostatní duševní onemocnění, a že vyžaduje léčbu obdobně jako jiná onemocnění.

Zahraniční studie navrhuji různé intervence a způsoby řešení stigmatizace osob se závislostí. Mezi klíčové strategie pro snížení stigmatu ve zdravotnických zařízeních patří edukace a pozitivní kontakt se stigmatizovanou skupinou (Nyblade et al., 2019; Carrara et al., 2019). Intervence by měly probíhat již během studia medicíny (Haroun El Rasheed et al., 2016). Četné studie upozorňují na nedostatek adekvátního vzdělání pro zdravotníky pracující s pacienty se závislostí (van Boekel et al., 2013; Kelleher, 2007) a na potřebu zlepšit a změnit učební osnovy medicínských studií (Moses et al., 2021; Cape et al., 2006; Lev-Ran et al., 2016; Kelleher, 2007; Dupouy et al., 2018). Začlenění školení o užívání návykových látek a snižování škod do studijních osnov je nezbytné (Moses et al., 2021). Je klíčové vzdělávat zdravotnické pracovníky o stigmatizujících postojích a praktikách, které se jich mohou týkat, a také o škodách, které mohou způsobit. Stigmatizace může negativně ovlivnit důvěru, naději, šance na uzdravení a kvalitu života jedinců (Carrara et al., 2019). Studium medicíny je kritickou etapou ve vývoji kompetentních lékařů v posuzování a léčbě problémů spojených s užíváním návykových látek (Cape et al., 2006).

Negativní postoje lze zmírnit lepším vzděláváním, školením a osvětou (van Boekel et al., 2013; Richelle et al., 2022). Zdravotníci, kteří jsou klíčoví pro motivaci pacientů k léčbě, musí být náležitě vyškoleni. Studenti požadují školení založené na reálných zkušenostech, které zlepší jejich sebevědomí v komunikaci s pacienty, zejména skrze školení v empatii a aktivním naslouchání (Cernasev et al., 2022). Informace by měly zahrnovat poučení o onemocněních, stigmatu a jejich vlivu na zdraví (Nyblade et al., 2019). Přístupy participativního učení vyžadují, aby se studenti nebo klienti (případně obě skupiny) aktivně zapojili do intervence (Nyblade et al., 2019). Je však nutné být obezřetný, samotné vzdělávání může být kontraproduktivní, pokud není doprovázeno odpovídající rolou podporou a organizačními změnami (van Boekel et al., 2013). Dovednosti lze posílit aktivitami, které umožní poskytovatelům zdravotní péče osvojit si potřebné kompetence pro práci se stigmatizovanou skupinou (Nyblade et al., 2019). Dovednosti lze posílit aktivitami, které umožní poskytovatelům zdravotní péče osvojit si potřebné kompetence pro práci se stigmatizovanou skupinou (Nyblade et al., 2019).

Jako klíčová strategie pro snížení stigmatizace, předsudků a stereotypů je doporučován pozitivní kontakt se stigmatizovanou skupinou (Carrara et al., 2019). Určité typy kontaktu

s lidmi s poruchami způsobenými užíváním návykových látek, například kontakt na příslušných klinikách a během stáže u praktického lékaře, snižují negativní postoje (Richelle et al., 2022). Kontakt se stigmatizovanou skupinou může spočívat v zapojení členů této skupiny do poskytování intervencí s cílem rozvíjet empatii, humanizovat stigmatizované jedince a odbourávat stereotypy (Nyblade et al., 2019).

7.1. Limity, silné stránky a budoucí směřování výzkumu

Mezi silné stránky tohoto výzkumu patří poměrně velký vzorek 324 respondentů z lékařských fakult po celé České republice. Studie je unikátní v tom, že zkoumá postoje k osobám se závislostí na čtyřech různých látkách. V České republice nebyla nalezena žádná jiná studie zabývající se stigmatizací osob s poruchami způsobenými užíváním návykových látek. Na světové úrovni byla nalezena pouze jedna srovnatelná studie (Haroun El Rasheed et al., 2016).

Jedním z potenciálních omezení této studie je, že dotazníkové šetření nebylo rozesláno pouze studijními odděleními, což znamená, že nelze zaručit, že všichni respondenti skutečně studovali v 1. ročníku medicíny, i když to v dotazníku uvedli. Dalším limitem je možný efekt sociální desirability v sebesposuzovací škále, kterou šetření využívalo. Nicméně, podle Henderson et al. (2012) tento jev mizí při online administraci dotazníků. V budoucím výzkumu by bylo vhodné zahrnout otázky monitorující tento jev. Třetím limitem je nízké procento vysvětlené variability u sociodemografických charakteristik, což naznačuje potřebu přidat další relevantní proměnné.

Do budoucna by se hodilo realizovat další zkoumání v této oblasti, například jak se stigmatizace různých typů závislostí liší v různých ročnících na medicíně. Dále by bylo užitečné zkoumat efektivitu intervencí, které pomáhají snižovat stigma vůči osobám s poruchami souvisejícími s užíváním návykových látek, na studentech medicíny v České republice. Také je potřeba upozornit na existenci škály PSAS (Perceived Stigma of Substance Abuse Scale) od Luoma et al. (2010), kterou by bylo vhodné přeložit a validovat v českém prostředí. V příštích výzkumech je žádoucí užívat slovní spojení „osoba s poruchou způsobenou užíváním návykových látek“ místo „člověk se závislostí“ nejen ve škále RIBS, protože toto spojení využívá méně stigmatizující jazyk (Zwick et al., 2020). Téma stigmatizace osob se závislostí by bylo užitečné detailně prozkoumat také kvalitativním výzkumem, například rozhovory se studenty medicíny.

8. Závěr

Cílem této práce bylo poskytnout komplexní přehled o stigmatizujících postojích zdravotnických pracovníků vůči osobám se závislostí, se zaměřením na studenty medicíny, jejichž postoje lze formovat během studia. Tento výzkum poprvé zhodnocuje postoje studentů prvních ročníků medicíny v České republice k těmto jedincům, zatímco doposud byly zkoumány pouze postoje k duševním onemocněním jako celku.

