

UNIVERZITA KARLOVA

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Sára Chaloupková

**Stigmatizace lidí se schizofrenií ze strany
zdravotníků**

*Stigmatisation of people with schizophrenia by health
professionals*

Bakalářská práce

Praha, 2025

Autor práce: Sára Chaloupková

Studijní program: Všeobecné ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecné ošetřovatelství

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Miroslava Janoušková, PhD.

Pracoviště vedoucího práce: Klinika psychiatrie a lékařské psychologie
3. LF UK a NÚDZ

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má závěrečná práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému Theses.cz a Turnitin za účelem soustavné kontroly podobnosti závěrečných prací.

V Praze dne 28. května 2025

Sára Chaloupková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí své bakalářské práce, Mgr. et Mgr. Miroslavě Janouškové, PhD., za její věcné a konstruktivní připomínky, odborné vedení a důslednost, které mě motivovaly k lepším výsledkům. Její rady mi velmi pomohly při zpracování této práce. Dále bych ráda poděkovala svým přátelům za jejich psychickou podporu, víru v mé schopnosti a pomoc po formální stránce práce. V neposlední řadě děkuji své rodině.

Obsah

Úvod.....	10
I. Teoretická část	12
1. Úvod do stigmatizace	12
1.1 Definice stigmatu	12
1.2 Definice stigmatizace	13
1.3 Typy stigmatizace	13
1.4 Důsledky stigmatizace pro jedince a společnost	14
2. Schizofrenie – základní charakteristika a diagnostika	16
2.1 Základní charakteristika schizofrenie	16
2.2 Vznik onemocnění	17
2.3 Diagnostika schizofrenie.....	18
2.4 Specifika stigmatizace u osob se schizofrenií.....	19
<u>2.4.1 Zobrazení schizofrenie v médiích.....</u>	<u>19</u>
2.5 Stigma ve vztahu k léčbě schizofrenie	20
3. Stigmatizace v kontextu zdravotní péče.....	21
3.1 Vliv stigmatizace na vztah mezi pacientem a zdravotníkem	22
3.2 Stigmatizace pacientů se schizofrenií ze strany zdravotnického personálu	23
4. Sebestigmatizace a její vliv na sebepojetí pacientů.....	25
4.1 Definice sebestigmatizace	25
4.2 Důsledky sebestigmatizace	26
4.3 Specifika sebestigmatizace u osob se schizofrenií.....	27
4.4 Řešení sebestigmatizace.....	28
5. Návrhy na řešení stigmatizace ve zdravotnictví.....	28
5.1 Prvky destigmatizačních intervencí u zdravotníků	29

5.2	Destigmatizační programy v České republice.....	30
II.	Metodologická část	33
6.	Cíle práce	33
7.	Výzkumná otázka a podotázky	34
8.	Metoda analýzy dat	35
9.	Výběr účastníků výzkumu.....	41
10.	Sběr dat	42
11.	Etické aspekty.....	43
III.	Empirická část.....	44
12.	Interpretace získaných dat.....	44
12.1	Zkušenosti se stigmatizací mezi zdravotníky napříč obory medicíny ..	44
<u>12.1.1</u>	<i>Když pomoc není pomocí</i>	<i>44</i>
<u>12.1.2</u>	<i>Mezi pomocí a předsudkem</i>	<i>46</i>
<u>12.1.3</u>	<i>Když pomoc pomocí je</i>	<i>48</i>
12.2	Vyrovnavání se s diagnózou schizofrenie.....	49
<u>12.2.1</u>	<i>Počáteční zmatek a strach z neznáma</i>	<i>49</i>
<u>12.2.2</u>	<i>Proces přijetí.....</i>	<i>51</i>
<u>12.2.3</u>	<i>Na hraně přijetí.....</i>	<i>52</i>
12.3.	Sebepojetí po stigmatizujících zážitcích	54
<u>12.3.1</u>	<i>Propast mezi námi.....</i>	<i>55</i>
<u>12.3.2</u>	<i>Najednou nejsem jako oni</i>	<i>56</i>
<u>12.3.3</u>	<i>Když důvěra odejde</i>	<i>56</i>
12.4	Cesty ke změně	57
<u>12.4.1</u>	<i>Vidět člověka, ne diagnózu.....</i>	<i>58</i>
<u>12.4.2</u>	<i>Minuty, které nesou ovoce.....</i>	<i>59</i>

<u>12.4.3</u> <i>O duši se málo učíme</i>	60
13. Diskuse	61
<u>13.1</u> Limitace a silné stránky výzkumu.....	66
Závěr	69
Seznam použité literatury	72
Seznam příloh	82
Přílohy	83

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá zkušenostmi osob se schizofrenií se stigmatizací ve zdravotnickém prostředí. Práce vznikla na základě autorčina dlouhodobého zájmu o problematiku obecné psychiatrie a později konkrétně o problematiku pojící se s onemocněním schizofrenie. Cílem výzkumné části bylo prozkoumat, jak lidé se schizofrenií vnímají chování zdravotnického personálu, zda se setkávají s projevy stigmatizace, a jak tyto zkušenosti ovlivňují jejich vztah k onemocnění, sebepojetí a důvěru ve zdravotní péči. Data byla získána prostřednictvím neformálních polostrukturovaných rozhovorů a analyzována kvalitativně. Výsledky ukázaly, že zkušenosti pacientů jsou velmi rozdílné — zatímco někteří popisovali necitlivý až odmítavý přístup, jiní hovořili o respektujícím a podpůrném jednání, které jim pomáhalo lépe zvládat nemoc. Práce dále nabízí doporučení pro praxi, jako je důraz na rozvoj komunikačních dovedností zdravotníků, psychoedukace pacientů a jejich rodin, a začlenění programů zaměřených na osobní kontakt studentů zdravotnických oborů s lidmi s duševním onemocněním. Závěry práce podtrhují význam empatického a informovaného přístupu v péči o osoby se schizofrenií a přispívají k lepšímu porozumění vlivu stigmatizace na léčbu i kvalitu života pacientů.

Abstract

This bachelor thesis explores the experiences of people with schizophrenia of stigma in a healthcare setting. The thesis is based on the author's long-standing interest in general psychiatry and later specifically in issues related to schizophrenia. The aim of the research part was to investigate how people with schizophrenia perceive the behaviour of healthcare staff, whether they experience stigmatisation, and how these experiences affect their relationship to the illness, self-concept and trust in healthcare. Data were collected through informal semi-structured interviews and analysed qualitatively. The results showed that patients' experiences varied widely, with some describing insensitive to dismissive attitudes, while others spoke of respectful and supportive behaviours that helped them cope better with their illness. The paper goes on to offer recommendations for practice, such as an emphasis on developing the communication skills of health professionals, psychoeducation of patients and their families, and the inclusion of programmes aimed at bringing health students into personal contact with people with mental illness. The conclusions of the paper underline the importance of an empathetic and informed approach in the care of people with schizophrenia and contribute to a better understanding of the impact of stigma on patients' treatment and quality of life.

Úvod

Téma své bakalářské práce jsem si mimo jiné vybrala na základě mého dlouholetého zájmu o obecnou psychiatrii, a v pozdějších letech také na základě prohloubení zájmu o schizofrenii.

Schizofrenie je stále jedno z nejkontroverznějších psychiatrických onemocnění a je zastíněna strachem z agresivity a hrozícího nebezpečí. Tato skutečnost dle mého názoru zastírá komplexní povahu této nemoci.

Ze svou praxi jsem se setkala s pár případy, kdy byl na standartním oddělení hospitalizován pacient se schizofrenií a všimla jsem si, že zdravotnický personál měl tendenci k němu přistupovat jinak než k ostatním pacientům. Přístup zdravotníků byl doprovázen mnohem větším odstupem a strachem s pacientem jakkoliv interagovat. Také byl patrný fakt stigmatizace, která byla přítomna za zády pacienta.

Častokrát jsem se také setkala se stigmatizací osob se schizofrenií ze strany zdravotníků, kteří vůbec nejsou v kontaktu s tímto onemocněním. Opět to bylo spojeno se strachem o svůj život.

S mým nástupem na psychiatrické oddělení na pozici sanitáře, kde jsem v neustálém kontaktu s pacienty se schizofrenií, jsem si uvědomila, že zdravotničtí pracovníci mají strach, a pokládala jsem si otázku, proč je tedy stigmatizace stále přítomna a proč je onemocnění stále spojováno s obavami z agresivity. Zajímala jsem se o to, z čeho tyto obavy pramení.

Na základě mnou položených otázek jsem se rozhodla toto téma zpracovat v rámci své bakalářské práce, protože vidím velký smysl v tom, aby se míra stigmatizace vůči osobám se schizofrenií snížila s tím předpokladem, že se spolu s ní sníží i tendence k distanci, která vede k izolaci a ještě většímu posilování strachu.

V teoretické části své práce jsem se rozhodla věnovat popisu stigmatizace, představení onemocnění schizofrenie, ale také vnímám jako podstatnou součást sebestigmatizaci a důležitost vlivu stigmatizace na vztah mezi pacientem a zdravotnickým personálem.

Dle výpovědí lidí s tímto onemocněním, které jsem získala formou neformálních rozhovorů, jsem se rozhodla zjistit, jak stigmatizaci ze strany zdravotnického personálu vnímají samotní pacienti, zda-li je přítomna i na psychiatrických odděleních a jak případně toto chování ovlivnilo přístup k onemocnění jich samotných.

I. Teoretická část

1. Úvod do stigmatizace

Na úvod je důležité určit rozdíl mezi stigmatem a stigmatizací. Stigma je diskreditující atribut, který společnost danému jedinci přisuzuje na základě jeho chování, rysů osobnosti nebo jeho identity (Goffman 1963). Stigma má širokosáhlé důsledky, nejenže ovlivňuje psychické a fyzické zdraví vnímaných jedinců, ale také může vést k sociální marginalizaci a ztěžovat přístup ke vzdělání, zdravotnickým službám nebo pracovním příležitostem (Wahl 2012). Naproti tomu stigmatizace je proces, kdy jsou jedinci na základě stigmatizujícího prvku označováni, dochází ke stereotypizaci a sociální marginalizaci (Link, Phelan 2001).

Stigmatizací se rozumí hluboce zakořeněný společenský fenomén, který může hrát zásadní roli v životě jedinců i skupin. V mnoha různých kulturách se pojem stigmatizace může lišit, obecně se ale dá říct, že zahrnuje proces přiřazování negativních vlastností nebo štítků určitým jednotlivcům na základě jejich rysů, chování nebo identity jednotlivce (Jauch, Occhipinti, O'Donovan 2023).

Následující kapitoly se zaměřují na širší definici pojmů stigma a stigmatizace, aby poskytly základ pro další zkoumání jejich projevů a důsledků.

1.1 Definice stigma

Pokud se bavíme o explicitní definici stigma, mnozí z autorů citují Goffmanovu definici stigma jako „atribut, který je hluboce diskreditující“ a který mění nositele „z celistvé a obvyklé osoby na osobu poskvrněnou a diskontovanou“ (Goffman 1963). Tento koncept dále rozvinuli Dovidio, Major a Crocker, kteří zdůraznili interakční povahu stigma, kdy jednak stigmatizovaný jedinec internalizuje stigmatizující vnímání společnosti, a také dochází k dynamickým procesům, které negativně ovlivňují jedincovo sebepojetí a chování (Dovidio, Major, Crocker 2000).

S jinou definicí stigma přichází Stafford a Scott, kteří navrhuji, že stigma „je vlastnost osob, která je v rozporu se sociální normou“, přičemž „norma“ je podle nich definována jako „sdílené přesvědčení, že by se člověk měl v určitém čase

chovat určitým způsobem“ (Stafford, Scott 1986). Na tuto definici navazují Pescosolido a Martin, podle kterých je stigma mechanismus kontroly produkovaný společností, který reguluje chování jedinců a skupin jejich vylučováním a potlačováním odchylek od normy (Pescosolido, Martin 2015).

Stigma je obecně velmi ovlivněno kulturními a strukturálními koncepty, které se mohou v čase a kontextu lišit. Většina autorů se však ztotožňuje s definicí dle Goffmana (1986), ve které identifikoval hlavní prvky stigmatu, jako je stereotypizace, sociální izolace, nálepkování, distancování, diskriminace, ztráta sebeúcty nebo ignorace (Subu et al. 2021).

1.2 Definice stigmatizace

Jedním ze základních rysů literatury, která se věnuje popisu stigmatizace, je široká variabilita, která existuje v definici tohoto pojmu (Stafford, Scott 1986). V mnoha případech autoři neuvádějí žádnou explicitní definici a odkazují na obecnou představu, přičemž se myslí na související aspekty jako je stereotypizace nebo odmítání (Link, Phelan 2001).

Jones (Jones 1997), který čerpá z myšlenek Goffmana, rozvinul koncept stigmatizace jako procesu, v němž je na určitý charakteristický rys jedince pohlíženo společensky zakořeněným stereotypem. Pokud je tento rys vnímán jako výrazná odlišnost, bývá spojován s negativními nebo nežádoucími vlastnostmi, což vede ke stigmatizování nositele tohoto rysu. Jinými slovy, stigma vzniká ve chvíli, kdy je určitá osobní vlastnost nebo odlišnost prezentována v kontextu společenských předsudků a uděluje tak nositeli status, který ho shazuje nebo podceňuje v očích ostatních (Jones 1997). Tato definice zdůrazňuje sociální povahu stigmatizace jako procesu, který spojuje individuální odlišnosti se společenskými stereotypy (Link, Phelan 2001).

1.3 Typy stigmatizace

Stigmatizace byla popsána na několika úrovních: veřejná stigmatizace zahrnující kognitivní, afektivní a behaviorální reakce těch, kteří stigmatizují; stigmatizace sebe sama, zahrnující jak obavy z vystavení stigmatizaci, tak potenciální internalizaci negativních přesvědčení a pocitů spojených

se stigmatizovaným stavem; stigma z asociace (by proxy stigma), zahrnující sociální a psychologické reakce na osoby spojené se stigmatizovanou osobou (např. rodina a přátelé); strukturální stigma jako legitimizace a udržování stigmatizovaného stavu institucemi a ideologickými systémy společnosti (Bos et al. 2013).

Veřejná stigmatizace plyne z negativních postojů, které ve společnosti panují a často mají základ ve strachu, nepochopení, předsudcích a mylných přesvědčeních. Se stigmatem ze strany veřejnosti se pojí i ta skutečnost, že stigma významně ovlivňuje duševní stav stigmatizovaného jedince a výsledky léčebného procesu, včetně diskriminace, která je přítomna na pracovištích a veřejných institucích (Chukwuma et al. 2024).

K profesní stigmatizaci dochází, pokud zdravotnický personál projevuje stigmatizující chování k pacientům s duševním onemocněním. Toto chování pramení zejména ze strachu, nepochopení příčiny onemocnění a z toho plynoucích i příznaků, ale také ze zkušeností se stigmatizací ze strany veřejnosti a nebo jiných zdravotníků kvůli spojení s duševně nemocnými (Degenhardt et al. 2019).

Institucionální (strukturální) stigmatizaci ovlivňuje stigma, které obsahuje negativní postoje hluboce zakořeněné v politice organizace a kultuře (Degenhardt et al. 2019). Institucionální stigmatizace může být také posilována právními normami, profesními postupy, veřejnými politikami a hrozí riziko, že hluboce pronikne do společnosti (Chukwuma et al. 2024). To, co je označováno jako „strukturální stigmatizace“, může zahrnovat například omezení v získání řidičského oprávnění, omezení při získávání pasu, ale i omezení volebního práva, což v důsledku komplikuje plnohodnotné zapojení do společnosti a zabraňuje pocitu osobní hodnoty (Wahl 2012).

1.4 Důsledky stigmatizace pro jedince a společnost

Ve své publikaci Link hovoří o třech výsledcích, které zvažuje během svého zkoumání dopadů stigmatu. První z nich je, že stigmatizace s sebou nese i ztrátu společenského postavení – to obnáší pro každého jedince, který je stigmatizován, různé nepříznivé důsledky, které se mohou promítat například při výběru partnera

nebo třeba mohou zasahovat i do dlouhověkosti. Druhý z nich říká, že strukturální stigmatizace může mít negativní důsledky, které se ale vůbec nemusí podobat stereotypním přesvědčením, které k ní původně vedly (Link, Phelan 2001). Jako příklad se dá uvést fenomén Ne na mém dvorku (z angl. Not In My Back Yard, dále jen NIMBY), v důsledku něhož byla léčebná zařízení pro lidi s duševním onemocněním stavěna v chudých a nebezpečných částech měst, kde bylo velké procento kriminality (Zippay, Lee 2008). NIMBY je termín s kořeny v USA souhrnně označující argumenty všech osob, které jsou proti rozvoji budov v jejich okolí. Typicky je zaměřen proti „nežádoucím“ zařízením a často toto jednání obyvatel může vést k sociálnímu vyloučení osob, které „nežádoucí“ zařízení využívají (Hubbard 2009). Jako třetí a poslední zmiňuje, že snaha osob se se stigmatizací vyrovnat, může ve výsledku mít nežádoucí dopady, které zdánlivě nesouvisí se stereotypem (Link, Phelan 2001).

Vzhledem k tomu, že stigmatizace zahrnuje pět klíčových bodů jako je negativní postoj, segregace, ztráta statusu, nálepkování a diskriminace, může společnost v důsledku toho vnímat jedince s duševním onemocněním jako neschopné, nepředvídatelné, nebezpečné a méně lidské (Chukwuma et al. 2024). Stigmatizace významně snižuje procento vyhledávání odborné psychiatrické péče. Obecně jedinci, kteří vnímají vysokou úroveň stigmatizace ze strany veřejnosti, mají téměř o polovinu menší pravděpodobnost, že vyhledají pomoc, než ti kteří vnímají nižší stupeň stigmatizace (Chukwuma et al. 2024).

Stigmatizace má vliv na to, „na čem nejvíce záleží“ v rámci života ve světě, ve kterém žijeme, a to je ohrožení schopnosti jedince naplnit očekávání společnosti, jako je například manželství a zaměstnání. Mimo jiné má dopad na socioekonomický status a morální postavení celé rodiny nemocného (Yang et al. 2014). Jedním z hlavních ekonomických důsledků je například snížené využívání zdravotnických a podpůrných služeb. Na první pohled by se mohlo zdát, že tím dochází k ekonomické úspoře. Takový závěr by však byl mylný, protože by paradoxně znamenal, že zvýšená míra stigmatizace je ekonomicky výhodná – což není žádoucí ani humánní. Ve skutečnosti totiž vede vyhýbání se odborné pomoci ke zhoršení zdravotního stavu, relapsům a nutnosti pozdější, často

nákladnější, intervence. Kromě toho může stigmatizace omezovat i běžné společenské a volnočasové aktivity. Pokud lidé ztrácejí možnost účastnit se činností, které mají pro ně osobní hodnotu (například trávení času s přáteli, pobyt v přírodě nebo kulturní akce), přicházejí o důležitou součást kvality života. Tyto ztráty lze teoreticky chápat jako „náklady“, i když je obtížné je přesně vyčíslit – zejména pokud jde o aktivity, které nejsou finančně ocenitelné (Romeo et al. 2017).

2. Schizofrenie – základní charakteristika a diagnostika

V následující kapitole se blíže věnuji popisu schizofrenie, a to z vícero různých úhlů pohledu. Je totiž velmi důležité pochopit podstatu onemocnění a jeho projevy, aby mohlo dojít ke snížení míry stigmatizace. Následně je důležitá kapitola o specifikách stigmatizace u schizofrenie.

