

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

*Klinika rehabilitačního lékařství
Fakultní nemocnice Královské Vinohrady*

Denisa Chreňová

**Postoje studentů fyzioterapie k práci s pacienty
s duševním onemocněním**

*Attitudes of physiotherapy students towards work
with patients with mental illness*

Bakalářská práce

Praha, srpen 2019

Autor práce: Denisa Chreňová

Studijní program: Fyzioterapie

Bakalářský studijní obor: Specializace ve zdravotnictví

Vedoucí práce: MUDr. Tomáš Novák, Ph.D.

Pracoviště vedoucího práce: Národní ústav duševního zdraví a 3. LF UK

Předpokládaný termín obhajoby: září 2019

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 bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne 12. 8. 2019

Denisa Chreňová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala především MUDr. Tomáši Novákovi, Ph.D. za jeho čas a cenné rady při odborném vedení mé práce, Adrianě Řeháčkové za ochotu při vysvětlování statistických souvislostí, dále pak respondentům, bez kterých by tato práce nemohla vzniknout. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině a přátelům, kteří mě při psaní a sběru dat podporovali.

ABSTRAKT

Cíl: Cílem této práce bylo zjistit, jaký postoj zaujímají studenti fyzioterapie jak k práci s pacienty s duševním onemocněním, tak i k samotným pacientům. Vedlejším cílem bylo zjistit, zda na tento postoj má vliv úroveň znalostí spojených s duševním onemocněním a absolvování odborné praxe v psychiatrickém zařízení.

Metodika: Testování bylo provedeno pomocí dotazníkového šetření. Tento dotazník se skládal ze dvou standardizovaných testů pro měření stigmatizace (MAKS a MICA) a z části skládající se z vlastních otázek pro doplnění dalších informací.

Výsledky: Studie se zúčastnilo 89 studentů fyzioterapie z různých měst a fakult ČR. Průměrné skóre škály MAKS u studentů fyzioterapie bylo 49 z celkového maxima 60, což značí velmi dobrou úroveň znalostí spojených s duševním onemocněním. Zároveň nebyl prokázán statisticky významný rozdíl v úrovni znalostí mezi studenty bakalářského a magisterského studia. Dále bylo zjištěno, že postoj studentů fyzioterapie k pacientům s duševním onemocněním je spíše pozitivní (průměrné skóre škály MICA bylo 68,7 z celkového maxima 96). Zde se naopak prokázal statisticky významný rozdíl v postoji mezi studenty bakalářského a magisterského studia. Absolvování odborné praxe v psychiatrickém zařízení se však neprojevovalo jako statisticky významný vliv na postoj k pacientům s duševním onemocněním.

Závěr: Fyzioterapie hraje velmi důležitou roli v multidisciplinárním týmu při léčbě pacientů s duševním onemocněním. Pro kvalitně odvedenou terapii je důležité mít nejen dostatek znalostí z oblasti péče o duševní zdraví, ale také jsou nezbytné určité osobnostní předpoklady a zralost pro práci s těmito pacienty. Základem pevného vztahu mezi terapeutem a pacientem obecně, nejen s lidmi duševním onemocněním, je ovládnutí komunikačních dovedností a schopnost motivovat pacienta ke spolupráci. Studenti by měli mít možnost si tyto dovednosti osvojit již v průběhu studia, například v rámci kurzu zaměřeného na nácvik těchto dovedností.

Klíčová slova:

Stigmatizující postoj, úroveň znalostí, duševní onemocnění, MAKS, MICA

ABSTRACT

The main objective: The main goal of this work was to assess the attitude of physiotherapy students towards working with patients suffering from mental illness and to also assess their attitude towards mentally ill patients in general. The secondary aim concerns their level of knowledge of mental illnesses and professional experience during their practice at a psychiatric hospital and how they can both influence a student's attitude.

Methods: To reach the final results a questionnaire was used. The questionnaire consisted of two parts: two standardized tests for measuring stigmatization (MAKS and MICA) and a set of my own questions for gaining further information.

Results: Eighty-nine physiotherapy students from different towns and faculties participated in the study. An average score MAKS scale in the surveyed group of physiotherapy students was 49 out of a possible 60, indicating a very good level of knowledge of mental illnesses. A statistically significant difference in the level of knowledge was not proved between students of bachelor and master studies. Furthermore, the attitude of physiotherapy students to the mentally ill patients was found to be very positive (the average score was 68.7 on the MICA scale, out of a possible 96). This test detected quite a big difference concerning the attitude towards patients between students of bachelor and master studies. Gaining professional experience during student practice at a psychiatric hospital did not prove to have a statistical significant impact on the attitude towards patients with mental health problems.

Conclusion: Physiotherapy has a very important place in a multidisciplinary team treatment of patients with mental disorders. It is important to have sufficient knowledge of mental health care, but also have specific personality traits and the professional maturity to successfully provide therapy to patients with mental health disorders. The foundation of an effective patient-therapist relationship in general, not only with those suffering from mental illnesses relies on the therapist's communication skills and ability to motivate the patient to cooperate. All students should have a chance to acquire these skills during their studies, for example in a training course focused on these specific skills.

Key words:

Stigmatization attitudes, level of knowledge, mental illness, MAKS, MICA

OBSAH

1	ÚVOD	9
2	TEORETICKÁ ČÁST	10
2.1	Duševní zdraví a nemoc	10
2.2	Klasifikace duševních onemocnění.....	11
2.2.1	Organické duševní poruchy.....	12
2.2.1.1	Demence.....	12
2.2.2	Schizofrenie.....	13
2.2.3	Poruchy nálady (afektivní poruchy).....	13
2.2.3.1	Deprese.....	13
2.2.3.2	Bipolární afektivní porucha.....	14
2.2.4	Duální diagnózy	14
2.3	Organizace a reforma psychiatrické péče	15
2.3.1	Komunitní péče	15
2.3.2	Reforma psychiatrické péče v ČR.....	15
2.4	Terapie v psychiatrii.....	17
2.4.1	Biologické léčebné metody	17
2.4.1.1	Farmakoterapie.....	17
2.4.2	Psychoterapie	19
2.4.3	Psychiatrická rehabilitace.....	20
2.4.3.1	Koncept zotavení (recovery)	20
2.5	Somatické komorbidní onemocnění.....	22
2.6	Využití fyzioterapie v psychiatrii.....	25
2.6.1	Fyzioterapie nepřímo související s duševním onemocněním.....	25
2.6.2	Fyzioterapie přímo související s duševním onemocněním.....	26
2.6.3	Psychomotorická terapie	26
2.6.4	Lázeňská léčba	27
2.7	Motivace pacienta s duševním onemocněním.....	28
2.8	Stigmatizace	29
2.8.1	Zdroje stigmatu, předsudek, diskriminace	29
2.8.2	Stigmatizace a rodina	30
2.8.3	Stigmatizace ve zdravotnictví	31
3	CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	33
3.1	Cíl práce	33
3.2	Hypotézy	33
4	PRAKTICKÁ ČÁST.....	34
4.1	Metodika	34

4.1.1	Design studie, příprava a provedení výběru.....	34
4.1.2	Provedení dotazování.....	36
4.1.3	Použité nástroje a metody pro analýzu dat.....	36
4.2	Výsledky.....	37
4.2.1	Charakteristika vybraného souboru.....	37
4.2.2	Výsledky dotazníkového šetření.....	38
4.2.3	Testování hypotéz.....	48
4.2.4	Korelace.....	54
5	DISKUZE.....	55
5.1	Výsledky testování hypotéz.....	56
5.2	Limity studie.....	57
6	ZÁVĚR.....	59
	REFERENČNÍ SEZNAM.....	60
	SEZNAM OBRÁZKŮ.....	66
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	68
	SEZNAM PŘÍLOH.....	69

1 ÚVOD

Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila téma Postoje studentů fyzioterapie k práci s pacienty s duševním onemocněním po absolvování praxe v Národním ústavu duševního zdraví v Klecanech. Při přímé práci s pacienty s duševním onemocněním jsem zjistila, že mé základní znalosti v této problematice způsobují nejistotu v komunikaci s těmito pacienty a zároveň jsem se necítila dostatečně kompetentní pro práci s touto specifickou skupinou pacientů. Následně jsem se začala o způsoby práce s psychiatrickými pacienty více zajímat v odborné literatuře a také jsem absolvovala odborný kurz Psychiatrické diagnózy pro fyzioterapeuty, lékaře a další odborníky. Zjistila jsem, že jde o velmi širokou oblast se svými specifiky, což mne vedlo k myšlence prozkoumat postoje a zkušenosti s pacienty s duševním onemocněním u kolegů/studentů oboru fyzioterapie.

Má bakalářská práce se skládá ze dvou částí, teoretické a praktické. V teoretické části se věnuji duševním onemocněním (klasifikaci, přidruženým onemocněním) a následné terapii. Nejprve definuji pojmy duševní zdraví a nemoc, v další kapitole se zaměřuji na využití fyzioterapie v psychiatrii a motivace pacienta k fyzické aktivitě. Nakonec bych chtěla poukázat na problém stigmatizace nejen lidí s duševním onemocněním ale i zdravotníků, kteří o tyto lidi pečují. V praktické části jsem použila metodu dotazníkového šetření, ve kterém kombinací standardizovaných testů i sady mých vlastních otázek zjišťuji úroveň znalostí o duševních onemocněních a postoje studentů fyzioterapie k pacientům s duševním onemocněním.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Duševní zdraví a nemoc

Světová zdravotnická organizace definuje zdraví jako: „stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody a ne pouze absence nemoci nebo slabosti.“ (World Health Organization, 2004). Následně navrhla úpravu této definice zdraví jako: „stav blahobytu, ve kterém si jedinec uvědomuje své vlastní schopnosti, dokáže se vyrovnat s normálním stresem života, může pracovat produktivně a plodně a je schopen přispět společnosti.“ (World Health Organization, 2004). Uvědomění si zdraví jako stav rovnováhy sebe sama, ostatních a životního prostředí nám pomáhá lépe porozumět tomu, jak hledat jeho zlepšení (World Health Organization, 2004). Duševní zdraví značí dobrou kondici celé osobnosti, nejedná se pouze o nepřítomnost duševní poruchy (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006). Duševní zdraví může mít vliv na každodenní život, okolní vztahy, a dokonce i fyzické zdraví (Probst, 2017).

Nemoc můžeme chápat například jako: „sociální kategorii určenou k označení stavu jedinců, o němž daná společnost předpokládá, že znemožňuje nositeli plnění obvyklých rolí, a který nemůže odstranit pouhým chtěním.“ (Chromý, 1990). V současné době můžeme definovat duševní nemoc jako spektrum kognitivních schopností, emocí a chování, které zasahují do mezilidských vztahů, práce či školy a domova a znesnadňují každodenní život (Overton a Medina, 2008).

2.2 Klasifikace duševních onemocnění

Na základě rozboru jednotlivých symptomů a syndromů je stanovena diagnóza, která pomáhá při volbě léčebných postupů (Orel, 2016). V Evropě je od roku 1992 nejvíce využívána 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). Duševní onemocnění v MKN-10 spadají do V. kapitoly s názvem Poruchy duševní a poruchy chování (F00–F99) (Slovák et al., 2018). Podrobněji viz tabulka č. 1.

Tabulka 1: MKN 10 (Poruchy duševní a poruchy chování) (Slovák et al., 2018)

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

Od roku 2015 je přeložena do češtiny 5. revize Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch Americké psychiatrické společnosti (DSM-5). Tato klasifikace je oficiální v Severní Americe, ve většině zemí Jižní Ameriky, v Austrálii a na Novém Zélandu. Nová verze věnuje pozornost genderovým rozdílům, zapojuje nové kategorie a pojmy (např. genderová dysforie) (Orel, 2016).

Po dlouhých letech by měla přijít v platnost 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11). V nové verzi by se měly objevit nové samostatné kapitoly Poruchy spánku a bdění, Stavy týkající se sexuálního zdraví, osamostatnění podkapitol organické, neurotické, behaviorální poruchy aj. (Mohr, 2017).

Diagnostika dle systému MKN-10 nezahrnuje pouze základní diagnózu, ale pro přesnější vymezení obtíží je klasifikace víceosá. Zahrnuje následující tři osy: I. osa jsou klinické diagnózy (duševní a somatické poruchy); II. osa stupeň postižení (v péči o vlastní osobu, v pracovní výkonnosti, rodinném soužití a v širším sociálním chování); III. osa související faktory (vlivy zevního prostředí a faktorů souvisejících s příslušnými

duševními poruchami) (Probstová a Pěč, 2014). Pěč dále připomíná, že v běžné praxi jsou osy II a III používány většinou jen formálně, pokud vůbec (Probstová a Pěč, 2014).

Můžeme se také setkat s označením závažné duševní onemocnění (SMI-Serious/severe Mental Illness). Tato onemocnění mají za následek funkční poškození, které podstatně narušuje nebo omezuje jednu nebo více důležitých aktivit v životě (Mental Illness, ©2019). Mezi zástupce SMI řadíme schizofrenii, bipolární poruchy a poruchy nálady (Probst, 2017).

Důležitá psychiatrická onemocnění z pohledu fyzioterapie jsou depresivní onemocnění, schizofrenie, bipolární porucha, demence a duální diagnózy (Zahrádka Köhlerová et al., 2016). V dalším textu stručně představím jen tyto kategorie.

2.2.1 Organické duševní poruchy

Organické duševní poruchy zahrnují onemocnění, kde je příčinou postižení mozku s prokazatelnými morfoloickými (makroskopickými nebo mikroskopickými) změnami (např. atrofie, mozkové infarkty, ukládání mozkového amyloidu) (Raboch et al., 2001). Většinou se objevují ve stáří (od 65 let), mohou se však vyskytnout kdykoliv v průběhu života (Hosák et al., 2015). Mezi nejzávažnější typ organicky podmíněné psychické poruchy patří demence (Petr et al., 2014).

2.2.1.1 Demence

Demence je závažné duševní onemocnění, při kterém dochází k významnému poškození kognitivních funkcí. Jedním z nejčastějších příznaků bývá porucha paměti, objevují se i poruchy plánování a organizování a postupně dochází ke ztrátě orientace a bloudění. Příznaky se rozšiřují i do oblasti změn chování a emotivity s možností agrese. Postupně dochází i k zanedbávání hygieny a sebepečce. Později se objevuje i inkontinence. Doprovodným znakem mohou být přechodné poruchy vnímání (iluze, halucinace) či poruchy spánku. V pokročilém stadiu dochází k úplné degradaci a úpadku osobnosti, kdy je dotčený zcela odkázán na poskytovanou péči (Orel, 2016). Demenci často předchází tzv. mírná kognitivní porucha, kdy dochází k mírnému narušení běžných denních aktivit, ale člověk není vážněji omezen ve své soběstačnosti. Demence jsou zpravidla rozděleny na dvě skupiny: Primární demence (neurodegenerativní) a sekundární demence (ischemicko vaskulární a ostatní sekundární demence) (Hosák et al., 2015).

2.2.2 Schizofrenie

Schizofrenie je závažné chronické onemocnění, které se řadí mezi psychózy, při němž dochází ke hlubokému narušení vztahu člověka ke skutečnosti (Hosák et al., 2015). Typicky začíná v adolescenci a charakteristické příznaky musí být jasně vyjádřeny po dobu alespoň jednoho měsíce (Orel, 2016). Mezi tyto charakteristické příznaky patří bludy ovlivňování, prožitky vlastní pasivity při myšlenkách, pohybech i jednání působených zvnějšku a halucinace hlasů, které komentují pacientovo chování nebo o něm rozmlouvají. Symptomy schizofrenie se často dělí na pozitivní a negativní příznaky. Pozitivními příznaky jsou bludy, halucinace a podivné chování s nesrozumitelnou motivací a negativními příznaky jsou emoční plochost, obsahové zchudnutí myšlení a řeči, sociální stažení a depersonalizační prožitky (Hosák et al., 2015). Schizofrenie je tzv. epizodické onemocnění, které může být provázeno opakovanými atakami onemocnění a obdobími, kdy člověk nemá pozitivní příznaky a zvládá každodenní život, tzv. relapsy a remisemi (Petr et al., 2014).

2.2.3 Poruchy nálady (afektivní poruchy)

Základními projevy poruch nálad jsou změny nálad nebo afektu ve smyslu jejich snížení (deprese) nebo zvýšení (mánie) (Petr et al., 2014). Tyto poruchy mají vliv na racionalitu, výkonnost, motivaci, pozornost, motoriku, vztahovost a další psychické i tělesné funkce (Orel, 2016).

2.2.3.1 Deprese

Základními příznaky jsou smutek, ztráta zájmů, potěšení a spontánní motivace po dobu alespoň dvou týdnů. Deprese je také spojena s poruchou cirkadiálních rytmů (např. spánku a bdění). Lidé trpící depresivním onemocněním obtížně usínají a především se předčasně probouzejí. Depresivní nálada dosahuje své nejvyšší intenzity ráno (tzv. ranní pesima), trvá však po celý den. Objevují se pocity ztráty energie, bezcennosti, bezvýchodnosti a také myšlenky na smrt. Častým znakem je pokles tělesné hmotnosti z důvodu snížení chuti k jídlu, v některých případech může naopak dojít k navýšení hmotnosti z důvodu „zajídání“ symptomatiky. Deprese může také vyvolat různé tělesné obtíže (např. tlak na hrudi, bolesti končetin a těla, potíže s trávením). Pojem larvovaná či maskovaná deprese se užívá v případě, kdy jsou psychické projevy víceméně „překryty“ tělesnými problémy. Projevy deprese jsou viditelné i na celkovém postavení

těla (deprese často obrazně „ohýbá člověka“), na snížené mimice a tišším hlasovém projevu (Orel, 2016).

2.2.3.2 Bipolární afektivní porucha

Jedná se o epizodickou poruchu, která se vyznačuje střídavě se opakující zvýšenou náladou, vzrůstem energie a aktivity na jedné straně a poklesem nálady, úbytkem energie a aktivity na straně druhé, tedy epizodami mánie nebo hypománie, kterým předchází a po nichž následují depresivní epizody (Petr et al., 2014). U lidí s bipolární poruchou se může depresivní epizoda prezentovat jako nadměrná pasivita (apatie) a ztráta zájmu a radosti (anhedonie). Naopak manická fáze se projeví nadměrně zlepšenou náladou (euforií), zvýšenou aktivitou, sníženou potřebou spánku nebo také nezodpovědným chováním (např. zvýšeným utrácením peněz či zvýšenou sexuální aktivitou) (Zahrádka Köhlerová et al., 2016)

2.2.4 Duální diagnózy

Duální diagnózy, tj. kombinace duševního onemocnění a závislosti na návykových látkách, nejsou zařazeny v mezinárodní klasifikaci nemocí (Zahrádka Köhlerová et al., 2016), například se jedná o kombinaci diagnózy schizofrenie a užívání pervitinu nebo marihuany či kombinace deprese a nadužívání alkoholu (Mindset, ©2019).

2.3 Organizace a reforma psychiatrické péče

Největší podíl na poskytování psychiatrické péče v ČR mají psychiatrické ambulance a lůžková psychiatrická zařízení (Hosák et al., 2015). Světová zdravotnická organizace ve své zprávě z roku 2001 doporučuje postupné nahrazení velkých lůžkových psychiatrických zařízení alternativní komunitní péčí, aby nedocházelo ke ztrátě sociálních dovedností, nadměrnému omezování, porušování lidských práv a omezeným možnostem rehabilitace (World health organization, ©2019).

2.3.1 Komunitní péče

Komunitní péče je spojena s tzv. deinstitucionalizací, která má za cíl přesun pacientů s duševním onemocněním z velkých psychiatrických léčeben do menších komunitních zařízení, redukci těchto velkých institucí či alespoň částečnou přeměnu ve služby komunitní. Nejnovější koncept tzv. vyvážené péče se snaží zapojit do systému této péče praktické lékaře, specializované ambulantní psychiatrické služby a týmy, psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic, rezidenční péči v komunitě a služby psychiatrické rehabilitace. Současný stav poskytování komunitní péče v ČR můžeme rozdělit na služby intermediární a meziresortní. Do intermediárních služeb patří denní stacionáře, krizová centra, krizové mobilní týmy, služby komunitních psychiatrických sester, které jsou na pomezí mezi lůžkovou a ambulantní péčí a spadají pod resort zdravotnictví. Naopak pod sociální služby spadají meziresortní služby, které jsou často poskytovány nestátními neziskovými organizacemi, což sebou přináší nejistotu ve financování těchto služeb. Mezi tyto služby patří například podpora zaměstnání (chráněné dílny) nebo bydlení (chráněné byty). Avšak všechny tyto služby (lůžkové, intermediární, meziresortní a ambulantních) spolu úzce spolupracují a vzájemně se kombinují (Pěč, ©2019). Z pohledu finančních nákladů je komunitní péče efektivnější ve srovnání s dlouhodobou hospitalizací, která může trvat v některých případech i déle jak 20 let (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, ©2019b). Ve financování zdravotnických nákladů spojených s duševním onemocněním jsme oproti jiným zemím v Evropě na jednom z posledních míst pomyslného žebříčku (Hosák et al., 2015).