Stigmatizace duševních onemocnění je přítomna nejen ve společnosti, ale i mezi zdravotnickými profesionály. Stigmatizace osob s látkovou závislostí je specifická a lze ji rozdělit na stigmatizaci uživatelů alkoholu a drog. Závislost je často vnímána negativněji než jiná duševní onemocnění. Míru stigmatizace podle dosavadních studií ovlivňují různé faktory jako pohlaví, věk, vzdělání a osobní zkušenost, což bylo zkoumáno i v této práci, ale procento vysvětlené variability nebylo vysoké. Výzkumy ukazují, že studenti medicíny mají negativní postoje k lidem s poruchami užívání návykových látek, jež vedou ke stigmatizaci těchto pacientů. Tyto postoje přetrvávají i po dokončení studia, pravděpodobně kvůli nedostatku dovedností a nejistotě, jak s těmito pacienty pracovat. Navíc, studenti, kteří získávají více zkušeností s těmito pacienty, vykazují zvýšenou míru stigmatizace. S rostoucími zkušenostmi během studia a praxe se ukazuje, že práce s jedinci se závislostí může být náročná. Vzdělávání v oblasti závislostí, přibývající zkušenosti a v některých případech osobní zkušenost může vést ke snížení míry stigmatizace

Dotazníkové šetření odhalilo statisticky významné rozdíly v postojích studentů medicíny k lidem s různými typy závislostí, měřených skórem RIBS. Studenti medicíny mají nejméně stigmatizující postoje k osobám závislým na marihuaně, následují alkohol, kokain a pervitin. Ženy vykazují méně tolerantní postoje k osobám závislým na alkoholu, marihuaně a kokainu ve srovnání s muži. Dalším významným zjištěním je, že zkušenost s blízkým závislým na kokainu či pervitinu je spojena s méně tolerantními postoji. Naopak práce a přátelství s lidmi závislými na alkoholu či marihuaně jsou spojeny s tolerantnějšími postoji.

Tyto výsledky naznačují, že osobní zkušenost a profesní angažovanost hrají klíčovou roli ve formování postojů studentů medicíny k lidem se závislostí. Mohly by být využity k úpravě studijních plánů na lékařských fakultách, aby studenti lépe poznali oblast adiktologie a práci s těmito klienty. Řešení stigmatizace u mladých doktorů je zásadní pro poskytování kvalitní zdravotní péče, aby v budoucnu neovlivňovali kvalitu a dostupnost péče pro osoby se závislostí.

Reference

- Abuhammad, S., Hatamleh, R., Alrawashdeh, M., Alrabadi, N., Mukattash, T., Abuhammad, M., & Howard, K. (2022). Personal attributes and attitudes to substance use disorder: A study among Jordanian undergraduate medical majors students. *PLOS ONE*, *17*(2), e0263442. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263442>
- Ahern, J., Stuber, J., & Galea, S. (2007). Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, *88*(2–3), 188–196. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.10.014>
- Allport, G. W. (2004). O povaze předsudků = [Orig.: The nature of prejudice] (přeložil Eduard GEISLER). Prostor.
- Andrlová, K., Maierová, E., Myšáková, K., Grepl, M., & Chovancová, F. (2016). Krátká intervence pro uživatele konopí. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. Úřad vlády České republiky. https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/32191/728/metodika_konopi_fin.pdf
- Angermeyer, M. C., & Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: A review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *113*(3), 163–179. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00699.x>
- Aromaa, E., Tolvanen, A., Tuulari, J., & Wahlbeck, K. (2010). Predictors of stigmatizing attitudes towards people with mental disorders in a general population in Finland. *Nordic Journal of Psychiatry*, *65*(2), 125–132. <https://doi.org/10.3109/08039488.2010.510206>
- Bourque, J., & Potvin, S. (2021). Cannabis and cognitive functioning: from acute to residual effects, from randomized controlled trials to prospective designs. *Frontiers in Psychiatry*, *12*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.596601>
- Cape, G., Hannah, A., & Sellman, D. (2006). A longitudinal evaluation of medical student knowledge, skills and attitudes to alcohol and drugs. *Addiction*, *101*(6), 841–849. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01476.x>
- Carpiniello, B., & Pinna, F. (2017). The Reciprocal Relationship between Suicidality and Stigma. *Frontiers in psychiatry*, *8*, 35. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00035>
- Cernasev, A., Kline, K. M., Barenie, R. E., Hohmeier, K. C., Stewart, S., & Forrest-Bank, S. S. (2022). Healthcare Professional Students' Perspectives on Substance Use Disorders and Stigma: A Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(5), 2776. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052776>

- Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*, 6(4), 284–290. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.6.4.284>
- 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>
- Crean, R. D., Crane, N. A., & Mason, B. J. (2011). An Evidence-Based Review of Acute and Long-Term Effects of cannabis use on executive Cognitive Functions. *Journal of Addiction Medicine*, 5(1), 1–8. <https://doi.org/10.1097/adm.0b013e31820c23fa>
- Crisp, A. H., Gelder, M., Rix, S., Meltzer, H., & Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *The British Journal of Psychiatry*, 177(1), 4–7. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.1.4>
- Crisp, A., Gelder, M., Goddard, E., & Meltzer, H. (2005). Stigmatization of people with mental illnesses: A follow-up study within the Changing Minds campaign of the Royal College of Psychiatrists. *World Psychiatry*.
- ČTK. (2012, April 25). Z Bohnic utekl nebezpečný schizofrenik, hledá ho policie. *Novinky*. <https://www.novinky.cz/clanek/krimi-z-bohnic-utekl-nebezpecny-schizofrenik-hleda-ho-policie-152674>
- De Cates, A. N., De Cates, P., Singh, S. P., & Marwaha, S. (2019). Can curriculum design influence medical students' attitudes to psychiatry? A comparison of two different approaches. *Medical Teacher*, 41(8), 939–948. <https://doi.org/10.1080/0142159x.2019.1602253>
- De Hert, M., Correll, C. U., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Cohen, D., Asai, I., Detraux, J., Gautam, S., Möller, H. J., Ndeti, D. M., Newcomer, J. W., Uwakwe, R., & Leucht, S. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 10(1), 52–77. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00014.x>
- Dubreucq, J., Plasse, J., & Franck, N. (2021). Self-stigma in Serious Mental Illness: A Systematic Review of frequency, correlates, and Consequences. *Schizophrenia Bulletin*, 47(5), 1261–1287. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa181>
- Dunbar, R., Launay, J., Wlodarski, R., Robertson, C., Pearce, E., Carney, J., & MacCarron, P. (2016). Functional benefits of (Modest) alcohol consumption. *Adaptive Human Behavior and Physiology*, 3(2), 118–133. <https://doi.org/10.1007/s40750-016-0058-4>