1.1 Základní charakteristika schizofrenie

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, které se může projevovat širokou škálou příznaků zasahujících myšlení, vnímání, emoce i sociální fungování. Původně byla chápána jako nemoc vedoucí k postupnému rozpadu osobnosti a úpadku jejích schopností, dnes je však vnímána jako komplexní porucha s mnoha dimenzemi (Libiger 2008). Onemocnění má bohatou psychopatologii; mezi základní rysy patří pozitivní symptomy, které jsou charakterizovány přítomností bludů a halucinací, při nichž dochází ke ztrátě kontroly s realitou (Owen, Sawa, Mortensen 2016). Lidé s tímto onemocněním uvádějí, že slyší hlasy nebo vidí věci, které nejsou reálné. Objevuje se u nich také sklon k tvorbě pevných a falešných přesvědčení (Tanveer et al. 2023). Dále se mohou vyskytnout negativní symptomy, které se projevují například apatií, snížením motivace, sociální izolací. V mnoha případech je také přítomna určitá forma poruchy kognitivních funkcí (Owen, Sawa, Mortensen 2016). Vývoj diagnostického pojetí schizofrenie prošel během posledního století mnoha proměnami – od původního popisu až po současné úsilí o přesnější vymezení jednotlivých symptomatických dimenzí (Libiger 2008).

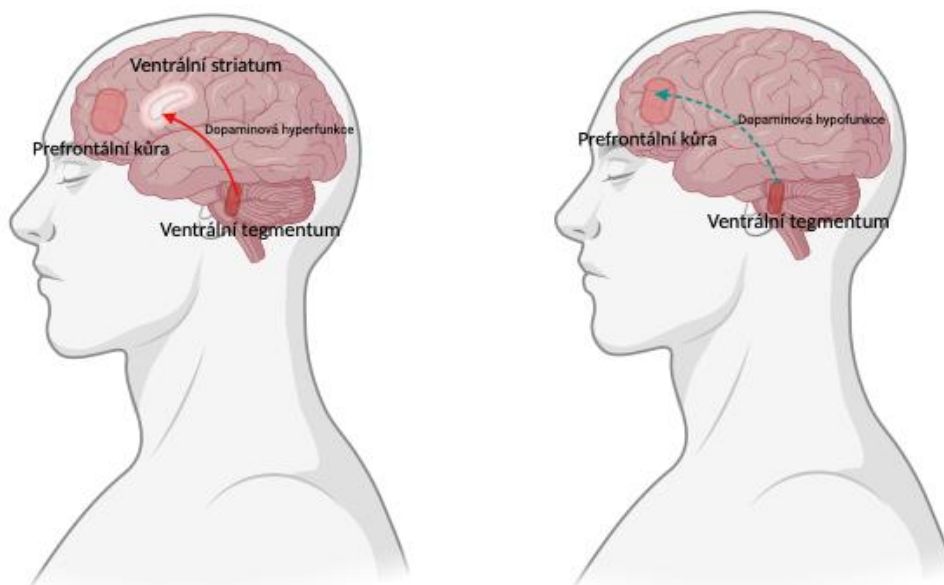
Hodnota prevalence schizofrenie se pohybuje ve všech kulturách okolo 1 %. Schizofrenie postihuje muže i ženy ve stejné míře, avšak věk nastoupení onemocnění se liší. Muži onemocní obvykle na konci adolescence nebo na začátku rané dospělosti, zatímco u žen se onemocnění nejčastěji objevuje na konci 20. nebo na začátku 30. roku života (Schlutz, North, Shields 2007).

1.2 Vznik onemocnění

Pokud se bavíme o teorii patogeneze schizofrenie, nejvíce rozšířenou je *teorie zátěže a dispozice*. Jedná se o kombinaci faktorů, které ovlivňují rozvoj onemocnění. Každý pacient má určitou míru predispozice, která může v kombinaci se stresovým napětím vyústit k progresi psychotických příznaků (Raboch J., Pavlovský P. 2012). Mezi rizikové faktory, které mohou ovlivňovat rozvoj onemocnění, se řadí například stav matky během těhotenství, porodní komplikace, trauma v dětském věku, užívání návykových látek (zejména konopí), sociální izolace, etnický původ nemocné osoby anebo urbanizace (Hany et al. 2024). V současném zdravotnictví se popisuje, že na vzniku onemocnění se podílí vzájemná kombinace jak biologických, psychologických, tak i sociálních vlivů, které dohromady tvoří dispozici k rozvoji onemocnění (Raboch J., Pavlovský P. 2012).

Na vzniku onemocnění se také podílí nerovnovážná funkce neurotransmiteru dopaminu. Na základě dopaminové hypotézy mohou souviset pozitivní příznaky s nadměrnou projekcí dopaminu v limbické a subkortikální oblasti, zatímco za negativní symptomy a kognitivní poruchy může být zodpovědná nedostatečná projekce dopaminu do prefrontální kůry (viz. Obrázek 1) (Howes, Kapur 2009). Za negativní symptomy a kognitivní poruchy může být zodpovědná nedostatečná projekce dopaminu do prefrontální kůry (Howes, Kapur 2009).

Obrázek 1: Grafické znázornění projekce hyperfunkce a hypofunkce dopaminu



Zdroj: vlastní zpracování (BioRender 2025)

1.3 Diagnostika schizofrenie

MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 10.revize) v současnosti udává kritéria, která se používají k diagnostice schizofrenie. Z následujících kritérií musí být zaznamenán alespoň jeden pozitivní příznak, anebo alespoň dva negativní příznaky (viz. Tabulka 1) (Světová zdravotnická organizace (WHO) 2024).

Tabulka 1: Diagnostické příznaky schizofrenie

Ozvučování myšlenek
Vkládání nebo odnímání myšlenek
Vysílání myšlenek
Bludné vnímání a bludy ovládnutí
Pasivita nebo ovlivňování
Sluchové halucinace, které komentují nebo diskutují o pacientovi ve třetí osobě
Poruchy myšlení a negativní příznaky

Zdroj: (Světová zdravotnická organizace (WHO) 2024)

K diagnostice schizofrenie je nutné získat podrobnou psychiatrickou anamnézu a pacienta komplexně vyšetřit, aby se případně vyloučila psychóza, která může vzniknout z jiných příčin nebo jiné psychiatrické onemocnění (Hany et al. 2024).

1.4 Specifika stigmatizace u osob se schizofrenií

Většina osob se schizofrenií si prošla nebo prochází nějakou z forem stigmatizace (Ocisková, Praško 2015). Z hlediska výsledků studií, které zkoumaly výskyt stigmatizačního chování u různých psychiatrických diagnóz vyplývá, že psychotické poruchy jsou mnohem častěji stigmatizované než poruchy neurotické (Corrigan 2004).

Schizofrenie se stala kontroverzním tématem již od doby, kdy byl tento pojem poprvé použit Eugenem Bleulerem, který byl v jeho definici popsán jako lidský syndrom hluboce narušeného chování (Weinberger, Hirsch 2008). Výzkumy, které byly provedené v oblasti stigmatizace veřejností ukázaly, že mezi duševními nemocemi je schizofrenie spojena s nejhůrší reprezentací duševních poruch v běžné populaci (Valery, Prouteau 2020).

Stigmatizace osob se schizofrenií může mít několik negativních důsledků. Autoři uvádí, že sociální stigmatizace vytváří osobám žijícím s onemocněním překážky v hledání zaměstnání, navazování mezilidských vztahů a v samostatném životě (Yildiz et al. 2018). Vzhledem k míře diskriminace a k nízkým očekáváním, která má veřejnost od osob se schizofrenií, se zaměstnavatelé zdráhají zaměstnat člověka s touto diagnózou, pronajímatelé mu nechtějí pronajmout byt a veřejnost obecně má menší pravděpodobnost zahájení komunikace s člověkem se schizofrenií (Link, Mirotznik, Cullen 1991).

1.4.1 Zobrazování schizofrenie v médiích

Často negativní zobrazování schizofrenie může vést k její stigmatizaci. Stigmatizující jazyk totiž podněcuje a posiluje negativní přesvědčení, ať už jde o metaforické použití určitých termínů, které jsou specifické pro dané onemocnění, nebo o používání jazyka ve spojení s negativními událostmi či chováním (Holmberg 2023).

Mezi dva základní principy, které jsou v médiích používány, patří šíření dezinformací a nesprávné užívání různých psychiatrických termínů. Bleuler vytvořil koncept schizofrenie, který poprvé použil v roce 1908, jako nerovnováhu mezi myšlením a náladou. Tento koncept vychází z řeckých slov schizo (rozpolcený) a phrenos (mysl). Od počátku použití této konceptualizace se proto schizofrenie jevila jako rozpolcenost osobnosti (Goodyear 2004).

V informačních médiích je schizofrenie spojována s metaforami, které naznačují právě rozštěpenou osobnost, násilné a agresivní chování (Holmberg 2023). Wahl upozornil na skutečnost, kterou nazval jako „nepřímé stigma“. Osoby se schizofrenií jsou často vnímány jako „psychopati“ nebo „magoři“, jelikož jsou ve filmech nebo ve zpravodajství prezentovány jako nebezpečné a jsou zdrojem humoru a posměchu, který je ve společnosti tolerován (Wahl 2012). Když byla v roce 1998 publikována studie, která ukazovala, že určitý počet lidí se schizofrenií má během své epizody psychózy při sobě zbraň, byl v reakci na toto publikován článek, který měl titul „Ozbrojený a nebezpečný: veřejné riziko psychiatrických pacientů, kteří uniknou z péče“, vyvolalo to ve společnosti očekávání nebezpečí ze strany osob se schizofrenií (Ferriman 2000).

Provedený výzkum ukázal, že pokud masová média informují veřejnost o násilných činech, kterých se účastnily osoby se schizofrenií, může tato informace zvýšit vnímání těchto osob jako nebezpečných, zejména pokud se u nich vyskytuje psychóza (Chan et al. 2019). Stigmatizující slova bývají zdůrazňována zejména pokud jde o informaci o trestných činech, které spáchaly osoby se schizofrenií, přičemž pokud trestný čin spáchá psychicky zdravá osoba, není tento fakt nijak zdůrazněn. Předpokládá se, že by tato informace nebyla tolik mediálně přitažlivá (Ocisková, Praško 2015). Přitom výsledky studie dle Teplin et al. (2005) ukazují, že prevalence spáchaných trestných činů na lidech s duševním onemocněním je 6x- 23x vyšší než u trestných činů, které byly spáchány na zdravé populaci (Teplin et al. 2005).

1.5 Stigma ve vztahu k léčbě schizofrenie

Jedním z důsledků stigmatizace je, že osoby se schizofrenií se mohou vyhýbat vyhledávání zdravotní péče za účelem strachu z odmítnutí

nebo znehodnocení jejich obtíží. Výzkum dle Wahla uvádí, že přítomná stigmatizace může být spojena s nižší spoluprací při léčbě, protože se osoby se schizofrenií snaží distancovat od nálepkování, které je může označovat jako vyloučené ve společnosti (Wahl 2012). Stigma může vést k tomu, že osoby se schizofrenií vyhledají odbornou pomoc a léčbu se zpožděním. Jako jedna z největších hrozeb je vnímaný nesouhlas společnosti nebo snížená sebehodnota osob s onemocněním, a to z toho důvodu, že úzce souvisí s tím, že lidé se schizofrenií nedostatečně využívají zdravotní i sociální služby (Ocisková, Praško 2015).

Vzhledem k povaze onemocnění je pro osoby se schizofrenií velmi podstatná compliance a přístup k léčbě. Ve studii, která zkoumala aspekty související s compliance osob se schizofrenií k farmakoterapii, se zjistilo, že existuje významný vztah mezi sebestigmatizací a compliance v léčbě. Bylo zjištěno, že osoby s velkou mírou internalizovaného stigmatu hůře dodržovaly farmakoterapii (Tsang, Fung, Corrigan 2009).

3. Stigmatizace v kontextu zdravotní péče

Stigmatizace ze strany poskytovatelů péče nastává tehdy, kdy se jednotliví odborníci při výkonu své profese dopouštějí stigmatizace osob, kterým mají za úkol pomoci (Jauch, Occhipinti, O'Donovan 2023). Studie zaměřené na oblast duševního zdraví naznačují, že odborníci podporují velké množství stejných stereotypů, chování a emocí jako laická veřejnost, i přesto, že disponují odborným vzděláním (Salime, Clesse, Batt 2021). Výzkumy také naznačují, že pesimistický postoj zdravotníků k prognóze onemocnění a schopnosti pacientů se zotavit může být spojen s prožíváním pocitu bezradnosti z domnělé neúčinnosti léčby. To v konečném důsledku může pravděpodobně přispívat k přesvědčení, že „na tom, co dělají, nezáleží“ (Knaak, Mantler, Szeto 2017). Pozitivnější výsledky ukazuje studie dle Weissové et al., která se zabývala mírou stigmatizace duševně nemocných osob ze strany sester pracujících v psychiatrickém prostředí. Sestry z psychiatrického prostředí podle výzkumu mají spíše pozitivnější výsledky v míře stigmatizace osob s duševním onemocněním (Weissová et al. 2016).

Výzkumy ukazují, že stigmatizace ze strany zdravotnického personálu může vést k tomu, že se lidé s duševním onemocněním zažívají pocity odmítnutí, znehodnocení anebo se cítí být dehumanizováni zdravotníky, s nimiž přicházejí do styku. Mezi hlavní témata, se kterými se osoby s onemocněním potýkají, patří pocit vyloučení o rozhodování, přijímání donucovací léčby, pocit nucení příliš dlouhého čekání na odbornou pomoc, nedostatečné množství informací o svém zdravotním stavu nebo všech možnostech léčby, paternalistické nebo ponižující chování, tvrzení zdravotníků, že se nikdy neuzdraví a používání stigmatizujících výrazů (Knaak, Mantler, Szeto 2017).

3.1 Vliv stigmatizace na vztah mezi pacientem a zdravotníkem

Vzhledem k tomu, že stigmatizace úzce souvisí s náhledem osoby na nemoc, je tento fenomén zásadní, pokud se jedná o vztah mezi klientem a terapeutem a o přístup nemocného k léčebnému procesu (Yıldız et al. 2018).

Stigmatizace, která je výrazně spojena s psychiatrickými poruchami, a to i ze strany systému zdravotní péče, je stále významnou překážkou v dosažení lepších dopadů léčebného procesu a zotavení, což vede k nízké úrovni péče o psychiatrické pacienty. Stigmatizace dále ovlivňuje i ochotu péči vyhledávat, respektive poskytovat, a to má za následek zvýšení nákladů na zdravotní péči (Chukwuma et al. 2024). Očekávané stigma ze strany zdravotníků bylo odhaleno jako jedna z příčin, proč lidé s duševními obtížemi nechtějí vyhledat pomoc (Knaak, Mantler, Szeto 2017). Jako důsledek tohoto jednání se objevují zhoršené vztahy mezi pacientem a zdravotnickým personálem a předčasně ukončení léčebného procesu (Hamilton et al. 2016).

I přesto, že je v rámci studia budoucím lékařům poskytnuto vzdělání v oblasti psychiatrie a jsou jim poskytnuty informace, aby dokázali lépe porozumět pacientům s psychickým onemocněním, jsou jejich přesvědčení po dokončení studia spíše stigmatizující. Může to souviset s tím, že přebírají názory svojí sociální skupiny, ale také s tím, že medicína je učí především diagnostikovat, a tak automaticky nadřadí nálepku diagnózy nad jiné charakteristiky dané osoby (Ocisková, Praško 2015). Na druhou stranu výsledky studie zaměřené na analýzu stigmatizace v kontextu vzdělávání na lékařských fakultách uvádí, že učitelé

vykazují vyšší míru stigmatizujících postojů a společně s nimi i vyšší míru sociálního odstupu k osobám s duševním onemocněním ve srovnání se studenty. Autoři zmiňují, že to může být zapříčiněno věkovým rozdílem – starší populace má tendenci k vyšší míře stigmatizace (Janoušková et al. 2017).

Somatičtí lékaři používají nálepkování ve větší míře než laická společnost a jejich chování k psychiatrickým pacientům často doprovází pohrdání, odstup a znevažování (Ocisková, Praško 2015). „*Typicky se objevuje žádost somatických lékařů o psychiatrické konzilium u pacientů, kteří jsou přijati na somatické oddělení, ale v anamnéze mají, že se léčili nebo léčí na psychiatrii, i když se chovají zcela přiměřeným způsobem a žádná patologie nebyla nalezena.*“ (Ocisková, Praško 2015). Právě somatická oddělení jsou jedním z míst ve zdravotnictví, kde dochází k časté stigmatizaci. Osoby s onemocněním uvádí, že tyto prožité zkušenosti se stigmatem jim brání v uspokojení potřeb týkajících se fyzického zdraví, jelikož se jim často dostává názoru, že nemají brát své příznaky vážně. Předpokládá se, že k tomuto jevu dochází zejména v důsledku průběhu diagnostiky, kdy jsou fyzické příznaky mylně přisuzovány duševnímu onemocnění pacienta (Knaak, Mantler, Szeto 2017).

Výsledky studie dle Rüsche a kol., ukázaly, že stigmatizace v případě psychiatrického onemocnění brání přístupu k odborné léčbě, což má za následek zhoršení stavu a opakované hospitalizace (Rüsch et al. 2014). Pacienti často popisují, že stigmatizující chování a stereotypy, se kterými se potýkají, vnímají stejně škodlivě jako příznaky jejich onemocnění a ovlivňují jejich osobní i společenský život (Chukwuma et al. 2024).

3.2 Stigmatizace pacientů se schizofrenií ze strany zdravotnického personálu

Výsledky studie dle Valeryho a Prouteaua naznačují, že stigmatizace osob se schizofrenií ze strany odborníků v rámci duševního zdraví může ovlivňovat mnoho faktorů. Věk, úroveň vzdělání, typ povolání v oblasti duševního zdraví a délka praxe jsou souvisejícími faktory, které vykazovaly nekonzistentní vztah ke stigmatizaci, takže nelze vyvodit pevné závěry ohledně povahy jejich vlivu. Zajímavé je, že pracovní prostředí nebo kontext se jeví jako jasněji související

faktor, např. komunitní prostředí s ambulantními pacienty vs. akutní psychiatrické služby s hospitalizovanými pacienty (Valery, Prouteau 2020).

Výsledky výzkumu dle Wahla ukázaly, že pokud bylo okolí osob se schizofrenií, seznámeno s jejich diagnózu, vedlo to k pocitům znehodnocení, které lidé se schizofrenií zažívali. Toto vnímání osob s onemocněním nebylo respektováno a místo toho se předpokládalo, že je pouze důsledkem kognitivní poruchy nebo ztráty kontroly vlivem onemocnění (Wahl 2012).

Odborníci poskytující péči osobám s duševním onemocněním často odrazují dané osoby od snahy se vzdělávat nebo se ucházet o zaměstnání. Často tak jednájí s pozitivním záměrem ochránit danou osobu před domnělou zátěží, avšak toto jednání vede k pesimistickému přesvědčení a již předem očekávané neschopnosti vykonávat jakoukoliv pracovní činnost (Ahmedani 2011). Studie dle Burnse a kol. ve svých výsledcích zaznamenala, že zaměstnání nemá škodlivý vliv na klinickou pohodu osob s onemocněním a také přímo nesouvisí s recidivou onemocnění (Burns et al. 2007).

Studie dle Servaise a Saunderse (Servais, Saunders 2007) zjistila, že osoby se schizofrenií jsou ze strany klinických psychologů vnímány jako nepovolané. Tento fakt je znepokojivým zjištěním, jelikož stigmatizace ze strany poskytovatelů služeb může mít negativní důsledky pro příjemce zdravotní péče (Jauch, Occhipinti, O'Donovan 2023). De Jacq et al. se ve své přehledové studii zabývali stigmatizací osob s duševním onemocněním ze strany zdravotních sester. Při zkoumání postojů sester k osobám se schizofrenií se ukázalo, že 38% dotazovaných by bylo znepokojeno, kdyby měli sdílet pracovní prostředí s osobou se schizofrenií, 100% se shodlo, že by nechtěli, aby si jejich sourozenec vzal osobu se schizofrenií za muže či ženu a 76% by nešlo ke kadeřníkovi, pokud by měl schizofrenii (de Jacq, Norful, Larson 2016). Psychiatři většinou zaujímají k osobám se schizofrenií až vztah paternalistický a snaží se zvolit vhodnou léčbu, nicméně sami přesto moc nevěří, že existuje možnost zlepšení a přechod do klidové fáze onemocnění dlouhodobého charakteru. Velmi nebezpečné poté je, když zdravotníci zaujímají negativní postoj k psychopatologickým symptomům, jelikož tímto chováním

je podporována chronifikace. Zdravotnický personál velmi často rezignuje na alternativu pomoci, jelikož si nejsou jisti, že má smysl (Ocisková, Praško 2015).