2.3.2 Reforma psychiatrické péče v ČR

Na podkladě doporučení Světové zdravotnické organizace a vytvoření dokumentu Evropského akčního plánu v oblasti duševního zdraví na období 2013–2020 byla

7. října 2013 schválena Strategie reformy psychiatrické péče. Její myšlenkou je podpora kvalitních služeb, které jsou v blízké dostupnosti od domovů, které respektují lidská práva a skrze multidisciplinární týmy je zajištěna jejich funkčnost v dobře vymezených regionech (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, ©2019b).

Novinkou je zavádění služeb center duševního zdraví a ambulancí s rozšířenou péčí. Jejich cílem bude prevence hospitalizací či jejich zkracování na dobu nezbytně nutnou, včasný záchyt rozvoje vážného onemocnění a pomoc v začlenění dlouhodobě hospitalizovaných pacientů do běžné komunity.

Jedním z cílů je i změna ve financování, kdy se předpokládá nárůst finančních prostředků nad hranici průměru ostatních segmentů zdravotní péče (Reforma péče o duševní zdraví, 2017).

Na Strategii reformy psychiatrické péče by měl navázat Národní akční plán 2020-2030. Tento vládní dokument bude vycházet ze sedmi strategických cílů uvedených v dokumentu Světové zdravotnické organizace (Evropský akční plán v oblasti duševního zdraví na období 2013–2020) s komplexním přístupem k prevenci a péči a s cílem propojení ostatních resortů. Mezi tyto cíle patří rovnost příležitostí na duševní pohodu (well-being), respektování lidských práv, dostupné služby v oblasti duševního zdraví v čase, místě, kapacitě i ceně, právo na efektivní péči o somatické i duševní zdraví, spolupráce s ostatními resorty a poskytování péče založené na spolehlivých informacích a vědomostech. Tento plán přesouvá reformu psychiatrie od hlavního gestora Ministerstva zdravotnictví na vládní úroveň, kde se počítá se zapojením i dalších ministerstev: Ministerstva práce a sociálních věcí, Ministerstva pro místní rozvoj, Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy a Ministerstva spravedlnosti (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, ©2019a).

2.4 Terapie v psychiatrii

Terapie není zaměřená jen na řešení současného problému, ale také na prevenci relapsu a recidivy (znovuobjevení příznaků). Léčba je dělena na akutní (kde cílem je potlačení chorobných symptomů), pokračující (s cílem plné remise a zabránění relapsu symptomů) a profylaktickou (zabraňující recidivě). Do léčby je rovněž zahrnuta edukace. Pacient by měl být informován o povaze onemocnění, možnostech a variantách léčby, ale i případných nežádoucích účincích léků apod. (Orel, 2016).

Léčbu psychických poruch lze základně rozdělit na:

- Biologické léčebné metody
- Psychoterapie
- Psychiatrická rehabilitace (Petr et al., 2014)

2.4.1 Biologické léčebné metody

Biologická léčba je zaměřena zejména na mozek a mozkové procesy. Má vliv na neurony, jejich receptory a mediátory i synapse a synaptickou transmissi. Za nejběžnější formu biologické léčby je pokládána farmakoterapie. Léčba psychofarmaky je mnohdy doplňována i nefarmakologickou biologickou léčbou. Mezi tyto metody léčby řadíme elektrokonvulzivní léčbu, léčbu světlem (fototerapie), transkraniální magnetickou stimulaci, stimulaci bloudivého nervu, spánkovou deprivaci, fytoterapii, akupunkturu či relaxaci (Orel, 2016).

Dle Světové zdravotnické organizace více než 80% osob se schizofrenií může být na konci jednoho roku léčby antipsychotiky v kombinaci s rodinnou intervencí bez relapsů. Až 60% lidí s depresí se může zotavit s vhodnou kombinací antidepresiv a psychoterapií (World health organization, ©2019).

2.4.1.1 Farmakoterapie

Psychofarmaky označujeme léky, které působí na mozek, ovlivňují psychické funkce a lze je dělit podle řady kritérií: rychlosti nástupu účinku, způsobu aplikace, biochemického principu a místa působení (Petr et al., 2014). Dále je lze rozdělit do několika skupin podle základního druhu efektu na duševní činnost, resp. příznaky duševní poruchy: antidepresiva, antipsychotika, anxiolytika, hypnotika, kognitiva,

psychostimulancia, stabilizátory nálady (thymoprofylaktika) (Praško et al., 2013).
Příklady základních indikací viz tabulka č. 2.

Tabulka 2: Klasifikace psychofarmak a základní indikace (Petr et al., 2014)

Onemocnění	Lék	Hlavní příznaky
Afektivní poruchy	Antidepresiva, tymoprofylaktika	Poruchy nálady (depresivní a/nebo manické syndromy)
Psychotická onemocnění	Antipsychotika	Poruchy myšlení a vnímání (bludy, halucinace)
Úzkostné poruchy	Anxiolytika, antidepresiva (SSRI a další skupiny antidepresiv)	Úzkostné syndromy
Poruchy spánku	Hypnotika	Poruchy usínání, poruchy v průběhu spánku, časně probouzení
Organické psycho-syndromy, demence	Neuroprotektiva (kognitiva)	Poruchy kognitivních funkcí získaných po druhém roce života
Hyperkinetické poruchy (ADHD)	Psychostimulancia	Porucha pozornosti, hyperaktivita, impulzivita

Nežádoucí účinky farmakoterapie

Využití farmakoterapie v psychiatrii s sebou nese i rizika spojená s nežádoucími účinky. Je nutné upozornit pacienta na výskyt nežádoucích účinků, které by při objevení měl hlásit svému lékaři. Zásadní změny v léčbě pacientů s duševním onemocněním přinesl vývoj antipsychotik, která se stala častou medikací nejen pro pacienty trpící psychotickým onemocněním. To však s sebou přineslo i výskyt nežádoucích účinků těchto léčiv (Zahrádka Köhlerová et al., 2016).

Nežádoucí účinky antipsychotik I. generace jsou zejména extrapyramidové příznaky a dělí se na časně (parkinsonoid, akutní dyskineze, akatizie) a pozdní (tardivní dyskineze a dystonie, tardivní akatizie) (Raboch et al., 2001). Symptomy tardivní dyskineze jsou přítomnosti abnormálních mimovolných pohybů v jedné nebo více svalových skupinách (Raboch et al., 2016). Mohou být někdy zaměňovány s tremorem a myoklony vyvolanými lithiem či valproátem (Šilhán a Hýža, 2017). Akatizie je charakterizována motorickým neklidem, ale i vnitřní tenzí a úzkostí a může provokovat suicidální jednání (Raboch et al., 2001). Antipsychotika II. generace jsou obecně lépe snášena, extrapyramidový syndrom se u této II. generace vyskytuje v mírnější formě nebo se nevyskytuje vůbec. Na druhou stranu mohou mít negativní vliv na metabolismus

(Probstová a Pěč, 2014). Mírný efekt na přírůstek hmotnosti mají také antidepresiva a stabilizátory nálady (Šilhán a Hýža, 2017). V případě podávání antipsychotik se často nezávisle na obezitě vyskytuje dyslipidemie, a to především v podobě zvýšené koncentrace triglyceridů a snížení HDL cholesterolu. Prokázán je vliv antipsychotik a mnohem méně vliv antidepresiv a stabilizátorů nálady na rozvoji DM II. typu. Dále můžeme pozorovat výskyt kardiovaskulárních onemocnění. Některá antipsychotika a antidepresiva jsou spojena s rozvojem hypertenze a maligních arytmií, které mohou vyústit v náhlou srdeční smrt. Dlouhodobé užívání jak antipsychotik, tak antidepresiv může být také spojeno se snížením kostní denzity a zvýšeným rizikem zlomenin (Šilhán a Hýža, 2017).

Ve výjimečných případech se při léčbě psychofarmaky mohou objevit závažné život ohrožující nežádoucí účinky jako serotoninový syndrom při užívání antidepresiv a neuroleptický maligní syndrom při léčbě antipsychotiky (Raboch et al., 2012).

2.4.2 Psychoterapie

Psychoterapie je léčebné působení psychologickými prostředky, které má za cíl odstranit nebo zmírnit potíže a v rámci možností i odstranit jejich příčiny. Mezi psychologické prostředky řadíme například slova, rozhovor, neverbální chování, podněcování emocí, vytvoření terapeutického vztahu, učení aj. V průběhu psychoterapie dochází k cíleným pozitivním změnám v prožívání a chování pacienta (návčik konfrontace s problémy, získávání nadhledu, zkoušení a návčik nového chování) (Kratochvíl, 2006).

Psychoterapii lze dělit z více hledisek. Psychoterapie může být direktivní, nedirektivní, symptomatická (se zaměřením na chorobný příznak), kauzální (se zaměřením na ozřejnění a odstranění příčiny), podpůrná (poskytuje porozumění a podporu) nebo rekonstrukční (kdy dochází k přestavbě osobnosti). Psychoterapie může mít formu individuální nebo skupinové terapie (Kratochvíl, 2006).

Komunikace a vztah jsou klíčové prostředky pro psychoterapii. Proto je důležité, aby pacient s terapeutem spolupracoval. Zároveň měl by chápat a přijmout psychosociální podmíněnost svých obtíží. Neverbální techniky je vhodné použít k podpoře vyjádření emocí, uvolnění napětí, kreativitě. Jako neverbální techniky jsou využívány artherapie, muzikoterapie, psychogymnastika či techniky práce s tělem. Do skupiny techniky práce

s tělem patří například relaxační techniky, práce s dechem, práce se svalovým napětím atd. (Petr et al., 2014).

Psychoterapie patří do rukou kvalifikovaných odborníků, kteří prošli ucelenými výcviky a mají vzdělání v některém z psychoterapeutických směrů (Orel, 2016). Kromě formálního vzdělání, znalostí a dovedností jsou nezbytné i určité osobnostní vlastnosti (např. schopnost naslouchat, empatie, trpělivost atd.) (Kratochvíl, 2006).

2.4.3 Psychiatrická rehabilitace

Psychiatrickou rehabilitací označujeme rehabilitaci, která se týká duševních poruch a navazuje na ostatní psychiatrickou léčbu, včetně léčby biologické nebo psychoterapeutické. Dále se můžeme setkat s termínem „psychosociální rehabilitace“ téhož významu, který měl zdůrazňovat sociální komponentu. Záměrem rehabilitace je zlepšení kvality života, zvýšení vlastního fungování za současného snižování profesionální pomoci v prostředí, které si vyberou k životu (Pěč a Probstová, 2009). Pro optimální průběh rehabilitace je klíčová spolupráce klienta, profesionála a rodiny (Páv et al., 2017a).

Rehabilitace je specializována na jednotlivé úrovně potřeb či na životní domény (práce, bydlení, vzdělávání, volný čas) (Petr et al., 2014). Do oblasti pracovní rehabilitace je většinou zahrnována dobrovolná práce, chráněné pracovní dílny, přechodné zaměstnávání, podporované zaměstnání a podpůrné edukační programy (job club). Další oblastí je podpora vzdělávání, jelikož nedokončené nebo neuskutečněné vzdělání komplikuje volbu následného povolání. Do oblasti podpory vzdělávání je zahrnována trvalá podpora a asistence lidem s duševním onemocněním v oblasti jejich vzdělání a osobnostního rozvoje. V rámci podpory bydlení je důležité vést pacienta k samostatnému bydlení a vytvoření stálého domova po hospitalizaci. K tomu napomáhá přístup tzv. podporovaného bydlení přímo ve vlastním bytě pacienta (Kolář, 2009).

2.4.3.1 Koncept zotavení (recovery)

Moderní péče o lidi s duševním onemocněním nemá za cíl pouze snížení intenzity symptomů nemoci nebo jejich eliminace, ale také pomáhá těmto lidem ke zvýšení jejich funkční kapacity a nalezení uspokojivého místa ve společnosti. Tento proces změny je označován jako tzv. zotavení či úzdava (recovery). Tento název byl přenesen do péče o osoby se závažným duševním onemocněním z oblasti léčby závislostí,

kde je významem udržení abstinence a zlepšení kvality života pacienta (Probstová a Pěč, 2014). Při procesu zaměřeném na zotavení je snaha o motivaci nemocného, jeho aktivní spolupráci a podporu naděje, že je možné žít kvalitní život i přes dopady duševního (či jiného) onemocnění (Páv et al., 2017a).

Tento proces není lineární, ale prochází určitými fázemi (stabilizace, reorientace, reintegrace). Důležitými okamžiky v procesu zotavení jsou například uvědomění si nemoci, přijetí zodpovědnosti za sebe sama. Pacient by se neměl spoléhat pouze na pomoc z okolí, ale měl by projevit aktivní spoluúčast. V případě potřeby pomoci by však měl být schopen tuto podporu přijmout (Probstová a Pěč, 2014).

Pro kvalitní terapeutickou práci je nutné nedívat se na člověka s duševním onemocněním jen jako na obraz diagnózy či symptomů, nýbrž je důležité ho vnímat jedinečnou lidskou bytost i s jeho vztahovostí, která může být mnohdy narušena. Navázání terapeutického vztahu tedy patří k základním dovednostem pracovníků v pomáhajících profesích (Páv et al., 2017a).

Projekt SUPR

V letech 2014-2016 byl zkoumán současný stav poskytování následné psychiatrické péče ve 12 psychiatrických nemocnicích a léčebnách v České republice v rámci projektu SUPR (Systém Ucelené Psychiatrické Rehabilitace). Cílem projektu bylo sestavení metodiky nově vytvořeného systému ucelené psychiatrické péče a následné proškolení odborného personálu. V projektu bylo zjištěno, že terapeutický režim na odděleních psychiatrických nemocnic v mnoha ohledech nekoresponduje se současnými trendy rehabilitace v psychiatrii (nízká pestrost nabízených aktivit či nedostatečně vybudovaná síť partnerů poskytujících pobytové či sociálně rehabilitační služby v některých regionech). Jako hlavní a velmi důležitý faktor byl zjištěn nedostatek personálu a zároveň i nedostatek času potřebného pro vytváření individuálního plánu potřeb klientů včetně jejich přání (Páv et al., 2017b).

2.5 Somatické komorbidní onemocnění

Lidé s duševním onemocněním trpí častěji výskytem morbiditu, ale také mortality. Pacienti se schizofrenií mají zkrácenou délku života o 20% ve srovnání se zbytkem populace (Malý a Masopust, 2010). V rámci projektu Cosmos (COmorbidities in MOst Severe Neurology and Psychiatric Indications in the Czech Republic) vyšlo najevo, že somatické komorbidity se vyskytují u 48 % pacientů se schizofrenií a u 59 % pacientů s depresivní poruchou. Nejčastěji zastoupenými komorbiditami byly hypertenzní nemoc, obezita, poruchy funkce štítné žlázy a metabolismu lipidů a cukrů (Kohútová et al., 2018).

Stejně jako v obecné populaci je nejčastější příčinou mortality u osob s duševním onemocněním kardiovaskulární onemocnění (KVO), na rozdíl od mylně předpokládané suicidity (Měchýřová, 2016). U pacientů se schizofrenií se jedná o dvě třetiny úmrtí z kardiovaskulárních příčin oproti jedné polovině u obecné populace (Malý a Masopust, 2010). Příčiny zvýšeného kardiometabolického rizika u lidí s duševním onemocněním mohou zahrnovat faktory nesouvisející s nemocí, jako je nedostatek financí a omezený přístup k lékařské péči, stejně tak jako nežádoucí účinky spojené s léčbou psychofarmaky (např. antipsychotiky) (Newcomer, 2007). Dalšími rizikovými faktory pro vznik komorbidit jsou kouření, nadváha až obezita, vysoká konzumace alkoholu, nevhodné stravovací návyky, nedostatek fyzické aktivity, diabetes mellitus, dyslipidemie a arteriální hypertenze (Kitzlerová, Motlová a Dragomirecká, 2008).

Prevalence kouření je dvakrát až třikrát vyšší než v obecné populaci a zvýšená je také intenzita kouření (Králíková, 2016). Kouření podmiňuje vznik kardiovaskulárních onemocnění, karcinom plic a respirační onemocnění. Může mít ale i další negativní vliv tím, že indukuje jaterní enzymy, snižuje plazmatické koncentrace některých antipsychotik, a to vede k navyšování dávek pro dosažení terapeutického efektu (Malý a Masopust, 2010).

Nepříjemným vedlejším účinkem některých neuroleptik a tricyklických antidepresiv je ovlivnění hmotnosti pacienta. U více než 50% pacientů je vzestup tělesné hmotnosti uváděn jako důvod vysazení medikace. Tento vzestup hmotnosti je ale velmi individuální, někteří pacienti mohou při užívání neuroleptik naopak ztrácet svoji hmotnost. Vzestup hmotnosti je typický v prvních týdnech léčby a výraznější u původně štíhlých nemocných. U některých antidepresiv (např. fluoxentin) v prvních šesti měsících dochází k hmotnostnímu poklesu, následně poté často k vzestupu hmotnosti (Svačina,

2002). Pacienti trpící schizofrenií, kteří se zapojili v roce 2008 do Programu pro dobré zdraví v České republice, trpěli z 89 % nadváhou nebo obezitou. Tento program je zaměřený na zdravý životní styl. Testováním se zjistilo, že pacienti měli velmi slušné vstupní vědomosti ohledně výživy, ale tyto informace v běžném životě nepoužívali (Kitzlerová, Motlová a Dragomirecká, 2008).

Velmi fatálně může skončit i málo zmiňované riziko tromboembolické nemoci (TEN), kterým nazýváme hlubokou žilní trombózu a plicní embolizaci. Riziko vzniku je vyšší při hospitalizaci, imobilizaci a při léčbě antipsychotiky (např. klopazin). Na rozvoj nemoci má opět vliv životní styl se špatnou životosprávou a nedostatkem pohybu, obezita či dehydratace. Pacienti by měli být poučeni o rizikových faktorech a klinických projevech TEN (Malý a Masopust, 2010).

Projekt SOMA

Nutnost screeningu rizikových faktorů vedlo v ČR ke vzniku projektu SOMA (Systematic Targeting of Metabolism and Activity). Jedná se komplexní systém pro screening a intervenci rizikových faktorů kardiovaskulárního onemocnění mezi institucionalizovanými psychiatrickými pacienty. Tento systém by měl podle získaných dat automaticky vygenerovat oznámení u vysoce rizikových pacientů při přijetí do psychiatrické nemocnice. K získání dat pro automatické zpracování slouží například laboratorní hodnoty glykémie, LDL cholesterolu, osobní údaje o váze, výšce, obvodu pasu a údaje o anamnéze (kouření, fyzická aktivita, diabetes, diagnóza duševního onemocnění, farmakologická anamnéza). Po zdokonalení automatizace výpočtu se předpokládá bezplatné zavedení systému českým psychiatrickým nemocnicím ke sledování rizika KVO hospitalizovaných psychiatrických pacientů v rámci státní nemocniční sítě (Páv et al., 2016).

Pacienti trpí mimo zmiňovaných komorbidit a následně zvýšeného rizika mortality také nízkým sebevědomím, což sebou přináší i horší kvalitu života. To vše se může projevit zhoršenou spoluprací při léčbě a zvýšením rizika relapsu onemocnění (Kitzlerová, Motlová a Dragomirecká, 2008).

Dostatek informací o těchto komorbiditách je nutný pro výběr vhodné následné terapie, ale také jako prevence před vznikem těchto onemocnění. Kardiorespirační zdatnost se zlepšuje u osob se schizofrenií po zapojení fyzické aktivity do terapie (Vancampfort et al., 2015) a stejně tak i u osob trpících depresí (Stubbs et al., 2016).

V rámci multidisciplinární léčby je třeba se zaměřit na zlepšení fyzické zdatnosti a snižování tělesné hmotnosti z důvodu snížení všech příčin mortality (Vancampfort et al., 2015).