- Dupouy, J., Vergnes, A., Laporte, C., Kinouani, S., Auriacombe, M., Oustric, S., & Rougé Bugat, M.-E. (2018). Intensity of previous teaching but not diagnostic skills influences stigmatization of patients with substance use disorder by general practice residents. A vignette study among French final-year residents in general practice. *European Journal of General Practice*, 24(1), 160–166.
<https://doi.org/10.1080/13814788.2018.1470239>
- Dvořáková, K. (2007). Kontaktní hypotéza v odborné literatuře pojednávající o interetnických vztazích. *Rexter (Časopis Pro Výzkum Radikalismus, Extremismu a Terorismu)*.
https://dl1.cuni.cz/pluginfile.php/929654/mod_resource/content/1/Dvo%C5%99%C3%A1kov%C3%A1%2C%20kontaktn%C3%AD%20hypot%C3%A9za%20rextex_02_2007-3.pdf
- Evans-Lacko, S., Rose, D., Little, K., Flach, C., Rhydderch, D., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2011). Development and psychometric properties of the Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS): a stigma-related behaviour measure. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20(3), 263–271.
<https://doi.org/10.1017/s2045796011000308>
- Farooq, K., Lydall, G. J., & Bhugra, D. (2013). What attracts medical students towards psychiatry? A review of factors before and during medical school. *International Review of Psychiatry*, 25(4), 371–377. <https://doi.org/10.3109/09540261.2013.823855>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.
- Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics*. SAGE Publications Limited.
- Fox, A. B., Earnshaw, V. A., Taverna, E. C., & Vogt, D. (2018). Conceptualizing and Measuring Mental Illness Stigma: The Mental Illness Stigma Framework and Critical Review of Measures. *Stigma and health*, 3(4), 348–376.
<https://doi.org/10.1037/sah0000104>
- Freeman, D., Dunn, G., Murray, R. M., Evans, N., Lister, R., Antley, A., Slater, M., Godlewska, B. R., Cornish, R., Williams, J., Di Simplicio, M., Igoumenou, A., Brenneisen, R., Tunbridge, E. M., Harrison, P. J., Harmer, C. J., Cowen, P. J., & Morrison, P. (2014). How cannabis causes paranoia: Using the intravenous administration of Δ^9 -Tetrahydrocannabinol (THC) to identify key cognitive

- mechanisms leading to paranoia. *Schizophrenia Bulletin*, 41(2), 391–399.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbu098>
- Haroun El Rasheed, A., El Sheikh, M. M., El Missiry, M. A., Hatata, H. A., & Ahmed, N. (2016). Addiction Stigma Among Mental Health Professionals and Medical Students in Egypt. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 15(4), 165–174.
<https://doi.org/10.1097/ADT.0000000000000090>
- Hartl, P. & Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Portál.
- Hartl, P. & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Portál.
- Henderson, C., Evans-Lacko, S., Flach, C., & Thornicroft, G. (2012). Responses to mental health stigma questions: The importance of social desirability and data collection method. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 57(3), 152–160. <https://doi.org/10.1177/070674371205700304>
- 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. *British Journal of Psychiatry Open*, 8(5). <https://doi.org/10.1192/bjo.2022.578>
- Henderson, C., Evans-Lacko, S., & Thornicroft, G. (2013). Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *American Journal of Public Health*, 103(5), 777–780. <https://doi.org/10.2105/ajph.2012.301056>
- Hnilica, K. (2010). Stereotypy, předsudky, diskriminace: (pojmy, měření, teorie). Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum.
- Homer, B. D., Solomon, T. M., Moeller, R. W., Mascia, A., DeRaleau, L. B., & Halkitis, P. N. (2008). Methamphetamine abuse and impairment of social functioning: A review of the underlying neurophysiological causes and behavioral implications. *Psychological Bulletin*, 134(2), 301–310. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.2.301>
- Chomynová, P., Grohmannová, K., Dvořáková, Z., Orlíková, B., Rous, Z., Černíková, T. (2023). *Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2022 [Summary Report of Addictions in the Czech Republic in 2022]*. Chomynová, P. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Chomynová, P., Dvořáková, Z., Grohmannová, K., Orlíková, B., Galandák, D., Černíková, T. (2024). *Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2023 [Summary Report of Addictions in the Czech Republic in 2023]*. Chomynová, P. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Chval, J. (2007). Delirium tremens. *Psychiatrie pro praxi*, 8(6), 254–256.
<https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/06/04.pdf>

- Janoušková, M., Weissová, A., Formánek, T., Pasz, J., & Bankovská Motlová, L. (2017). Mental illness stigma among medical students and teachers. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(8), 744–751. <https://doi.org/10.1177/0020764017735347>
- Janoušková, M., Formánek, T., Bražinová, A., Mílek, P., Alexová, A., Winkler, P., & Motlová, L. B. (2021). Attitudes towards People with Mental Illness and Low Interest in Psychiatry among Medical Students in Central and Eastern Europe. *Psychiatric Quarterly*, 92(1), 407–418. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09817-3>
- Jones, A. R., Cook, T. M., & Wang, J. (2011). Rural–urban differences in stigma against depression and agreement with health professionals about treatment. *Journal of Affective Disorders*, 134(1–3), 145–150. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.05.013>
- Kalina, K. (2003). Drogý a drogové závislosti: mezioborový přístup. Úřad vlády ČR.
- Kelleher, S. (2007). Health care professionals' knowledge and attitudes regarding substance use and substance users. *Accident and Emergency Nursing*, 15(3), 161–165. <https://doi.org/10.1016/j.aen.2007.05.005>
- Kopera, M., Suszek, H., Bonar, E., Myszká, M., Gmaj, B., Ilgen, M., & Wojnar, M. (2015). Evaluating Explicit and Implicit Stigma of Mental Illness in Mental Health Professionals and Medical Students. *Community Mental Health Journal*, 51(5), 628–634. <https://doi.org/10.1007/s10597-014-9796-6>
- Kunová, V. (2019). *Užívání návykových látek studenty vysokých škol ve zkouškovém období*. [Bakalářská práce, Univerzita Karlova]. <https://www.adiktologie.cz/file/554/kunova-bc-2019.pdf>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2013). Labeling and Stigma. In C. S. Aneshensel, J. C. Phelan, & A. Bierman (Ed.), *Handbook of the Sociology of Mental Health* (s. 525–541). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-007-4276-5_25
- Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C., & Collins, P. Y. (2004). Measuring Mental Illness Stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 511–541. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007098>
- Lev-Ran, S., Steinmetz, Y., & Weiser, M. (2016). Attitudes towards substance use and substance use disorders among medical students in Israel. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 23(6), 484–491. <https://doi.org/10.3109/09687637.2016.1167167>
- Luoma, J. B., O'Hair, A. K., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., & Fletcher, L. (2010). The Development and Psychometric Properties of a New Measure of Perceived Stigma