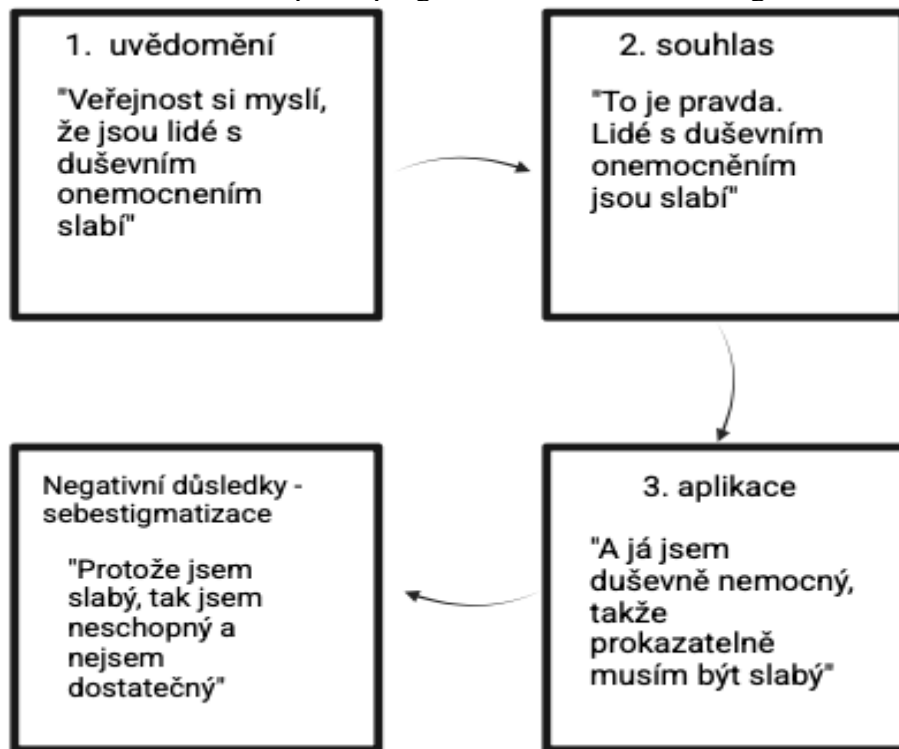
4. Sebestigmatizace a její vliv na sebepojetí pacientů

4.1 Definice sebestigmatizace

K sebestigmatizaci u duševní nemoci dochází tehdy, když jedinec s duševním onemocněním přebírá předsudky, které jsou mu o jeho nemoci a chování s ní spojené, prezentovány okolím (Corrigan, Druss, Perlick 2014). Jedinci s duševním onemocněním jsou náchylní k tomu, aby v sobě podporovali negativní přesvědčení společnosti, tzn. schvalují tyto předsudky a stereotypy a z toho poté vyplývá sebestigmatizující chování. Internalizace (vnitřní osvojení) negativních stereotypů může mít za následek negativní emocionální prožívání jako je například nízké sebevědomí nebo nízká sebedůvěra ve vlastní schopnosti (Corrigan, Rao 2012a). Je přítomna souvislost mezi vysokou mírou sebestigmatizace, zvýšeným vnímáním diskriminace, a také sníženým vnímáním zplnomocnění. Pokud se sníží úroveň stigmatizace, zvýší se sociální kontakt u osob se schizofrenií, a tím se zvýší úroveň sebepojetí. Zároveň vyšší úroveň zmocnění, která se osobám se schizofrenií nabídne, je vyšší ochrana před internalizovaným stigmatem (Petrak et al. 2021).

Corrigan et. al vytvořili progresivní model sebestigmatizace (viz. obrázek 2), kde popisují jednotlivé fáze celého procesu. V počáteční fázi si je jedinec s onemocněním vědom, že ve společnosti jsou patrná negativní přesvědčení – tato fáze se nazývá *uvědomění*. Pokud jedinec souhlasí s tím, že jsou negativní přesvědčení pravdivá, dochází ke druhé fázi *souhlasu*. Jestliže dojde k tomu, že jedinec o sobě začne přemýšlet v těchto negativních přesvědčeních a vztahuje je na sebe samého, bavíme se o třetí fázi *aplikace*. Tato gradace později může zapříčinit snížení sebevědomí a sebehodnoty (Corrigan, Rao 2012a).

Obrázek 2: Překlad a úprava progresivního modelu sebestigmatizace



Zdroj: Vlastní zpracování (BioRender 2025) podle Corrigan et al. (2012)

4.2 Důsledky sebestigmatizace

Důsledek, který souvisí se sebestigmatizací, je takzvaný efekt „proč se snažit“, čímž se rozumí, že sebestigmatizace je výraznou překážkou k dosažení životních cílů (Corrigan, Larson, Rüsch 2009). Teorie „proč to zkusit“ je modifikovanou teorií nálepkování, která říká, že sociální vyloučení spojené se stigmatizací přispívá k nízkému sebevědomí. Také předpokládá, že vyhýbání se náročným situacím, ve kterých se osoby s onemocněním cítí stigmatizované, je důsledek znehodnocení. Pokud lidé se schizofrenií cítí znehodnocení a nejistotu, mohou se záměrně vyhýbat situacím, u kterých se předpokládá veřejná devalvace (Corrigan, Rao 2012).

Výsledky přehledové studie, která dává dohromady již existující literaturu na téma dopady stigmatizace, ukazují, že sebestigmatizace přímo souvisí s negativními důsledky vztahujícími se k oblasti psychiatrického zdraví, s čímž souvisí i znevýhodnění, nevyhledání léčby, menší sebeúčinnosti a obecně

dochází ke snížení kvality života, což souvisí s negativními dopady na léčbu a zdravotní stav (Chukwuma et al. 2024). Pokud lidé žijící s onemocněním stigma internalizují, ztíží tím průběh nemoci kvůli nepříznivosti sebestigmatizace jako takové. Nepříznivé dopady sebestigmatizace se tak v konečném důsledku projevují zhoršenými zdravotními problémy a sníženou kvalitou života (Corrigan, Rao 2012). Nízká míra sebedůvěry ve vlastní schopnosti může vést k tomu, že lidé s duševním onemocněním nevyužijí pracovní příležitosti nebo šanci k samostatnému kvalitnímu životu (Corrigan 2004).

4.3 Specifika sebestigmatizace u osob se schizofrenií

Lidé, kteří žijí se schizofrenií, mají tendenci v sobě podporovat stereotypy, které jsou rozšířeny ve veřejnosti (Corrigan, Rao 2012). Tato modifikace pohlížení na sebe samu zpravidla vede k určitým změnám v jednání, jako je například vyhýbání se kontaktu až úplná izolace, apatie, úplná rezignace na vztahové vazby, přerušování nebo konec studia nebo zaměstnání (Ocisková, Praško 2015). Byla zjištěna skutečnost, že sebestigmatizace může přispívat k nevyhledání léčby, k nedostatečnému dodržování léčebného plánu a ke sníženému sebevědomí (Wahl 2012).

Brohan a kol. ve své studii zjistili, že více než 40 % osob se schizofrenií se cítí být stigmatizováno (Brohan et al. 2010). Systematický přehled od Gerlingera (Gerlinger et al. 2013) ukazuje, že až polovina osob s onemocněním schizoafektivního spektra prožívá ostych v rámci svého onemocnění a objevují se pocity odcizení v rámci aspektů sebestigmatizace (Ocisková, Praško 2015). Alexová a kol. poukazuje na skutečnost, že u osob s psychózou se může vyskytnout větší míra sebestigmatizace než u pacientů, kteří mají jiné duševní onemocnění (Alexová et al. 2019).

Sebestigmatizace je spojena s vyšším procentem rizika vzniku sociální úzkosti, beznaděje a nízkou adhezí k léčbě. Prostřednictvím studií se odhalilo, že existuje významná korelace mezi sebestigmatizací a depresivními příznaky u osob se schizofrenií. Sebestigmatizace jako zdroj stresu může zvyšovat riziko sebevražedného chování u osob se schizofrenií (Jian et al. 2022) Výsledky

průřezové studie v České republice ukázaly, že je souvislost mezi sebestigmatizací a sebevražedným jednáním velmi významná (Vrbova et al. 2018).

4.4 Řešení sebestigmatizace

Corrigan zmiňuje, že jednou z metod k řešení fenoménu stigmatizace by mohla být Terapie přijetí a odhodlání (z angl. Acceptance and commitment therapy). Jedná se o formu terapie, která má základ v kognitivně-behaviorálním přístupu. Lidé, kteří se sebestigmatizací potýkají, pracují v rámci terapie se všímavostí, hodnotami, a také se soustředí na přijetí sebe samy (Corrigan, Druss, Perlick 2014). Corrigan taktéž tvrdí, že sebestigmatizace a větší sebehodnota jsou dva protichůdné prvky. Pokud by došlo k posílení vnímané sebedůvěry ve vlastní schopnosti a snížení sebestigmatizace, mohlo by to vést k vyšší pravděpodobnosti vyhledání odborné péče (Corrigan, Druss, Perlick 2014).

Byla také prokázáno, že identifikace se skupinou osob, které sdílí obdobné obtíže jako jedinec potýkající se sebestigmatizací, vede k poklesu míry sebestigmatizace a vzrůstá pravděpodobnost nárstu sebeúcty (Corrigan, Druss, Perlick 2014). Thornicroft potvrzuje toto tvrzení a zdůrazňuje, že většina přístupů ke snížení míry sebestigmatizace spočívá ve skupinové práci a kognitivně behaviorálním přístupu (Thornicroft et al. 2016).

5. Návrhy na řešení stigmatizace ve zdravotnictví

Paradoxně mnoho osob s duševním onemocněním uvádí, že je to právě zdravotnický personál, který je zdrojem stigmatizujícího chování (Thornicroft et al. 2016). Negativní dopady stigmatizace mohou vést ke zhoršenému přístupu k léčbě a snížené ochotě vyhledat odbornou pomoc. Tento jev poté může vést ke zkrácení délky života a poklesu jeho kvality (Janoušková et al. 2019). Z výsledků studie, ve které se hodnotila prevalence sebevražedných pokusů a úmrtí u osob se schizofrenií, je zřejmé, že je velmi důležité předcházet stigmatizaci změnou znalostí o onemocnění u odborníků (Vrbova et al. 2018). Přestože zdravotníci mají obecně více znalostí o duševních onemocněních než široká veřejnost, stále může přetrvávat nedostatek informací o konkrétních onemocněních, a z toho může plynout stigmatizující chování zdravotníků (Henderson et al. 2014).

5.1 Prvky destigmatizačních intervencí u zdravotníků

Nedávno provedený systematický přehled psychosociálních intervencí u osob se schizofrenií uvedl, že při rozvoji těchto intervencí chybí hluboké porozumění (Asher, Patel, De Silva 2017). Mezi hlavní překážky, které se vyskytují v rozvoji těchto intervencí, jsou omezené zdroje a nedostatečné školení (Khattak et al. 2022).

Podle výsledků studie Hendersonové a kol. jsou velmi důležité výsledky vzdělávacích intervencí pro zdravotnický personál. Nejen, že vzdělávání může vést k lepšímu postoji zdravotníků k osobám s duševním onemocněním, ale také mohou vzdělávací intervence nepřímo vést k tomu, že se zvýší sebedůvěra odborníků, a tím pádem by mohla být interakce s pacientem pozitivnější a nemuselo by na něj být pohlíženo jako na obtížně léčitelného (Henderson et al. 2014).

Studie dle Knaaka a kol., která analyzovala efektivitu stávajících destigmatizačních programů zaměřených na zdravotníky, identifikovala šest klíčových prvků, které svou přítomností v destigmatizačních intervencích vedou k lepším výsledkům v rámci snižování stigmatizace (Knaak, Modgill, Patten 2014).

Knaak a kol. hovoří o tom, že je klíčové do programů zařadit přímý kontakt zdravotníků s lidmi, kteří žijí s duševním onemocněním, skrze osobní výpovědi nebo interaktivní setkání. Je důležité, aby zdravotníci slyšeli, že existuje možnost zotavení se, a také že osoby s duševním onemocněním mohou vést úspěšný a spokojený život (Knaak, Modgill, Patten 2014). Také Hendersonová a kol. zdůrazňují, že je podstatné kombinovat vzdělávací intervence s přímým kontaktem s pacienty, kteří mají duševní onemocnění (Henderson et al. 2014). Sociální kontakt zdravotníků a osob s duševním onemocněním patří mezi nejúčinnější prvek, který se nejvíce podílí na snižování stigmatizace mezi zdravotníky (Knaak, Modgill, Patten 2014; Thornicroft et al. 2016; Henderson et al. 2014). Pokud se využijí různé formy sociálního kontaktu (workshopy, živá setkání, videohovor), mohou destigmatizační programy dosahovat ještě lepších výsledků (Knaak, Modgill, Patten 2014).

Studie dle Sayeda z roku 2021 zjistila, že výpovědi osob, které se uzdravily díky vhodné léčbě, snižují stigmatizaci mezi studenty lékařských fakult (Sayed, Ali, Hadad 2021). Kontakt s lidmi se schizofrenií, kteří jsou speciálně vyškolení na to, aby hovořili o svých prožitcích v rámci systému zdravotní péče, by mohl být klíčovým postupem pro profesní vzdělávací přístupy ke snížení stigmatizujícího chování ve zdravotnictví. Jedná se totiž o úplně jiný druh kontaktu, než jsou typické interakce mezi pacienty a personálem, jelikož v této roli nejsou osoby se schizofrenií vnímány jako pacienti, ale jako mentoři (Knaak, Mantler, Szeto 2017). Právě peer konzultanti mají nezastupitelnou roli v systému služeb, protože jako osoby v procesu rekonvalescence mohou být velkou oporou pro další osoby, které mají duševní onemocnění (Davidson et al. 2012). Janoušková et al. ve své studii rozlišili čtyři úlohy, které zastávají peer pracovníci – přítel, profesionál, pracovník a expeet na základě zkušeností (Janoušková et al. 2022).

Mezi další prvky, které Knaak a kol. prezentovali, patří důraz na zotavení se (recovery-oriented messaging); vyvracení mýtů a stereotypů o duševních onemocněních, které mohou být mezi zdravotníky rozšířené; výuka praktických dovedností, která zahrnuje například jak s pacienty komunikovat (Knaak, Modgill, Patten 2014). Z programů, které se o snížení míry stigmatizace snaží, vyplývá, že je vhodné vyhnout se označení schizofrenik a raději používat označení osoba se schizofrenií. Lze tím zabránit chybné identifikaci onemocnění za osobnost jedince (Ocisková, Praško 2015).

Jedním z dalších možných způsobů, jak by se dalo podpořit zotavení, je zabývat se a pochopit biologickou i genetickou podstatu onemocnění. Kromě rozvoje léčby je ale také důležité věnovat pozornost osobním příběhům lidí, kteří onemocnění mají a zabývat se jejich zkušenostmi a případně je zlepšovat. Snížení stigmatizace a diskriminace a zároveň povzbuzení a inkluze jsou důležitou součástí léčebného postupu stejně jako například farmakoterapie (Wahl 2012).

5.2 Destigmatizační programy v České republice

V rámci reformy duševního zdraví pod záštitou NÚDZ (Národní ústav duševního zdraví) v roce 2017 vznikl projekt Destigmatizace (Národní ústav duševního zdraví 2022). Tento projekt se podílel na vzniku iniciativy NA ROVINU,

kteřá vytvořila programy pro cílové skupiny jako jsou osoby s duševním onemocněním a pracovníci ve zdravotnictví. Ve svých programech se zaměřovala zejména na destigmatizační opatření, která měla za cíl zvýšit kvalitu života osob potýkajících se s duševním onemocněním (Iniciativa NA ROVINU 2025).

V České republice existuje také kampaň Týdny pro duševní zdraví, která má za cíl osvětu o duševním zdraví a životě s duševním onemocněním. Toto téma se kampaň snaží přiblížit široké veřejnosti prostřednictvím osobního setkání s lidmi s duševní nemocí, prezentací činností organizací, které působí v sociálně – zdravotnickém prostoru, ale i skrze aktivity, které mají preventivní charakter (Týdny pro duševní zdraví 2025).

Destigmatizační intervence READ, která byla v České republice realizována, se soustředí zejména na studenty medicíny a lékaře. U lékařů a ostatních zdravotníků existuje předpoklad ke stigmatizujícímu chování, ale zároveň mohou mít velkou moc v šíření osvěty a destigmatizačních intervencí. Během této intervence se studenti medicíny setkali s lidmi, kteří mají duševní onemocnění a byli v roli peer-konzultantů. Celá skupina byla pod dohledem psychiatra. Z výsledků intervence vyplynulo, že se u mediků po absolvování programu snížila obava z interakce s lidmi s duševním onemocněním. Také se ukázalo, že všeobecná výuka psychiatrie na lékařských fakultách není dostačující a měl by se zařadit osobní kontakt s pacienty s psychiatrickým onemocněním (Janoušková et al. 2019).

Získaná data ze studie dle Winklera et al., která se zabývala mírou účinnosti destigmatizačních videointervencí mezi studenty středních zdravotnických škol, ukazují, že krátké videointervence mají pozitivní vliv na snižování stigmatizace mezi studenty ošetrovatelství. Vzhledem k tomu, že žijeme v době, kdy má většina evropské populace nepřetržitý přístup k internetu a sociální sítě patří mezi běžně užívané informační kanály zejména mezi mladými lidmi, vnímají autoři využití sociálních médií jako příležitost pro šíření krátkých destigmatizačních intervencí prostřednictvím videí. Interpretace výsledků také ukazuje, že shlédnutí dokumentu s destigmatizačními prvky může mít srovnatelný dopad na snižování míry stigmatizace jako osobní setkání s duševně nemocným člověkem během výuky

studentů ošetřovatelství. Autoři vnímají velký potenciál ve využití krátkometrážních snímků s destigmatizační tematikou a navrhuji, aby se videointervencí využívalo během vzdělávání budoucích zdravotníků (Winkler et al. 2017).

II. Metodologická část

6. Cíle práce

Cílem této bakalářské práce je poskytnout hlubší vhled do problematiky stigmatizace lidí schizofrenií ze strany zdravotnického personálu. V teoretické části jsem prostřednictvím odborné literatury analyzovala fenomén stigmatizace schizofrenie, s větším zaměřením na projevy a dopady stigmatizace schizofrenie ve zdravotnictví. K hlubšímu porozumění konceptu stigmatizace byly využity studie Thornicrofta et al. (Thornicroft et al. 2016b) a Hendresonové et al. (Henderson et al. 2014), které se zaměřují na stigmatizaci ve zdravotnictví. Ve výzkumné části této práce jsem se soustředila na zkoumání toho, zda je stigmatizující chování přítomno, jaké dopady má na život osob se schizofrenií a jak ho vnímají samotní jedinci se schizofrenií. Na základě praxe během studia jsem si vědoma toho, že převážně na somatických odděleních je stigmatizace psychiatrických pacientů častým jevem, obzvláště pokud se jedná o diagnózu schizofrenie. Právě proto pro mě bylo stěžejní zaměřit se na perspektivní pohled osob s tímto onemocněním a identifikovat klíčové prvky, které ke stigmatizujícímu chování přispívají.

7. Výzkumná otázka a podotázky

Hlavní výzkumná otázka, která rámcovala celý výzkum, zní:

Jaké zkušenosti se stigmatizací v kontextu zdravotnictví mají lidé se schizofrenií?