2.6 Využití fyzioterapie v psychiatrii

Fyzioterapie má nezastupitelnou roli v multidisciplinárním týmu v péči o pacienty s duševním onemocněním. Bohužel ne vždy je fyzioterapeut součástí péče. Lidé s duševním onemocněním se dožívají nižšího věku zapříčiněného výskytem komorbidních onemocnění. Tuto předčasnou úmrtnost lze snížit pomocí fyzické aktivity. Pravidelné cvičení má pozitivní vliv na kardiovaskulární zdatnost, spánek, vytrvalost, metabolický syndrom a cukrovku. Zmírňuje také stres, zlepšuje náladu, zvyšuje energii a naopak snižuje únavu. Cílem fyzioterapie není pouze obnovení či zachování optimální funkce pohybového systému, ale podílí se také na prevenci a podpoře zdraví (včetně duševního) a celkově jde o zlepšení kvality života pacienta (Probst, 2017).

Při terapii se mohou vyskytnout určité překážky specifické pro pacienty s duševním onemocněním. Mezi tato specifika patří nižší míra spolupráce, než jakou obvykle očekáváme, nízká motivace k terapii a někdy až negativní přístup. Překážkou v terapii může být i fakt, že hospitalizovaní pacienti bývají nedostatečně vybaveni pohodlným sportovním oblečením. Terapie je tedy pro ně nepříjemná, pokud se jí účastní například v upnutých džínách. Pacienti při příjmu buď nedostanou informace o nutném vybavení sportovním oblečením, nebo na něj nemají dostatek financí. Je nutné nalézt vhodné řešení a to jak v lepší informovanosti při příjmu ze strany zdravotního personálu, tak pro získání finančních prostředků na nákup základního sportovního oblečení a obuvi. Terapeutický přístup i cíle by měly být přizpůsobeny aktuálnímu individuálnímu stavu pacienta. Důležité je mít dostatek informací o zdravotním stavu pacienta a při vyšetření brát v úvahu nejen posturu, ale i celkové verbální a nonverbální chování pacienta (Zahrádka Köhlerová et al., 2016).

Fyzioterapii v psychiatrii můžeme rozdělit na dvě kategorie, a to na fyzioterapii přímo související a fyzioterapii nepřímo související s duševním onemocněním (Zahrádka Köhlerová et al., 2016).

2.6.1 Fyzioterapie nepřímo související s duševním onemocněním

Fyzioterapie nepřímo související s duševním onemocněním je zaměřena na obtíže, které by mohl mít i pacient bez duševního onemocnění. Mezi tyto stavy patří například bolest, omezení hybnosti, stav po traumatu nebo po operaci. Podle stavu pacienta a projevů jsou následně zvoleny standardní fyzioterapeutické metody. Je třeba mít

na paměti, že náprava fyzické stavu je pomalejší a tedy celková fyzioterapie trvá déle, například z důvodu limitované koncentrace, opakovaných instruktáží a nácviku (Zahrádka Köhlerová et al., 2016).

2.6.2 Fyzioterapie přímo související s duševním onemocněním

Fyzioterapie přímo související s duševním onemocněním se zaměřuje na problémy vycházející buď z podstaty psychiatrického onemocnění, nebo je jeho přímým důsledkem, či souvisí s nežádoucími vedlejšími účinky medikace (Zahrádka Köhlerová et al., 2016).

V rámci fyzioterapie, kromě běžně využívaných metod myoskeletální medicíny a fyzikální terapie, probíhá integrace nových metod založených na neurofyziologickém podkladě (McKenzie metoda, Bobath koncept, Vojtova metoda, DNS) a psychomotorické terapii. Tyto nové metody mohou mít pozitivní vliv na zmírnění nežádoucích účinků některých psychofarmak (třes, svalová rigidita, metabolické obtíže) a pravděpodobně i pozitivní vliv na průběh nemoci (zlepšení celkové kondice, motivace pacienta, uvědomování si vlastního těla, adherence k terapii). Použití metod, které vyžadují přímý fyzický kontakt fyzioterapeuta s pacientem (manuální metody, měkké techniky, manuální trakce a mobilizace), je třeba volit s ohledem na to, jak pacient přijímá fyzický kontakt a zda mu jeho duševní stav dovolí relaxaci (Zahrádka Köhlerová et al., 2016). Při terapii je využívána jak forma individuální terapie, tak i forma skupinové terapie.

2.6.3 Psychomotorická terapie

Psychomotorická terapie je způsob léčby, který je založený na přístupu uvědomění si vlastního těla a na fyzické aktivitě (Kynštová, 2016). Je kladen důraz nejen na změnu přístupu k vlastnímu tělu, ale i celkovému sebepojetí (sebevědomí a seberealizace) (Zahrádka Köhlerová et al., 2016). Název „Psychomotorická terapie“ je v současné době přijat ve většině evropských zemí. Můžeme se však setkat také s alternativními názvy, jako jsou pohybová terapie, kinezioterapie, sportovní terapie (Kynštová, 2016).

Při terapii jsou používány modelované cíleně zaměřené pohybové programy, které vyžadují aktivní přístup pacienta a pracují nejen s biologickou a psychickou složkou osobnosti, ale i se sociálními vztahy (Hátlová, 2002). Základem pro terapii je aktivně prováděný, záměrný a cílený pohyb. Nejedná se však pouze o prožívání fyzické aktivity,

ale dochází rovněž k integraci dalších dovedností (učení, interakce ve skupině, řešení stresových situací atd.). Psychomotorická terapie vede k získání motivace k pohybu a pozitivních prožitků z fyzické aktivity, zdůrazňuje neverbální prvky a postupně vyvolává potřebu verbální komunikace (Zahrádka Köhlerová et al., 2016). V modelových situacích je snaha o rozvoj schopností pacienta, které poté využije při řešení reálných situací v běžném životě (Hátlová a Kirchner, 2010).

Existují různé formy zaměření psychomotorické terapie. Podle určitého cíle zvolíme i konkrétní přístup, který může být zaměřený více na prožitek z pohybu, kvalitu pohybu, změnu svalového napětí, podporu kognitivních funkcí, trénink spolupráce a komunikace, či vnímání vlastního těla a prostoru. Do průběhu terapie je možno zařadit taneční či sportovní prvky, využití tradičních i netradičních pomůcek, popřípadě speciálních pomůcek určených pro psychomotorické programy (např. psychomotorický padák) (Zahrádka Köhlerová et al., 2016).

2.6.4 Lázeňská léčba

Fyzioterapie je součástí lázeňské léčby pacientů s duševním onemocněním. Tato lázeňská léčba se označuje jako balneopsychiatrie a spadá pod psychiatrickou rehabilitaci. Jedná se o komplexní soubor lázeňských terapeutických postupů vedoucí k úplné obnově nebo ke kompenzaci narušených psychických funkcí organismu. K léčbě jsou využívány místní přírodní zdroje (např. vhodné klima, přírodní minerální prameny atd.). Lázeňská péče je významná součást léčebného a rehabilitačního procesu. Jako příklad zařízení, které poskytuje lázeňskou péči pro pacienty s duševním onemocněním, jsou Priessnitzovy léčebné lázně a. s. Jeseník, které nabízejí širokou škálou terapeutických metod (Novotný et al., 2007). V duchu odkazu zakladatele lázní Vincenze Priessnitze, který kladl velký důraz na intenzivní pohyb na čerstvém vzduchu, je jednou z terapií tzv. Gräfenberg Walking. Při této terapii je využívána aktivní chůze se speciálními holemi a jedinečné klima lázní (Priessnitzovy léčebné lázně a.s., 2019). Aktivní chůze s holemi je vhodná téměř pro každého bez omezení věku a fyzické kondice. Chůze s holemi byla zvolena jako vhodná pohybová aktivita pro pacienty s duševním onemocněním v rámci projektu SOMA Psychiatrické nemocnice Bohnice (Zahrádka Köhlerová et al., 2016).

2.7 Motivace pacienta s duševním onemocněním

Motivace pacientů s duševním onemocněním k pohybové aktivitě je významnou součástí fyzioterapeutického přístupu, jelikož se u těchto pacientů setkáváme s nechutí k pohybu a k fyzické aktivitě, zejména tehdy, jedná-li se zpočátku o nedobrovolnou hospitalizaci. Základním kamenem pro efektivní motivování pacienta je vytvoření vzájemného pevného vztahu mezi pacientem a terapeutem, kde se pacient cítí bezpečně a je schopen mluvit o svých problémech. Dokud si nezískáme pacientovu důvěru a nevytvoříme pevný vztah, neměli bychom pacienta negativně hodnotit a kritizovat. Na to, do jaké míry bude pacient terapeutovi důvěřovat, má vliv i zevnějšek terapeuta (např. vhodné oblečení, účes atd.). Pacient by měl z terapeuta cítit jeho plnou pozornost. Terapeut by měl být schopen pozorně naslouchat a porozumět problému pacienta. Základem profesionality je schopnost empatie ze strany terapeuta (Zahrádka Köhlerová et al., 2016).

Existuje široká škála psychologických strategií k motivaci (např. teorie sebeurčení, sociálně kognitivní teorie, kognitivně behaviorální terapie a motivační rozhovor). Tyto teorie mohou být využity ke stimulaci, změně a udržování pozitivního přístupu pacienta k pohybu. Pro správné využití těchto strategií v praxi je nutné absolvovat vzdělávací školení. Společným znakem těchto strategií je vnitřní a autonomní motivace, která pochází od pacienta. Terapeut nemůže pacienta nutit ke změně, může mu pouze předat informace, proč je změna důležitá. Jakmile se pacient rozhodne pro změnu, přichází na řadu sestavení plánů a cílů. Plány lze navrhnout společně, ale musí být individuální pro každého jednotlivého pacienta. Plán zahrnuje osobní překážky pacienta, strategie k jejich překonání a osobní cíle. Plán by měl být navržen tak, aby byl dosažitelný a podporoval soběstačnost a sebevědomí pacienta (Mcgrane et al., 2014).

Nejčastěji se setkáme s využitím motivačního rozhovoru. Základem pro tuto strategii je pět komunikačních dovedností: otevřené otázky, potvrzení, reflexe, shrnutí a poskytování informací. Využít lze i samotné otevřené otázky motivačního rozhovoru (např. u pacienta v ambulantní péči). Na začátku pacient definuje problém, se kterým přichází, a sám určí, co očekává od terapeuta a od samotné terapie (např. pacient sám prohlásí, aby ho přestala bolet záda, musí cvičit.). Případně na konci rozhovoru terapeut tento výrok shrne (Zahrádka Köhlerová et al., 2016).

2.8 Stigmatizace

Stigma, slovo pocházející z řečtiny, se překládá jako znamení, které nese nějaké svědectví (Libiger, 2002). V dnešní době se tímto slovem označuje jakýkoliv přívlastek, rys nebo porucha, pro které je jednatel odlišně hodnocen (Thornicroft, 2011). Stigmatizace je chápána jako proces, který umožňuje rozpoznání příslušnosti jedinců ke skupině. K této skupině se poté ostatní chovají jednotným a předvídatelným způsobem. Následkem toho je oslabena individualita jednotlivce a zdůrazněna skupinová identita (Libiger, 2002). Stigmatizace v rámci duševních onemocnění je velmi rozšířená, i přesto, že není pouze doménou duševních onemocnění (Lauber et al., 2006).

Stigmatizace není doménou pouze široké veřejnosti, lidé s duševním onemocněním se s ní setkávají například také v rodinném prostředí, zaměstnání, sociálních vztazích i třeba zdravotnictví (Narovinu, 2017a).

2.8.1 Zdroje stigmatu, předsudek, diskriminace

Jako zdroje stigmatu vnímáme určité faktory, které jsou vzájemně propojené. Mezi tyto faktory patří například skutečná odlišnost duševně nemocných, předsudky, nároky a hodnoty prostředí. Tato odlišnost může plynout přímo z onemocnění (např. pohybové zvláštnosti osob s katatoní) či po přidělení diagnostické značky. Nemocný interpretuje svůj život podle role, kterou mu společnost připisuje (tzv. teorie značkování) (Libiger, 2002).

Předsudek je souhlasná reakce na stereotyp (obecně rozšířené a stálé představy o určitém typu člověka): „Ano, opravdu jsou všichni lidé s duševním onemocněním nebezpeční a nepředvídatelní, tedy se jich bojím.“ (Lauber et al., 2006). Z obecného stereotypu jsou vybírány vlastnosti pro charakteristiku duševně nemocných. Jsou považováni za osoby nespolehlivé, nepředvídatelné a nebezpečné. Tyto předsudky jsou posilovány médii ve formě dodatečných informací, např. že se dotyčný zločinec léčil na psychiatrii. Nicméně spojení duševní nemoci a vyššího rizika násilí skutečně existuje, ale nejčastěji jako spojení duševní nemoci se závislostí na návykových látkách, jimž lidé s duševním onemocněním snáze podléhají (Libiger, 2002).

Dalšími zdroji stigmatu mohou být hodnoty a nároky prostředí či kultura (Libiger, 2002). Například odlišná kultura v Papue Nové Guinei vede k tomu, že někteří tamní studenti na lékařské fakultě jsou přesvědčeni, že duševní nemoc může být způsobena

čarodějnictvím nebo že sami mohou onemocnět trávením času s duševně nemocnými. Většina tamních studentů věří, že duševní nemoc může být léčena a vyléčena modlitbou (Muga a Hagali, 2006).

Stigma duševního onemocnění vede k diskriminaci, tedy ke skutečnému chování založeného na předsudcích: „Protože všichni lidé s duševním onemocněním jsou nebezpeční, nikdy se s nimi nesetkám.“ (Lauber et al., 2006). To vede k nižší zaměstnanosti lidí s duševním onemocněním, jejich sociální izolaci, zhoršení kvality života a následnému nepříznivému průběhu onemocnění (Libiger, 2002).

2.8.2 Stigmatizace a rodina

Rodinní příslušníci hrají důležitou roli v životě lidí s duševním onemocněním, bohužel se mnohdy ani v okruhu nejbližších tyto lidé nesetkávají s porozuměním, pochopením a podporou (Narovinu, 2017a).

V rámci skupinové diskuze se v červnu 2017 účastníci se zkušeností s některým typem vážného duševního onemocnění vyjádřili například tak, že jejich nejbližší si o nich myslí, že jsou pouze líní a dokonce někteří neuznávají duševní onemocnění jako taková. Rodinnými příslušníky jsou nabádáni, aby o své nemoci nemluvili na veřejnosti a tak nedošlo k zostuzení celé rodiny. Dále také v některých rodinách lidé s duševním onemocněním nejsou respektováni jako plnohodnotný člen rodiny a nemoc jim dávají za vinu. V některých případech mohou čelit i samotní rodinní příslušníci stigmatizaci a posměchu z okolí či také sebe-stigmatizaci projevující se hlavně nízkým sebevědomím pečujícího rodinného příslušníka. To vše se může odrazit na sociální situaci rodiny a nezřídka dojde k rozpadu rodinných a přátelských vazeb. Jako největší problém se jeví to, že blízcí mnohdy věří mýtům spojeným s duševním onemocněním, neumí o nemoci správně komunikovat a občas odrazují svého nemocného blízkého od dodržování léčby. Rodinní příslušníci v některých případech nemají dostatek informací o duševním onemocnění a nevědí, kam se obrátit v případě propuknutí duševního onemocnění. Nedostatek informací o duševním onemocnění může být zapříčiněn i špatnou komunikací ze stran ošetřujícího personálu (Narovinu, 2017a).

V rámci projektu Destigmatizace vznikají i programy zacílené na rodinné příslušníky, kde by získali potřebné odborné informace a praktické rady ohledně komunikace s člověkem s duševním onemocněním v době ataky onemocnění. Dalším cílem by mělo být snižování sebe-stigmatizace rodinných příslušníků. Velký důraz

se klade také na snižování hyperprotektivity ze strany pečujícího rodinného příslušníka a postupné zplnomocňování nemocného příbuzného. To se ve výsledku může příznivě projevit v zotavení jak nemocného, tak i pečujícího. Rodinný psychoedukační program realizovaný v České republice je například program Preduka (Preventivně Edukační program proti relapsu psychózy) (Narovinu, 2017a).

2.8.3 Stigmatizace ve zdravotnictví

Jak již bylo uvedeno, stigmatizace není doménou pouze široké veřejnosti, ale také profesionálů podílejících se na systému péče o duševní zdraví, jako jsou všeobecní lékaři, psychiatři, ostatní zdravotnický personál či studenti medicíny a další. Tito profesionálové mohou ovlivnit názor veřejnosti, ale také se mohou podílet na případném rozvoji sebestigmatizace člověka s duševním onemocněním (negativního vnitřního vnímání sebe sama), což často vede k pocitům studu, ke snížení sebedůvěry a sebeúcty a má vliv na zdravotní i sociální situaci, a to jak samotného člověka s duševním onemocněním, tak i na jeho rodinu (Janoušková a Winkler, 2015).

Problémem se jeví nedostatečná znalost problematiky duševního zdraví u zdravotníků a také tzv. „overshadowing“ (zastiňování), tedy přisuzování fyzických obtíží duševnímu onemocnění. Toto zlehčování fyzických příznaků může vést k fatálním následkům z důvodu neadekvátní léčby (Narovinu, 2017a).

Mnozí lidé s duševním onemocněním zažívají pocit neporozumění a odsudků předně během pobytu v psychiatrickém zařízení. Hodnotí personál, zajišťující péči o duševní zdraví, jako jednu z nejvíce stigmatizujících skupin. Často jim proto trvá dlouho, než se na zařízení obrátí o pomoc (Thornicroft, 2011).

Postoje odborníků jsou do značné míry utvářeny vzděláním na vysoké škole a prvními zkušenostmi v praxi (Ocisková a Praško, 2015). Studie, která se zabývá porovnáním stigmatizačních postojů studentů a pedagogů na české lékařské fakultě, vykazuje více stigmatizační postoj pedagogů než studentů. Pedagogové následně mohou tento svůj negativní postoj dále předávat studentům (Janoušková et al., 2017). Obor psychiatrie není mezi studenty příliš atraktivní volbou, a to jak na středních zdravotnických školách, tak vysokých školách. V rámci projektu Mindset studenti středních zdravotnických škol hodnotili převážně negativně ochotu pracovat v budoucnu v oborech souvisejících s psychiatrickou péčí (Janoušková et al., 2016). Mezi běžné důvody odmítnutí budoucí práce v oboru psychiatrie patří nízké respektování psychiatrie

mezi ostatními lékařskými obory, nižší plat a negativní komentáře od přátel a rodinných příslušníků při výběru oboru psychiatrie (Seow a Chua, 2018).

Kvalita terapeutického vztahu se odráží v kvalitě péče o pacienty s duševním onemocněním. Pokud terapeut předem předpokládá obtížnou terapeutickou ovlivnitelnost tohoto onemocnění, jeho snaha v terapii se minimalizuje (Ocisková a Praško, 2015). K tomuto postoji přispívá i fakt, že lékaři nemají kontakt s pacienty, u kterých dobrý zdravotní stav přetrvává, ale naopak se setkávají s pacienty, u nichž se nedostaví úplné uzdravení nebo dochází k relapsům (Thornicroft, 2011). Diskriminace ze strany lékařů či zdravotnického personálu vede k neposkytnutí adekvátní léčby lidem s duševním onemocněním (Janoušková a Winkler, 2015).

Studie v Polsku z roku 2017 porovnávala postoje polských psychiatrů s postoji obecné populace. Závěry této studie byly, že velká skupina vyšetřovaných psychiatrů ve srovnání s běžnou populací má člena rodiny, který trpí duševní nemocí nebo oni sami trpí duševní nemocí. Navzdory svému vzdělání a profesi tito lékaři vykazovali podobně stigmatizující postoje vůči lidem s duševním onemocněním jako jiné skupiny. Z toho vyplývá, že se účastní jak systému podpory, tak procesu stigmatizace (Kochański a Cechnicki, 2017).

Stigmatizace se netýká jen pacientů, cítí ji i zdravotníci, kteří se starají o psychiatrické pacienty. Podle studie v Ohiu byly praktickými sestrami označeny psychiatrické sestry jako nejméně zkušené, nejméně dynamické a nerespektované jejich kolegyněmi (Halter, 2008).

Destigmatizační program pro zdravotníky by se měl soustředit na následující priority: uplatňování konceptu zotavení v péči o lidi s duševním onemocněním, zlepšení komunikace s lidmi s duševním onemocněním a jejich blízkými, zvýšení znalostí o právech lidí s duševním onemocněním a jejich respektování, zvýšení ochoty a schopnosti vyšetřit celkový zdravotní stav lidí s duševním onemocněním a poskytnout adekvátní péči, zlepšení komunikace mezi jednotlivými prvky systému péče, zvýšení znalostí a dovedností pečovat o vlastní duševní zdraví a předcházet syndromu vyhoření (Narovinu, 2017b).

3 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

3.1 Cíl práce

Cílem této bakalářské práce je zjistit, jaký postoj zaujímají studenti fyzioterapie jednak k práci s pacienty s duševním onemocněním, tak i k samotným pacientům. Vedlejším cílem je zhodnocení vlivu absolvování odborné praxe v psychiatrickém zařízení na tyto postoje a zjištění, zda existuje rozdíl v úrovni znalostí spojených s duševním onemocněním mezi studenty, kteří studují fyzioterapii na lékařské fakultě nebo nelékařských fakultách.