- Toward Substance Users. *Substance Use & Misuse*, 45(1–2), 47–57.
<https://doi.org/10.3109/10826080902864712>
- McKetin, R., Leung, J., Stockings, E., Huo, Y., Foulds, J., Lappin, J., Cumming, C., Arunogiri, S., Young, J. T., Sara, G., Farrell, M., & Degenhardt, L. (2019). Mental health outcomes associated with the use of amphetamines: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*, 16, 81–97.
<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2019.09.014>
- McKetin, R., Lubman, D. I., Najman, J. M., Dawe, S., Butterworth, P., & Baker, A. (2014). Does methamphetamine use increase violent behaviour? Evidence from a prospective longitudinal study. *Addiction*, 109(5), 798–806. <https://doi.org/10.1111/add.12474>
- Mezue, K., Osborne, M. T., Abohashem, S., Zureigat, H., Gharios, C., Grewal, S. S., Radfar, A., Cardeiro, A., Abbasi, T., Choi, K. W., Fayad, Z. A., Smoller, J. W., Rosovsky, R., Shin, L. M., Pitman, R. K., & Tawakol, A. (2023). Reduced Stress-Related neural network activity mediates the effect of alcohol on cardiovascular risk. *Journal of the American College of Cardiology*, 81(24), 2315–2325.
<https://doi.org/10.1016/j.jacc.2023.04.015>
- Modgill, G., Patten, S. B., Knaak, S., Kassam, A., & Szeto, A. C. (2014). Opening Minds Stigma Scale for Health Care Providers (OMS-HC): examination of psychometric properties and responsiveness. *BMC psychiatry*, 14, 120. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-120>
- Moses, T. E., Chammaa, M., Ramos, R., Waineo, E., & Greenwald, M. K. (2021). Incoming Medical Students' Knowledge of and Attitudes Toward People with Substance use Disorders: Implications for Curricular Training. *Substance Abuse*, 42(4), 692–698.
<https://doi.org/10.1080/08897077.2020.1843104>
- Munková, G. (2013). Sociální deviace: přehled sociologických teorií. Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk.
- Nawková, L., Adámková, T., Holcnerová, P., Nawka, A., Bednářová, B., Žuchová, S., Rukavina, T. V., Mioviský, M., & Raboch, J. (2010). Vyobrazení osob s duševním onemocněním v českých, chorvatských a slovenských tištěných médiích. *Česká a slovenská psychiatrie*, 106(6), 351–356.
- Nyblade, L., Stockton, M. A., Giger, K., Bond, V., Ekstrand, M. L., Lean, R. M., Mitchell, E. M. H., Nelson, L. R. E., Sapag, J. C., Siraprasasiri, T., Turan, J., & Wouters, E. (2019). Stigma in health facilities: Why it matters and how we can change it. *BMC Medicine*, 17(1), 25. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1256-2>

- Ocisková, M., & Praško, J. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Grada Publishing.
- Onderka, J. (2024, April 16). Tadeáš Kuběnka skončil v blázinci: Neustál vlastní život – eXtra.cz. *Extra.cz*. <https://www.extra.cz/exot-tadeas-kubenka-definitivne-zesilel-neustal-vlastni-zivot-skoncil-v-blazinci-719ec>
- Pettigrew, T. F., & Tropp, L. R. (2006). A meta-analytic test of intergroup contact theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, *90*(5), 751–783. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.90.5.751>
- Pompili, M., Mancinelli, I., & Tatarelli, R. (2003). Stigma as a cause of suicide. *British Journal of Psychiatry*, *183*(2), 173–174. doi:10.1192/S0007125000162774
- Rao, H., Mahadevappa, H., Pillay, P., Sessay, M., Abraham, A., & Luty, J. (2009). A study of stigmatized attitudes towards people with mental health problems among health professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *16*(3), 279–284. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01369.x>
- Rees, A., Cuthbert, C., Shah, V., Rong, L., Peh, D., Baptista, A., & Smith, S. (2023). Medical student perceptions of mental illness: a cross-sectional transnational study in two medical schools. *BMC Medical Education*, *23*(1). <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04962-2>
- Richelle, L., Dramaix-Wilmet, M., Roland, M., & Kacenenbogen, N. (2022). Factors influencing medical students' attitudes towards substance use during pregnancy. *BMC Medical Education*, *22*(1), 335. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03394-8>
- Roerecke, M., Vafaei, A., Hasan, O. S. M., Chrystoja, B. R., De La Cruz, M. H. C., Lee, R., Neuman, M. G., & Rehm, J. (2019). Alcohol Consumption and Risk of Liver Cirrhosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The American Journal of Gastroenterology*, *114*(10), 1574–1586. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000000340>
- Rost, K., Smith, G. R., & Taylor, J. L. (1993). Rural-Urban differences in stigma and the use of care for depressive disorders. *The Journal of Rural Health*, *9*(1), 57–62. <https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.1993.tb00495.x>
- Sayette M. A. (1999). Does drinking reduce stress? *Alcohol research & health: the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, *23*(4), 250–255.
- Schomerus, G., Leonhard, A., Manthey, J., Morris, J., Neufeld, M., Kilian, C., Speerforck, S., Winkler, P., & Corrigan, P. W. (2022). The stigma of alcohol-related liver disease and