Hlavní výzkumnou otázku dále rozvíjejí podotázky, které pomohly prohloubit hlavní výzkumnou otázku, byla následující:

- Zkušenosti se stigmatizací v různých oborech medicíny – *Jak se liší zkušenosti se stigmatizací mezi psychiatrickými a jinými obory?*
- Osobní vyrovnání se se stigmatizujícími zážitky – *Jakým způsobem stigmatizující zážitky ovlivnily proces vyrovnávání se s diagnózou?*
- Sebepojetí po stigmatizujících zážitcích – *Jak stigmatizující zážitky ovlivnily vnímání sebe samého?*
- Návrhy řešení – *Co by podle účastníků výzkumu přispělo ke zmírnění stigmatizace? Jaké změny by podle nich potřebovaly být ve zdravotnictví uplatněny? Jaké konkrétní kroky mohou zdravotníci podniknout, aby se osoby se schizofrenií cítily lépe?*

8. Metoda analýzy dat

Vzhledem k povaze výzkumu jsem zvolila kvalitativní přístup a tematickou analýzu jako metodu zpracování dat. V této práci nebyly stanoveny žádné hypotézy a ani nebyl testován teoretický rámec práce. Cílem bylo lépe porozumět zkoumanému fenoménu prostřednictvím sběru a analýzy dat. Dle autorek Braun a Clarke disponuje tematická analýza velkou teoretickou volností, poskytuje flexibilitu a zároveň může být využita jako výzkumná metoda, která zachovává komplexní popis výzkumných dat. Výzkumník v tematické analýze zaujímá aktivní roli, tedy data zkoumá, přemýšlí o nich a hledá propojení mezi jednotlivými výzkumnými daty (Braun, Clarke 2006).

Metody v kvalitativním výzkumu jsou mimořádně různorodé, mají komplexní charakter a umožňují hlubší porozumění fenoménům, které jsou zkoumány (Braun, Clarke 2006). S tematickou analýzou se často pracuje jako s technikou, která může mít určitou flexibilitu v teoretické a designové části, zatímco ostatní kvalitativní analytické přístupy se opírají o jasné ohraničení metodologie a teoreticky podloženou část (Braun, Clarke 2024).

Braun a Clarke navrhly proces skládající se ze šesti fází, který má za cíl analýzu usnadnit a výzkumníkovi tak pomoci s identifikací důležitých aspektů tematické analýzy (Braun, Clarke 2012). Přesto, že je šestifázový proces uspořádaný v logickém pořadí, analýza je spíše dynamický proces vyžadující opakování a postupné zdokonalování, proto je důležité, aby se výzkumník flexibilně pohyboval mezi jednotlivými kroky, vracel se k předchozím fázím a neustále reflektoval nové poznatky (Byrne 2022).

Byrne vychází z práce Braun a Clarke (2012, 2013, 2014, 2020) a popisuje šest fází následovně (Byrne 2022).

1. Fáze seznámení se s daty (z angl. familiarization)

Seznámení se s daty je klíčovou fází v celém procesu analýzy. Zahrnuje opakované čtení celého souboru s daty a cílem této fáze je důkladně se s nimi seznámit. Pokud jsou data nahrávána, je důležité, aby došlo k opakovanému sledování či poslechu videozáznamu nebo audionahrávek. Tento proces je zcela

nezbytný pro identifikaci informací, které by mohly být relevantní pro výzkumné otázky (Byrne 2022).

Během této fáze jsem nahrané rozhovory přepsala doslovně do písemné podoby a již během přepisu došlo k první fázi seznámení se s daty. Abych skutečně pochopila, co účastníci odpovídali, musela jsem si každou nahrávku pustit několikrát. Poté, co jsem již data měla v písemné podobě jsem opakovaně četla dané rozhovory.

2. Fáze generování počátečních kódů

Samotné kódy, tedy krátké a výstižné označení určitých částí dat (např. rozhovoru), slouží jako základní stavební kameny pro následnou tvorbu témat. Výzkumník by měl projít celé soubory dat a identifikoval různé aspekty dat, které jsou zajímavé a mohou vést k rozvoji témat. Kódy by měly být stručné, ale zároveň by měly poskytovat dostatek podrobností, aby sloužily jako společná charakteristika složek dat ve vztahu k výzkumným otázkám. Kódované by měly být všechny údaje, které by mohly být užitečné pro řešení výzkumných otázek. Opakovaným kódováním lze docílit toho, že výzkumník bude schopen určit, které kódy jsou relevantní pro interpretaci dat a které lze vynechat (Byrne 2022).

V souladu s touto fází jsem při analýze dat nejdříve systematicky procházela přepsané rozhovory a označovala úryvky, které se mi jevily jako tematicky významné a zajímavé pro další zpracování. Všechny označené úryvky jsem poté zanesla do excelové tabulky a ke každému z nich jsem přiřadila počáteční kód. Aby byla práce s kódy přehledná, ke každému kódu jsem přiřadila krátký komentář s vysvětlením jeho významu a důvodem zařazení. Tento proces však nebyl pevně daný hned od začátku, během pozdějšího opakovaného čtení dat a rozvíjení porozumění dat jsem některé kódy upravovala, přejmenovala, vyloučila, podle toho, jak se postupně vyvíjela má interpretace a potřeba přesnějšího zachycení významu. Tento přístup mi umožnil hlubší ukotvení daných kódů a přispěl k vyšší přesnosti při následné tvorbě témat.

3. Fáze generování témat

Tato fáze nastává, pokud jsou všechny relevantní části dat nakódovány. Pozornost se přesouvá od analýzy jednotlivých datových složek ke zkoumání jejich celkového významu a hledají se souvislosti v rámci celého souboru. V této fázi jsou kódy revidovány a dochází k analýze, která má za cíl identifikovat možné způsoby jejich propojení na základě sdílených významů, což vede k tvorbě témat a podtémat. Generování témat často může zahrnovat sloučení několika kódů dohromady do jedné kategorie, pod podmínkou, že se vztahují k podobnému konceptu nebo mají podobnou charakteristiku. Také se může stát, že určitý kód hraje klíčovou úlohu a může se z něj stát podtéma nebo dokonce hlavní téma. Důležité ovšem je si uvědomit, že zde hraje klíčovou roli výzkumník, který vytváří souvislosti mezi jednotlivými kódy a hledá vzorce objevující se v datech (Byrne 2022).

Po dokončení kódování všech relevantních částí dat jsem přistoupila k dalšímu kroku analýzy, tedy k hledání souvislostí a generování témat. Všechny vytvořené kódy jsem již měla přehledně uspořádané v tabulce a následně jsem je začala barevně označovat podle toho, zda spolu významově souvisí a mohly by potenciálně tvořit základ budoucího tématu. Tento proces mi umožnil vizuálně zachytit možné vztahy mezi jednotlivými kódy a usnadnil jejich seskupování. Během této fáze jsem postupně seskupila kódy do širších významových celků, která reflektovala hlavní vzorce objevující se v datech a zároveň byla v souladu s výzkumnými otázkami. Výběr a uspořádání témat bylo flexibilní a v některých případech jsem ještě upravovala strukturu kódů, aby výsledná témata co nejlépe vystihovala sdílené významy a zkušenosti vyjádřené účastníky.

4. Fáze přezkoumání potenciálních témat

V této fázi je potřebné, aby výzkumník provedl přezkoumání vycházejících témat ve vztahu ke kódům, které stanovil a zároveň k celému souboru dat (Byrne 2022).

Braun a Clarke (Braun, Clarke 2012b) přišly s řadou klíčových otázek, které je nutné si během této fáze položit:

- Jedná se o téma? (nemůže to být jen kód?)

- Jestliže se jedná o téma, jaká je jeho kvalita? (říká mí něco o datech nebo o výzkumné otázce?)
- Jaké jsou hranice tohoto tématu? (co zahrnuje a co vylučuje?)
- Existuje dostatek dat, která by podpořila toto téma? (je téma stručné nebo obsáhlé?)
- Nejsou data příliš různorodá a široká? (nechybí jim soudržnost?)

Analýza v tomto kroku zahrnuje dvě fáze. V té první se uplatňuje přezkoumání vztahů datovými položkami, jež slouží jako základ pro jednotlivá témata a podtémata. Pokud kódy vykazují souvislý vzorec, můžeme přepokládat, že navržené téma nebo podtéma představuje logicky uspořádaný celek, který může významně přispět k celkovému výkladu dat. V druhé fázi se přezkoumávají hlavní témata v kontextu celého datového souboru. Hodnotí se jejich schopnost poskytnout co nejvýstižnější interpretaci ve vztahu k výzkumným otázkám (Byrne 2022). Při konečné revizi se může stát, že dojde k vytvoření dalších témat a nebo dochází k úpravě či vyřazení některého z témat (Braun, Clarke 2012b).

Po vytvoření předběžné struktury témat jsem přistoupila k jejich systematickému přezkoumání. Zaměřila jsem se na to, zda seskupení jednotlivých kódů do témat skutečně odpovídá jejich významu a jestli nově vzniklá témata nesou dostatečně silnou výpovědní hodnotu ve vztahu k výzkumným otázkám. Každé téma jsem posuzovala z hlediska jeho soudržnosti, relevance a rozsahu. Zároveň jsem uvažovala o tom, jak jednotlivá témata zapadají do celkové struktury výzkumu a zda společně poskytují komplexní a smysluplnou interpretaci. Soustředila jsem se také na to, zda jsou témata dostatečně podložena množstvím kódů – pokud jsem zjistila, že určité téma vychází pouze z jednoho samostatného kódu, přehodnotila jsem jeho zařazení. V takových případech jsem buď kód přesunula k jinému, tematicky příbuznému celku, kde mohl být jeho význam lépe využit, nebo jsem jej vyřadila, pokud by jeho ponechání narušilo komplexnost analýzy. Tento proces opakovaného ověřování a určování témat mi umožnil dospět k pevné tematické struktuře.

5. Fáze definování a pojmenování tématu

V této fázi už je hotova podrobná analýza tematického rámce a každé jednotlivé téma i podtéma by mělo mít korelaci se souborem dat i výzkumnými otázkami. Všechna témata by pak měla tvořit ucelené vyprávění v souladu s obsahem datového souboru a poskytovat komplex informací vztahujících se k výzkumným otázkám. V této fázi je klíčové, aby se výzkumník rozhodl, které části dat použije jako ilustrační citace při prezentaci výsledků analýzy. Vybrané úryvky by měly co možná nejvýrazněji a nejvíce přesvědčivě poukázat na klíčové myšlenky daného tématu. Interpretace by měla ukázat, jak úryvek s daným tématem souvisí a jak celkově zapadá do kontextu výzkumné otázky. Důležité je vytvořit analytický komentář, který čtenáři objasní, proč výzkumník zvolil právě tento úryvek a jak přispívá k celkovému porozumění datům (Byrne 2022).

V této fázi jsem již měla vytvořenou finální strukturu témat a podtémat, která byla pevně ukotvena v datech i výzkumných otázkách. Následně jsem přistoupila k výběru konkrétních úryvků z rozhovorů, které by jednotlivá témata nejlépe ilustrovaly. Při výběru citací jsem kladla důraz na to, aby úryvky co nejvýstižněji vystihovaly klíčové myšlenky daného tématu, a zároveň aby v kontextu analýzy působily srozumitelně a podpořily celkové vyprávění, které tematická struktura vytvářela. Zohledňovala jsem také to, aby vybrané výpovědi poskytovaly dostatečnou hloubku, byly autentické a zároveň umožnily čtenáři pochopit, jak dané téma zapadá do širšího kontextu výzkumných otázek.

6. Fáze vypracování zprávy

Ačkoli je tato fáze zařazena jako poslední, nezřídka kdy začíná až na konci. Na rozdíl od kvantitativního výzkumu, kdy výzkumník provede analýzu a poté sepiše zprávu, se v kvalitativním výzkumu psaní zprávy prolíná s celým procesem analýzy (Byrne 2022). Cílem zprávy je prezentovat přesvědčivý příběh o datech na základě analýzy (Braun, Clarke 2012b).

Důležitou roli hraje také to, v jakém pořadí jsou témata prezentována – měla by mít logickou návaznost a pokud to jde, měla by vycházet z předchozích témat, aby se dal vytvořit ucelený příběh o datech (Braun, Clarke 2012b).

V této závěrečné fázi jsem přistoupila k sepsání výzkumné části práce, přičemž jsem dbala na to, aby každé téma a podtéma bylo pojmenováno tak, aby co nejvěrněji vystihovalo významy, které se objevily v datech, a zároveň reflektovalo zkušenosti a hlas samotných účastníků výzkumu. Při sestavování struktury výsledků jsem se snažila jednotlivá témata uspořádat v logické návaznosti tak, aby na sebe obsahově co nejpřirozeněji navazovala a společně tvořila soudržný příběh.

9. Výběr účastníků výzkumu

Pro účely výzkumu byla zvolena metoda záměrného výběru účastníků. Povaha záměrného výběru přesně definuje skupinu lidí, pro které je výzkumná otázka relevantní (Řiháček, Čermák, Hytych 2013). Oslovila jsem Národní ústav duševního zdraví (dále jen NÚDZ), kde probíhala moje praxe ve druhém ročníku. Dále jsem svůj výběr realizovala prostřednictvím Ústřední vojenské nemocnice v Praze, kde pracuji jako sanitář na psychiatrickém oddělení, a mám tak možnost být v častém kontaktu s pacienty se schizofrenií. Kritéria, která jsem stanovila pro zařazení do výzkumu, byla následující:

- věk nad 18 let
- diagnostikované onemocnění schizofrenie (jakýkoli typ)
- zkušenost s poskytováním zdravotní péče

Naopak kritéria vylučující účast byla neschopnost komunikace a akutní stav onemocnění. Celkově vzorek zahrnoval 8 účastníků ve věku 20-56 let.

Pro hlubší porozumění interpretovaným datům uvádím obecné informace o účastnících výzkumu (viz. Tabulka 2), konkrétně informaci o počtu hospitalizací a o délce trvání onemocnění. Tyto údaje nejsou předmětem analýzy dat samy o sobě, avšak poskytují důležitý kontext pro porozumění výpovědím účastníků. Mohou sehrát roli například při porovnávání zkušeností z různých zařízení nebo v rámci tématu vyrovnávání se s diagnózou, kde lze předpokládat, že delší zkušenost s onemocněním může vést k větší míře přijetí a adaptace. Důležité je poznamenat, že tento předpoklad nelze vnímat jako univerzální. Tento kontext proto vnímám jako doplňující, nikoli určující pro interpretaci témat.

Tabulka 2: Obecné informace o účastnících výzkumu

Účastník/nice	Počet hospitalizací	Počet let žijících s onemocněním
1	3	22
2	2	1,5
3	3	11
4	2	6
5	3	15
6	5	26
7	2	12
8	1	0 (účastnice byla diagnostikována v březnu 2025)

10. Sběr dat

Sběr dat probíhal prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů, které se řídily předem připravenou strukturou (viz. Tabulka 3), ale zároveň ponechávaly prostor pro volné vyjádření osobních zkušeností účastníků. Délka rozhovorů se pohybovala mezi 15-90 minutami a sedm z osmi rozhovorů se uskutečnilo formou osobního setkání (*face to face*). Výhodou metody *face to face* je možnost pozorovat nonverbální komunikaci, což umožňuje lepší porozumění emocím účastníka a zároveň poskytuje prostor pro hlubší prozkoumání tématu (Zouhairi 2018). Poslední rozhovor proběhl na základě telefonické komunikace. Rozhovory probíhaly v klidných prostředích a byly nahrány na diktafon. Poté byly nahrávky přepsány doslovně do textové podoby.

Tabulka 3: Přehled tematických okruhů a příkladů otázek pro polostrukturovaný rozhovor

Tematický okruh	Příklad otázek
Zkušenosti se stigmatizací v různých oborech medicíny	Můžete mi popsat, jak se k Vám chovali lékaři nebo sestry na různých odděleních, když znali Vaši diagnózu?
Dopad stigmatizujících zážitků na vyrovnávání se s diagnózou	Jak Vás ovlivnilo, když jste poprvé slyšel/a Vaši diagnózu? Mělo na to nějaký vliv chování zdravotníků?
Vliv stigmatizujících zážitků na sebepojetí	Když jste se někdy setkal/a s neférovým chováním lékařů nebo sester, měly tyto zážitky nějaký vliv na to, jak teď vnímáte sebe nebo svou diagnózu?
Dopad stigmatizace na důvěru ve zdravotní systém a přístup ke zdravotní péči	Můžete popsat situaci, kdy jste se cítil/a tak, že se k Vám lékaři nebo sestry chovali neférově kvůli Vašemu onemocnění?
Možnosti snižování stigmatizace lidí se schizofrenií	Můžete popsat situaci, kdy jste se cítil/a tak, že se k Vám lékaři nebo sestry chovali neférově kvůli Vašemu onemocnění?

11. Etické aspekty

Před zahájením rozhovorů účastníci podepsali informovaný souhlas, jehož šablonu poskytla fakulta. V rozhovorech nebyla uvedena žádná jména, adresy ani jiné identifikující údaje, přičemž nebyla shromažďována žádná data, která by byla v rozporu s ochranou osobních údajů dle GDPR. Účastníci byli předem informováni o možnosti kdykoliv před dokončením bakalářské práce odstoupit z výzkumu bez udání důvodu. Originální nahrávky rozhovorů byly po přepsání smazány, aby byla zajištěna maximální ochrana soukromí účastníků.

III. Empirická část

12. Interpretace získaných dat

Prostřednictvím této kapitoly představím hlavní zjištění, která vzešla z analýzy dat. Struktura kapitoly vychází z výzkumných otázek, ke kterým jednotlivé celky odpovídajícím způsobem směřují. Názvy podkapitol tak reflektují čtyři klíčové oblasti, na které jsem se ve výzkumu zaměřila.

12.1 Zkušenosti se stigmatizací mezi zdravotníky napříč obory medicíny

První výzkumná podotázka se zaměřovala na přítomnost stigmatizace v různých oblastech medicíny – na to, zda je přítomna, a pokud ano, jak se v jednotlivých zdravotnických oborech liší. Zvláštní pozornost jsem věnovala otázce, zda-li je stigmatizace patrná i v psychiatrickém prostředí, které by mělo být na specifika duševních onemocnění nejlépe připraveno. Cílem bylo zjistit, jestli se zkušenosti se stigmatizací liší mezi psychiatrickými a nepsychiatrickými odděleními, případně jestli se projevuje odlišně. Rovněž mě zajímalo, zda existují rozdíly v míře stigmatizace mezi sestrami a lékaři a jiným nelékařským personálem, se kterým se osoby se schizofrenií v rámci zdravotní péče setkávají.

I když jsem se původně primárně zaměřovala na stigmatizující chování, z výpovědí účastníků vyplynulo, že zkušenosti s péčí nejsou jednoznačně negativní. Vedle stigmatizujících zážitků se v rozhovorech objevovalo velké množství momentů přijetí, porozumění a důstojného zacházení. Z tohoto důvodu je kapitola členěna tak, aby reflektovala obě roviny zkušeností.

12.1.1 Když pomoc není pomocí

Ačkoliv by se dalo předpokládat, že právě psychiatrická zařízení budou místem největšího porozumění pro osoby s duševním onemocněním, z výpovědí několika účastníků vyplynulo, že právě zde se setkali s projevy stigmatizace a nedostatkem respektu.

„...v jedný psychiatrický nemocnici, tam mi ukradli zlatý prstýnky... byli to sanitáři, sundali mi to z rukou... pak na konci hospitalizace mi řekli, že jsem jim nic

nedával...“ (Účastník 1).

„...na tý samý psychiatrii vás dají na příjmový pavilon, zamknou pokoje... pak je tam 30 pacientů, 6 křesel... lidi sedí na zemi... dělají různé zvuky... režim se nezměnil...“ (Účastník 1). Tento účastník popisuje zážitky z jedné z hospitalizací, kde došlo k narušení důstojnosti, absenci bezpečného prostoru, ale i nedostatku lidského kontaktu. Péče z účastníkovy pohledu nebyla vnímána jako léčebný proces, nýbrž spíše jako režimový systém, kde pacient ztrácí autonomii.

„...žádná zpětná vazba... žádný program... žádný kontakt... když jsem přišel, že mi není dobře, dali mi lék...“ (Účastník 1).

„...tam to vůbec žádný terapie, pracovní terapie vůbec nic nebylo... najíst a na léky a děláme si, jako, co jsme chtěli...cejtila jsem se z toho už bezmocně...“ (Účastnice 6). Absence psychoterapeutické práce a chybějící individuální přístup byly pro účastníky zásadními body, které prohlubovaly pocit bezmoci během doby hospitalizace.