3.2 Hypotézy

H1: Studenti fyzioterapie magisterského oboru dosahují vyšší úrovně znalostí spojených s duševním onemocněním (vyšší hodnota MAKS) než studenti bakalářského oboru.

H2: Studenti fyzioterapie z lékařské fakulty dosahují vyšší úrovně znalostí spojených s duševním onemocněním (vyššího hodnota MAKS) než studenti z nelékařských fakult.

H3: Studenti fyzioterapie magisterského oboru mají více pozitivní postoj k pacientům s duševním onemocněním (vyšší hodnota MICA) než studenti bakalářského oboru.

H4: Studenti fyzioterapie, kteří absolvovali odbornou praxi v psychiatrickém zařízení, mají více pozitivní postoj k pacientům s duševním onemocněním (vyšší hodnota MICA) než studenti, kteří neabsolvovali.

4 PRAKTICKÁ ČÁST

4.1 Metodika

4.1.1 Design studie, příprava a provedení výběru

Studie byla zaměřena na postoje studentů fyzioterapie, čímž byl určen i výběr probandů a nebylo zde žádné další omezení, co se týče věku či pohlaví. Sběr dat jsem uskutečnila za pomoci dotazníkového šetření v červenci 2019. Dotazník pro studenty fyzioterapie jsem vytvořila prostřednictvím online formuláře Google Form. Jednotlivé otázky jsem zvolila tak, abych dokázala odpovědět na stanovené hypotézy a také zjistit potřebné informace k vyhodnocení výsledků mého výzkumu.

Dotazník je složen ze dvou standardizovaných dotazníků k měření stigmatizace a části skládající se z vlastních otázek pro doplnění dalších informací. První standardizovaný dotazník Mental Health Knowledge Schedule (MAKS) je zaměřen na znalosti spojené s duševním onemocněním a druhý standardizovaný dotazník Mental Illness: Clinicians' Attitudes (MICA) na postoje k lidem s duševním onemocněním. Část dotazníku s vlastními otázkami byla členěna na jednotlivé sekce a skládala se ze 13 otázek, přičemž všechny otázky byly povinné. Devět otázek bylo s možností volby jedné odpovědi, dvě otázky s možností více odpovědi a dvě otázky byly otevřené, bez nabízených možností odpovědi. Vlastní otázky se týkaly základních údajů o respondentovi (pohlaví, fakulta studia a ročník studia), předchozí zkušenosti s lidmi s duševním onemocněním a oborem psychiatrie, popřípadě délky absolvované praxe v psychiatrickém zařízení. Také jsem se dotazovala, zda by respondenti s lidmi s duševním onemocněním pracovali jako fyzioterapeut. Dále jsem se respondentů ptala, jaká první charakterová vlastnost je napadne v souvislosti s duševním onemocněním a zda mají dostatek informací o nežádoucích účincích léků, nejčastějších somatických komorbiditách u lidí se závažným duševním onemocněním, a zda jsou si jisti v komunikaci s těmito pacienty. Kompletní dotazník viz příloha č. 1.

Škála Mental Health Knowledge Schedule (MAKS)

MAKS škála byla vyvinuta v roce 2010 Evans-Lacko a jejím týmem jako nástroj pro hodnocení a sledování znalostí o duševním zdraví a vychází z předpokladu, že nedostatek znalostí může mít vliv na procesu stigmatizace. MAKS se skládá ze dvou částí. První část je zaměřená na poznatky související se stigmatem: vyhledání pomoci,

uznání a podpora nemocného, zaměstnanost, léčba a zotavení. Druhá část se týká klasifikace konkrétních nemocí (deprese, schizofrenie, bipolární porucha [maniodeprese], drogová závislost) a problémů (stres, zármutek) jako duševních onemocnění. Hodnocení jednotlivých položek bylo za pomoci 5-bodové Likertově stupnici od „zcela souhlasím“ až po „zcela nesouhlasím“. K jednotlivým odpovědím byla přiřazena bodová škála od 1 do 5, přičemž 5 bodů bylo přiřazeno odpovědi „zcela souhlasím“, zatímco 1 bod byl přiřazen odpovědi „zcela nesouhlasím“. Šestá odpověď nevím byla ohodnocena body 3 a byla tedy brána jako neurální. Položky 6, 8 a 12 byly kódovány obráceně (tedy 5-zcela nesouhlasím, 1-zcela souhlasím) tak, aby odrážely, že souhlas s těmito výroky je nesprávný. Celkové skóre může nabývat hodnot od 12 do 60 bodů, přičemž čím vyšší dosažené skóre je, tím by měla být vyšší úroveň znalostí (Evans-Lacko et al., 2010).

Mental Illness: Clinicians' Attitudes (MICA)

Škála MICA byla v roce 2010 Kassam a jeho týmem upravena pro studenty medicíny jako nástroj, který lze použít k hodnocení klinických postojů k lidem s duševním onemocněním. Původně byla specificky zaměřena na zdravotníky (Kassam et al., 2010). Následně byla tato verze MICA škály dále modifikovaná až do verze 4, která posuzuje postoje studentů a pracovníků v kterékoli zdravotní oblasti k duševním onemocněním (Gabbidon et al., 2013). Modifikace se týkala úpravy znění některých položek, tuto verzi 4 jsem využila i já ve své dotazníku.

Tato škála obsahuje 16 výroků a zahrnuje položky jako „Lidé s vážným duševním onemocněním se nikdy nemohou uzdravit natolik, aby mohli vést kvalitní život.“. Aby respondenti mohli odpovědět, do jaké míry souhlasí s výroky, vybírají jednu odpověď z 6 možností na tzv. 6-bodové Likertově stupnici (zcela souhlasím, souhlasím, spíše souhlasím, spíše nesouhlasím, nesouhlasím, zcela nesouhlasím). Jednotlivým výroky byly přiřazeny bodové hodnocení od 1 do 6, přičemž 1 bod byl přiřazen odpovědi „zcela souhlasím“, zatímco 6 bodů bylo přiřazeno odpovědi „zcela nesouhlasím“. Položky (1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 13, 14 a 15) je nutné hodnotit obráceně, jelikož tyto výroky značí stigmatizační postoj, hodnotíme tedy zcela souhlasím=6 bod, zcela nesouhlasím=1. Celkové skóre se získá prostým sečtením jednotlivých položek. Škála MICA dosahuje minimální hodnoty 16 a maximální 96, přičemž nízké celkové skóre vyjadřuje méně stigmatizující postoje (Gabbidon et al., 2013). Ve studii, která probíhala na 3. lékařské fakultě v roce 2017, bylo využito obráceného kódování hodnot (1=zcela

nesouhlasím, 6=zcela souhlasím) pro pozitivní položky (Janoušková et al., 2017). Toto obrácené kódování jsem použila i já, aby oba testy s pozitivním výsledkem testu nabývaly vyšších hodnot, což umožnilo snadnější interpretaci obou testů a porovnání s výsledky výzkumu mezi studenty medicíny na 3. LF UK.

4.1.2 Provedení dotazování

V České republice je obor fyzioterapie studován v 8 městech (Praha, Brno, Olomouc, Ostrava, Kladno, Plzeň, České Budějovice a Ústí na Labem). Konkrétně se jedná o lékařské fakulty (1. LF UK, 2. LF UK, 3. LF UK, LF MUNI, LF OU) a nelékařské fakulty (FZS ZČU v Plzni, FTVS UK, FBMI ČVUT, FSPS MUNI, FZS UJEP, FTK UP, FZV UP, ZSF JCU). Respondenty jsem oslovila nepřímo, pomocí sociální sítě sociální Facebook, kdy jsem se obrátila na zástupce studentů fyzioterapie v jednotlivých městech a fakultách jak bakalářských, tak magisterských oborů. Tito zástupci zveřejnili ve svých uzavřených oborových skupinách na sociální síti příspěvek s prosbou o pomoc. Dále jsem kontaktovala s prosbou o pomoc i některé koordinátory v rámci Asociace studentů fyzioterapie.

Z výše zmíněných oslovených respondentů jsem celkově získala 89 odpovědí. V úvodním textu dotazníku byli respondenti seznámeni se záměrem dotazníkového šetření, s anonymitou dotazování a s tím, že jeho vyplněním dávají souhlas k využití získaných dat pro účel mé bakalářské práce.

4.1.3 Použité nástroje a metody pro analýzu dat

K vyhodnocení získaných dat jsem použila program Microsoft Excel 2016 a SPSS. Pro testování hypotéz byly využity neparametrický test - Mann-Whitney test a parametrický dvouvýběrový t-test pro nezávisle výběry. Nejdříve bylo potřeba otestovat rozložení dat, zda se jedná či nejedná o normální rozdělení neboli Gaussovo rozdělení. Pro tento účel byly využity testy normality zde Shapirův-Wilkův test. Samotnému testování hypotéz vždy předchází základní deskriptivní statistika výsledků, která nám poskytne lepší představu o datech. Pro testování korelace mezi výsledky MAKS a MICA byl využit Spearmanův koeficient korelace. Pro hodnocení výsledků byla použita 5% hladina významnosti (Sig. = 0,05).

4.1.4 Výsledky

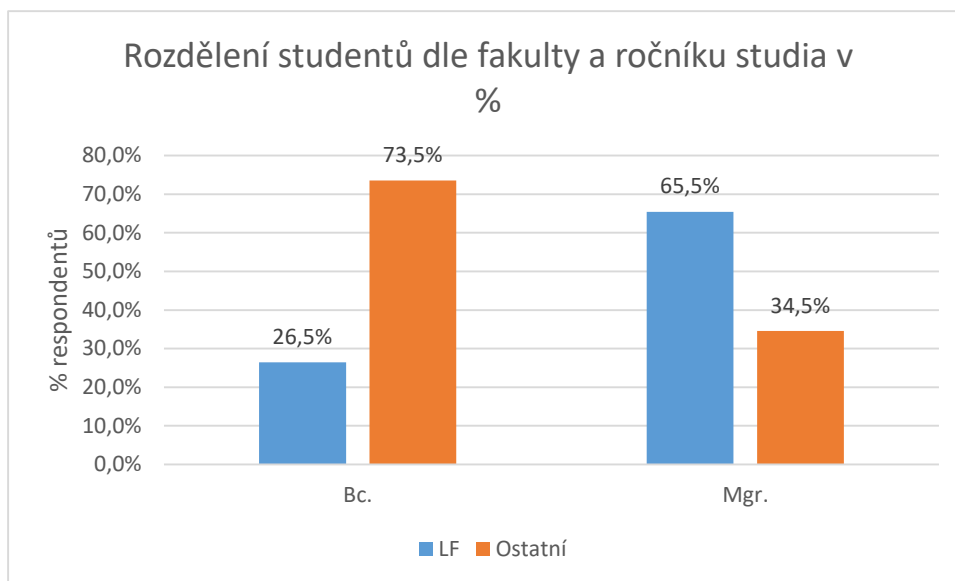
4.1.5 Charakteristika vybraného souboru

Výzkumný soubor se skládal z 89 respondentů, z toho bylo 11 (12,4%) mužů a 78 (87,6%) žen. Rozdělení dle fakulty jsem zvolila pouze na studium fyzioterapie na lékařské fakultě (45 respondentů) a studium fyzioterapie na ostatních (nelékařských) fakultách (44 respondentů), a to z důvodu zachování co nejvyšší anonymity. Se studiem byla spojena i poslední otázka na ročník studia. Respondentů bakalářského oboru (1-3. ročník) se celkem zapojilo 34 (38,2%). Respondentů magisterského oboru (1-2. ročník) se celkem zapojilo 55 (61,8%). Viz tabulka č. 3.

Tabulka 3: Charakteristika probandů

Charakteristika	Hodnota zjištěná šetřením (N)	Hodnota zjištěná šetřením (N %)
Počet participantů	89	100,0%
Pohlaví		
Muž	11	12,4%
Žena	78	87,6%
Fakulta		
Lékařská fakulta	45	50,6%
Ostatní fakulty	44	49,4%
Ročník studia		
Bc. 1.roč	16	18,0%
Bc. 2.roč	6	6,7%
Bc. 3.roč	12	13,5%
NMgr. 1.roč	35	39,3%
NMgr. 2.roč	20	22,5%

Pokud se na data podíváme podrobněji a z jiného úhlu, zjistíme, že z celkového počtu studentů bakalářského oboru se jednalo většinou (73,5%) o studenty z nelékařských fakult, naopak z celkového počtu studentů magisterského oboru měli větší zastoupení studenti z lékařských fakult (65,5 %). Viz obrázek č. 1.



Obrázek 1: Rozdělení studentů dle fakulty a ročníku studia v %

4.1.6 Výsledky dotazníkového šetření

Jak jsem uvedla v kapitole Metodika, dotazník byl složen z několika částí: ze dvou standardizovaných dotazníků k měření stigmatizace a části skládající se z vlastních otázek pro doplnění dalších informací. Jako první se zaměřím na část z vlastních otázek a budu postupovat tak, jak postupovali respondenti při vyplňování. První část se tedy skládala ze 13 otázek, z toho 3 otázky byly zaměřené na základní sociodemografické údaje respondentů. Výsledky z těchto tří otázek jsou zaznamenány v kapitole zabývající se charakteristikou probandů. Pro vyhodnocení nám tedy zůstává 10 otázek.

Otázka č. 4 Jaká je Vaše zkušenost s lidmi s duševním onemocněním a oborem psychiatrie?

Na tuto otázku mohli respondenti odpovídat vícevýběrově. Nejvíce zastoupená odpověď na otázku jaké mají respondenti zkušenosti s oborem psychiatrie, byla předmět Psychologie v počtu 76 (85,4%). Co se týká osobní zkušenosti s lidmi s duševním onemocněním, měli respondenti možnost výběru z více odpovědí. Osobní zkušenost s lidmi s duševním onemocněním uvedlo 78 respondentů. Odpověď Jsem člověk se zkušeností s duševním onemocněním zvolilo 10 (11,2%) z celkového počtu respondentů. Žádnou zkušenost jak s oborem psychiatrie, tak s lidmi s duševním onemocněním uvedli 2 (2,2%) z celkového počtu respondentů. Do odpovědi Jiné

respondenti uvedli například vedení lekce jógy či absolvování praxe, ale mimo zdravotnické zařízení oboru psychiatrie. Více viz tabulka č. 4.

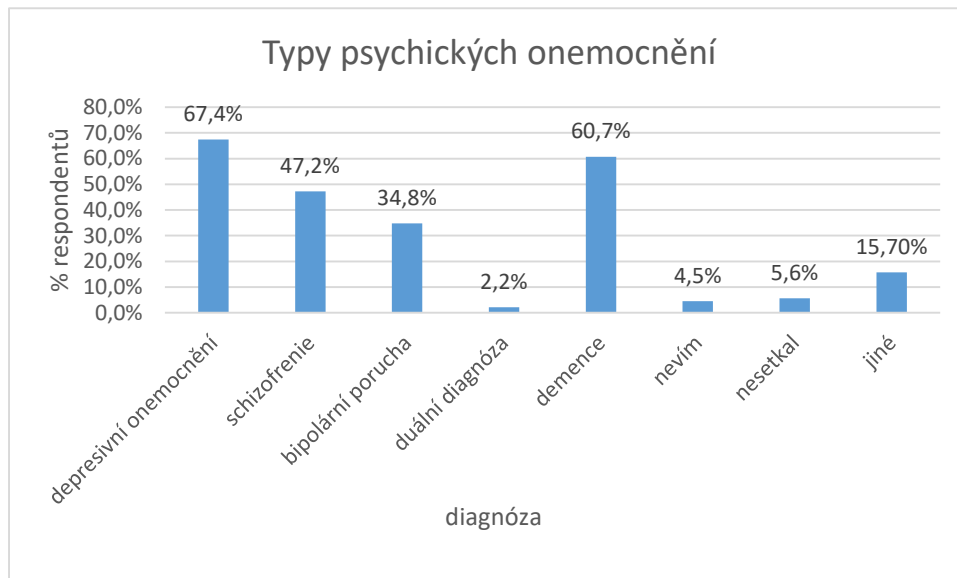
Tabulka 4: Předchozí zkušenost studentů s oborem psychiatrie a s lidmi s duševním onemocněním

Diagnóza	Počet participantů (N)	Procento (N %)
Předmět Psychologie (přednášky, semináře)	76	85,4%
Předmět Psychiatrie (přednášky, semináře)	59	66,3%
Setkání s člověkem s duševním onemocněním v rámci výuky	53	59,6%
Přímá práce s lidmi s duševním onemocněním v rámci odborné praxe ve zdravotnickém zařízení oboru psychiatrie	34	38,2%
Rodinný příslušník nebo jiná blízká osoba	23	25,8%
Jsem člověk se zkušeností s duševním onemocněním	10	11,2%
Nemám zkušenost s oborem psychiatrie ani s lidmi s duševním onemocněním	2	2,2%
Jiné	5	5,6%

Otázka č. 5 Pokud jste se setkali s člověkem s duševním onemocněním, víte o jakou diagnózu se jedná/jednalo?

Tato otázka navazovala na předchozí a zajímalo mě, s kterými diagnózami se studenti nejvíce setkávali, pokud setkali s člověkem s duševním onemocněním. Na výběr jsem dala pouze ty diagnózy, o kterých jsem se zmínila v teoretické části. Respondenti mohli vybrat více odpovědí a často zvolili dvě a více diagnóz, tudíž procentuální součet neodpovídá 100%. Pokud se setkali s lidmi s jinou diagnózou, než byla v nabídce, mohli zvolit poslední možnost jiné odpovědi. Z obrázku číslo 2 vidíme, že se studenti nejvíce setkali s lidmi trpící depresivním onemocněním 60 (67,4%) z celkového počtu respondentů, dále pak trpící demencí 54 (60,7%) z celkového počtu respondentů a schizofrenií 42 (47,2%) z celkového počtu respondentů. Odpověď Jiné zvolilo 14 (15,70%) respondentů z celkového počtu respondentů, z toho 6 se shodlo v odpovědi poruchy příjmu potravy, 3 autismus a 2 mentální retardace. Počet studentů, kteří se nesečkali s lidmi s duševním onemocněním, bylo 5 (5,6%) z celkového počtu respondentů, což znamená, že 84 respondentů se setkalo s lidmi s duševním onemocněním. Tento počet však neodpovídá výsledkům předchozí otázky č. 4, kde 78 respondentů uvedlo osobní zkušenost s člověkem s duševním onemocněním. Uvedený

nesoulad by mohl být zapříčiněný nepozorností respondentů při vyplňování otázky číslo 5.

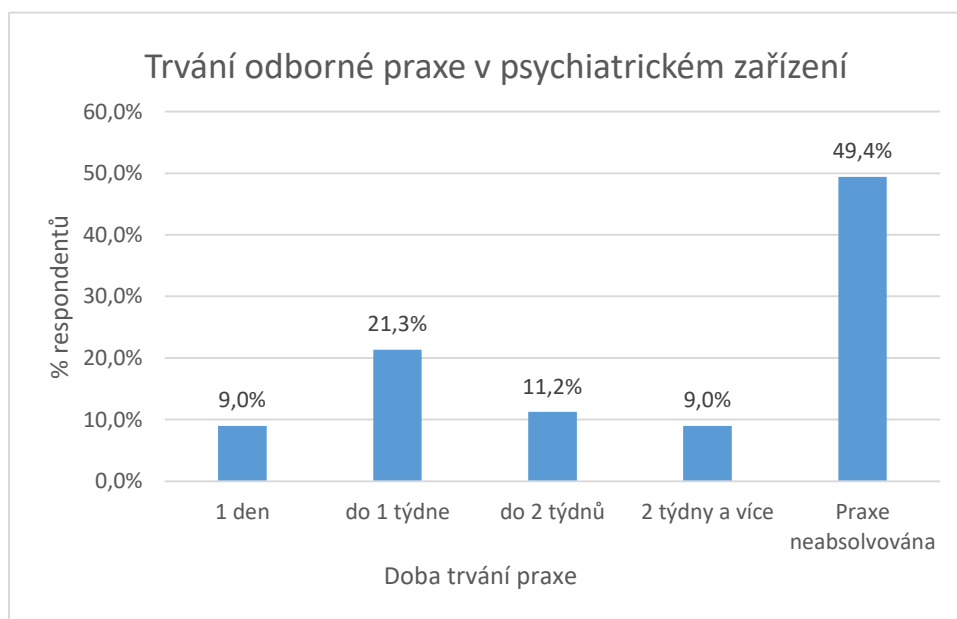


Obrázek 2: Typy psychických onemocnění, se kterými se respondenti setkali

Otázka č. 6 Jak dlouho trvala Vaše odborná praxe v psychiatrickém zařízení?