- its impact on healthcare. *Journal of Hepatology*, 77(2), 516–524.
<https://doi.org/10.1016/j.jhep.2022.04.026>
- Schroeder, S., Tan, C. M., Urlacher, B., & Heitkamp, T. (2020). The role of rural and urban geography and gender in community stigma around mental illness. *Health Education & Behavior*, 48(1), 63–73. <https://doi.org/10.1177/1090198120974963>
- Scioli, G. A., Carmona-Torres, J. A., Paniccia, A., Battista, A., Cavicchia, I., & Bishar, R. M. (2015). A study on the perception of the stigma related to drug use in a sample of Italians and Belgians. *Psychology, Society & Education*, 7(1), 1.
<https://doi.org/10.25115/psye.v7i1.536>
- Sippel, L. M., Myers, A. L., Brooks, J. M., Storm, M., Mois, G., & Fortuna, K. L. (2022). Risk and protective factors in relation to early mortality among people with serious mental illness: Perspectives of peer support specialists and service users. *Psychiatric rehabilitation journal*, 45(4), 343–351. <https://doi.org/10.1037/prj0000522>
- Soukup, P., & Kočvarová, I. (2016). Velikost a reprezentativita výběrového souboru v kvantitativně orientovaném pedagogickém výzkumu. *Pedagogická Orientace*, 26(3), 512–536. <https://doi.org/10.5817/pedor2016-3-512>
- Stuart, H., Sartorius, N., Liinamaa, T., & the Images Study Group. (2015). Images of psychiatry and psychiatrists. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 131(1), 21–28.
<https://doi.org/10.1111/acps.12368>
- Stuber, J. P., Rocha, A., Christian, A., & Link, B. G. (2014). Conceptions of Mental Illness: Attitudes of Mental Health Professionals and the General Public. *Psychiatric Services*, 65(4), 490–497. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300136>
- Scheff, T. J. (1974). The Labelling Theory of Mental Illness. *American Sociological Review*, 39(3), 444–452. <https://doi.org/10.2307/2094300>
- Štefunková, M. (2010). *Metamfetamin (pervitin), situace v EU a její globální kontext*. Centrum adiktologie a Sdružení SCAN.
<https://www.adiktologie.cz/file/323/metamfetamin-web.pdf>
- Taylor, S. M., & Dear, M. J. (1981). Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia bulletin*, 7(2), 225–240. <https://doi.org/10.1093/schbul/7.2.225>
- Thornicroft, G. (2011). *Ti, kterým se vyhýbáme: diskriminace lidí s duševním onemocněním*. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.
- Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A., & Sartorius, N. (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination?. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 190, 192–193. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.025791>

- Tobolski, J., Sawyer, D. B., Song, S. J., & Afari, M. E. (2022). Cardiovascular disease associated with methamphetamine use: a review. *Heart Failure Reviews*, 27(6), 2059–2065. <https://doi.org/10.1007/s10741-022-10261-7>
- Topkaya, N., Şahin, E., Krettmann, A. K., & Essau, C. A. (2021). Stigmatization of people with alcohol and drug addiction among Turkish undergraduate students. *Addictive Behaviors Reports*, 14, 100386. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2021.100386>
- ÚZIS (2018). *MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- van Boekel, L. C., Brouwers, E. P. M., van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. L. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 131(1–2), 23–35. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>
- Vrbová, K., Praško, J., Holubová, M., Kamaradová, D., Ocisková, M., Marackova, M., Látalová, K., Grambal, A., Šlepecký, M., & Zaťková, M. (2016). Self-stigma and schizophrenia: a cross-sectional study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, Volume 12, 3011–3020. <https://doi.org/10.2147/ndt.s120298>
- 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*, 30(6), 801–806. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.05.003>
- Winkler, P., Csémy, L., Janoušková, M., & Motlová, L. B. (2014). Stigmatizující jednání vůči duševně nemocným v Česku a Anglii: Dotazníkové šetření na reprezentativním vzorku populace. *Psychiatrie*, 18(2), 54-59.
- Winkler, P., Formanek, T., Mlada, K., Kagstrom, A., Mohrova, Z., Mohr, P., & Csemy, L. (2020). Increase in prevalence of current mental disorders in the context of COVID-19: Analysis of repeated nationwide cross-sectional surveys. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e173. <https://doi.org/10.1017/S2045796020000888>
- Winkler, P., Mladá, K., Janoušková, M., Weissová, A., Tušková, E., Csémy, L., & Evans-Lacko, S. (2016). Attitudes towards the people with mental illness: Comparison between Czech medical doctors and general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(9), 1265–1273. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1263-y>

Zwick, J., Appleseth, H., & Arndt, S. (2020). Stigma: How it affects the substance use disorder patient. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 15(1), 50, s13011-020-00288-0. <https://doi.org/10.1186/s13011-020-00288-0>

Seznam příloh

Příloha 1 Dotazník na postoje studentů lékařských fakult vůči osobám se závislostí

Příloha 2 Využité kontakty k rozeslání výzkumu

Příloha 3 Šablona oslovení o rozeslání dotazníku

Příloha 4 Poster k výzkumu

Příloha 5 Histogramy rozložení celkových skóre RIBS

Přílohy

Příloha 1

Dotazník na postoje studentů lékařských fakult vůči osobám se závislostí

Jmenuji se Eliška Sýkorová a jsem studentkou Katedry psychologie FF UK. Tento dotazník je součástí kvantitativního šetření k mé bakalářské práci.

Vítám Vás u dotazníku zjišťující **postoje u studentů lékařských fakult vůči osobám se závislostí**.

Tohoto výzkumu se mohou zúčastnit **pouze studenti lékařských fakult z prvního ročníku**. Děkuji za pochopení.

Mockrát děkuji za účast!

Informovaný souhlas

Vážená studentko, vážený studente,

tento dotazník je součástí kvantitativního šetření pro bakalářskou práci na Katedře psychologie Filozofické fakulty Univerzity Karlovy.