Ve výpovědích od účastnice také zaznívalo, že se setkala s pasivním a odmítavým přístupem zdravotnického personálu: „nelíbilo se mi tam to prostředí, nelíbilo se mi, jak se chovají sestřičky nebo vůbec personál ke klientům.“ (Účastnice 6).

„...oni byli zalezlí v tý svý místnosti denní, kde tam prostě seděli, popíjeli kafe, a když někdo něco chtěl, tak to působilo, jako že je strašně rušíme a otravujeme.“ (Účastnice 6).

V dalším rozhovoru se objevily i momenty fyzického zásahu, které sice byly spojeny s akutní stavem dotyčné účastnice, ale přesto zanechaly pocit narušení hranic a respektu: „Já jsem se jako hrozně bránila tomu, aby mi dali nějaký prášek, takže oni mě jako natlačili vlastně do pokoje a píchli mi nějakou injekci...“ (Účastnice 8). Zajímavé na této výpovědi však je, že později sama tento zásah reflektovala jako potřebný v důsledku psychózy, výpověď je tedy ambivalentní, nicméně účastnice na situaci často vzpomíná s pocitem dehumanizace ze strany personálu.

V jedné z výpovědí účastnice vzpomíná na svůj zážitek ze situace ve společných sprchách, kdy byla svědkyní konfliktu mezi pacientkou a sanitářkou: „...byla jsem svědkem takový situace... sprchy byly na chodbě pro všechny... a jedna pacientka si tam zapálila cigaretu. No a přišla myslím sanitárka a začala jí strašně nadávat a normálně jí dala facku...“ (Účastnice 6). Tato výpověď poukazuje na to, že některé interakce mezi pacienty a personálem mohou působit tvrdě nebo nepřiměřeně. I když se pravděpodobně jedná o ojedinělou událost, ilustruje výpověď skutečnost, že psychiatrické prostředí nemusí být vždy bezpečným a předvídatelným místem, jak by se dalo očekávat.

Z výpovědí vyplývá, že ani prostředí, kde se očekává odborný a lidský přístup k lidem s duševním onemocněním, nemusí být automaticky místem bezpečí. Účastníci popisovali situace, v nichž se cítili nevyslyšeni, přehlíženi nebo zbaveni důstojnosti. Ačkoliv nelze tyto zkušenosti zobecnit na všechna zařízení, ukazuje se, že forma a kvalita poskytované péče může mít zásadní vliv na prožívání hospitalizace a celkovou rekonvalescenci. Když je odborná pomoc vnímána jako necitlivá, může to mít za následek oslabení celkového přínosu hospitalizace a v některých případech se může péče proměnit v další zdroj stresu.

12.1.2 Mezi pomocí a předsudkem

Zkušenosti se stigmatizací ze strany zdravotníků mimo oblast psychiatrie jsou různé. Na jedné straně se ve výpovědích objevil věcný a profesionální přístup, na straně druhé někteří účastníci popisovali zlehčování, předsudky nebo otevřené zpochybňování jejich obtíží na základě diagnózy. Výrazná nebyla jen samotná zkušenost s neférovým jednáním, ale také nejistota vyplývající z otázky, zda je chování odborníku ovlivněno právě znalostí psychiatrické diagnózy.

Některé z výpovědí naznačují, že ačkoliv se personál navenek choval profesionálně, komentáře nebo chování za zády pacienta mohly mít zraňující charakter: „...pak asi jako jsem slyšela vlastně nějaký rozhovor, že jako jsem trošku blázen, jak tam se jako spolu bavily nějak jako asi sestřičky... nebo doktorka, netuším... a trošku jsem slyšela nějaký komentáře na moji osobu.“ (Účastnice 8). Zajímavá byla také výpověď Účastnice 4, která během studia na lékařské fakultě

na praxi zažila následující situaci. Zážitek se přímo netýkal jí samotné, ale popisuje stigmatizující přístup k jiné osobě: „...byla jsem na praxích na gynekologii a přivezli tam paní s psychiatrickou diagnózou, která musela jít na zákrok... a hned to personál rozebíral, kritizovali běžné věci, protože měla diagnózu...“ (Účastnice 4).

V jiných případech došlo k otevřenému zpochybnění obtíží, nebo k poznámkám, které ukazují, že diagnóza může přehlušit individuální příznaky, které se týkají somatických obtíží: „Říkali: *„Ta si vymejší, ona simuluje.“*“ (Účastnice 5) nebo „...řekli, *at’ se v**ru na krizi...“*“ (Účastnice 4).

Zároveň se ale objevily i kontrastní výpovědi, které ukazují, že ne všichni zdravotníci ze somatických oddělení reagují negativně. Někde byla péče vnímána jako přirozená a bez předsudků: „...ortopedie, gynekologie, tam byli velmi profesionální, neřešili diagnózu... zajímali se o mě jako člověka...“ (Účastnice 7), stejně tak v následujícím úryvku: „...na očním oddělení, chirurgii, diabetologii... že bych se setkala s něčím špatným, to ne.“ (Účastnice 6).

Do této roviny spadá i situace, kterou účastnice popisovala ve vztahu ke svému gynekologovi: „Můj gynekolog mi jednou řekl: *„Tak máte tady napsaný paranoidní schizofrenie. No, mně je to vlastně úplně jedno“* jo, že on říkal, že stejně tomu vlastně nerozumí, tak se mě ptal, co dělají ty moje léky, jestli jako třeba jako vnímám tu úzkost nebo naopak nevnímám, nebo co mi to vůbec jako ty léky přináší, že se jako zajímal...“ (Účastnice 6). Tato výpověď zachycuje postoj profesionála, který sice nevyužívá odborný jazyk, ale je otevřený, upřímný a lidský. Gynekolog sice nezná podrobnosti diagnózy, ale místo distancování přichází s dialogem. Pro účastnici byla tato reakce klíčová, právě proto, že působila upřímně a lidsky.

12.1.3 Když pomoc pomocí je

Ačkoliv většina rozhovorů obsahovala nějakou zmínku o stigmatizaci, zaznívaly i výpovědi, které vykreslovaly přímou oporu, lidský přístup a přijetí. Pro některé účastníky představovala vstřícná komunikace a partnerský vztah s personálem zásadní rozdíl v tom, jak se během péče cítili.

„To si myslím, že to, že v tom (název města) byli docela hodný na mě.“ (Účastnice 7). tato výpověď v sobě nese silný kontrast k výpovědím o necitlivosti.

Pozitivní zkušenosti se často vážou na konkrétní osoby nebo zařízení, nikoli na celý systém. Tato zmínka o psychoterapeutickém oddělení ukazuje, že když se podaří vytvořit bezpečné a důvěryhodné prostředí, člověk na ně může s pozitivním náhledem ještě dlouho vzpomínat: *„V (název města) to bylo jako fakt bezvadný psychoterapeutický oddělení, úplně skvělý.“* (Účastnice 6).

Podobně i jiný účastník popisuje příjemný a ohleduplný přístup psychiatrického personálu: *„...když mají čas, tak se na ně kdykoliv můžu obrátit, ale pak třeba, když přivezou oběd... vy jim řeknete třeba pět vět, oni vám odpoví třeba na dvě, ale odpoví tak, aby to vyznělo normálně, aby to nebylo to zlý vůči člověku... takže tady je to moc, moc příjemný.“* (Účastník 1).

V těchto případech se ukázalo, že i krátké, běžné interakce mohou působit léčivě, pokud jsou vedeny s respektem a zájmem. Takové situace podtrhuje i následující výrok, který popisuje důslednou a stabilní podporu ze strany personálu: *„...všechny sestřičky jsou velmi příjemné... nezažil jsem jediný problém...“* (Účastník 2).

Z výpovědí vyplývá, že zkušenosti s péčí ve zdravotnictví nejsou jednotné ani předvídatelné. V některých případech docházelo k projevům stigmatizace, necitlivému zacházení nebo absenci podpory – a to jak v oblasti psychiatrie, tak v rámci somatické péče. Zároveň se však ukazuje, že zdravotnický systém není homogenní a že klíčovou roli představují konkrétní osoby a zařízení a jejich přístup. Tam, kde pacienti zažili respekt, otevřenost a lidský přístup, mluvili o pocitech bezpečí a přijetí. Často tak hovořili i přesto, že samotná léčba nebyla jednoduchá.

Právě tento kontrast ukazuje, že stigmatizace ve zdravotnictví nemusí být otázkou systému jako celku, ale vztahu, postoje a způsobu, jakým je pacient vnímán.

12.2 Vyrovnávání se s diagnózou schizofrenie

V rámci této výzkumné podotázky jsem se zaměřila na to, jakým způsobem účastníci přijali svou diagnózu schizofrenie, jak prožívali její sdělení a jaký dopad měla tato skutečnost na jejich život. Součástí zkoumání bylo také to, zda a jak chování zdravotnického personálu ovlivnilo proces přijetí diagnózy a vyrovnávání se s ní. Ačkoliv hlavní pozornost byla věnována právě roli zdravotníků, z výpovědí účastníků vyplynulo, že významným faktorem v procesu vyrovnávání se s nemocí byla i podpora či nepochopení ze strany rodiny a blízkého okolí. Tyto skutečnosti jsou proto do analýzy zahrnuty, neboť zásadním způsobem ovlivňují individuální cesty adaptace na duševní onemocnění a formují i vztah k diagnóze samotné.

V mnoha výpovědích se zároveň objevuje motiv sebe-stigmatizace – tedy vnitřního ztotožnění se s negativními stereotypy o duševním onemocnění, které si jednotlivci postupně osvojili z okolního prostředí. Tento fenomén výrazně ovlivnil nejen to, jak účastníci svou diagnózu vnímali, ale i jejich sebehodnocení, schopnost mluvit o nemoci otevřeně a hledat pomoc. Citace, které v této části analýzy uvádím, proto odrážejí nejen zkušenosti s reakcemi okolí, ale i vnitřní boj s přijetím sebe sama jako člověka s psychiatrickou diagnózou.

12.2.1 Počáteční zmatek a strach z neznáma

Počáteční fáze onemocnění byla pro řadu účastníků velmi náročná. Popisovali zkušenost se zmatením, nejistotou a neporozumění tomu, co se s nimi děje. Tyto pocity byly často doprovázeny emočně silnými projevy, jako byl strach, šok nebo popírání. Účastníci vnímali počáteční příznaky jako těžce uchopitelné a často jim chyběly faktické informace nebo podpora, které by mohly pomoci k hlubšímu porozumění onemocnění.

Účastník 1 například vzpomíná na své první zážitky takto: *„Ono to mělo totiž takovej hlubší podtext, že ze začátku vlastně mě léčili na epilepsii, protože si mysleli, že to je epilepsie, pak z toho sešlo a začali mě léčit, protože jsem začal mít hlasy a nevěděl jsem, jestli to je v hlavě a nebo jsou to myšlenky. Tak pak vlastně,*

když už toho bylo hodně a udělal jsem doma spoustu bordelů, kdy jsem zničil byt a takovýchle věcí...tak jsem zjistil, že je něco špatně, že to asi bude nějakýho psychickýho rázu.“ (Účastník 1). Tato výpověď ilustruje nejen diagnostickou nejistotu, ale i hluboké nepochopení prožívaných symptomů, které komplikovalo přijetí onemocnění. Podobně i Účastnice 4 popisovala velký emoční propad při zjištění diagnózy: „...já jsem to asi jako tušila, že jsem si říkala, že to bude vážný a protože i moji kamarádi mi už naznačovali, že buď jsem v nějaký sektě, anebo mám schizofrenii, tak právě v sektě jsem nebyla, takže mě napadlo, že asi budou mít pravdu tím, že budu mít schizofrenii, ale bylo to všechno takový... jako pro mě to bylo nemilý zjištění, že jsem se propadla fakt od toho zjištění té diagnózy úplně dolů na tři čtvrtě roku.“ (Účastnice 4).

Účastníci také zmiňovali, že nebyli dostatečně informováni na začátku svého onemocnění a že si častokrát museli informace sami dohledávat: „...hledala jsem si o tom různě informace, v psychiatrické nemocnici mi jenom řekli, že mám schizofrenii, že budu užívat léky, ale co to je, mi nikdo neřekl.“ (Účastnice 6), přičemž účastnice dodala: „Asi bych se nemusela tolik bát.“ na mou otázku, co by se změnilo, kdyby s ní o tom někdo mluvil.

Podobně další výrok hovoří o stejné zkušenosti: „Vlastně, jako o tom se se mnou nikdo moc nebavil. No, já jsem si spíš hledala jako v literatuře, že jsem se snažila o tom něco vůbec dočíst, co vůbec mám.“ (Účastnice 4).

Kromě aktivního vyhledávání informací o diagnóze se ve výpovědích objevil i proces zpětné reflexe a rekapitulace událostí, které předcházely jejímu sdělení. Účastnice popisuje, jak si postupně skládala jednotlivé momenty a symptomy do souvislostí, čímž se snažila porozumět tomu, co se s ní děje a proč došlo k hospitalizaci: „Jakoby takhle úplně napřímo si nevybavuju okamžik, že by mi to bylo řečeno, spíš pak jakoby mi přijde, že zpětně jsem si vlastně dávala dohromady to, co se událo, tu mojí hospitalizaci, jakým způsobem probíhala a co tomu předcházelo, jaký jsem pociťovala stavy, co jsem si myslela, jaký jsem měla vlastně jako ten myšlenkový proces za těmi událostmi, které jsem zažila před hospitalizací.“ (Účastnice 8). Tato výpověď ukazuje, že diagnóza není vždy vnímána jako jednoznačně komunikovaný fakt, ale jako něco, co si člověk musí

aktivně „poskládat“ z prožitků, chování okolí a fragmentárních informací. Právě tento zpětný proces je pro některé účastníky klíčový pro to, aby mohli začít svou nemoc chápat a případně ji i přijmout.

12.2.2 Proces přijetí

Přijetí diagnózy se v rozhovorech ukazovalo jako postupný, nejednoznačný a často proměnlivý proces. Zásadní roli v něm hrály mezilidské vztahy – jak s blízkými, tak se zdravotnickým personálem. U některých účastníků přijetí probíhalo ve fázi odporu a odmítání, u jiných bylo usnadněno prostředím důvěry, podpory a validace.

Účastník 2 popisuje, že sdělení diagnózy zprvu nevnímal jako zásadní moment, a smysl mu začala dávat až v průběhu času: *„Popravdě to pro mě nic moc neznamenal, až později jsem si uvědomoval, jak moc to dokáže zasáhnout jako do života.“* (Účastník 2). Tato výpověď naznačuje, že samotné sdělení diagnózy nemusí být pro člověka automaticky emočně silné či významné. Její přijetí může záviset na celkovém postoji k léčbě, zážitku s péčí nebo změně perspektivy, která se může rozvíjet postupně. K usnadnění celého procesu přijetí přispívá přítomnost podpory. Účastník v tomto případě zmiňuje podporu ze strany rodiny: *„...příbuzní, víceméně všichni, co o tom vědí, tak mi jsou oporou a navštěvují mě docela často.“* (Účastník 2). Stejně tak v dalším úryvku účastnice sděluje, že podpora od rodinných příslušníků má vliv: *„...moje rodina mi pomáhá, ale některý věci nechápou... neumím jim to vysvětlit...“* (Účastnice 3). Na otázku, kde účastnice čerpala oporu, mi odpověděla: *„Asi jako u kamarádů, kterých moc nebylo, a hlavně teda ještě u jedny jako důležitý osoby nějak, která se o mě starala...ale on vlastně ani nevěřil tomu, že bych jako měla mít paranoidní schizofrenii a myslím si, že dodnes tomu neuvěřil, že jsem jako psychiatricky nemocná...ale tenhle člověk mě prostě držel nad vodou.“* (Účastnice 4). Dle výpovědí účastníků se ukazuje, že opora ze strany okolí nemusí být bezchybná ani plně informovaná, aby měla pozitivní dopad – i částečná nebo intuitivní snaha o porozumění, trpělivost a přijetí může hrát zásadní roli ve stabilizaci psychického stavu. Taková snaha pomáhá jednotlivci cítit se méně osaměle, posiluje jeho sebe

hodnotu a vytváří prostor pro otevřenou komunikaci o obtížích, což může zmírňovat úzkost, nejistotu a pocity studu spojené s diagnózou.

Významnou roli v přijetí diagnózy hraje i zdravotnický personál, jehož chování je důležitým faktorem, což potvrzuje tento úryvek: „...*když jsou tady na vás hodný, tak je to třeba lépe zvládnutelný...*“ (Účastnice 7). V řadě výpovědí účastníci uváděli, že se zdravotníci měli pozitivní vztah: „...*všechny sestřičky tady jsou velmi příjemné, nezažil jsem jediný problém...oslovují mě jménem, vědí, kdo jsem...když nemůžu spát, tak se mě snaží uklidnit...*“ (Účastník 2), nebo: „...*doktoři i sestřičky byli hodní... jsem ráda, že v aspoň v ně mám důvěru... vždycky jsem se cítila v bezpečí.*“ (Účastnice 3). Také Účastník 1 popisoval, že oporu od zdravotníků vnímal jako stabilní: „...*mám velice dobrou zkušenost, nikdy jsem tady neměl žádný problém a vždycky mi pomohli.*“ (Účastník 1).

Kromě konzistentní péče účastník také zdůrazňuje význam validace symptomů ze strany lékařky: „*Ošetřující lékařka, která teď momentálně jakoby je moje psychiatricka, tak jsme spolu udělali nějaký testy a zjistili jsme, že to nejsou jen hlasy v hlavě, ale že to jsou vyloženě hlasy... tendenční, který prostě jsou jako opravdový...*“ (Účastník 1). Validace od ošetřující lékařky v tomto případě umožnila účastníkovi vnímat jeho zkušenosti jako legitimní, a tím pádem i onemocnění jako více pochopitelné. Neméně důležitou výpovědí byla zkušenost s lékařkou internistkou, se kterou se setkala Účastnice 6 po suicidálním pokusu: „...*řekla mi: „ale se schizofrenií se dneska dá docela dobře žít, nevzdávejte to“ ... byla strašně taková jako příjemná, ta paní doktorka.*“ (Účastnice 6).

12.2.3 Na hraně přijetí

Zatímco někteří účastníci hovořili o přijetí diagnózy jako o procesu, který již mají za sebou nebo jsou v pokročilé fázi, u jiných zůstával vztah k nemoci nejistý, rozporuplný nebo stále emočně namáhavý a bolestivý. V této kapitole se zaměřuji na výpovědi, které ukazují, že přijetí není u všech účastníků definitivní ani úplné, ale často představuje proměnlivý, dlouhodobý a nejednoznačný vnitřní proces. Diagnóza schizofrenie zde není chápána pouze jako lékařský pojem, ale jako hluboký zásah do sebepojetí, s nímž se člověk učí žít celý život.

Výpovědi vycházejí z odpovědí na dotaz zaměřený na to, co sami považují za nejnáročnější aspekt zvládnání schizofrenie – tedy jaké momenty, situace či vnitřní procesy jim v soužití s touto diagnózou připadají nejvíce zatěžující. Jejich sdílení tak odhaluje nejen praktické potíže, ale i hlubší emocionální a vztahové roviny života s nemocí.

Odpovědi účastníků v sobě často měly společné prvky. Jedním z nich byla skutečnost, že se se svou diagnózou stále vyrovnávají a přijetí její existence pro ně zůstává obtížné: „*No, on je to trošku takový oříšek, protože já v podstatě doted'ka mám jakoby problém si uvědomit, že vlastně tu schizofrenii mám.*” (Účastník 1). Z úryvku vyplývá, že diagnóza nemusí znamenat vnitřně pevnou realitu, ale může být něčím, s čím člověk svádí trvalý zápas na rovině porozumění sobě samému. Na tuto nejistotu navazuje Účastník 2, pro kterého je stále velmi náročné zvládnání onemocnění a integrace do života: „*Tak nejtěžší asi je vypořádat se s tím, že existují ty fáze té psychózy, který jsou opravdu složité na zvládnání...*” (Účastník 2). Zde vnímám, že je nemoc přijata jako faktická skutečnost, ale přijetí v tomto případě není konečný stav, nýbrž trvalý boj s něčím, co se vrací a zachází za běžné hranice kontroly.