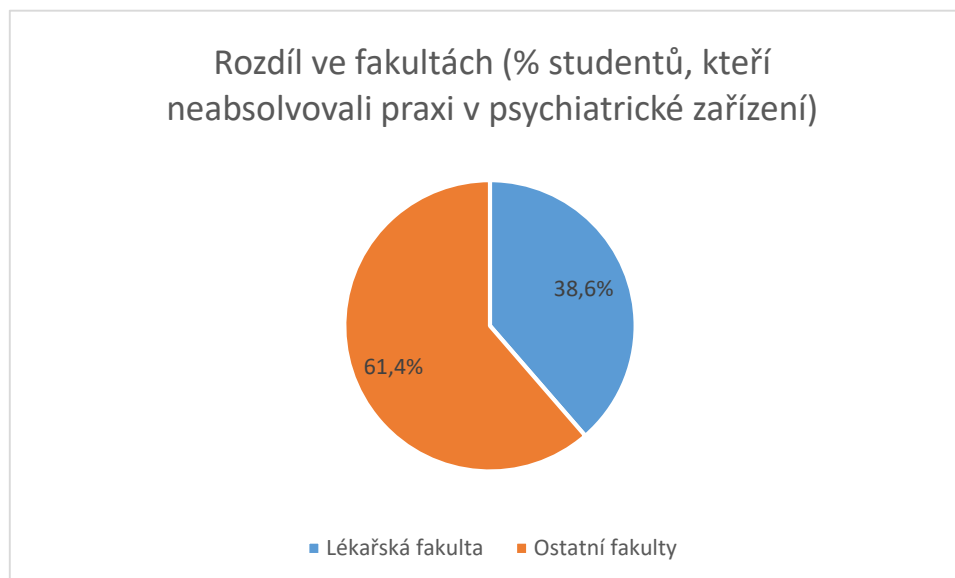
Počet respondentů, kteří absolvovali praxi v psychiatrickém zařízení, bylo 45 (50,6%) z celkového počtu. Z toho délka praxe trvala 1 den u 8 (9%), do 1 týdne u 19 (21,3), do 2 týdnů u 10 (11,2), dva týdny a více u 8 (9%) respondentů z celkového počtu respondentů.

Viz obrázek č. 3.



Obrázek 3: Zastoupení studentů, kteří absolvovali odbornou praxi v psychiatrickém zařízení v procentech

Odbornou praxi v psychiatrickém zařízení neabsolvovalo 44 (49,4%) respondentů. Pokud se na data podíváme při porovnání mezi fakultami, tak mezi studenty, kteří neabsolvovali tuto praxi, převažovali studenti z nelékařských fakult (27; 61,4%). Viz obrázek č. 4.



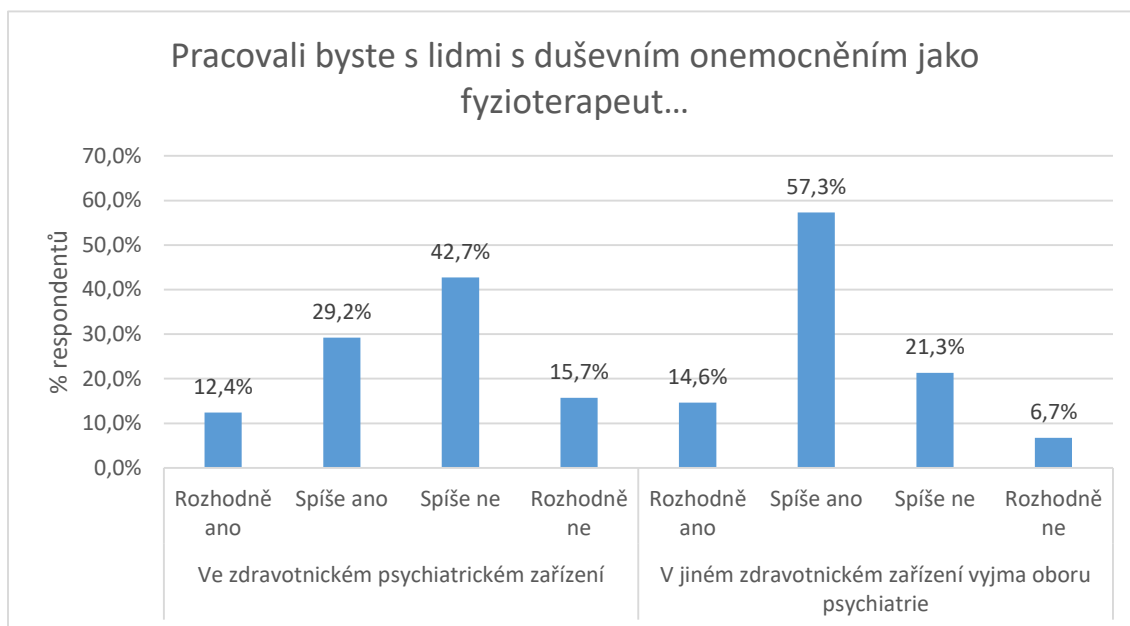
Obrázek 4: Procentuální rozložení studentů, kteří neabsolvovali odborná praxe v psychiatrickém zařízení v rámci fakult

Otázka č. 7 Jaká první charakterová vlastnost člověka se Vám vybaví, když se řekne o někom, že je duševně nemocný?

Otázka číslo 7 byla první otázka s otevřenou odpovědí, kde respondenti měli napsat charakterovou vlastnost, která je nejdříve napadne ve vztahu k člověku s duševním onemocněním. Tím, že šlo o otevřenou otázku na charakterové vlastnosti a respondenti si nemohli vybírat z předem stanovených kategorií, odpověděli to, co je zrovna napadlo, aniž by si uvědomili kategorie lidských vlastností. Odpovědi tedy spíše vypovídají o vztahu respondentů k těmto lidem. Získané odpovědi bychom mohli subjektivně rozdělit do tří hlavních kategorií (charakterové vlastnosti osobnosti, vnímané hendikepy a tzv. diagnózy) Více viz příloha č. 2. Dle subjektivního hodnocení bychom mohli vnímat odpovědi jako stigmatizující například agresivní, pomatenost, nepředvídatelnost, blázen, labilní, nebezpečný, nevyzpytatelnost. Z celkového počtu respondentů tři respondenti uvedli, že člověk s duševním onemocněním má stejné vlastnosti jako kterýkoliv jiný, tedy pozitivní i negativní a 6 odpovědělo, že neví/žádná.

Otázka č. 8+9 Pracovali byste s lidmi s duševním onemocněním jako fyzioterapeut?

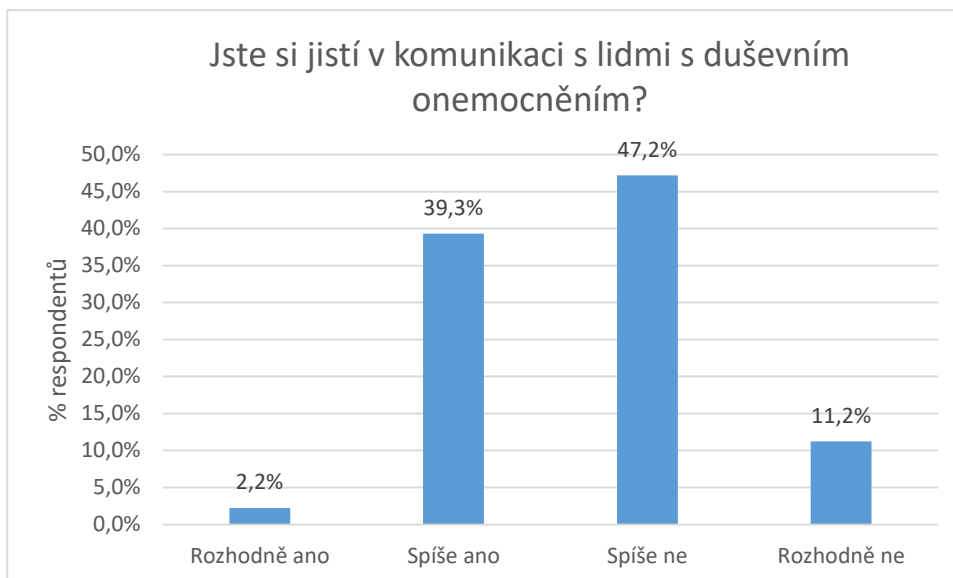
Jak vidíme z obrázku č. 5 ve zdravotnickém zařízení (např. psychiatrická nemocnice) by nepracovalo 58,4% respondentů. Naopak s lidmi s duševním onemocněním by v jiném zdravotnickém zařízení vyjma oboru psychiatrie (např. soukromá fyzioterapeutická praxe) pracovalo 71,9% respondentů. Což nám napovídá, že by respondentům nevadilo pracovat s lidmi s duševním onemocněním, ale záleží na typu zařízení.



Obrázek 5: Ochota studentů pracovat s lidmi s duševním onemocněním v procentech

Otázka č. 10 Jste si jistí v komunikaci s lidmi s duševním onemocněním?

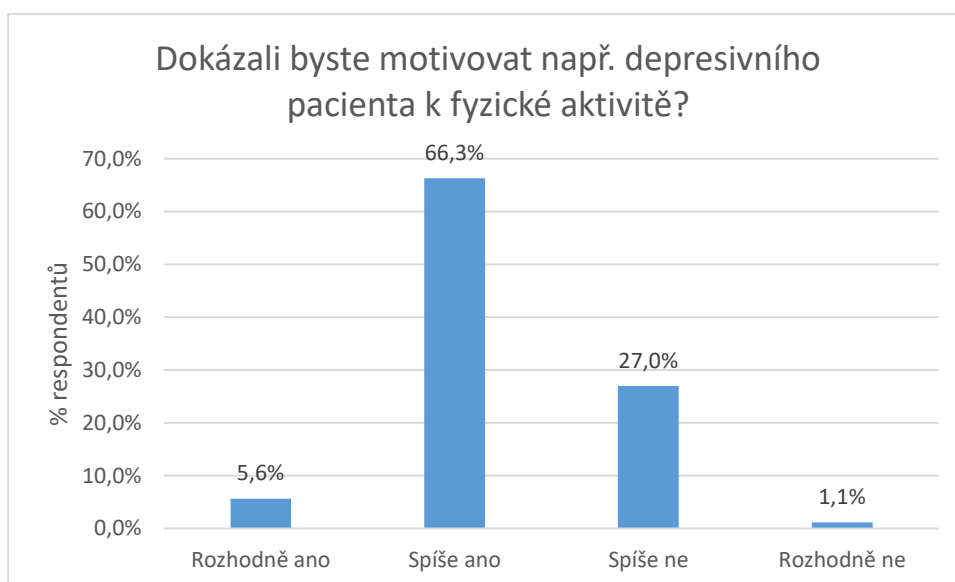
Rozhodně jistých v komunikaci je 2,2% respondentů, „Spíše ano“ zvolilo 39,3%. Převažovala odpověď „Spíše ne“ ze 47,2 %. Rozhodně si není jistých 11,2 %. Viz obrázek č. 6.



Obrázek 6: Odpovědi studentů na otázku č. 10 v procentech

Otázka č. 11 Dokázali byste motivovat např. depresivního pacienta k fyzické aktivitě?

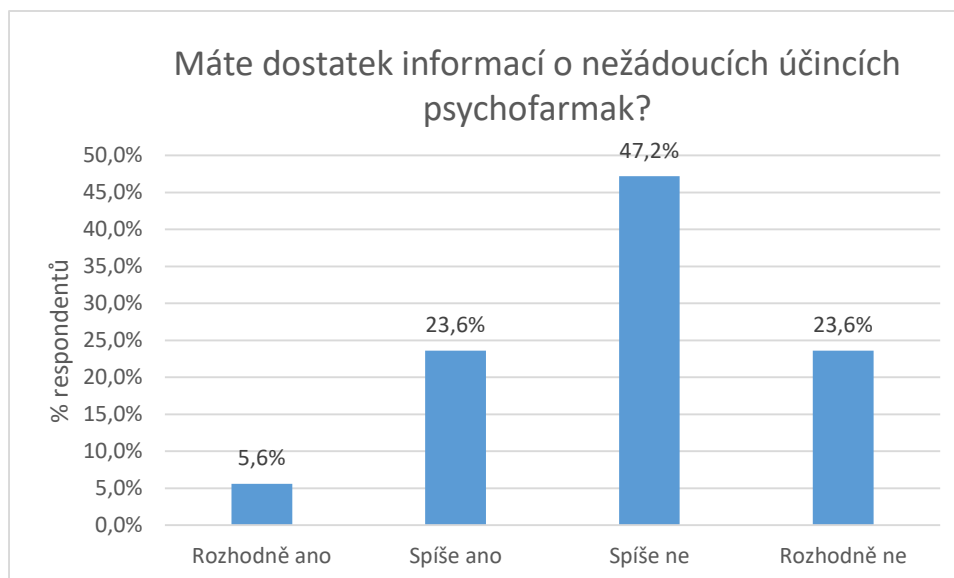
Zde by rozhodně dokázalo motivovat pacienta 5,6 % respondentů. V této otázce převažovala odpověď „Spíše ano“ z 66,3 %. Naopak „Spíše ne“ zvolilo 27,0% a „Rozhodně ne“ zvolilo 1,1 %. Viz obrázek č. 7.



Obrázek 7: Odpovědi studentů na otázku č. 11 v procentech

Otázka č. 12 Máte dostatek informací o nežádoucích účincích psychofarmak?

Nedostatečné znalosti o nežádoucích účincích má 70,8% respondentů. Naopak dostatek informací o nežádoucích účincích má 29,2 % respondentů. Podrobněji viz obrázek č. 8.



Obrázek 8: Odpovědi studentů na otázku č. 12 v procentech

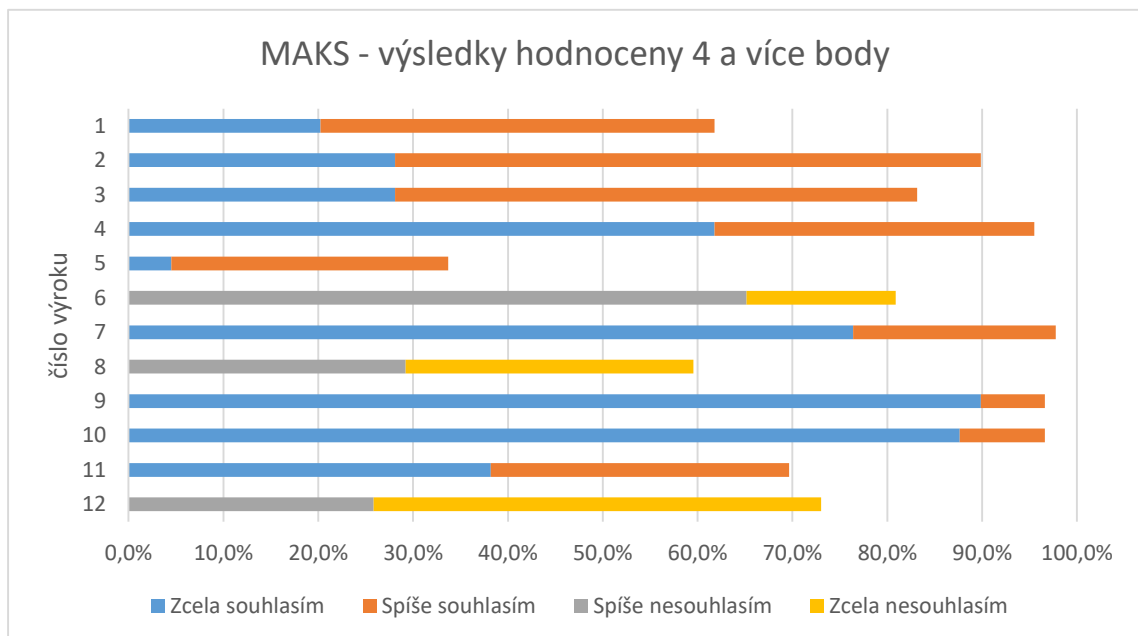
Otázka č. 13 Znáte nejčastější somatické komorbidity psychiatrických pacientů?

V odborné literatuře jsou jako nejčastější somatické komorbidity uváděna tato onemocnění: kardiovaskulární onemocnění, diabetes, obezita a nemoci dýchacích cest (Kohútová et al., 2018; Connaughton a Gibson, 2016b). Minimálně jednu z těchto nejčastějších somatických komorbidit uvedlo 12,4% respondentů. Naopak 59,6% respondentů neznalo žádnou nejčastější somatickou komorbiditu. Posledních 28,1% respondentů uvedlo somatické poruchy spojené buď přímo s duševním onemocněním (například bolest, hypertonus svalů) nebo nežádoucí účinky léčby (např. mimovolné pohyby, parkinsonský syndrom).

Znalosti spojené s duševním onemocněním (MAKS)

Průměrná hodnota, které dosáhli respondenti v MAKS škále, byla 49 z celkového maxima 60 bodů. Čím vyšší je dosažená hodnota, tím vyšší je úroveň znalostí o duševním onemocnění. V porovnání se střední hodnotou 36, což znamená odpověď ohodnocenou body 4 a více, tak průměrná hodnota respondentů svědčí o dobrých znalostech studentů o duševním onemocnění. Minimální hodnota dosahovala 34 bodů a maximální hodnota

byla 57 bodů. Úroveň znalostí je v porovnání s obecnou populací uspokojivá, kde průměrná hodnota obecné populace v ČR byla 43,3 (Weissová, 2015). Výsledek tedy značí velmi dobrou úroveň znalostí o duševním zdraví u respondentů. U rezervních výroků č. 6,8,12 většina respondentů s nimi správně nesouhlasila. Například u výroku č. 12 zármutek jako formu psychického onemocnění správně neoznačilo 73% respondentů a u výroku č. 8 stres správně nezařadilo 59,6% respondentů jako formu psychického onemocnění. Drogovou závislost (výrok č. 11) správně zařadilo jako formu duševního onemocnění 69,7 % respondentů. Položka, která se z pozitivních výroků se výrazně vymyká oproti správnému výběru odpovědí jiných pozitivních výroků, jsou odpovědi u výroku č. 5 „Lidé se závažným psychickým onemocněním se mohou zcela uzdravit“. S tímto výrokem souhlasilo pouze 33,7% respondentů. Vše lze vidět na obrázku č. 9. Podrobněji viz příloha č. 3.