Vaše účast spočívá ve vyplnění dotazníku, který Vám zabere cca **10 minut času**. Dotazník se skládá z uzavřených otázek. Nejprve zodpovíte otázky sociodemografické a poté se již spustí hlavní dotazník, který se orientuje na postoje vůči osobám se závislostí na 4 různých látkách. Těmi jsou: **alkohol, marihuana, pervitin a kokain**.

Odpovídejte prosím pravdivě a co možná nejkonkrétněji. Zodpovězte prosím všechny otázky. Cílem této studie je objasnit postoje studentů lékařských fakult vůči osobám se závislostí a přispět tak k aktuálnímu poznání v této problematice.

Vaše účast ve studii pro Vás nepředstavuje žádná rizika. Získaná data jsou anonymní a budou zpracována a využita pro akademické účely. Anonymizované výsledky budou po skončení studie rozeslány na e-mailové adresy těm respondentům, kteří o ně projeví zájem na konci tohoto dotazníku. Pokud se rozhodnete ve vyplňování dotazníku již nepokračovat, můžete jej kdykoliv zavřít a ukončit tak svou účast. Neodeslané odpovědi se neukládají a nejsou dále využívány.

Je možné vystavit potvrzení o účasti ve výzkumu.

Potvrzují, že jsem si přečetl/a informace a souhlasím se svou účastí v této dotazníkové studii.

- Ano
- Ne

Sociodemografické údaje

Nyní Vás poprosím vyplnit Vaše sociodemografické údaje.

Uveďte prosím Váš věk. (číslo) _____

Uveďte prosím Vaše pohlaví.

- Muž
- Žena
- Jiné
- Nechci uvádět

Studujete 1. ročník medicíny?

- Ano
- Ne

Kde studujete medicínu?

- LF, UK Praha
- LF, UK, Praha
- LF, UK, Praha
- Lékařská fakulta, MU, Brno
- Lékařská fakulta, OU, Ostrava
- Lékařská fakulta, UK, Hradec Králové
- Lékařská fakulta, UK, Plzeň
- Lékařská fakulta, UPOL, Olomouc
- Jiné: _____

Jakou školu jste studoval/a před nástupem na lékařskou fakultu?

- Gymnázium
- Střední škola
- Jiný obor na vysoké škole
- VOŠ
- Jiné: _____

Na jaké zaměření byla škola zmíněná v předchozí otázce?

- Technické
- Zdravotnické
- Sociální
- Umělecké
- Pedagogické
- Průmyslové
- Ekonomické
- Všeobecné
- Jiné: _____

Z jakého pocházíte kraje?

- Hlavní město Praha
- Jihočeský kraj
- Jihomoravský kraj
- Karlovarský kraj
- Královehradecký kraj
- Liberecký kraj
- Moravskoslezský kraj
- Olomoucký kraj
- Pardubický kraj
- Plzeňský kraj
- Středočeský kraj
- Ústecký kraj
- Vysočina
- Zlínský kraj

Jaká je velikost bydliště, ve kterém jste převážně žili v posledních 10 letech?

- obec do 10 000 obyvatel
- město nad 10 000 do 50 000 obyvatel
- město nad 50 000 do 100 000 obyvatel
- velkoměsto nad 100 000 obyvatel

Sociodemografické údaje

V následujících otázkách se Vás budu ptát na různé otázky ohledně postoje k osobám se závislostí.

Ale co přesně závislost znamená?

Závislost je v tomto dotazníku vnímána jako **problémové nadužívání** dané látky.

- Závislý baží po látce. Má na látku chuť.
- Má problémy se kontrolovat v užívání dané látky.
- Když látku neužívá, má tělesné abstinenční příznaky.
- Navyšuje dávku užívané návykové látky.
- Zanedbává jiné zájmy.
- Pokračuje v užívání i přes škodlivé účinky.

Máte zkušenost s problematikou závislostí?

Vybrat vše, co platí

- Osobní zkušenost se závislostí
- Zkušenost blízkého se závislostí
- Zním jen z médií
- Zním ze studia nebo práce

RIBS alkohol

Následující otázky se týkají Vašich zkušeností a názorů, které se vztahují k lidem **se závislostí na alkoholu**.

Instrukce: Odpovězte, prosím, na každou z otázek 1-4 označením pouze jedné možnosti.

- ano
- ne
- nevím

Žijete v současné době, nebo jste někdy v minulosti žil/a spolu s někým, kdo má/měl závislost na alkoholu?

- ano
- ne
- nevím

Pracujete nyní, nebo jste někdy v minulosti pracoval/a spolu s člověkem se závislostí na alkoholu?

- ano
- ne
- nevím

Máte nyní, nebo jste měl někdy v minulosti měl/a souseda/ku se závislostí na alkoholu?

- ano
- ne
- nevím

Máte v současné době, nebo jste někdy v minulosti měl blízkého kamaráda/kamarádku se závislostí na alkoholu?

- ano
- ne
- nevím

RIBS alkohol pokračování

Instrukce: Odpovězte, prosím, na každou z otázek 5-8 označením pouze jedné možnosti.

- rozhodně souhlasím
- spíše souhlasím
- nemám vyhraněný názor
- spíše nesouhlasím
- rozhodně nesouhlasím
- nevím

Do budoucna by mi nevadilo žít společně s někým, kdo má závislost na alkoholu.

- rozhodně souhlasím
- spíše souhlasím
- nemám vyhraněný názor
- spíše nesouhlasím
- rozhodně nesouhlasím
- nevím

Do budoucna by mi nevadilo pracovat společně s někým, kdo má závislost na alkoholu.

- rozhodně souhlasím
- spíše souhlasím
- nemám vyhraněný názor
- spíše nesouhlasím
- rozhodně nesouhlasím
- nevím

Do budoucna by mi nevadilo bydlet v sousedství někoho, kdo má závislost na alkoholu.

- rozhodně souhlasím
- spíše souhlasím
- nemám vyhraněný názor
- spíše nesouhlasím
- rozhodně nesouhlasím
- nevím

Do budoucna by mi nevadilo přátelit se s někým, u koho se objevila závislost na alkoholu.

- rozhodně souhlasím
- spíše souhlasím
- nemám vyhraněný názor
- spíše nesouhlasím
- rozhodně nesouhlasím
- nevím

RIBS pervitin

Následující otázky se týkají Vašich zkušeností a názorů, které se vztahují k lidem **se závislostí na pervitinu**.