V další výpovědi byl vztah k onemocnění formován silným emočním prožitkem, který přijetí značně komplikoval: „*Já jsem se s tím do teď nevypořádala... S tím bojuju, pořád bojuju s tou nemocí...ty hlasy, co poslouchám, to všechno, to je strašná nemoc*“ (Účastnice 3). Diagnóza není přímo odmítána ve smyslu popření, ale není přijatelná – působí příliš těžce.

V jiných případech se objevoval motiv existenciální nejistoty, který se promítal do vnímání vlastní identity: „*Asi vůbec jako si připustit fakt, že i já můžu onemocnět prostě něčím, co nechci, jako že to není jako o mé volbě...Takže, no, jako nejtěžší bylo vůbec se srovnat s tím, že můžu mít tuhle nemoc, no.*“ (Účastnice 4), nebo: „*Připadala jsem si jako že jsem nějaký hlupák nebo něco takovýho, prostě proč zrovna já zrovna, proč já musím mít takovou diagnózu, jako proč to nemůže mít někdo jinej, proč zrovna já.*“ (Účastnice 7). Z výpovědi je patrné, že onemocnění zde představuje narušení sebeobrazu, který člověk dlouhodobě budoval a nyní je ohrožen vztahem k diagnóze.

Výpověď další účastnice je i přes svou stručnost velmi silná a celý vnitřní proces shrnuje takto: „*Celý to je těžký, nevím, srovnávám se s tím do teďka.*“ (Účastnice 5). Výpověď naznačuje, že přijetí může být dlouhodobým procesem, který se znovu otevírá v různých obdobích života. Účastnice působila velmi unaveně, jako kdyby v sobě měla tichý nesouhlas, ale snažila se dát celé zkušenosti nějaký rámeček.

Opatrně a nejistě se k diagnóze staví Účastnice 8, která svou zkušenost popisuje s váhavým tónem a určitou formou distance: „*Je těžký uznat, že jako, že jsem opravdu možná měla nějakou tu diagnózu, nějakou tu psychózu.*“ (Účastnice 8). Zde je velmi významná část, kdy účastnice mluví o diagnóze v minulém čase, jako kdyby už neexistovala. Zmiňuje se o ní s odstupem a působí dojmem, jako kdyby diagnóza měla vliv na její život spíše zvenku než zevnitř.

12.3. Sebepojetí po stigmatizujících zážitcích

V této kapitole se soustředím na to, jak stigmatizující zážitky ovlivnily vztah účastníků k sobě samým. V rámci rozhovorů jsem se mimo jiné ptala na to, zda odpovídající měli pocit, že stigmatizující chování ze strany sester nebo lékařů mělo vliv na to, jaký pohled teď zauímají sami k sobě a ke své diagnóze.

Ačkoliv některé z výpovědí na tuto otázku přímo reagovaly, ve výsledku se ukázalo, že vliv na sebepojetí nevycházel pouze z kontaktu se zdravotníky, nýbrž mnohem výrazněji z reakcí rodiny a blízkého okolí. Mnozí účastníci popisovali, že právě narušení blízkých vztahů bylo pro jejich vnímání sebe sama zlomové.

Sebepojetí zde tudíž nevystupuje jako pevně daný obraz, ale jako citlivý a proměnlivý proces, který je formován tím, jaké zpětné vazby člověk získává od světa kolem sebe.

12.3.1 Propast mezi námi

Stigmatizující zážitky se neprojevují jen v přímém kontaktu se zdravotnickým personálem, ale velmi často mají širší dopad. Zasahují do mezilidských vztahů, do rodin, do přátelství. Z výpovědí účastníků plyne, že diagnóza schizofrenie a okolní reakce na ní mohou vést k pocitu osamění, izolace a narušené sociální vazby.

„Byla jsem naprosto v izolaci. Já jsem najednou neměla vůbec žádný kamarády, nic...“ (Účastnice 6). Pocit osamění nebyl v tomto případě důsledkem odmítnutí, ale vlastního stažení se: *„... jsem ani nechtěla nikoho kontaktovat z těch spolužáků, protože jsem se styděla...“ (Účastnice 6).*

Do tématu izolace může přispívat i zkušenost, kdy člověk získá pocit, že se za něj jeho nejbližší stydí: *„...no když se máma tu diagnózu dozvěděla, tak jsem měla pocit, že se za mě stydí.“ (Účastnice 7).*

Účastníci často mluvili o narušení přátelských i rodinných vztahů, které nebyly schopny pojmout nemoc bez obav a odstupů: *„Rodiče to vnímají špatně, jsou z toho taky zničený.“ (Účastnice 5).* Na otázku v čem přesně to „zničení“ spočívá mi účastnice odpověděla: *„Jsou zničený z toho, že jejich dcera je nemocná. Ale zrovna touhle nemocí prostě. Proto jsou zničený.“ (Účastnice 5).*

V některých případech došlo ještě k většímu narušení sociálních vazeb, například Účastník 1 cítil, že je druhými vnímán jako nebezpečný nebo nepochopitelný: *„...mně to vzalo nejenom nějaký dva roky života, ale vzalo mi to i kamarády, vzalo mi to část rodiny...já jsem teď v podstatě sám, nemám žádný kamarády, nemám žádný kamarádky, protože to prostě nechápou. Oni si myslí, že bych jim mohl třeba něco udělat, že bych jim mohl ublížit, takže jsme přerušili veškerý kontakt.“ (Účastník 1).*

Z těchto výpovědí je patrné, že stigmatizace není jen vnější jev, ale častokrát zasahuje hluboko do nejbližších vazeb a tím i do vnitřního prostoru osoby žijící s onemocněním. Pocit osamocení není pouze faktický, ale především existenciální – být nemocný podle některých účastníků a jejich okolí znamená najednou být jiný, nepochopený, nebezpečný, vzdálený. Vztahy, které dříve tvořily oporu, se mohou

proměnit v tichý zdroj bolesti a může vzniknout propast mezi lidmi, kteří si dříve byli blízcí.

12.3.2 Najednou nejsem jako oni

Z výpovědí účastníků vyplývá, že zkušenost s duševním onemocněním může výrazně zasáhnout i do nahlížení na vlastní osobu. Jak se člověk vnímal před onemocněním a jak se vnímá nyní. Nejde přitom jen o fakt diagnózy, ale o postupné rozpoznávání a sledování změn v myšlení, těle i v běžných životních situacích. Někteří z účastníků vnímají odlišnosti mezi sebou samými a mezi svými vrstevníky: „...ostatní vypadají normálně, jenom vy jste takovej ten... nenormální.“ (Účastnice 7). Dle výpovědi je patrné, že porovnávání se s okolím může způsobit zkreslený pohled na vlastní osobu. Normálnost se stává měřítkem, do kterého se člověk najednou nevejde – ať už kvůli diagnóze nebo kvůli vlastním projevům a pocitům.

Někdy se toto vnímání odlišnosti může projevit v rámci tělesných projevů, které mohou být nápadné a způsobovat nepříjemné pocity: „*Tak já jsem se cítila jako špatně, že se mi klepou ruce, když vysazuju léky... a vlastně jsem to chtěla jako pak i skrývat před těma kamarádama.*“ (Účastnice 4). Zde je přítomna nejen změna v sebehodnocení, ale také snaha maskovat vlastní obtíže, aby nebyly vidět – jako by jejich přítomnost ohrožovala možnost být součástí kolektivu.

Vnitřní zlom pak může přijít ve chvíli, kdy člověk zpětně reflektuje, co prožil, co udělal a jak to souviselo s onemocněním: „...nejtěžší bylo si to uvědomit, že ty hlasy a halucinace jsou jen bludy, není to realita... něco jsem zničil... někomu ublížil... pak jsem si to vyčítal...“ (Účastník 1).

Celkově pak tato kapitola představuje, že prožitky stigmatizace neformují jen to, jak je pohlíženo na osoby s duševním onemocněním, ale také to, jak se vnímají ony samy – častokrát jako někoho, kdo se vymyká běžnosti a je „jiným“ člověkem, než byl dříve.

12.3.3 Když důvěra odejde

Pro některé z účastníků měly negativní zkušenosti se zdravotníky zásadní dopad na jejich schopnost důvěřovat nejen ostatním, ale i sobě samým. V jejich výpovědích se objevují situace, kdy se setkali se stigmatizujícím chováním –

například s předsudky, zlehčováním jejich potíží, necitlivou komunikací nebo s automatickým připisováním všech problémů diagnóze. Takové zacházení vedlo k pocitům odmítnutí, nepochopení a někdy i studu. Ztráta důvěry ve zdravotnický systém se pak neprojevovala jen jako odstup od odborné pomoci, ale také jako zpochybňování vlastních prožitků a oprávněnosti hledat podporu. V důsledku stigmatizace se tedy objevovala nejistota, zda jsou jejich obtíže „dostatečně vážné“ nebo „hodné pozornosti“, což dále ztěžovalo proces vyrovnávání se s nemocí a aktivního vyhledávání péče.

„Mně i když už bylo špatně, tak jsem si myslela, že si to dělám sama, že si vymejším, protože doktoři to furt zpochybňovali a už jsem jim pak ani nevěřila.“ (Účastnice 5). Tato výpověď poukazuje na to, že když dochází k nedostatku přijetí a validace zvenčí, může to vést k tomu, že člověk začne zpochybňovat sám sebe, své prožívání i své právo na pomoc.

Ztráta důvěry se v rozhovorech neobjevovala jen z přímých zkušeností, ale i pozorováním reakcí u blízkých, kteří byli také odmítnuti: *„...mám kamarádku, která už k lékařům ani moc nechodí, protože jí nevěří... všechno svádějí na psychiku... bojí se, že ji odmítnou...“* (Účastnice 4).

Nevíra ve zdravotnický systém se zde pojí s velkou vnitřní nejistotou a obratem proti sobě samému. Účastníci měli pocit, jako kdyby už nebyli schopni poznat jestli to, co cítí, má vůbec nárok být bráno vážně.

Takový stav pak není jen otázkou důvěry ve druhé, ale narušení vnímání vlastních prožitků, bolesti a reality. Je to tichý důsledek stigmatizace, který může proměňovat způsob, jak člověk pohlíží sám na sebe.

12.4 Cesty ke změně

V této kapitole se zaměřuji na návrhy a doporučení, které během rozhovorů formulovali sami účastníci. Cílem této výzkumné podotázky bylo zjistit, co by podle lidí se zkušeností se schizofrenií mohlo přispět ke zmírnění stigmatizace – ať už ve zdravotnickém prostředí, nebo ve společnosti obecně. Výpovědi, které v této části zaznívají, považuji za mimořádně cenné právě proto, že přicházejí od samotných účastníků výzkumu – tedy těch, kteří se se stigmatizací

potýkají přímo, a jejichž hlas je v diskusích o změnách často opomíjen. Z jejich pohledu se nabízí důležité podněty pro reflexi přístupu zdravotníků, vzdělávacích institucí i širší společnosti.

Tato kapitola tak představuje nejen konkrétní návrhy na systémové či interpersonální změny, ale zároveň otevírá prostor pro hlubší porozumění tomu, co lidé s duševním onemocněním potřebují, aby se mohli cítit respektovaní, slyšení a přijímaní – nejen jako pacienti, ale především jako lidé.

12.4.1 Vidět člověka, ne diagnózu

Část účastníků se opakovaně vracela k tématu nepochopení, předsudků a obav, se kterými se ve společnosti setkávají. Z jejich výpovědí vyplývá, že významnou příčinou stigmatizace je nedostatek informací a povědomí o tom, co duševní onemocnění, konkrétně schizofrenie, obnáší.

Jako jedno z možných řešení Účastník 1 navrhl větší transparentnost a otevřenost, které by mohly vést ke zmírnění strachu a předsudků ze strany veřejnosti: *„Já si myslím, že to je transparentnost, tam si myslím, že je dost velké problém, nebo spíš neinformovanost lidí... že jedna z největších příčin, proč ty lidi kolikrát koukají skrze prsty je ta, protože tomu nerozumí a neví. Takže si myslím, že kdyby bylo třeba víc nějakých kampaní, kde by bylo to seznámení s těma pacientama, tak že by to bylo úplně jiné.“* (Účastník 1). Tato výpověď naznačuje, že jedním z klíčových předpokladů pro zmírnění stigmatizace je osobní setkání a porozumění, nikoli pouze zprostředkované informace skrze mediální obrazy a stereotypy. Onemocnění zde není prezentováno jako hrozba, ale jako součást života konkrétních osob, jejichž sdílení by mohlo přispět k větší empatii a přijetí.

Účastník také upozorňuje na to, že ve společnosti chybí základní porozumění tomu, co daná osoba s onemocněním zažívá a skrze tuto absenci je velmi těžké pohled společnosti změnit. Předsudky podle něj nemají zlý úmysl, vychází z neznalosti, která však může být stejně zraňující.

Z této výpovědi vyplývá, že osvětové aktivity a větší otevřenost tématu duševního zdraví nefigurují jen jako doplňkové prvky péče, ale že pro osoby

se schizofrenií hrají velkou roli v procesu rekonvalescence a návratu do běžného života.

Tuto potřebu veřejného pochopení výstižně shrnul i následující úryvek: „*Lidi by určitě měli poznat toho člověka, kterej tu schizofrenii má. Poznat ho jako osobu.*“ (Účastnice 7). Tento výrok navazuje na předchozí úvahu a podtrhuje jádro celé podkapitoly – změna pohledu na osoby s duševním onemocněním začíná až tam, kde začíná vztah. Následující výpověď doplnila předchozí: „*Tak asi je víc chápat.*“ (Účastnice 5).

Vidět člověka, ne diagnózu, je podle účastníků jeden ze základních kroků k boření předsudků a mýtů, které stigmatizaci často udržují.

12.4.2 Minuty, které nesou ovoce

Někteří účastníci vyjádřili přání, aby se práce zdravotníků s lidmi s duševním onemocněním nesešávala jen z diagnostiky a léčebného procesu, nýbrž také zahrnovala etickou citlivost, vědomé zastavení a zamyšlení se nad tím, jak s pacienty zacházejí – a to i za jejich zády: „*...aby se klient cítil dobře, i když o něm jenom mluvíme na poradě. Aby to prostě nebylo nálepkující.*“ (Účastnice 4). Význam etického uvažování nemusí nutně vyplývat jen ze systémové změny, ale má své kořeny i v drobných situacích každodenního provozu, například ve způsobu, jakým o pacientech mluvíme, když nejsou přítomni.

„*...každá minuta jenom jako zamyšlení se nad tímhle tématem... nese to ovoce, jako ty výsledky...*“ (Účastnice 4). Tento výrok poukazuje na to, že i krátký, vědomý moment vnitřního zastavení může mít vliv na to, jak osoby s onemocněním péči prožívají. Nejde o časovou náročnost, ale o kvalitu pozornosti – jestli je v kontaktu mezi zdravotníkem a pacientem přítomno pochopení a zájem.

Účastnice také navrhuje, že by etická reflexe mohla být součástí pravidelné praxe, byť jen v omezené časové dotaci: „*...jenom ve výsledku na 2,3 hodiny v měsíci se zaměřit na tohle téma... nějaký etický dilemma...*“ (Účastnice 4).

Důležitá je ale i citlivost k vhodnému načasování a smysl pro vnímání pacientových potřeb: „*V tu chvíli, když je mi špatně, tak si určitě nechci povídat.*“ (Účastnice 5). I dobře míněná snaha o komunikaci může být v některých

momentech kontraproduktivní, pokud není sladěná s aktuálním stavem člověka. Etická péče tak nemusí znamenat jen dělat „dobré věci“, ale také vnímat kdy a jak je dělat, s ohledem na důstojnost a prožívání druhého.

12.4.3 O duši se málo učíme

Někteří účastníci se ve svých výpovědích dotkli tématu odborné přípravy lékařů a sester v oblasti duševního zdraví. Z jejich zkušeností je patrné, že v běžné zdravotnické praxi často chybí hlubší psychologické porozumění, což může vést k reduktivnímu přístupu k pacientům, který je specifický soustředěním se zejména na diagnózu, medikaci a symptomy onemocnění.

Účastnice 6 zdůrazňuje, že odborné vzdělání v psychiatrii by nemělo zahrnovat jen medicínské znalosti, ale mělo by být doplněno o hlubší porozumění lidské psychice – například prostřednictvím psychoterapeutického výcviku: *„Třeba ti biologičtí psychiatři se tady na ty sociální směry dívají prostě tak trošku skrz prsty a tak nějak si to budou obhajovat pořád, že stačí ta medicína, ale já si myslím, že by měli psychiatři by měli mít nějakou psychoterapeutickou směr vystudovanou.“* (Účastnice 6). Potřeba změny se však podle účastnice netýká jen lékařů, ale také ošetrovatelského personálu, který je často s pacienty v nejintenzivnějším kontaktu: *„A totéž právě i ty sestřičky, myslím, že by tam mělo bejt nějaký vzdělávání pro ně, aby tak nějak víc porozuměly té duši, jo, že to není jenom o práškách.“* (Účastnice 6). Tyto návrhy naznačují potřebu větší integrace psychoterapeutického uvažování do psychiatrické praxe. Podle účastnice nestačí pouze farmakologická intervence – ta by měla být doplněna o schopnost porozumět, co se děje s člověkem na vnitřní úrovni, ne jen vědět, jaké má příznaky.

Jedna z účastnic přitom upozorňuje, že důležitou roli může hrát i individuální motivace ke vzdělávání: *„Tam je to asi o tom vzdělání. Já myslím, že ta sebeedukace, jako že to dělá hodně.“* (Účastnice 4). Tento výrok otevírá otázku odpovědnosti zdravotníků za vlastní profesní růst. Vzdělávání je součástí nejen systémově nařízených školení, ale také by se mělo uskutečňovat prostřednictvím vlastní iniciativy, zájmu a vnitřní motivaci k porozumění pacientům na hlubší úrovni.

13. Diskuse

Cílem této výzkumné práce bylo porozumět zkušenostem lidí se schizofrenií se stigmatizací ze strany zdravotnického systému a odborníků. V rámci kvalitativní analýzy jsem se zaměřila nejen na to, zda se se stigmatizací setkali, ale i na to, jak tyto situace prožívali, jaký vliv měly na jejich sebepojetí a důvěru ve zdravotní péči, a jaké změny by si v systému přáli.

Výsledky ukázaly, že zkušenosti účastníků byly velmi různorodé – od silně negativních až po velmi podpůrné. Stigmatizace se v některých případech projevovala přímým odmítáním nebo zlehčováním, jindy spíše absencí kontaktu či pasivním přístupem personálu. Zároveň se však objevovaly i výpovědi, které poukazyvaly na respekt, přijetí a lidský přístup.

V této diskusi se pokusím jednotlivé tematické celky zasadit do širšího kontextu odborné literatury, porovnat zjištění s existujícími výzkumy a reflektovat širší souvislosti, které z výpovědí účastníků vyplynuly.

Výzkum ukázal, že zkušenosti lidí se schizofrenií se zdravotnickým systémem jsou velmi různorodé a pohybují se na škále od stigmatizujícího zacházení až po hluboce lidskou podporu. Účastníci popsali řadu momentů, kdy vnímali chování zdravotníků jako necitlivé, odmítavé, nebo dokonce zraňující – často v důsledku předsudků spojených s jejich diagnózou. Stigmatizace se přitom projevovala nejen slovně, ale i na úrovni zařízení – prostřednictvím uzamčených oddělení, nedostatku informací či pasivního přístupu personálu.

Zároveň se v rozhovorech objevily i pozitivní zkušenosti, které zdůrazňovaly význam respektu, přijetí a vztahového kontaktu. Tam, kde zdravotníci projevovali empatii a zájem, popisovali účastníci tyto interakce jako klíčové pro zvládnutí nemoci a navázání důvěry v léčbu.

Dalším zjištěním bylo, že přijetí diagnózy schizofrenie není jednorázovým aktem, ale dlouhodobým procesem, který může být doprovázen odporem, bolestí, rezignací i postupným smíráním. Významnou roli v tomto procesu sehrává nejen

samotné sdělení diagnózy, ale také reakce okolí – zdravotníků, rodiny i širšího sociálního prostředí.