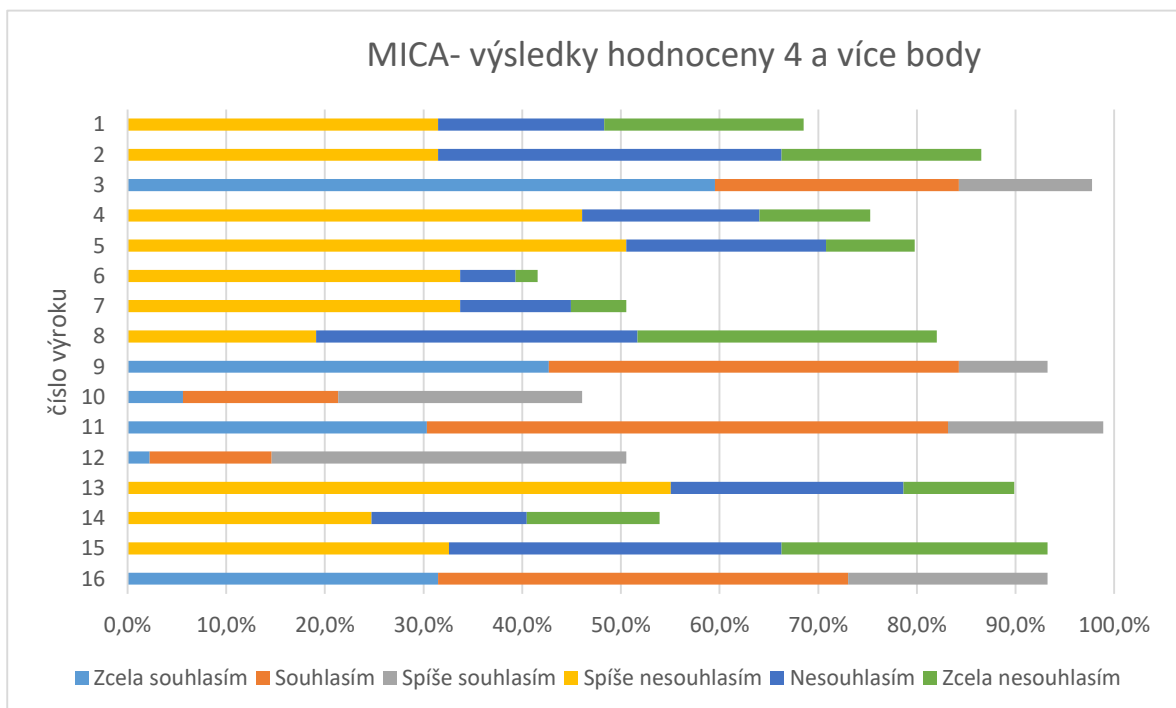


Obrázek 9: Odpovědi studentů hodnoceny 4 a více body škály MAKS v procentech

Profesionální postoje spojené s oblastí duševního zdraví (MICA)

Jak jsem již uvedla v kapitole Metodika, bodové hodnocení pro škálu MICA jsem obrátila z důvodu lepší interpretace stejně tak jako v další studii v ČR viz Janoušková et al., 2016. Což v praxi znamená, čím vyšší je dosažená hodnota, tím respondent zaujímá více pozitivní postoj k lidem s duševním onemocněním. Studenti průměrně dosahovali hodnoty 68,7 z celkového maxima 96. Minimální hodnota dosahovala 51 bodů a maximální hodnota byla 94 bodů. V porovnání se studií prováděnou mezi studenty

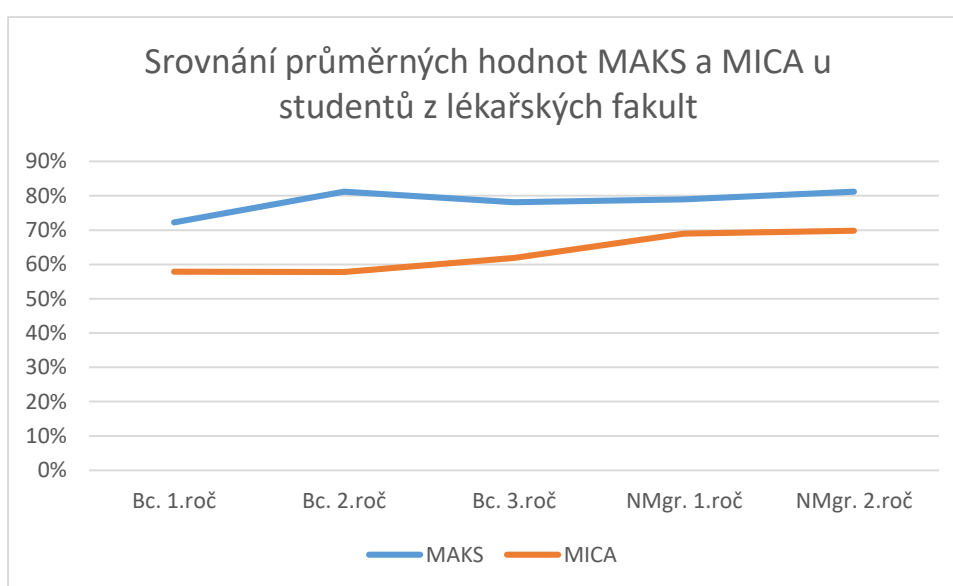
medicíny 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze dosahují studenti fyzioterapie nižšího průměrného skóre. Studenti medicíny dosahovali průměrné hodnoty 73,4 (Janoušková et al., 2017). Při porovnání s obecnou střední hodnotou 56 jsou profesionální postoje studentů fyzioterapie spíše pozitivní. Nejvíce (97,8%) studenti souhlasili s pozitivním výrokem č. 3, že “Pracovat v oblasti péče o duševně nemocné je stejně tak hodné uznání jako pracovat v jiné oblasti zdravotní či sociální péče”. Naopak nejméně (46,1%) studenti souhlasili s pozitivním výrokem č. 10 “Cítím se stejně pohodlně, když mluvím s člověkem s duševním onemocněním, jako když mluvím s člověkem s tělesným onemocněním.” Pokud se na to podíváme z druhé strany, tak 53,9 % se necítí stejně pohodlně s člověkem s duševním onemocněním, jako když mluví s člověkem s tělesným onemocněním. Z reverzních položek (1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 13, 14 a 15) nejvíce (93,3%) studenti nesouhlasili s výrokem č. 15 “Slovem „blázen“, „cvok“, „šílenec“ apod. bych kolegům popsal lidi s duševním onemocněním, se kterými se setkávám v práci.” naopak nejméně (41,6%) nesouhlasili s výrokem č. 6 „Zdravotníci a sociální pracovníci vědí o životě lidí, kteří se léčí s duševním onemocněním, více než jejich rodina či přátelé.”. Viz obrázek č. 10. Pro podrobnější výsledky viz příloha č. 4.



Obrázek 10: Odpovědi studentů hodnoceny 4 a více body škály MICA v procentech

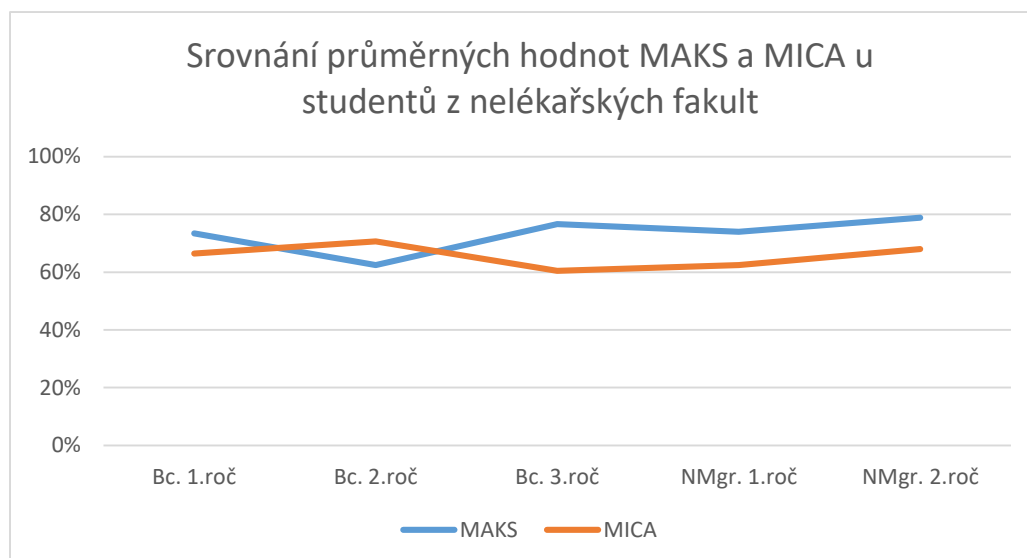
Vývoj stigmatizujících postojů a znalostí v ročnících

Obrázek č. 11 značí vývoj průměrných hodnot škály MAKS a MICA u studentů fyzioterapie v jednotlivých ročnících z lékařských fakult. Graf je v procentech a tato procenta byla vypočítána jako poměr mezi teoretickým maximem pro jednotlivé škály a průměrnou hodnotou za jednotlivé ročníky. U studentů z lékařských fakult vidíme pozvolný nárůst průměrné hodnoty jak škály MAKS tak i MICA od začátku studia bakalářského oboru po poslední ročník magisterského oboru. To by mohlo naznačovat nárůst úrovně znalostí spojených s duševním onemocněním a také pozitivnější postoj k lidem s duševním onemocněním než na začátku studia.



Obrázek 11: Srovnání průměrných hodnot MAKS a MICA u studentů z lékařských fakult v %

Obrázek č. 12 ukazuje obdobný vývoj škál MICA a MAKS jako obrázek č. 11, ale tentokrát u studentů z nelékařských fakult. V tomto případě by se mohlo zdát, že se postoje s délkou studia spíše nemění.



Obrázek 12: Srovnání průměrných hodnot MAKS a MICA u studentů z nelékařských fakult v %

4.1.7 Testování hypotéz

H1:

Nulová hypotéza: Studenti fyzioterapie magisterského oboru dosahují stejné úrovně znalostí spojených s duševním onemocněním (stejná hodnota MAKS) jako studenti bakalářského oboru.

Alternativní hypotéza: Studenti fyzioterapie magisterského oboru dosahují vyšší úrovně znalostí spojených s duševním onemocněním (vyšší hodnota MAKS) než studenti bakalářského oboru.

Na první pohled vidíme lepší výsledky škály MAKS u studentů magisterského oboru (střední hodnota 49,6) než u studentů bakalářského oboru (střední hodnota 47,9), což potvrzuje předpoklad našich hypotéz. Viz tabulka č. 5.

Tabulka 5: Základní deskriptivní statistika výsledků škály MAKS u studentů Bc. a Mgr. studia

Výsledky studentů Mgr. studia		Výsledky studentů Bc. studia	
Stř. hodnota	49,636	Stř. hodnota	47,912
Medián	50,000	Medián	47,500
Modus	48,000	Modus	47,000
Směr. odchylka	4,440	Směr. odchylka	4,588
Rozptyl výběru	19,717	Rozptyl výběru	21,053
Rozdíl max-min	23,000	Rozdíl max-min	19,000
Minimum	34,000	Minimum	37,000
Maximum	57,000	Maximum	56,000
Počet	55,000	Počet	34,000

K testování hypotézy byl využit neparametrický test - Mann-Whitney test. Dle tohoto testu vyšla p-hodnota 0,058, tedy na 5% nezamítáme nulovou hypotézu, výsledek je statisticky nevýznamný a na dané hladině významnosti jsme neprokázali, že by studenti magisterského studia dosahovali lepších výsledků. Na 10% hladině významnosti jsme však schopni naše tvrzení prokázat, jelikož platí, že $0,058 < 0,1$. Tato hladina významnosti bohužel není tak spolehlivá jako 5%. Nicméně je patrné, že určitý rozdíl zde je. Viz obrázek č. 13.

Test Statistics^a

VAR00017	
Mann-Whitney U	711,500
Wilcoxon W	1306,500
Z	-1,893
Asymp. Sig. (2-tailed)	,058

a. Grouping Variable:
VAR00018

Obrázek 13: Výsledky Mann-Whitney test – H1

H2:

Nulová hypotéza: Studenti fyzioterapie z lékařské fakulty dosahují stejné úroveň znalostí spojených s duševním onemocněním (stejná hodnota MAKS) jako studenti z jiných fakult.

Alternativní hypotéza: Studenti fyzioterapie z lékařské fakulty dosahují vyšší úroveň znalostí spojených s duševním onemocněním (vyšší hodnota MAKS) než studenti z jiných fakult.

Z tabulky č. 6 lze vidět, že studenti z lékařské fakulty (střední hodnota 50,1) mají o něco lepší výsledky než studenti z jiných fakult (střední hodnota 47,8) pro škálu MAKS.

Tabulka 6: Základní deskriptivní statistika výsledků škály MAKS u studentů z lékařské a nelékařské fakulty

<i>Studenti z jiných fakult</i>		<i>Studenti lékařské fakulty</i>	
Stř. hodnota	47,841	Stř. hodnota	50,089
Medián	47,500	Medián	51,000
Modus	46,000	Modus	48,000
Směr. odchylka	4,154	Směr. odchylka	4,690
Rozptyl výběru	17,253	Rozptyl výběru	21,992
Rozdíl max-min	20,000	Rozdíl max-min	23,000
Minimum	37,000	Minimum	34,000
Maximum	57,000	Maximum	57,000
Počet	44,000	Počet	45,000

Pro testování hypotézy byl použit neparametrický test - Mann-Whitney test. P- hodnota 0,002 je menší než zvolená hladina významnosti 5%, a proto zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní. Studenti fyzioterapie z lékařské fakulty dosahují vyššího MAKS skóre (tedy vyšší úroveň znalostí spojených s duševním onemocněním) než studenti z jiných fakult. Viz obrázek č. 14.

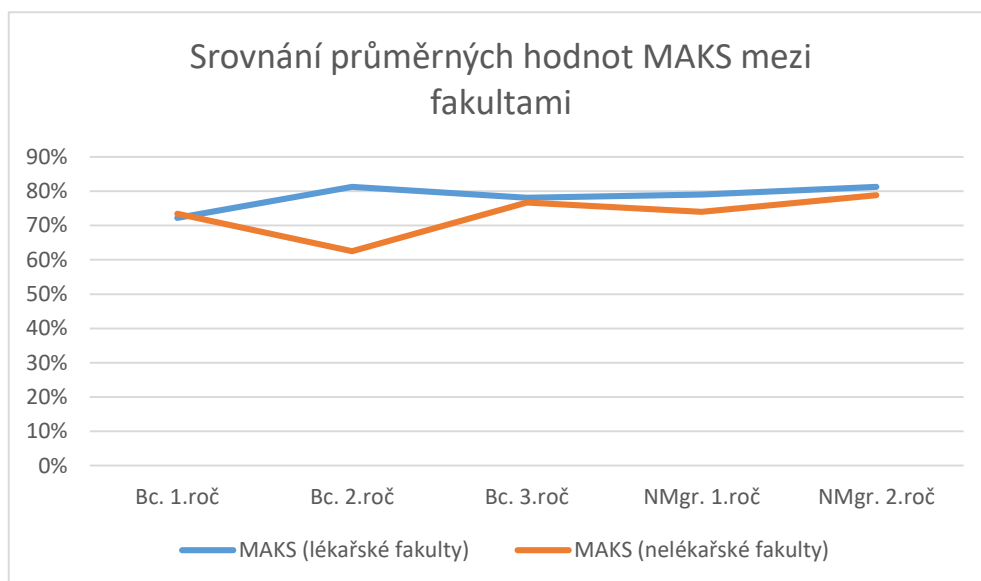
Test Statistics^a

	MAKS
Mann-Whitney U	608,500
Wilcoxon W	1598,500
Z	-3,141
Asymp. Sig. (2-tailed)	,002

a. Grouping Variable:
VAR00017

Obrázek 14: Výsledky Mann-Whitney test – H2

Obrázek č. 15 znázorňuje porovnání vývoje průměrných hodnot MAKS škály přepočteného na procenta mezi studenty z lékařských a nelékařských fakult. Vidíme velmi výrazný rozdíl ve druhém ročníku bakalářského studia, kdy studenti z lékařských fakult dosahují 81% teoretické maximální škály, zatímco studenti z nelékařských fakult dosahují 63 % teoretické maximální škály. Bylo by zajímavé srovnat výukové plány druhých ročníků, zda existují nějaké rozdíly, které by na tento vývoj měly vliv. Od třetího ročníku vidíme opět téměř vyrovnaný vývoj průměrných hodnot škály MAKS.



Obrázek 15: Srovnání průměrných hodnot škály MAKS mezi studenty z lékařských a nelékařských fakult

H3:

Nulová hypotéza: Studenti fyzioterapie magisterského oboru mají stejně pozitivní postoj k pacientům s duševním onemocněním (stejná hodnota MICA) jako studenti bakalářského oboru.

Alternativní hypotéza: Studenti fyzioterapie magisterského oboru mají více pozitivní postoj k pacientům s duševním onemocněním (vyšší hodnota MICA) než studenti bakalářského oboru.

Z tabulky č. 7 na první pohled opět vidíme, že střední hodnota škály MICA je u studentů Mgr. studia 70,1 o něco vyšší než střední hodnota 66,3 u studentů Bc. studia, což potvrzuje předpoklad naší hypotézy.

Tabulka 7: Základní deskriptivní statistika výsledků škály MICA u studentů Bc. a Mgr. studia

Výsledky studentů Mgr. studia		Výsledky studentů Bc. studia	
Stř. hodnota	70,127	Stř. hodnota	66,324
Medián	70,000	Medián	64,500
Modus	67,000	Modus	72,000
Směr. odchylka	7,449	Směr. odchylka	9,917
Rozptyl výběru	55,484	Rozptyl výběru	98,347
Rozdíl max-min	38,000	Rozdíl max-min	43,000
Minimum	52,000	Minimum	51,000
Maximum	90,000	Maximum	94,000
Počet	55,000	Počet	34,000

K testování hypotézy byl využit neparametrický test - Mann-Whitney test. Dle výsledků Mann-Whitneyho testu a výsledné p-hodnoty 0,017, na 5% hladině významnosti zamítáme nulovou hypotézu o nezávislosti. Prokázali jsme naše tvrzení, že studenti fyzioterapie magisterského oboru mají více pozitivní postoj k pacientům s duševním onemocněním (vyšší MICA skóre) než studenti bakalářského oboru. Viz obrázek č. 16.

Test Statistics^a

VAR00019	
Mann-Whitney U	653,500
Wilcoxon W	1248,500
Z	-2,379
Asymp. Sig. (2-tailed)	,017

a. Grouping Variable:
VAR00018

Obrázek 16: Výsledky Mann-Whitney test – H3

H4:

Nulová hypotéza: Studenti fyzioterapie, kteří absolvovali odbornou praxi v psychiatrickém zařízení, mají stejně pozitivní postoj k pacientům s duševním onemocněním (stejná hodnota MICA) jako studenti, kteří neabsolvovali praxi v zařízení.

Alternativní hypotéza: Studenti fyzioterapie, kteří absolvovali odbornou praxi v psychiatrickém zařízení, mají více pozitivní postoj k pacientům s duševním onemocněním (vyšší hodnota MICA) než studenti, kteří neabsolvovali.

Pokud se podíváme na výsledky deskriptivní statistiky do tabulky č. 8, tak vidíme, že střední hodnota škály MICA studentů, kteří absolvovali odbornou praxi v psychiatrickém zařízení, je 68,9 a střední hodnota škály MICA u studentů, kteří neabsolvovali odbornou praxi v psychiatrickém zařízení, je 68,5. Pro tento velmi malý rozdíl tedy již nyní můžeme předpokládat, že závislost neprokážeme, přesto však provedeme test.

Tabulka 8: Základní deskriptivní statistika výsledků škály MICA u studentů, kteří absolvovali odbornou praxi a studentů bez praxe

Výsledky studentů s praxí		Výsledky studentů bez praxe	
Stř. hodnota	68,889	Stř. hodnota	68,455
Medián	68,000	Medián	67,000
Modus	67,000	Modus	72,000
Směr. odchylka	7,929	Směr. odchylka	9,370
Rozptyl výběru	62,874	Rozptyl výběru	87,789
Rozdíl max-min	42,000	Rozdíl max-min	42,000
Minimum	52,000	Minimum	51,000
Maximum	94,000	Maximum	93,000
Počet	45,000	Počet	44,000

V tomto případě jsme použili parametrický dvouvýběrový t-test pro nezávislé výběry z důvodu normálního rozdělení dat. Zde nám vyšla p-hodnota 0,814, tedy evidentně větší než 0,05, a tedy nulovou hypotézu o nezávislosti nezamítáme. Neprokázali jsme, že by studenti fyzioterapie, kteří absolvovali odbornou praxi v psychiatrickém zařízení, měli více pozitivní postoj k pacientům s duševním onemocněním. Viz obrázek č. 17.

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
MICA	Equal variances assumed	1,469	,229	-,236	87	,814	-,43434	1,83839	-4,08833	3,21965
	Equal variances not assumed			-,236	84,037	,814	-,43434	1,84184	-4,09703	3,22834

Obrázek 17: Výsledky dvouvýběrového t-testu pro nezávislé výběry – H4

4.1.8 Korelace

Jako poslední budeme testovat korelaci mezi výsledky MAKS a MICA, k tomu využijeme Spearmanův koeficient korelace. Obrázek č. 18 značí výsledek této korelace, kde p-hodnota daného testu je 0,001, a tedy zamítáme nulovou hypotézu o nevýznamnosti korelačního koeficientu, koeficient je statisticky významný. Hodnota našeho koeficientu je 0,359, mezi výsledky MAKS a MICA je tedy slabší pozitivní korelace. Znamená to, že se ovlivňují stejným směrem, ale mají na sebe vliv jen z 35,9% a působí zde i další faktory.