Instrukce: Odpovězte, prosím, na každou z otázek 1-4 označením pouze jedné možnosti.

- ano
- ne
- nevím

Žijete v současné době, nebo jste někdy v minulosti žil/a spolu s někým, kdo má/měl závislost na pervitinu?

- ano
- ne
- nevím

Pracujete nyní, nebo jste někdy v minulosti pracoval/a spolu s člověkem se závislostí na pervitinu?

- ano
- ne
- nevím

Máte nyní, nebo jste měl někdy v minulosti měl/a souseda/ku se závislostí na pervitinu?

- ano
- ne
- nevím

Máte v současné době, nebo jste někdy v minulosti měl blízkého kamaráda/kamarádku se závislostí na pervitinu?

- ano
- ne
- nevím

RIBS pervitin pokračování

Instrukce: Odpovězte, prosím, na každou z otázek 5-8 označením pouze jedné možnosti.

- rozhodně souhlasím
- spíše souhlasím
- nemám vyhraněný názor
- spíše nesouhlasím
- rozhodně nesouhlasím
- nevím

Do budoucna by mi nevadilo žít společně s někým, kdo má závislost na pervitinu.

- rozhodně souhlasím
- spíše souhlasím
- nemám vyhraněný názor
- spíše nesouhlasím
- rozhodně nesouhlasím
- nevím

Do budoucna by mi nevadilo pracovat společně s někým, kdo má závislost na pervitinu.

- rozhodně souhlasím
- spíše souhlasím
- nemám vyhraněný názor
- spíše nesouhlasím
- rozhodně nesouhlasím
- nevím

Do budoucna by mi nevadilo bydlet v sousedství někoho, kdo má závislost na pervitinu.

- rozhodně souhlasím
- spíše souhlasím
- nemám vyhraněný názor
- spíše nesouhlasím
- rozhodně nesouhlasím
- nevím

Do budoucna by mi nevadilo přátelit se s někým, u koho se objevila závislost na pervitinu.

- rozhodně souhlasím
- spíše souhlasím
- nemám vyhraněný názor
- spíše nesouhlasím
- rozhodně nesouhlasím
- nevím

RIBS marihuana

Následující otázky se týkají Vašich zkušeností a názorů, které se vztahují k lidem **se závislostí na marihuaně**.

Instrukce: Odpovězte, prosím, na každou z otázek 1-4 označením pouze jedné možnosti.

- ano
- ne
- nevím

Žijete v současné době, nebo jste někdy v minulosti žil/a spolu s někým, kdo má/měl závislost na marihuaně?

- ano
- ne
- nevím

Pracujete nyní, nebo jste někdy v minulosti pracoval/a spolu s člověkem se závislostí na marihuaně?

- ano
- ne
- nevím

Máte nyní, nebo jste měl někdy v minulosti měl/a souseda/ku se závislostí na marihuaně?

- ano
- ne
- nevím

Máte v současné době, nebo jste někdy v minulosti měl blízkého kamaráda/kamarádku se závislostí na marihuaně?

- ano
- ne
- nevím

RIBS marihuana pokračování

- rozhodně souhlasím
- spíše souhlasím
- nemám vyhraněný názor
- spíše nesouhlasím
- rozhodně nesouhlasím
- nevím

Do budoucna by mi nevadilo žít společně s někým, kdo má závislost na marihuaně.

- rozhodně souhlasím
- spíše souhlasím
- nemám vyhraněný názor
- spíše nesouhlasím
- rozhodně nesouhlasím
- nevím

Do budoucna by mi nevadilo pracovat společně s někým, kdo má závislost na marihuaně.

- rozhodně souhlasím
- spíše souhlasím
- nemám vyhraněný názor
- spíše nesouhlasím
- rozhodně nesouhlasím
- nevím

Do budoucna by mi nevadilo bydlet v sousedství někoho, kdo má závislost na marihuaně.

- rozhodně souhlasím
- spíše souhlasím
- nemám vyhraněný názor
- spíše nesouhlasím
- rozhodně nesouhlasím
- nevím

Do budoucna by mi nevadilo přátelit se s někým, u koho se objevila závislost na marihuaně.

- rozhodně souhlasím
- spíše souhlasím
- nemám vyhraněný názor
- spíše nesouhlasím
- rozhodně nesouhlasím
- nevím

RIBS kokain

Následující otázky se týkají Vašich zkušeností a názorů, které se vztahují k lidem se závislostí na kokainu.

Instrukce: Odpovězte, prosím, na každou z otázek 1-4 označením pouze jedné možnosti.

- ano
- ne
- nevím

Žijete v současné době, nebo jste někdy v minulosti žil/a spolu s někým, kdo má/měl závislost na kokainu?

- ano
- ne
- nevím

Pracujete nyní, nebo jste někdy v minulosti pracoval/a spolu s člověkem se závislostí na kokainu?

- ano
- ne
- nevím

Máte nyní, nebo jste měl někdy v minulosti měl/a souseda/ku se závislostí na kokainu?

- ano
- ne
- nevím

Máte v současné době, nebo jste někdy v minulosti měl blízkého kamaráda/kamarádku se závislostí na kokainu?

- ano
- ne
- nevím

RIBS kokain pokračování

Instrukce: Odpovězte, prosím, na každou z otázek 5-8 označením pouze jedné možnosti.

- rozhodně souhlasím
- spíše souhlasím
- nemám vyhraněný názor
- spíše nesouhlasím
- rozhodně nesouhlasím
- nevím

Do budoucna by mi nevadilo žít společně s někým, kdo má závislost na kokainu.

- rozhodně souhlasím
- spíše souhlasím
- nemám vyhraněný názor
- spíše nesouhlasím
- rozhodně nesouhlasím
- nevím

Do budoucna by mi nevadilo pracovat společně s někým, kdo má závislost na kokainu.

- rozhodně souhlasím
- spíše souhlasím
- nemám vyhraněný názor
- spíše nesouhlasím
- rozhodně nesouhlasím
- nevím

Do budoucna by mi nevadilo bydlet v sousedství někoho, kdo má závislost na kokainu.

- rozhodně souhlasím
- spíše souhlasím
- nemám vyhraněný názor
- spíše nesouhlasím
- rozhodně nesouhlasím
- nevím

Do budoucna by mi nevadilo přátelit se s někým, u koho se objevila závislost na kokainu.