V řadě výpovědí bylo patrné, že stigmatizace ovlivňuje nejen vztah k léčbě, ale i vnímání sebe samého. Účastníci často reflektovali pocity studu, ztráty hodnoty či potřebu skrývat diagnózu před okolím. Ukázalo se, že stigmatizace není omezena pouze na kontakt se zdravotníky, ale prostupuje i pracovní a rodinné vztahy.

Důležitou součástí výzkumu byla také kapitola věnovaná návrhům řešení. Účastníci zdůrazňovali potřebu větší edukace odborníků, individuálního přístupu, komunikace bez předsudků a celkově větší citlivosti vůči prožívání lidí s duševním onemocněním.

Výsledky tohoto výzkumu jsou v mnoha ohledech v souladu s dalšími kvalitativními studiemi, které se zaměřují na prožívání lidí se schizofrenií v kontextu stigmatizace. Podobně jako ve studii dle Sibitze et al. (2011) se i v mém výzkumu ukázalo, že kvalita a dostupnost sociální sítě hraje zásadní roli ve formování sebepojetí. Účastníci, kteří zažívali ztrátu přátel nebo odmítání ze strany blízkých, často popisovali pokles sebeúcty, zvýšenou míru sebestigmatizace a pocit, že ztrácejí hodnotu jako osoby. Negativní reakce okolí tak mohou zásadně ovlivnit schopnost člověka vidět sebe sama v pozitivním světle a zvládat onemocnění.

Téma stigmatizace ze strany těch, od kterých člověk očekává podporu, se výrazně objevuje i ve výzkumu dle Wahla (1999). Ten zjistil, že nejčastějším zdrojem stigmatizace bývají právě blízcí, přátelé a zdravotníci – tedy lidé, kteří by naopak měli fungovat jako opora. Stejně jako u Wahla, i v mém výzkumu účastníci popisovali zraňující komentáře, emocionální distanci nebo nepřijetí ze strany osob, kterým důvěřovali. Tyto zkušenosti měly často dlouhodobý dopad na jejich sebeobraz, důvěru v pomoc a ochotu vyhledat péči. Wahl zároveň upozorňuje, že opakované stigmatizační zážitky mohou vést ke ztrátě motivace v léčbě – a tato souvislost byla popsána v několika výpovědích v mé práci,

kdy účastníci uvedli, že po negativní zkušenosti přestali chodit k lékařům nebo se snažili zvládat situaci bez pomoci.

Další výzkum (Dickerson et al. 2002) , který tato zjištění doplňuje, upozorňuje, že přibližně 20 % osob se zkušeností s duševním onemocněním označilo za zdroj stigmatizace přímo osoby z pomáhajících profesí – například zdravotníky z psychiatrického prostředí. Tento poznatek se shoduje s výpověďmi účastníků mého výzkumu, kteří někdy popisovali zdravotníky jako necitlivé, odmítavé nebo málo empatické. Zároveň se objevovalo, že zdravotníci si nemusí být vědomi toho, jak je jejich chování vnímáno. I s tímto zjištěním jsem se setkala v mém výzkumu, kdy účastníci měli tendenci stigmatizující chování zdravotníků omlouvat nebo hledat příčiny jejich chování – například nedostatek času nebo „ulehčení“ práce.

V souladu se závěry této studie se v mém výzkumu objevoval opakující se motiv potřeby většího porozumění ze strany zdravotníků, důrazu na empatii a mezilidský respekt. Účastníci často zmiňovali, že od zdravotníků neočekávají pouze odbornou pomoc ve formě medikace, ale především lidskost – možnost být vyslyšeni, bráni vážně a nevnímání jen jako diagnózu. Tento motiv podtrhuje, že kvalita péče je pacienti vnímána nejen skrze odbornost, ale zejména skrze vztahový kontext, který je důležitou složkou celkového léčebného procesu. Stejně jako ve studii Rosse a Watlinga (2017) se ukazuje, že vztahová empatie může být využita u většiny pacientů jako nástroj ke společné formulaci vyprávění o jejich potížích, naslouchání a zpětné reflexi toho, že pacienti byli pochopeni. Takto vedená interakce může významně přispět k lepšímu sebe porozumění pacienta, posílení jeho důvěry v léčebný proces a snížení pocitu odcizení.

Z mých výsledků opakovaně vyplynulo téma nedostatku informací o diagnóze a léčbě. Někteří účastníci výzkumu uváděli, že jim chyběly základní informace o schizofrenii, což vedlo k nejistotě a obavám. Tento poznatek se shoduje se zjištěním studie od Bankovské Motlové et al., (2015), která na základě rozhovorů s pacienty a jejich rodinami zjistila, že psychoedukace v oblasti schizofrenie v České republice není postaven tak, aby došlo k naplnění potřeb pacientů i příbuzných. Účastníci této studie by ocenili více informací o samotné

povaze onemocnění, jeho průběhu, a zejména o riziku recidivy. Autoři proto navrhuji, aby se psychoedukace stala nedílnou součástí všech vzdělávacích programů zaměřených na léčbu a péči o osoby se schizofrenií.

Významným zjištěním mého výzkumu bylo, že účastníci zdůrazňovali důležitost osobního kontaktu a sdílení příběhu jako možnou formu destigmatizace. Tento poznatek je v souladu se zjištěním studie dle Knaaka et al. (2014), kde autoři zmiňují, že je velmi podstatné, aby docházelo k přímému kontaktu mezi osobami s onemocněním a zdravotnickým personálem. Také Hendersonová et al. (Henderson et al. 2014) doporučují kombinovat vzdělávací intervence s osobním kontaktem s lidmi s duševním onemocněním. Přímý kontakt mezi osobou s duševním onemocněním a zdravotnickým personálem se řadí mezi nejúčinnější intervence v rámci destigmatizace a vysoce se podílí na snižování stigmatizace mezi zdravotníky.

Účastníci mého výzkumu zároveň poukazovali na potřebu kvalitnějšího vzdělávání zdravotníků v oblasti psychiatrické péče, a to ideálně už na vysokých školách. Podle jejich výpovědí by větší rozsah a vyšší kvalita vzdělávání v této oblasti mohly vést k více empatickému a respektujícímu chování v praxi. Ke stejnému zjištění došli opět i Henderson a kol. (Henderson et al. 2014), kteří dle výsledků studie poukazují na to, že vzdělávání může přispět ke zlepšení postojů zdravotníků k osobám s duševním onemocněním. Vzdělávací intervence zároveň mohou posílit sebe důvěru zdravotníků, a tím pádem zvýšit kvalitu interakcí s pacienty.

Z mého výzkumu vzešlo několik hlavních témat, která se shodují s většinou dostupné literatury. Nicméně je důležité zmínit, že drobné nuance se objevily také. Zatímco například výsledky studie dle Valeryho et al. (2020) ukazují, že zdravotníci z psychiatrického prostředí stigmatizují méně než laická veřejnost, výsledky mého výzkumu byly různorodé – někteří účastníci popisovali laskavý a empatický přístup, jiní zažili necitlivý a odmítavý přístup ze strany odborníků.

Různorodost ve výpovědích lze přičíst individuálním faktorům – osobnosti účastníků, životnímu stylu účastníků, typu zařízení, ve kterém probíhala

hospitalizace, ale i vzdělání a sebereflexi zdravotnického personálu. Tyto rozdíly poukazují na komplexnost celého fenoménu stigmatizace – nejde o univerzální jev, nýbrž o dynamický proces, který je ovlivněn celou řadou proměnných.

13.1. Limitace a silné stránky výzkumu

Na výzkum je nutné přihlídnout s několika omezeními. Jedním z nich je relativně malý vzorek účastníků, který je ovšem v souladu s kvalitativním přístupem a reflektivní tematickou analýzou. Dalším z nich je skutečnost, že většina z účastníků výzkumu byla v době rozhovorů hospitalizována na psychiatrickém oddělení, což mohlo do značné míry ovlivnit přenositelnost výsledků do jiného kontextu, například do sféry ambulantní péče nebo komunitních služeb. Výběr účastníků byl rovněž ovlivněn jejich motivací hovořit o citlivých tématech a hloubkou, do které byli ochotni zajít. Věřím, že ti, kteří měli zažili negativní zkušenost, měli jinou motivaci ke sdílení než ti, kteří se s ní nesešli. Reflexivní tematická analýza s sebou rovněž přináší určité riziko subjektivity při interpretaci dat, i když tento aspekt byl reflektován během procesu analýzy a je nedílnou součástí kvalitativního výzkumu.

Na druhou stranu má výzkum komplexní charakter a je cenný pro svou schopnost zachytit leckdy velmi emocionálně nabitě zkušenosti osob se schizofrenií, které by například kvantitativní přístup nemusel odhalit. Výpovědi účastníků výzkumu tak přináší autentický vhled do života s tímto onemocněním. Zanechávají prostor pro pochopení všech dílčích úseků, jako jsou zážitky se stigmatizací, vyrovnávání se s diagnózou nebo sebepojetí dotazovaných. S důrazem na reflektivní tematickou analýzu dle Braunové a Clarkeové výzkum přinesl systematické, avšak citlivé zpracování dat, které bere ohled na význam skutečností, jaký mu účastníci přikládali. Výzkum přispívá k hlubšímu porozumění faktorům, které celý tento fenomén ovlivňují.

Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo prozkoumat zkušenosti osob se schizofrenií se stigmatizací ve zdravotnictví a jak tyto zkušenosti ovlivnily jejich sebepojetí, vyrovnávání se s diagnózou a vztah k poskytované zdravotní péči. Pomocí výzkumných otázek jsem se zaměřila na zmapování způsobů, jakými se stigmatizace může projevat, na zhodnocení dopadů jejího působení na život osob s onemocněním a na hledání možností, díky kterým by bylo možné celou situaci zlepšit.

Výsledky výzkumu ukázaly, že zkušenost se stigmatizací v systému zdravotnické péče je různorodá. Někteří účastníci popisovali neférové, necitlivé nebo odmítavé chování ze strany zdravotnického personálu, které negativně ovlivnilo jejich důvěru ve zdravotní péči i jejich vlastní sebepojetí. Na druhé straně však někteří respondenti sdíleli zkušenosti s podpůrným, respektujícím přístupem, který významně usnadnil jejich vyrovnávání se s diagnózou a zvládání onemocnění. Zvláště důležité bylo, že tam, kde zdravotníci projevovali empatii, lidskost, vstřícné jednání a ochotu pacienta vnímat jako jedinečnou osobu, docházelo k lepšímu zvládání onemocnění a vyšší důvěře v léčbu.

Na základě těchto zjištění lze formulovat několik doporučení pro praxi:

- Vstřícný, respektující a lidský přístup zdravotnického personálu byl klíčovým faktorem pro lepší zvládání nemoci. Bylo by vhodné, aby byl kladen větší důraz na rozvoj komunikačních dovedností a tvorbu vztahu mezi pacientem a personálem, který by se stal pevnou součástí vzdělávacích programů pro zdravotníky napříč obory
- Nedostatek informací o diagnóze přispívá u pacientů k nejistotě a negativnímu postoji k léčbě. Proto by bylo vhodné začlenit psychoedukaci pacientů a jejich rodin jako standardní součást léčby schizofrenie
- Výzkum ukázal, že osobní příběhy a přímé setkávání s lidmi s duševním onemocněním mohou být efektivním způsobem,

jak zvyšovat empatii a snižovat stereotypní přesvědčení. Doporučením je podporovat programy, kde mají studenti zdravotnických oborů možnost setkat se s lidmi s duševním onemocněním ve fázi údravy již v průběhu studia. Doporučuje se kontakt s lidmi, kteří už mají onemocnění zpracované a jsou vyškoleni na tuto formu kontaktu – například peer konzultanti

- Určitá forma destigmatizace měla začínat už v rámci vysokoškolského studia na lékařských fakultách. Vzdělávací program by měl obsahovat témata duševního zdraví, práce se stigmatem a rozvoj sebereflexe

Výsledky této bakalářské práce umožnily lepší porozumění prožitkům osob se schizofrenií v kontaktu se zdravotnickým personálem a podtrhují význam respektující, empatické péče a dostatečné informovanosti jako klíčového faktoru pro celý proces léčby i zkvalitnění života osob s onemocněním.

Souhrn

Tato bakalářská práce se věnuje problematice stigmatizace osob se schizofrenií ve zdravotnictví, se zaměřením na zkušenosti pacientů a dopady, které na ně stigmatizační projevy mohou mít. Motivací k výběru tématu byl osobní zájem autorky o psychiatrii a dlouhodobá práce s lidmi trpícími schizofrenií, během níž si opakovaně všimala specifického, často odtažitého přístupu zdravotnického personálu k těmto pacientům. Tato zkušenost vyvolala otázky ohledně příčin přetrvávajících předsudků a jejich konkrétních důsledků.

V teoretické části práce je věnována pozornost definici a formám stigmatizace, charakteristice schizofrenie a významu sebestigmatizace. Je zde rovněž popsán vliv stigmatizace na vztah mezi pacientem a zdravotníky, zejména ve smyslu důvěry, ochoty ke spolupráci a přijetí léčby.

Výzkumná část práce je založena na kvalitativním šetření formou neformálních polostrukturovaných rozhovorů s osobami se zkušeností se schizofrenií. Cílem bylo prozkoumat, jak tyto osoby vnímají chování zdravotnického personálu, zda se setkávají s projevy stigmatizace, a jak tyto zkušenosti ovlivnily jejich vztah k vlastnímu onemocnění a k léčebnému procesu. Výsledky ukázaly, že stigmatizace se může projevovat různými způsoby – od jemného odstupu a neosobního chování až po otevřené odmítání. Tyto zkušenosti negativně ovlivňovaly sebedůvěru pacientů, jejich vnímání vlastní hodnoty i důvěru ve zdravotní péči.

Naopak tam, kde zdravotníci projevovali empatii, vstřícnost a lidský přístup, osoby popisovaly větší ochotu spolupracovat a otevřeněji komunikovat o svém zdravotním stavu. Tyto pozitivní zkušenosti podporovaly zvládnutí onemocnění a posilovaly naději na zlepšení stavu.

Práce nabízí konkrétní doporučení pro praxi:

- rozvoj komunikačních dovedností jako součást odborné přípravy zdravotníků,

- zařazení psychoedukace pacientů a jejich blízkých do standardní léčby,
- vytvoření programů, které umožňují studentům lékařských fakult setkat se s lidmi s duševním onemocněním v procesu uzdravení,
- a systematická práce se stigmatem již v průběhu vysokoškolského studia zdravotnických oborů.

Závěrem lze říci, že respektující, empatický a dobře informovaný přístup zdravotníků významně ovlivňuje nejen efektivitu léčby, ale také kvalitu života osob se schizofrenií a jejich důvěru ve zdravotní systém.

Summary

This bachelor thesis addresses the issue of stigmatization of people with schizophrenia in the healthcare system, focusing on the experiences of patients and the impact that stigmatizing behaviors can have on them. The motivation for the choice of the topic was the author's personal interest in psychiatry and her long-term work with people suffering from schizophrenia, during which she repeatedly noticed the specific, often distant attitude of medical staff towards these patients. This experience raised questions about the causes of persistent prejudice and its specific consequences.

The theoretical part of the thesis focuses on the definition and forms of stigma, the characteristics of schizophrenia and the meaning of self-stigma. The impact of stigma on the relationship between patients and health professionals is also described, particularly in terms of trust, willingness to cooperate and acceptance of treatment.

The research part of the thesis is based on qualitative research in the form of informal semi-structured interviews with people with experience of schizophrenia. The aim was to explore how these persons perceived the behaviour of medical staff, whether they encountered manifestations of stigma, and how these experiences affected their relationship to their own illness and to the treatment process. The results showed that stigma can manifest itself in different ways, ranging from subtle distance and impersonal behaviour to outright rejection. These experiences negatively affected patients' self-confidence, their perception of self-worth and trust in healthcare.

Conversely, where health professionals showed empathy, helpfulness and a human approach, people described a greater willingness to cooperate and communicate more openly about their health condition. These positive experiences supported coping with the illness and reinforced hope for improvement.

The paper offers specific recommendations for practice:

- Developing communication skills as part of health professional training,
- inclusion of psychoeducation of patients and their relatives in standard treatment,
- the creation of programmes that allow medical students to meet people with mental illness in the process of recovery,
- and systematic work on stigma in the undergraduate medical curriculum.

In conclusion, a respectful, empathetic and well-informed approach by health professionals significantly affects not only the effectiveness of treatment, but also the quality of life of people with schizophrenia and their trust in the healthcare system.

Seznam použité literatury

AHMEDANI, Brian K. Mental Health Stigma: Society, Individuals, and the Profession. Online. *Journal of social work values and ethics*. 2011, vol. 8, no. 2, s. 1–4. Dostupné z: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3248273/>. [cit. 2025-02-13].

ALEXOVÁ, Aneta; et al a. Correlates of internalized stigma levels in people with psychosis in the Czech Republic. Online. *International Journal of Social Psychiatry*. 2019, vol. 65, no. 5, s. 347–353. Dostupné z: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0020764019850204>. [cit. 2025-02-18].

ASHER, Linda; PATEL, Vikram a DE SILVA, Mary J. Community-based psychosocial interventions for people with schizophrenia in low and middle-income countries: Systematic review and meta-analysis. Online. *BMC Psychiatry*. 2017, vol. 17, no. 1, s. 1–15. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/S12888-017-1516-7>. [cit. 2024-12-31].

LUCIE, Bankovská Motlová. Psychoeducation for schizophrenia in the Czech Republic: Curriculum modification based on opinions of service users and providers. Online. *Academic Psychiatry*. 2015, vol. 39, no. 2, s. 186–190. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/S40596-014-0234-4>. [cit. 2025-04-26].

BIORENDER. *BioRender*. Online. BioRender. 2025. Dostupné z: <https://BioRender.com>. [cit. 2025-02-18].

BOS, Arjan E.R. Stigma: Advances in Theory and Research. Online. *Basic and Applied Social Psychology*. 2013, vol. 35, no. 1, s. 1-9. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/01973533.2012.746147>. [cit. 2025-02-18].

BRAUN, Virginia a CLARKE, Victoria. Using thematic analysis in psychology. Online. *Qualitative Research in Psychology*. 2006, vol. 3, no. 2, s. 77–101. Dostupné z: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>. [cit. 2025-02-28].

BRAUN, Virginia a CLARKE, Victoria. *Thematic analysis*. In: *APA handbook of research methods in psychology, vol. 2*. Online. 2. Washington: American Psychological Association, 2012. Dostupné z: <https://doi.org/10.1037/13620-004>. [cit. 2025-05-12].

BRAUN, Virginia CLARKE a, Victoria. *Thematic analysis*. In: COOPER, H. et al., eds. *APA Handbook of Research Methods in Psychology, Research Designs*. Washington: American Psychological Association, 2012, s. 57–71.

BRAUN, Virginia a CLARKE, Victoria. Supporting best practice in reflexive thematic analysis reporting in Palliative Medicine: A review of published research and introduction to the Reflexive Thematic Analysis Reporting Guidelines (RTARG). Online. *Palliative Medicine*. 2024, roč. 38, č. 6, s. 608–616. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/02692163241234800>. [cit. 2025-05-12].

BROHAN, Eliaine et al. Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: A review of measures. Online. *BMC Health Services Research*. 2010, vol. 10, no. 1, s. 1–11. Dostupné také z: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-80>.

BURNS, Tom. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. Online. *Lancet*. 2007, vol. 370, no. 9593, s. 1146–1152. Dostupné také z: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61516-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61516-5).

BYRNE, David. *A worked example of Braun and Clarke's approach to reflexive thematic analysis*. Quality & Quantity [online]. 2022, roč. 56, s. 1391–1412 [cit. 13. 5. 2025]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s11135-021-01182-y>

CHAN, Sherry Kit Wa et al. The effect of media reporting of a homicide committed by a patient with schizophrenia on the public stigma and knowledge of psychosis among the general population of Hong Kong. Online. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2019, vol. 54, no. 1, s. 43–50. Dostupné také z: <https://doi.org/10.1007/S00127-018-1610-2>.

CHUKWUMA, Obinna V et al. *A Systematic Review of the Effect of Stigmatization on Psychiatric Illness Outcomes*. Cureus [online]. 2024 [cit. 13. 5. 2025]. Dostupné z: <https://doi.org/10.7759/cureus.62642>.