		MAKS	MICA
Spearman's rho	MAKS	Correlation Coefficient	1,000
		Sig. (2-tailed)	.
		N	89
	MICA	Correlation Coefficient	,359**
		Sig. (2-tailed)	,001
		N	89

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Obrázek 18: Výsledky korelace mezi škálou MAKS a MICA u studentů fyzioterapie

5 DISKUZE

V praktické části jsem se zabývala průzkumem postojů studentů fyzioterapie k lidem s duševním onemocněním. V dostupných zdrojích jsem našla 3 studie, které se podobnému tématu věnují. Dosavadní studie se nejčastěji zaměřovaly na zjišťování těchto postojů u studentů medicíny. Například studie, která proběhla v roce 2016 na 3. LF UK, se zaměřila na porovnání postojů studentů a pedagogů vůči lidem s duševním onemocněním. Pro měření stigmatizačních postojů byly využity škály RIBS, CAMI a MICA. Poslední jmenovanou škálu pro měření postojů jsem využila i já. Pokud bychom porovnali průměrně dosažené skóre škály MICA studentů medicíny (73,36), pedagogů (71,70) (Janoušková et al., 2017) a studentů fyzioterapie této bakalářské práce, pak studenti fyzioterapie dosahovali nejnižšího průměrného skóre 68,7 z těchto tří skupin. První studie, která zkoumala postoje studentů fyzioterapie, byla provedena v Belgii v letech 2006-2007. Pro měření stigmatizačních postojů využili škálu ATP-30 (Attitudes Toward Psychiatry-30 item), tedy jiný nástroj pro měření než já. Z tohoto důvodu nemůžu přímo porovnat výsledky mé a této studie. Nicméně z této studie vyplynulo, že studenti fyzioterapie mají mírně pozitivní postoj k psychiatrii. V této studii se dále zjistilo, že ženy měly vůči psychiatrii pozitivnější postoj než muži (Probst a Peuskens, 2010). Soubor studentů této bakalářské práce byl složen ze 78 žen a 11 mužů. Díky tomuto nízkému zastoupení mužů jsem nesledovala vliv pohlaví na stigmatizační postoj. Nebylo by to objektivní a statisticky by nebylo možné potvrdit či vyvrátit, zda ženy jsou více empatické. Tento fakt ale odráží celkovou převahu žen ve zdravotnictví v ČR (Český statistický úřad, 2017). Například na 2. lékařské fakultě v Praze studuje fyzioterapii v bakalářském programu 70 žen a 24 mužů a v navazujícím magisterském programu 45 žen a 11 mužů. Tedy z celkového počtu 150 studentů fyzioterapie je 77% žen a 23% mužů. (Andreas, 2018).

Další studie, která zkoumala postoje studentů fyzioterapie, byla provedena v Turecku v roce 2015. Výsledky této studie analogicky odpovídají výsledkům předchozí belgické studie. Tato studie přinesla navíc poznatek, že studenti, kteří sami prošli terapeutickým sezením s psychologem/psychiatrem, mají více pozitivní postoj (Yildirim et al., 2015).

V australské studii z roku 2016 upozorňují na nedostatky řady studijních programů v Austrálii, které mohou mít vliv na postoj samotných studentů. Sami studenti

by si přáli více informací o symptomech duševního onemocnění, vedlejších účincích léků a komunikačních strategiích u pacientů s duševním onemocněním (Connaughton a Gibson, 2016). Z výsledků šetření provedených v rámci této bakalářské práce vyplývá, že si v komunikaci není jisto 58 % studentů a dostatečné informace o vedlejších účincích psychofarmak chybí 71 % studentů. Naopak motivovat pacienta s duševním onemocněním k fyzické aktivitě si myslelo, že by dokázalo 72% studentů. Nabízí se ale otázka, zda si tuto dovednost mohli studenti vyzkoušet přímo v praxi.

Lidé s duševním onemocněním mají zvýšenou prevalenci kardiovaskulárního onemocnění, ischemické choroby srdeční, hypertenze, cukrovky a nemocí dýchacích cest, což naznačuje, že se s lidmi s duševním onemocněním můžeme běžně setkat ve zdravotnických zařízeních mimo obor psychiatrie. V Australské studii 76% fyzioterapeutů léčilo pacienta s duševním onemocněním alespoň 1x týdně, což bylo pro ně překvapení. Nepočítali s tím, že se s lidmi s duševním onemocněním budou setkávat ve své praxi tak často, a cítili se nedostatečně připraveni na práci s těmito pacienty (Connaughton a Gibson, 2016b). Proto jsem se rozhodla zjistit, zda by studenti pracovali jako fyzioterapeuti s lidmi s duševním onemocněním mimo psychiatrické zařízení (např. v soukromé praxi), a na tuto otázku odpovědělo ano 72% studentů.

5.1 Výsledky testování hypotéz

Při volbě hypotéz jsem vycházela ze základních tří parametrů dle Thornicrofta zapojených při procesu stigmatizace (nevědomost, postoj a chování) (Thornicroft, 2011). Nedostatek znalostí problémů duševního zdraví je často spojován s předpojatým postojem k duševnímu onemocnění (Probst a Peuskens, 2010).

H1: Studenti fyzioterapie magisterského oboru dosahují vyšší úroveň znalostí spojených s duševním onemocněním (vyšší hodnota MAKS) než studenti bakalářského oboru.

Na 5% hladině významnosti jsme neprokázali statisticky významný rozdíl mezi výsledky studentů bakalářského a magisterského studia, nicméně lze konstatovat trend k vyšším hodnotám v MAKS u studentů magisterského studia ($p=0,06$).

H2: Studenti fyzioterapie z lékařské fakulty dosahují vyšší úroveň znalostí spojených s duševním onemocněním (vyšší hodnota MAKS) než studenti z nelékařských fakult.

Na 5% hladině významnosti jsme prokázali statisticky významný rozdíl mezi výsledky studentů z lékařské fakulty a z jiných fakult.

H3: Studenti fyzioterapie magisterského oboru mají více pozitivní postoj k pacientům s duševním onemocněním (vyšší hodnota MICA) než studenti bakalářského oboru.

Mezi studenty bakalářského a magisterského studia je na 5% hladině významnosti statisticky významný rozdíl v dosaženém skóre MICA. Pozitivnější postoj u studentů magisterského studia může být například v důsledku osobní vyzrállosti studentů, kdy jde většinou o starší studenty než u bakalářského stupně. V této práci jsem nezkoumala věk respondentů z důvodu zachování co nejvyšší anonymity, a proto nelze tuto domněnku potvrdit.

H4: Studenti fyzioterapie, kteří absolvovali odbornou praxi v psychiatrickém zařízení, mají více pozitivní postoj k pacientům s duševním onemocněním (vyšší hodnota MICA) než studenti, kteří neabsolvovali.

Na 5% hladině významnosti jsme neprokázali, že by studenti fyzioterapie, kteří absolvovali odbornou praxi v psychiatrickém zařízení, měli pozitivnější postoj k pacientům s duševním onemocněním (vyšší hodnotu MICA) než studenti, kteří neabsolvovali praxi v zařízení. Studentů, kteří neabsolvovali praxi, bylo 44 (49,4%) z tohoto počtu studentů bylo zástupců z ostatních fakult 27 (61,4%). Někteří z těchto studentů ale napsali, že praxi absolvovali, ale mimo zdravotní psychiatrické zařízení. V další studii by bylo vhodné brát v úvahu rozdíly v různých typech zařízení (např. komunitní centra, denní stacionáře), kde byla tato praxe absolvována.

Pro testování vztahu mezi škálou MAKS a MICA jsme využili Spearmanův korelační koeficient. Při tomto testu byla prokázána statisticky slabá pozitivní korelace mezi MAKS a MICA. Z toho vyplývá, že do jisté míry by mohla mít vyšší úroveň znalostí přímý dopad na pozitivnější postoj k pacientům s duševním onemocněním.

5.2 Limity studie

Hlavním limitem této práce je, že se při zvoleném způsobu sběru dat a neznalosti velikosti cílové skupiny (a tím pádem i „návrtnosti dotazníků“) nedala zajistit plná reprezentativnost respondentů, a tudíž nelze vyloučit, že se zapojily osoby motivovanější či s pozitivnějšími postoji, než je v cílové skupině běžné. Další limitem může být

i nerovnoměrné rozdělení studentů bakalářského a magisterského studia v rámci fakult. V této studii jsem se již nevěnovala porovnání postojů k lidem s duševním onemocněním mezi studenty lékařských a nelékařských fakult, ale jen rozdílům v úrovni znalostí spojených s duševním onemocněním u těchto studentů. Bylo by zajímavé srovnat rozdíly kurikula jednotlivých fakult v rámci oboru psychiatrie a zjistit, zda existuje statisticky významný rozdíl mezi studenty z jednotlivých fakult.

6 ZÁVĚR

V holistickém přístupu v léčbě pacienta hraje fyzioterapie důležitou roli. Fyzioterapii můžeme ovlivnit předčasnou úmrtnost u pacientů s duševním onemocněním mnohdy zapříčiněnou komorbidním onemocněním. Nejčastěji zmiňované komorbidní onemocnění u pacientů s duševním onemocněním jsou kardiovaskulární onemocnění, obezita a poruchy metabolismu cukrů. V mém šetření nicméně pouze 12% studentů vědělo o výskytu těchto somatických komorbidit u duševně nemocných. Aby byla terapie odvedena co nejkvalitněji, je zapotřebí mít nejen dostatek informací o problematice duševního onemocnění a jejich nejčastějších komorbiditách, ale také mít určité osobnostní předpoklady jako empatie, pochopení a pozitivní postoj k lidem s duševním onemocněním.

V bakalářské práci jsem se zabývala postoji studentů fyzioterapie k lidem s duševním onemocněním a zjišťovala jaká je jejich úroveň znalostí spojených s duševním onemocněním.

Prostřednictvím dotazníkového šetření jsem došla k závěru, že postoj studentů k lidem s duševním je spíše pozitivní. Existuje určitý rozdíl v úrovni znalostí spojených s duševním onemocněním mezi studenty magisterského oboru a bakalářského, ale na 5% hladině významnosti se tento rozdíl nepodařilo prokázat. Statisticky se naopak potvrdilo, že studenti magisterského oboru mají více pozitivní postoj k lidem s duševním onemocněním než studenti bakalářského oboru. Na tomto rozdílu tedy musí hrát roli i další faktory než jen úroveň znalostí. Mohla by hrát roli i samotná výuka předmětu Psychiatrie, kdy studenti mohou mít dobrou úroveň znalostí spojených s duševním onemocněním, ale forma výuky či negativní postoj pedagogů by mohl mít vliv na předpojatý postoj studentů.

V dalších studiích by bylo vhodné se podrobněji zaměřit na faktory, které způsobily více pozitivní postoj u studentů magisterského studia. Dle toho případně přidat volitelné předměty zaměřené na osobní rozvoj a komunikaci, které mohou být prospěšné nejen pro studenty plánující pracovat s lidmi s duševním onemocněním, ale i pro ostatní studenty v rámci duševní hygieny a prevence proti syndromu vyhoření.

REFERENČNÍ SEZNAM

ANDREAS, P. Počty studentů. 2. *lékařská fakulta Univerzita Karlova* [online]. 2018 [cit. 2019-07-31]. Dostupné z: <https://www.lf2.cuni.cz/fakulta/o-fakulte/pocty-studentu>

CONNAUGHTON, J. a W. GIBSON. Physiotherapy Students' Attitudes toward Psychiatry and Mental Health: A Cross-Sectional Study. *Physiotherapy Canada*. 2016a, 68(2), 172–178.

CONNAUGHTON, J. a W. GIBSON. Do Physiotherapists Have the Skill to Engage in the “Psychological” in the Bio-Psychosocial Approach?. *Physiotherapy Canada*. 2016b, 68(4), 377–382.

Český statistický úřad. *Ženy a muži v datech 2017* [online]. Praha, 2017 [cit. 2019-07-31]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/zeny-a-muzi-v-datech-2017>

EVANS-LACKO, S. et al. Development and Psychometric Properties of the Mental Health Knowledge Schedule. *Canadienne de psychiatrie*. 2010, 55(7), 440–448.

GABBIDON, J. et al. Mental Illness: Clinicians' Attitudes (MICA) scale-psychometric properties of a version for healthcare students and professionals. *Psychiatry Research*. 2013, 206(1), 81-87.

HALTER, M. Perceived characteristics of psychiatric nurses: stigma by association. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2008, 22(1), 20-26.

HÁTLOVÁ, B. *Kinezioterapie v léčbě psychiatrických onemocnění*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0420-5.

HÁTLOVÁ, B. a J. KIRCHNER. *Kapitoly z teorie psychomotorické terapie*. Praha: European Science and Art Publishing, 2010. ISBN 978-80-87504-01-7.

HOSÁK, L. et al. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8.

CHROMÝ, K. *Duševní nemoc: Sociologický a sociálně psychologický pohled*. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0050-4.

JANOŠKOVÁ, M. a P. WINKLER. *Stigma a psychiatrie*. Psychiatrie. 2015, 19(1), 30-36.

JANOŠKOVÁ, M. et al. *Stigmatizace v České republice: Výzkumná zpráva*. Klecany: Národní ústav duševního zdraví, 2016.

JANOŠKOVÁ, M. et al. Mental illness stigma among medical students and teachers. *International Journal of Social Psychiatry*. 2017, 63(8), 744-751.

JANŮ, L. a S. RACKOVÁ. Nežádoucí a vedlejší účinky psychofarmak. *Psychiatrie pro praxi*. 2006, (2), 64-65.

KASSAM, A. et al. Development and responsiveness of a scale to measure clinicians' attitudes to people with mental illness (medical student version). *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2010, 122, 153–161.

KITZLEROVÁ, E., MOTLOVÁ, L. a E. DRAGOMIRECKÁ. I pacienti se schizofrenií mohou být fit: Roční výsledky Programu pro dobré zdraví v České republice. *Psychiatrie*. 2008, 12(2), 78–81.

KOHÚTOVÁ, B. et al. Komorbidita a kvalita života pacientů v ambulantní péči s diagnózou schizofrenie, depresivní poruchy a generalizované úzkostné poruchy: projekt Cosmos. Výsledky průřezového šetření. *Psychiatrie*. 2018, 22(2), 60-67.

KOCHAŃSKI, A. a A. CECHNICKI The attitudes of psychiatrists toward people suffering from mental illnesses. *Psychiatria Polska*. 2017, 51(1), 29-44.

KOLÁŘ, P. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, 2009. ISBN 9788072626571.

KRÁLÍKOVÁ, E. Nejčastější příčina úmrtí psychiatrických pacientů: nebojme se ji léčit. *Psychiatrie pro praxi*. 2016, 17(3), 88-91.

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

KYNŠTOVÁ, H. *Metodika Kinezioterapie, Psychomotorická terapie, Pohybové lekce*. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2016. ISBN 978-80-906518-4-5.

LAUBER, C. et al. Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatr Scandinavica*. 2006, 113(429), 51-59.

LIBIGER, J. *Psychiatrie a stigma*. Sanquis. 2002, (19), 14.

MALÝ, R. a J. MASOPUST. *Žilní trombóza a plicní embolie u psychiatrických nemocných*. Praha: Mladá fronta, 2010. ISBN 978-80-204-2240-8.

MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ M. a M. BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1151-6.

MCGRANE, N. a et al. Motivational strategies for physiotherapists. *Physical Therapy Reviews*. 2014, 19(2), 136-142.

MĚCHÝŘOVÁ, P. Ohlédnutí za konferencí v Madridu: 24. Evropský Psychiatrický Kongres pořádaný organizací EPA. In: *Psychiatrická rehabilitace* [online]. 2016, s. 1-10 [cit.2019-07-17]. Dostupné z:

http://www.psychiatrickarehabilitace.cz/obj/files/1/sys_media_228.pdf

Mindset. Duální diagnóza. [online]. [cit. 2019-04-14]. Dostupné z:

<https://www.mujsmindset.cz/nemoc/dualni-diagnoza/>

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Reforma péče o duševní zdraví potřebuje nadresortní spolupráci, tu definuje nový národní akční plán. [online]. 2019a [cit. 2019-04-07]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/dokumenty/reforma-pece-o-dusevni-zdravi-potrebuje-nadresortni-spolupracitu-definuje-novy_17050_1.html

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030 [online]. 2019b, s. 1-12 [cit. 2019-07-14]. Dostupné z:

https://www.mzcr.cz/dokumenty/reforma-pece-o-dusevni-zdravi-potrebuje-nadresortni-spolupracitu-definuje-novy_17050_1.html

MOHR, P. Co přinese nová klasifikace MKN-11?. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2017, 113(4), 147–148.

MUGA, F. a M. HAGALI What do final year medical students at the University of Papua New Guinea think of psychiatry? *Papua and New Guinea medical journal*. 2006, 49(3-4), 126-136.

Narovinu. Analýza potřeb [online]. Národní ústav duševního zdraví, 2017a [cit. 2019-08-12]. Dostupné z: <http://narovinu.net/materialy/>

Narovinu. Akční plán Destigmatizace pro rok 2018 [online]. Národní ústav duševního zdraví, 2017b [cit. 2019-08-12]. Dostupné z: <http://narovinu.net/materialy/>

NEWCOMER, J.W. Metabolic syndrome and mental illness. *The American journal of managed care*. 2007, 13(7), 170-177.

NOVOTNÝ, J. et al. Lázeňská léčba pacientů s psychickými poruchami. *Psychiatrie pro praxi*. 2007, 3, 138–140.

OCISKOVÁ, M. a J. PRAŠKO. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5199-3.

OREL, M. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5516-8.

OVERTON, S. L. a S. L. MEDINA. The Stigma of Mental Illness. *Journal of Counseling and Development*. 2008, 86(2), 143-151.

PÁV, M. et al. SOMA Score, cardiovascular risk screening tool for psychiatric patients. *European Psychiatry*. 2016, 33, 84-85.

PÁV, M. et al. Možnosti psychosociální rehabilitace v psychiatrické nemocnici. *Psychiatrie pro praxi*. 2017a, 18(2), 69–74.

PÁV, M. et al. Poskytování následné psychiatrické péče v lůžkových zařízeních v ČR a možnosti zlepšení realizované v rámci projektu SUPR. *Česká a Slovenská psychiatrie*. 2017b, 113(2), 51-58.

PĚČ, O. a V. PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.

PĚČ, O. Archiv: Komunitní péče. *Psychiatrie* [online]. [cit. 2019-04-07]. Dostupné z: <https://www.psychiatrie.cz/archiv-reforma/200-komunitni-pee>

PETR, T. et al. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.

PRAŠKO, J. et al. *Psychiatrie v primární péči*. Praha: Mladá fronta, 2013. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-2798-4.

Priessnitzovy léčebné lázně a.s.. Gräfenberg Walking. [online]. 2019 [cit. 25. 07. 2019]. Dostupné z: <http://www.priessnitz.cz/cz/volny-cas/k2221-odkaz/43-grafenberg-walking.html>

PROBST, M. a J. PEUSKENS Attitudes of Flemish physiotherapy students towards mental health and psychiatry. *Physiotherapy*. 2009, 96(1), 44-51.

PROBST, M. Physiotherapy and Mental Health. *Clinical Physical Therapy*. 2017,179–204

PROBSTOVÁ, V. a O. PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.

RABOCH, J. et al. *Psychiatrie*. Praha: Galén, 2001. ISBN 80-7262-140-8.

RABOCH, J. et al. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1985-9.

Reforma péče o duševní zdraví. Malý průvodce reformou psychiatrické péče. [online]. Praha: Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017, s. 1-15 [cit. 2019-04-07]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/04/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf

SEOW, L. S. E. a B.Y. CHUA Psychiatry as a career choice among medical students: a cross-sectional study examining school-related and nonschool factors. *BMJ Open*. 2018, (8), 1-9.

STUBBS, B. et al. Exercise improves cardiorespiratory fitness in people with depression: A meta-analysis of randomized control trials. *Journal of Affective Disorders*. 2016, 190(15), 249-253.

SVAČINA, Š. *Obezita a psychofarmaka*. Praha: Triton, 2002. ISBN 80-7254-253-2.

ŠILHÁN, P. a M. HÝŽA. Nežádoucí účinky psychofarmak: někdy skryté a přece významné. *Psychiatrie pro praxi*. 2017, (18), 15.

The National Institute of Mental Health. Mental Illness. [online]. 2019 [cit. 2019-07-21]. Dostupné z: https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness.shtml#part_154910

THORNICROFT, G. *Ti, kterým se vyhýbáme: diskriminace lidí s duševním onemocněním*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, c2011. ISBN 978-80-260-0302-1.

VANCAMPFORT, D. et al. Exercise improves cardiorespiratory fitness in people with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia research*. 2015, 169(1-3), 453-457.

WEISSOVÁ, A. *Stigmatizace osob s duševním onemocněním* [online]. Praha, 2015 [cit. 2019-07-30]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/163266/>. Diplomová práce. Univerzita Karlova.

World Health Organization. Mental disorders affect one in four people: Treatment available but not being used. [online]. Geneva, 2001 [cit. 2019-04-07]. Dostupné z: https://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/en/

World Health Organization. Promoting Mental Health: concepts, emerging evidence, practice : summary report / a report from the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth) and the University of Melbourne. [online]. Geneva, 2004 [cit. 2019-07-21]. ISBN 92 4 159159 5. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42940/9241591595.pdf>

YILDIRIM, M. a et al. Beliefs towards mental illness in Turkish physiotherapy students. *Physiotherapy Theory and Practice*. 2015, 31(7), 461-465.