- rozhodně souhlasím
- spíše souhlasím
- nemám vyhraněný názor
- spíše nesouhlasím
- rozhodně nesouhlasím
- nevím

Porovnání návykových látek

Seřad'te prosím tyto látky od té, kterou byste nejspíše vyzkoušeli po tu, kterou byste spíše nevyzkoušeli.

Odpovědi musí být rozdílné a musíte je seřadit podle důležitosti.

Dvojitým kliknutím nebo chycením myši přesuňte položky z levého seznamu do pravého. V pravém seznamu pak seřad'te své volby sestupně podle svého hodnocení.

Vyberte prosím maximálně 12 odpovědí

- **Alkohol**
- **Marihuana**
- **Pervitin**
- **Kokain**
- **Heroin**
- **Benzodiazepiny**
- **Ketamin**
- **LSD**
- **Extáze (MDMA)**
- **Houbičky**
- **Fentanyl**
- **Kratom**

Zanechte mi svůj e-mail

Zajímá Vás toto téma a jaké výsledky bude mít toto šetření?

Zanechte mi svůj e-mail, na který Vám poté zašlu svou zpracovanou bakalářskou práci. _____

Závěr a poděkování

Děkuji mockrát za účast v mém dotazníku na postoje u studentů lékařských fakult vůči osobám se závislostí.

Hodilo by se Vám **potvrzení** o účasti na výzkumu? Napište mi na *e-mail* a já Vám ho vystavím.

Příloha 2

Využití kontakty k rozesílání výzkumu

Fakulta	Studentské spolky	Přímý kontakt na první ročníky
1. LF UK	Spolek mediků českých	Ročníkoví zástupci
2.LF UK	Studentský spolek Motolák	Facebooková skupina: 2.LF Všeobecné lékařství 2023-2029
3.LF UK	Spolek Trimed, Spolek 2M Medici medikům, IFMSA 3. LF	Facebooková skupina: 2023/2029 3.LF UK Všeobecné lékařství
LFHK UK	Spolek asociace studentů medicíny	Facebooková skupina: Prváci LFHK 2023/24
LFP UK	Spolek Life saving support, Spolek Medicus pilsensis	
LF MU	Spolek mediků LF MUNI	Konkrétní kontakt na studentku získaný přes FB
LF UPOL	Spolek mediků	
LF OSU	Československý spolek mediků	

Příloha 3

Šablona oslovení o rozeslání dotazníku

Vážená paní proděkanko pro studijní záležitosti, vážená paní vedoucí studijního oddělení, vážená paní studijní referentko pro 1. a 2. ročník Všeobecného lékařství,

jsem studentkou psychologie na FF UK. Ve své bakalářské práci se zaměřuji na postoje studentů lékařských fakult vůči osobám se závislostí. Vedoucí mé práce je paní doktorka Eva Dragomirecká.

Ráda bych Vás touto cestou požádala o rozeslání dotazníku k mé bakalářské práci studentům lékařství prvních ročníků na Vaší fakultě. Děkuji.

S pozdravem

Eliška Sýkorová

Níže posílám email pro studenty/tky:

Vážení studenti, vážené studentky,

- Jaký je Váš postoj k osobám se závislostí?
- Co si myslíte o lidech závislých na alkoholu, pervitinu, marihuaně a kokainu?

Pomozte mi odhalit, jaké mají medici postoje k lidem se závislostí na různých látkách!

Dotazník Vám zabere jen 10 minut. Můžete ho vyplnit jednoduše cestou na přednášku nebo z přednášky.

Dotazník vyplňte na <https://bit.ly/postoje-zavislosti>

Tento dotazník je součástí šetření k bakalářské práci v rámci studia psychologie na FF UK. Jedná se o dotazník ohledně postojů u studentů lékařských fakult vůči osobám se závislostí.

Potřebujete potvrzení o účasti ve výzkumu? Napište mi na *e-mail* a já Vám potvrzení obratem pošlu.

Moc mi pomůžete. Děkuji za vyplnění dotazníku!

Eliška Sýkorová
Studentka psychologie, FF UK

Zdravím do *název spolku*,

obracím se na vás s prosbou rozeslání, sdílení či zveřejnění mého dotazníku k bakalářské práci. Studuji psychologii na FF UK a ve své práci se zaměřuji na postoje studentů lékařských fakult vůči osobám se závislostí.

Potřebovala bych pomoci oslovit studenty prvního ročníku lékařství.

- Studujete první ročník medicíny?
- Jaký je Váš postoj k osobám se závislostí?
- Co si myslíte o lidech závislých na alkoholu, pervitinu, marihuaně a kokainu?

Pomozte mi odhalit, jaké mají medici postoje k lidem se závislostí na různých látkách!

Dotazník Vám zabere jen 10 minut. Můžete ho vyplnit jednoduše cestou na přednášku nebo z přednášky.

Dotazník vyplňte na <https://bit.ly/postoje-zavislosti>

Tento dotazník je součástí šetření k bakalářské práci v rámci studia psychologie na FF UK. Jedná se o dotazník ohledně postojů u studentů lékařských fakult vůči osobám se závislostí.

Potřebujete potvrzení o účasti ve výzkumu? Napište mi na *e-mail* a já Vám potvrzení obratem pošlu.

Moc mi pomůžete. Děkuji za vyplnění dotazníku!

Eliška Sýkorová

 Univerzita Karlova



Co si myslíš o lidech závislých na alkoholu, pervitinu, marihuaně a kokainu?

Zúčastni se studie katedry psychologie, jejíž cíl je zjistit jaké jsou postoje u studentů lékařských fakult vůči osobám se závislostí.

1.

Studuješ 1. ročník medicíny?

2.

Vyplníš dotazník na tvé postoje k závislostem na různých látkách.

3.

Je to online a zabere to jen 10 minut!

 bit.ly/postoje-zavislosti

Zajímá tě, jak studie dopadla?

Napiš mi a svou bakalářskou práci ti pošlu až bude hotová.

eliskasykor@gmail.com

Eliška Sýkorová
Katedra psychologie FF UK



Příloha 5

Histogramy rozložení celkových skóre RIBS