CORRIGAN, Patrick W.; DRUSS, Benjamin G a PERLICK, Deborah A. The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care. Online. *Psychological Science in the Public Interest*. 2014, vol. 15, no. 2, s. 37–70. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/1529100614531398>. [cit. 2025-02-18].

CORRIGAN, Patrick W.; LARSON, Jonathon E a RÜSCH, Nicolas. Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. Online. *World Psychiatry*. 2009, vol. 8, no. 2, s. 75–81. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x>. [cit. 2024-12-28].

CORRIGAN, Patrick W.; RÜSCH, Nicolas a DEEPA, Rao. On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change. Online. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*. 2012, vol. 57, no. 8, s. 464. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/070674371205700804>. [cit. 2024-12-28].

CORRIGAN, Patrick W. How stigma interferes with mental health care. Online. *The American Psychologist*. 2004, vol. 59, no. 7, s. 614–625. Dostupné z: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>. [cit. 2025-02-18].

DAVIDSON, Larry et al. Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. Online. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*. 2012, vol. 11, no. 2, s. 123–128. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.05.009>. [cit. 2025-03-18].

DE JACQ, Krystyna; NORFUL, Allison Andreno a LARSON, Elaine. The Variability of Nursing Attitudes Toward Mental Illness: An Integrative Review. Online. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2016, vol. 30, no. 6, s. 788–796. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.07.004>. [cit. 2025-03-02].

DEGENHARDT, Louisa et al. Global patterns of opioid use and dependence: harms to populations, interventions, and future action. Online. *The Lancet*. 2016, vol. 394, no. 10208, s. 1560–1579. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32229-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32229-9). [cit. 2025-01-04].

DICKERSON, Faith B. et al. Experiences of Stigma Among Outpatients With Schizophrenia. Online. *Schizophrenia Bulletin*. 2002, vol. 28, no. 1, s. 143–155. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006917>. [cit. 2025-04-24].

DOVIDIO, John F., MAJOR, Brenda a CROCKER, Jennifer. *Stigma: Introduction and overview*. In: HEATHERTON, T. F., KLECK, R. E., HEBL, M. R. a HULL, J. G., eds. *The Social Psychology of Stigma*. New York: The Guilford Press, 2000, s. 1–28.

FERRIMAN, Annabel. The stigma of schizophrenia. Online. *BMJ: British Medical Journal*. 2000, vol. 320, no. 7233, s. 522. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7233.522>. [cit. 2025-01-05].

GERLINGER, Gabriel et al. Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. Online. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*. 2013, vol. 12, no. 2, s. 155–164. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/wps.20040>. [cit. 2025-01-05].

GOFFMAN, Erving. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1963.

GOODYEAR, Susan. *Schizophrenia as metaphor: “madness” and the cinematic asylum*. Magisterská diplomová práce. Montreal: Concordia University, Faculty of Arts and Science, Communication Studies, 2004.

HAMILTON, S. et al. Qualitative analysis of mental health service users' reported experiences of discrimination. Online. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2016, vol. 134, no. Suppl. 446, s. 14–22. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/acps.12611>. [cit. 2025-01-06].

HANY, Manassa et al. *Schizophrenia*. Online. StatPearls, 2024. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539864/>. [cit. 2024-12-23].

HENDERSON, Claire et al. Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. Online. *The Lancet Psychiatry*. 2014, vol. 1, no. 6, s. 467–482. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00023-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00023-6). [cit. 2025-05-13].

HOLMBERG, Christopher. Schizophrenia in Print, Digital, and Audiovisual Media: Trends, Topics, and Results From an Anti-Stigma Intervention Targeting Media Professionals. Online. *Schizophrenia Bulletin Open*. 2023, vol. 4, no. 1, s. - . Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/schizbullopen/sgad018>. [cit. 2024-12-26].

HOWES, Oliver D. a KAPUR, Shitij. The Dopamine Hypothesis of Schizophrenia: Version III—The Final Common Pathway. Online. *Schizophrenia Bulletin*. 2009, vol. 35, no. 3, s. 549–562. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp006>. [cit. 2024-12-25].

HUBBARD, P. NIMBY. Online. In: *International Encyclopedia of Human Geography*. Amsterdam: Elsevier, 2009, V7-444–V7-449. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/B978-008044910-4.01068-3>. [cit. 2025-03-15].

INICIATIVA NA ROVINU. *Destigmatizace*. Online. Narovinu.net. 2025. Dostupné z: <https://narovinu.net/destigmatizace-2/>. [cit. 2025-02-16].

JANOUSHKOVÁ, Miroslava et al. Mental illness stigma among medical students and teachers. Online. *International Journal of Social Psychiatry*. 2017, vol. 63, no. 8, s. 744–751. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/0020764017735347>. [cit. 2025-03-18].

JANOUSHKOVÁ, Miroslava et al. Jak omezovat stigmatizaci lidí s duševním onemocněním při výuce lékařství: intervence READ. Online. *Časopis lékařů českých*. 2019, roč. 158, č. 3-4, s. 151-155. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/linkout/113336>. [cit. 2025-02-15].

JANOUSHKOVÁ, Miroslava et al. The Challenges of Inter-role Conflicts for Peer Support Workers. Online. *Psychiatric Services*. 2022, vol. 73, no. 12, s. 1424–1427. Dostupné z: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202100566>. [cit. 2025-03-18].

JAUCH, Michael, OCCHIPINTI, Stefano a O'DONOVAN, Analise. The stigmatization of mental illness by mental health professionals: Scoping review and bibliometric analysis. Online. *PLoS ONE*. 2023, vol. 18, no. 1, s. 1-20. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36662889/>. [cit. 2025-01-04].

JIAN, Cian Ruei et al. Association between Self-Stigma and Suicide Risk in Individuals with Schizophrenia: Moderating Effects of Self-Esteem and Perceived Support from Friends. Online. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022, vol. 19, no. 22, s. 1-10. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/ijerph192215071>. [cit. 2025-01-04].

JONES, Edward E. *Prejudice and Racism*. 2. New York: McGraw-Hill, 1997. ISBN 0070331170.

KHATTAK, Maria Ishaq et al. Patients' and healthcare professionals' perspectives on a community-based intervention for schizophrenia in Pakistan: A focus group study. Online. *PLoS ONE*. 2022, vol. 17, no. 8, s. 1-15. Dostupné z: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0273286>. [cit. 2024-12-31].

KNAAK, Stephanie; MANTLER, Ed a SZETO, Andrew. Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. Online. *Healthcare Management Forum*. 2017, vol. 30, no. 2, s. 111–116. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/0840470416679413>. [cit. 2024-12-31].

KNAAK, Stephanie; MODGILL, Geeta a PATTEN, Scott B. Key ingredients of anti-stigma programs for health care providers: a data synthesis of evaluative studies. Online. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*. 2014, vol. 59, no. 10 Suppl 1, s. 19-26. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/070674371405901S06>. [cit. 2025-02-16].

LIBIGER, Jan. Léčba schizofrenie je pohyblivý cíl. Online. *Psychiatrie pro praxi*. 2008, roč. 9, č. 5, s. 218–222. Dostupné z: <https://psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2008/05/05.pdf>. [cit. 2025-04-02].

LINK, B.; MIROTZNIK, J. a CULLEN, F.T. The effectiveness of stigma coping orientations: can negative consequences of mental illness labeling be avoided? Online. *Journal of Health and Social Behavior*. 1991, vol. 32, no. 3, s. 302–320. Dostupné z: <https://doi.org/10.2307/2136810>. [cit. 2025-01-03].

LINK, Bruce G. a PHELAN, Jo C. Conceptualizing stigma. Online. *Annual Review of Sociology*. 2001, vol. 27, s. 363–385. Dostupné z: <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>. [cit. 2024-12-12].

NÁRODNÍ ÚSTAV DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ. *Destigmatizace lidí s duševním onemocněním v ČR*. Online. Národní ústav duševního zdraví. 2025, s. 363–385. Dostupné z: <https://www.nudz.cz/vyzkum/vyzkumny-program-verejne-dusevni-zdravi/granty-a-projekty/destigmatizace-lidi-s-dusevnim-onemocnenim-v-cr-destigmatizace>. [cit. 2025-02-12].

OCISKOVÁ, Marie a PRAŠKO, Ján. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-9906-3.

OWEN, Michael J.; SAWA, Akira a MORTENSEN, Preben B. Schizophrenia. Online. *The Lancet*. 2016, vol. 388, no. 10039, s. 86–97. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01121-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01121-6). [cit. 2024-12-18].

PESCOSOLIDO, Bernice A. a MARTIN, Jack K. The Stigma Complex. Online. *Annual Review of Sociology*. 2015, vol. 41, no. 1, s. 87–116. Dostupné z: <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-071312-145702>. [cit. 2025-02-14].

PETRA, Olivera; ILIĆ, Boris a SEDIĆ, Biserka. Differences in resilience, self-stigma and mental health recovery between patients with schizophrenia and depression. Online. *Psychiatria Danubina*. 2021, vol. 33, no. 4, s. 518-528. Dostupné z: https://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol33_noSuppl%204/dnb_vol33_noSuppl%204_518.pdf. [cit. 2025-02-14].

RABOCH, Jiří a PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1985-9.

ŘIHÁČEK, Tomáš; ČERMÁK, Ivo a HYTYCH, Roman. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6382-2.

ROMEO, Renne et al. The Economic Impact of Mental Health Stigma. Online. In: *Mental Health Economics: The Costs and Benefits of Psychiatric Care*. Cham: Springer, 2017, s. 401-414. Dostupné z: https://doi.org/10.1007/978-3-319-55266-8_27. [cit. 2025-04-02].

RÜSCH, Nicolas et al. Emotional reactions to involuntary psychiatric hospitalization and stigma-related stress among people with mental illness. Online. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2014, vol. 264, no. 1, s. 35–43. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00406-013-0412-5>. [cit. 2025-01-04].

SALIME, Samira; CLESSE, Christophe a BATT, Martine. Health professional's social representation about elderly subject with mental health disorders: a pilot study on 790 health professionals. Online. *Aging & Mental Health*. 2021, vol. 25, no. 2, s. 350-359. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1671318>. [cit. 2025-01-04].

SAYED, Taher Abdelraheem; MOHAMED, Magda Mohamed a HADAD, Saber. Risk factors and impact of stigma on psychiatric patients in Sohag. Online. *Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*. 2021, vol. 57, no. 1, s. 1-8. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s41983-021-00403-3>. [cit. 2025-01-04].

SCHLUTZ, Stephen H.; NORTH, Stephen W. a SHIELDS, Cleveland G. Schizophrenia: A Review. Online. *American Family Physician*. 2007, vol. 75, no. 12, s. 1821–1829. Dostupné z: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2007/0615/p1821.html>. [cit. 2024-12-17].

SERVAIS, Lynn M. a SAUNDERS, Stephen M. Clinical psychologists' perceptions of persons with mental illness. Online. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2007, vol. 38, no. 2, s. 214–219. Dostupné z: <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.2.214>. [cit. 2025-01-04].

SIBITZ, I. et al. The impact of the social network, stigma and empowerment on the quality of life in patients with schizophrenia. Online. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*. 2011, vol. 26, no. 1, s. 28–33. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.08.010>. [cit. 2025-04-24].

STAFFORD, Mark C. a SCOTT, Richard R. Stigma, Deviance, and Social Control. Online. In: *The Dilemma of Difference*. Boston: Springer, 1986, s. 77-91. Dostupné z: https://doi.org/10.1007/978-1-4684-7568-5_5. [cit. 2025-05-13].

SUBU, Muhammad Arsyad et al. Types of stigma experienced by patients with mental illness and mental health nurses in Indonesia: a qualitative content analysis. Online. *International Journal of Mental Health Systems*. 2021, vol. 15, no. 77, s. 1-12. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00502-x>. [cit. 2024-12-25].

SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE (WHO). *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – 10. revize (MKN-10)*. Online. Uzis.cz. 2025. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-10>. [cit. 2025-02-18].

TANVEER, M. et al. Diagnosis of Schizophrenia: A Comprehensive Evaluation. Online. *IEEE Journal of Biomedical and Health Informatics*. 2023, vol. 27, no. 3, s. 1185–1192. Dostupné z: <https://doi.org/10.1109/JBHI.2022.3168357>. [cit. 2024-12-24].

TEPLIN, Linda A. et al. Crime Victimization in Adults With Severe Mental Illness: Comparison With the National Crime Victimization Survey. Online. *Archives of General Psychiatry*. 2005, vol. 62, no. 8, s. 911. Dostupné z: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.8.911>. [cit. 2025-03-17].

THORNICROFT, Graham et al. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. Online. *The Lancet*. 2016, vol. 387, no. 10023, s. 1123–1132. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00298-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00298-6). [cit. 2025-03-17].

TSANG, Hector W.H.; FUNG, Kelvin M.T a CORRIGAN, Patrick W. Psychosocial and socio-demographic correlates of medication compliance among people with schizophrenia. Online. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2009, vol. 40, no. 1, s. 3-40. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2008.02.003>. [cit. 2025-01-03].

TÝDNY PRO DUŠEVNÍ ZDRAVÍ. *O nas*. Online. Tdz.cz. 2025. Dostupné z: <https://www.tdz.cz/o-tdz/>. [cit. 2025-02-16].

VALERY, Kevin Marc a PROUTEAU, Antoinette. Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors: A systematic review. Online. *Psychiatry Research*. 2020, vol. 290, no. 113068. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113068>. [cit. 2024-12-15].

VRBOVA, Kristýna. Suicidality, self-stigma, social anxiety and personality traits in stabilized schizophrenia patients – a cross-sectional study. Online. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2018, vol. 14, s. 1415-1424. Dostupné z: <https://doi.org/10.2147/NDT.S162070>. [cit. 2025-01-03].

WAHL, Otto F. Mental health consumers' experience of stigma. Online. *Schizophrenia Bulletin*. 1999, vol. 25, no. 3, s. 467–478. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033394>. [cit. 2025-04-24].

WAHL, Otto F. Stigma as a barrier to recovery from mental illness. Online. *Trends in Cognitive Sciences*. 2012, vol. 16, no. 1, s. 9-10. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.tics.2011.11.002>. [cit. 2024-12-27].

WEINBERGER, Daniel R. a HIRSCH, S.R. *Schizophrenia*. 2. John Wiley, 2008. ISBN 1405140100.

WEISSOVÁ, Aneta et al. Postoje sester pracujících v oblasti psychiatrie k lidem s duševním onemocněním. Online. *Psychiatrie*. 2016, roč. 20, č. 3, s. 121-125. Dostupné z: https://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2016/3_2016/Psychiatrie_clanek_Weissova.pdf. [cit. 2025-03-17].

WINKLER, Petr et al. Short video interventions to reduce mental health stigma: a multi-centre randomised controlled trial in nursing high schools. Online. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2017, vol. 52, no. 12, s. 1549–1557. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/S00127-017-1449-Y>. [cit. 2025-03-18].

YANG, Lawrence H. et al. What matters most? A cultural mechanism moderating structural vulnerability and moral experience of mental illness stigma. Online. *Social Science & Medicine*. 2014, vol. 103, s. 84–93. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.09.009>. [cit. 2025-01-04].

YILDIZ, Mustafa et al. Development of self-stigma inventory for patients with schizophrenia (SSI-P): reliability and validity study. Online. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*. 2019, vol. 29, no. 4, s. 640-649. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/24750573.2018.1533189>. [cit. 2025-01-03].

ZIPPAY, Allison a LEE, Sung Kyong. Neighbors' perceptions of community-based psychiatric housing. Online. *Social Service Review*. 2008, vol. 82, no. 3, s. 395–417. Dostupné z: <https://doi.org/10.1086/592857>. [cit. 2025-01-04].

ZOUHAIRI, Abdallah. Face-to-Faces (FtFs) Interviews as a Qualitative Tool. Online. 2018. Dostupné z: <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.36080.17920>. [cit. 2025-02-26].

Seznam obrázků, tabulek a grafů

Tab. č. 1 Diagnostické příznaky schizofrenie.....	15
Tab. č. 2 Obecné informace o účastnících výzkumu.....	34
Tab. č. 3 Přehled tematických okruhů a příkladů otázek pro polostrukturované rozhovory.....	35
Obr. č. 1 Grafické znázornění projekce hyperfunkce a hypofunkce dopaminu.....	15
Obr. č. 2 Překlad a úprava progresivního modelu sebe stigmatizace.....	23

Seznam příloh

Příloha č. 1 Informovaný souhlas

Příloha č. 2 Scénář rozhovoru

**Informovaný souhlas
nemocného s použitím informací pro účely zpracování
bakalářské práce studenta/ky 3.LF UK,
obor Všeobecné ošetřovatelství**

Pan/paní.....

...

souhlasí

- s provedením anamnézy¹ studentem/kou 3.LF UK – bakalářského oboru všeobecné ošetřovatelství

.....

jméno a příjmení studenta/ky, ročník studia

- s použitím bakalářské práce pro výukové účely (při použití výsledků vyšetření se nikde nebude uvádět jméno a příjmení nemocného)

Získané informace budou použity pouze k výukovým účelům a nikterak nenaruší diagnosticko-terapeutický proces nemocného během hospitalizace.

Vdne

.....

.....

Podpis pacienta

Podpis studenta/ky

¹ Anamnézou se rozumí rozhovor studenta s nemocným s cílem získat informace o zdravotním stavu nemocného, rodinné, sociální a pracovní situaci nemocného.

Jaké zkušenosti se stigmatizací ze strany zdravotnického personálu mají lidé se schizofrenií?

Kdy jste se prvně dozvěděl/a Vaši diagnózu?

Jak jste se cítil/a, když jste zjistil/a, že máte duševní onemocnění? Mělo na to nějaký vliv chování zdravotníků?

Jak jste se se svou diagnózou vypořádával/a?

Kde jste čerpal/a oporu?

Co bylo na zvládnání onemocnění nejtěžší?

Zkušenosti se stigmatizací v různých medicínských specializacích (jak se liší zkušenosti se zažívanou stigmatizací v různých medicínských specializacích?)

- Setkal/a jste se někdy s nepochopením nebo předsudky od lékařů nebo sester, kteří nebyli z psychiatrického prostředí?
- Nastala někdy situace, že se k Vám odborníci na psychiatrii chovali neférově?
- Můžete mi popsat, jak se k Vám chovali lékaři nebo sestry na různých odděleních, když znali Vaši diagnózu?
- Zažil/a jste někdy rozdíl v tom, jak se k Vám lékaři nebo sestry chovali, když neznali Vaši diagnózu a poté, co ji znali?
- Jaký máte pocit z toho, jak Vás přijímali zdravotníci z psychiatrie, chirurgie, (u žen gynekologie) nebo praktický lékař?
- Jaké jste vnímal/a rozdíly v přístupu mezi těmito lékaři/sestrami?
- Existují nějaké specifické zkušenosti, kdy jste cítil/a neférové jednání u nějakého lékaře či sestry více, než u jiného? (Například více ze strany praktického lékaře než ze strany psychiatra)

Osobní srovnání se se stigmatizujícími zážitky (Jakým způsobem stigmatizující zážitky ovlivnily proces srovnávání se s diagnózou?)

- Když se zamyslíte nad konkrétními zážitky chování ze stran zdravotníků, ovlivnily tyto zážitky to, jak jste se s diagnózou vyrovnával/a?

Sebepojetí po stigmatizujících zážitcích (Jak stigmatizující zážitky ovlivnily pohled na sebe samého?)

- Když jste se někdy setkal/a s neférovým chováním lékařů nebo sester, měly tyto zážitky nějaký vliv na to, jak teď vnímáte sebe nebo svou diagnózu?

Návrhy řešení (Co by podle lidí se schizofrenií pomohlo ke zmírnění stigmatizace? Jaké změny by podle nich potřebovaly být uplatněny? Jaké kroky mohou zdravotníci podniknout, aby se lidé se schizofrenií cítili lépe)

- Co by podle Vás mohl zdravotnický personál (zejména lékaři a sestry) udělat, aby lépe porozuměl lidem, kteří mají schizofrenii?
- Jakým způsobem by podle Vás mohlo zdravotnictví změnit svůj pohled na lidi se schizofrenií?