ZAHRÁDKA KÖHLEROVÁ, M. et al. *Metodika – Fyzioterapie v psychiatrii*. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2016. ISBN: 978-80-906518-1-4

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Rozdělení studentů dle fakulty a ročníku studia v %	38
Obrázek 2: Typy psychických onemocnění, se kterými se respondenti setkali.....	40
Obrázek 3: Zastoupení studentů, kteří absolvovali odbornou praxi v psychiatrickém zařízení v procentech	40
Obrázek 4: Procentuální rozložení studentů, kteří neabsolvovali odborná praxe v psychiatrickém zařízení v rámci fakult	41
Obrázek 5: Ochota studentů pracovat s lidmi s duševním onemocněním v procentech.	42
Obrázek 6: Odpovědi studentů na otázku č. 10 v procentech.....	43
Obrázek 7: Odpovědi studentů na otázku č. 11 v procentech.....	43
Obrázek 8: Odpovědi studentů na otázku č. 12 v procentech.....	44
Obrázek 9: Odpovědi studentů hodnoceny 4 a více body škály MAKS v procentech ...	45
Obrázek 10: Odpovědi studentů hodnoceny 4 a více body škály MICA v procentech ..	46
Obrázek 11: Srovnání průměrných hodnot MAKS a MICA u studentů z lékařských fakult v %	47
Obrázek 12: Srovnání průměrných hodnot MAKS a MICA u studentů z nelékařských fakult v %.....	48
Obrázek 13: Výsledky Mann-Whitney test – H1	49
Obrázek 14: Výsledky Mann-Whitney test – H2.....	50
Obrázek 15: Srovnání průměrných hodnot škály MAKS mezi studenty z lékařských a nelékařských fakult	51
Obrázek 16: Výsledky Mann-Whitney test – H3.....	52
Obrázek 17: Výsledky dvouvýběrového t-testu pro nezávisle výběry – H4	53
Obrázek 18: Výsledky korelace mezi škálou MAKS a MICA u studentů fyzioterapie .	54

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: MNK 10 (Poruchy duševní a poruchy chování) (Slovák et al., 2018)	11
Tabulka 2: Klasifikace psychofarmak a základní indikace (Petr et al., 2014).....	18
Tabulka 3: Charakteristika probandů.....	37
Tabulka 4: Předchozí zkušenost studentů s oborem psychiatrie a s lidmi s duševním onemocněním.....	39
Tabulka 5: Základní deskriptivní statistika výsledků škály MAKS u studentů Bc. a Mgr. studia.....	49
Tabulka 6: Základní deskriptivní statistika výsledků škály MAKS u studentů z lékařské a nelékařské fakulty	50
Tabulka 7: Základní deskriptivní statistika výsledků škály MICA u studentů Bc. a Mgr. studia.....	52
Tabulka 8: Základní deskriptivní statistika výsledků škály MICA u studentů, kteří absolvovali odbornou praxi a studentů bez praxe.....	53

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

1. LF UK – 1. lékařská fakulta Univerzita Karlova

2. LF UK – 2. lékařská fakulta Univerzita Karlova

3. LF UK – 3. lékařská fakulta Univerzita Karlova

ATP-30 – Attitudes Toward Psychiatry-30 item

COSMOS – COmorbiditieS in MOst Severe Neurology and Psychiatric Indications in the Czech Republic

ČR – Česká republika

DM – Diabetes mellitus

FBMI ČVUT – Fakulta biomedicínského inženýrství České vysoké učení technické

FSPS MUNI – Fakulta sportovních studií Masarykova univerzita

FTK UP – Fakulta tělesné kultury Univerzita Palackého

FTVS UK – Fakulta tělesné výchovy a sportu Univerzita Karlova

FZS UJEP – Fakulta zdravotnických studií Univerzita J. E. Purkyně

FZS ZČU – Fakulta zdravotnických studií Západočeská univerzita

FZV UP – Fakulta zdravotnických věd Univerzita Palackého

KVO – Kardiovaskulární onemocnění

LF MUNI – Lékařská fakulta Masarykova univerzita

LF OU – Lékařská fakulta Ostravská univerzita

MAKS – Mental Health Knowledge Schedule

MICA – Mental Illness: Clinicians' Attitudes

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

SMI – Serious/severe Mental Illness

SOMA – Systematic Targeting of Metabolism and Activity

SUPR – Systém Ucelené Psychiatrické Rehabilitace

TEN – Tromboembolická nemoc

ZSF JCU – Zdravotně sociální fakulta Jihočeská univerzita

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Dotazník Postoje studentů fyzioterapie k práci s pacienty s duševním onemocněním

Příloha 2: Charakterové vlastnosti

Příloha 3: Odpovědi na položky škály MAKS

Příloha 4: Odpovědi na položky škály MICA

Příloha 1: Dotazník Postoje studentů fyzioterapie k práci s pacienty s duševním onemocněním

Postoje studentů fyzioterapie k práci s pacienty s duševním onemocněním

*Povinné pole

Dobrý den,

jmenuji se Denisa Chreňová a jsem studentkou třetího ročníku bakalářského studia, oboru fyzioterapie 3. LF UK. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění následujícího dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce s názvem Postoje studentů fyzioterapie k práci s pacienty s duševním onemocněním. Dotazník je anonymní a jeho vyplněním dáváte souhlas k využití získaných dat pro účel mé bakalářské práce.

Děkuji Vám za ochotu a spolupráci.

Denisa Chreňová
denisa.chrenova@lf3.cuni.cz

1. Pohlaví *

Označte jen jednu odpověď.

- Muž
 Žena

2. Fakulta *

Označte jen jednu odpověď.

- Lékařská fakulta
 Ostatní fakulty

3. Ročník studia *

Označte jen jednu odpověď.

- Bc. 1.roč
 Bc. 2.roč
 Bc. 3.roč
 NMgr. 1.roč
 NMgr. 2.roč

Předchozí zkušenost

4 Jaká je Vaše zkušenost s lidmi s duševním onemocněním a oborem psychiatrie? *

(Můžete vybrat více odpovědí)

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Předmět Psychologie (přednášky, semináře)
- Předmět Psychiatrie (přednášky, semináře)
- Setkání s člověkem s duševním onemocněním v rámci výuky
- Přímá práce s lidmi s duševním onemocněním v rámci odborné praxe ve zdravotnickém zařízení oboru psychiatrie
- Rodinný příslušník nebo jiná blízká osoba
- Jsem člověk se zkušeností s duševním onemocněním
- Nemám zkušenost
- Jiné: _____

5. Pokud jste se setkali s člověkem s duševním onemocněním, víte o jakou diagnózu se jedná/jednalo? *

(Můžete vybrat více odpovědí)

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Depresivní onemocnění
- Schizofrenie
- Bipolární porucha
- Duální diagnóza
- Demence
- Nevím
- Neseťkal
- Jiné: _____

6. Jak dlouho trvala Vaše odborná praxe v psychiatrickém zařízení? *

Označte jen jednu odpověď.

- 1 den
- do 1 týdne
- do 2 týdnů
- 2 týdny a více
- Praxe neabsolvována

7. Jaká první charakterová vlastnost člověka se Vám vybaví, když se řekne o někom, že je duševně nemocný? *

8 Pracovali byste s lidmi s duševním onemocněním jako fyzioterapeut *

Označte jen jednu odpověď na každém řádku.

	Rozhodně ano	Spíše ano	Spíše ne	Rozhodně ne
Ve zdravotnickém psychiatrickém zařízení (např. psychiatrická nemocnice)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
V jiném zdravotnickém zařízení vyjma oboru psychiatrie (např. soukromá fyzioterapeutická praxe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Jste si jistí v komunikaci s lidmi s duševním onemocněním? *

Označte jen jednu odpověď.

- Rozhodně ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Rozhodně ne

10. Dokázali byste motivovat např. depresivního pacienta k fyzické aktivitě? * Označte jen jednu odpověď.

- Rozhodně ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Rozhodně ne

11. Máte dostatek informací o nežádoucích účincích psychofarmak? *

Označte jen jednu odpověď.

- Rozhodně ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Rozhodně ne

12. Znáte nejčastější somatické komorbidity psychiatrických pacientů? Pokud ano, napište příklad. Pokud ne, napište N. *

Do jaké míry souhlasíte s následujícími výroky

13. **Většina lidí s psychickým onemocněním chce mít placené zaměstnání.** *

Označte jen jednu odpověď.

- Zcela souhlasím
- Spíše souhlasím
- Ani souhlasím, ani nesouhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Zcela nesouhlasím
- Opravdu nevím

14 **Kdyby u kamaráda/ky propuklo psychické onemocnění, uměl/a bych poradit, kde najde odbornou pomoc.** * *Označte jen jednu odpověď.*

- Zcela souhlasím
- Spíše souhlasím
- Ani souhlasím, ani nesouhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Zcela nesouhlasím
- Opravdu nevím

15. **Léky mohou být účinným způsobem léčby u lidí s psychickým onemocněním.** *

Označte jen jednu odpověď.

- Zcela souhlasím
- Spíše souhlasím
- Ani souhlasím, ani nesouhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Zcela nesouhlasím
- Opravdu nevím

16. **Psychoterapie (např. formou rozhovoru nebo poradenství) může být účinným způsobem léčby u lidí s psychickým onemocněním.** * *Označte jen jednu odpověď.*

- Zcela souhlasím
- Spíše souhlasím
- Ani souhlasím, ani nesouhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Zcela nesouhlasím
- Opravdu nevím

17. Lidé se závažným psychickým onemocněním se mohou zcela uzdravit. * Označte jen jednu odpověď.

- Zcela souhlasím
- Spíše souhlasím
- Ani souhlasím, ani nesouhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Zcela nesouhlasím
- Opravdu nevím

18 Většina lidí s psychickým onemocněním vyhledá lékařskou pomoc. *

Označte jen jednu odpověď.

- Zcela souhlasím
- Spíše souhlasím
- Ani souhlasím, ani nesouhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Zcela nesouhlasím
- Opravdu nevím

Formou psychického onemocnění je

19. Deprese *

Označte jen jednu odpověď.

- Zcela souhlasím
- Spíše souhlasím
- Ani souhlasím, ani nesouhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Zcela nesouhlasím
- Opravdu nevím

20. Stres *

Označte jen jednu odpověď.

- Zcela souhlasím
- Spíše souhlasím
- Ani souhlasím, ani nesouhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Zcela nesouhlasím
- Opravdu nevím

21. **Schizofrenie** * Označte jen jednu odpověď.

- Zcela souhlasím
- Spíše souhlasím
- Ani souhlasím, ani nesouhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Zcela nesouhlasím
- Opravdu nevím

22 **Bipolární porucha (maniodepresivní porucha)** *

Označte jen jednu odpověď.

- Zcela souhlasím
- Spíše souhlasím
- Ani souhlasím, ani nesouhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Zcela nesouhlasím
- Opravdu nevím

23. **Drogová závislost** * Označte jen jednu odpověď.

- Zcela souhlasím
- Spíše souhlasím
- Ani souhlasím, ani nesouhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Zcela nesouhlasím
- Opravdu nevím

24. **Zármutek** *

Označte jen jednu odpověď.

- Zcela souhlasím
- Spíše souhlasím
- Ani souhlasím, ani nesouhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Zcela nesouhlasím
- Opravdu nevím

Do jaké míry souhlasíte s následujícími výroky

25. O duševním zdraví se učím pouze, když musím, a nechci se zatěžovat čtením dalších materiálů na toto téma. * Označte jen jednu odpověď.

- Zcela souhlasím
- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím
- Zcela nesouhlasím

26. Lidé s vážným duševním onemocněním se nikdy nemohou uzdravit natolik, aby mohli vést kvalitní život. * Označte jen jednu odpověď.

- Zcela souhlasím
- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím
- Zcela nesouhlasím

27. Pracovat v oblasti péče o duševně nemocné je stejně tak hodné uznání jako pracovat v jiné oblasti zdravotní či sociální péče. * Označte jen jednu odpověď.

- Zcela souhlasím
- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím
- Zcela nesouhlasím

28. Kdybych měl/a duševní onemocnění, nikdy bych to nepřiznal/a svým přátelům, protože bych se obával/a, že se ke mně začnou chovat jinak. * Označte jen jednu odpověď.

- Zcela souhlasím
- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím
- Zcela nesouhlasím

29. Lidé s duševním onemocněním bývají spíše nebezpeční. * Označte jen jednu odpověď.

- Zcela souhlasím
- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím
- Zcela nesouhlasím

30 Zdravotníci a sociální pracovníci vědí o životě lidí, kteří se léčí s duševním onemocněním, více než jejich rodina či přátelé. * Označte jen jednu odpověď.

- Zcela souhlasím
- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím
- Zcela nesouhlasím

31. Kdybych měl/a duševní onemocnění, nikdy bych to nepřiznal/a svým kolegům z obavy, že se ke mně začnou chovat jinak. * Označte jen jednu odpověď.

- Zcela souhlasím
- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím
- Zcela nesouhlasím

32. Být zdravotníkem či sociálním pracovníkem v oblasti péče o duševně nemocné není jako být skutečným zdravotníkem či sociálním pracovníkem. * Označte jen jednu odpověď.

- Zcela souhlasím
- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím
- Zcela nesouhlasím

33. Pokud by po mně můj nadřízený chtěl, abych lidi s duševním onemocněním nerespektoval/a, neposlechl/a bych ho. * Označte jen jednu odpověď.

- Zcela souhlasím
- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím
- Zcela nesouhlasím

34. Cítím se stejně pohodlně, když mluvím s člověkem s duševním onemocněním, jako když mluvím s člověkem s tělesným onemocněním. * Označte jen jednu odpověď.

- Zcela souhlasím
- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím
- Zcela nesouhlasím

35. Je důležité, aby každý zdravotník či sociální pracovník pečující o člověka s duševním onemocněním zajistil, aby bylo vyšetřeno i jeho tělesné zdraví. * Označte jen jednu odpověď.

- Zcela souhlasím
- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím
- Zcela nesouhlasím

36. Veřejnost nepotřebuje ochranu před lidmi s duševním onemocněním. * Označte jen jednu odpověď.

- Zcela souhlasím
- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím
- Zcela nesouhlasím

37. Pokud by si člověk s duševním onemocněním stěžoval na tělesné příznaky (jako je např. bolest na hrudi), přisuzoval bych je jeho duševnímu onemocnění.

* Označte jen jednu odpověď.

- Zcela souhlasím
- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím
- Zcela nesouhlasím

38. Od praktických lékařů bychom neměli očekávat důkladné vyšetření člověka s psychiatrickými příznaky, protože tento člověk může být odkázán k psychiatrovi.

* Označte jen jednu odpověď.

- Zcela souhlasím
- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím
- Zcela nesouhlasím

39. Slovem „blázen“, „cvok“, „šílenec“ apod. bych kolegům popsal lidi s duševním onemocněním, se kterými se setkávám v práci. * Označte jen jednu odpověď.

- Zcela souhlasím
- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím
- Zcela nesouhlasím

40. Kdyby se mi kolega svěřil, že má duševní onemocnění, i nadále bych s ním chtěl pracovat. *

Označte jen jednu odpověď.

- Zcela souhlasím
- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím
- Zcela nesouhlasím

Příloha 2: Charakterové vlastnosti

Kategorie		Vlastnost
charakterové vlastnosti osobnosti	ve vztahu k sobě samému	zmatenost, nestálost, roztěkanost, nemotivovanost, ztracen v realitě/mimo realitu ve svém světě, nesoustředěnost, ustrašenost, nestabilita; neví, co dělá; bezradnost, nadprůměrně inteligentní, labilita, není sám sebou, náladovost, zachmuřelý, zmatený, náladový, citlivý, nesoustředěný, smutný, negativní, apatický, schopnost netypického úhlu pohledu, nešťastný, egocentrický, smutný, rozpačitý
	ve vztahu k ostatním lidem	rozpačitost, agresivita, nepředvídatelnost, lhostejnost, opatrnost, nejistota, obezřetnost, nevyzpytatelnost, nebezpečný, uzavřený, přehnaně reagující, sociálně nepřizpůsobivý, vyčleněný
vnímané hendikepy		odlišnost, nesamostatnost, stigma, nevyspělý, má specifické potřeby, jinakost, divný, omezený
tzv. diagnózy		deprese, pomatenost, úzkost, demence, blázen, normální, nemocný, halucinace, pohybově chudý, schizofrenie

Příloha 3: Odpovědi na položky škály MAKS

MAKS položky	Zcela souhlasím N (%)	Spíše souhlasím N (%)	Ani souhlasím, ani nesouhlasím N (%)	Spíše nesouhlasím N (%)	Zcela nesouhlasím N (%)	Opravdu ne vím N (%)
Většina lidí s psychickým onemocněním chce mít placené zaměstnání.	18 (20,2%)	37 (41,6%)	17 (19,1%)	10 (11,2%)	0 (0%)	7 (7,9%)
Kdyby u kamaráda/ky propuklo psychické onemocnění, uměl/a bych poradit, kde najde odbornou pomoc.	25 (28,1%)	55 (61,8%)	3 (3,4%)	6 (6,7%)	0 (0%)	0 (0%)
Léky mohou být účinným způsobem léčby u lidí s psychickým onemocněním.	25 (28,1%)	49 (55,1%)	9 (10,1%)	6 (6,7%)	0 (0%)	0 (0%)
P psychoterapie (např. formou rozhovoru nebo poradenství) může být účinným způsobem léčby u lidí s psychickým onemocněním.	55 (61,8%)	30 (33,7%)	4 (4,5%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Lidé se závažným psychickým onemocněním se mohou zcela uzdravit.	4 (4,5%)	26 (29,2%)	20 (22,5%)	33 (37,1%)	5 (5,6%)	1 (1,1%)
Většina lidí s psychickým onemocněním vyhledá lékařskou pomoc. *	0 (0%)	5 (5,6%)	9 (10,1%)	58 (65,2%)	14 (15,7%)	3 (3,4%)
Deprese	68 (76,4%)	19 (21,3%)	1 (1,1%)	1 (1,1%)	0 (0%)	0 (0%)
Stres *	10 (11,2%)	9 (10,1%)	16 (18%)	26 (29,2%)	27 (30,3%)	1 (1,1%)
Schizofrenie	80 (89,9%)	6 (6,7%)	1 (1,1%)	1 (1,1%)	1 (1,1%)	0 (0%)
Bipolární porucha (maniodepresivní porucha)	78 (87,6%)	8 (9%)	1 (1,1%)	2 (2,2%)	0 (0%)	0 (0%)
Drogová závislost	34 (38,2%)	28 (31,5%)	10 (11,2%)	11 (12,4%)	6 (6,7%)	0 (0%)
Zármutek *	4 (4,5%)	14 (15,7%)	6 (6,7%)	23 (25,8%)	42 (47,2%)	0 (0%)

Pozn. položky označeny hvězdičkou jsou reverzní položky

Příloha 4: Odpovědi na položky škály MICA

MICA položky	Zcela souhlasím N (%)	Souhlasím N (%)	Spíše souhlasím N (%)	Spíše nesouhlasím N (%)	Nesouhlasím N (%)	Zcela nesouhlasím N (%)
O duševním zdraví se užím pouze, když musím, a nechci se zatěžovat čtením dalších materiálů na toto téma. *	3 (3,4%)	4 (4,5%)	21 (23,6%)	28 (31,5%)	15 (16,9%)	18 (20,2%)
Lidé s vážným duševním onemocněním se nikdy nemohou uzdravit natolik, aby mohli vést kvalitní život. *	0 (0%)	4 (4,5%)	8 (9%)	28 (31,5%)	31 (34,8%)	18 (20,2%)
Pracovat v oblasti péče o duševně nemocné je stejně tak hodně uznání jako pracovat v jiné oblasti zdravotní či sociální péče.	53 (59,6%)	22 (24,7%)	12 (13,5%)	2 (2,2%)	0 (0%)	0 (0%)
Kdybych měla duševní onemocnění, nikdy bych to nepřiznala svým přátelům, protože bych se obávala, že se ke mně začnou chovat jinak. *	1 (1,1%)	3 (3,4%)	18 (20,2%)	41 (46,1%)	16 (18%)	10 (11,2%)
Lidé s duševním onemocněním byvají spíše nebezpeční. *	0 (0%)	2 (2,2%)	16 (18%)	45 (50,6%)	18 (20,2%)	8 (9%)
Zdravotníci a sociální pracovníci vědí o životě lidí, kteří se léčí s duševním onemocněním, více než jejich rodina či přátelé. *	3 (3,4%)	15 (16,9%)	34 (38,2%)	30 (33,7%)	5 (5,6%)	2 (2,2%)
Kdybych měla duševní onemocnění, nikdy bych to nepřiznala svým kolegům z obavy, že se ke mně začnou chovat jinak. *	3 (3,4%)	10 (11,2%)	31 (34,8%)	30 (33,7%)	10 (11,2%)	5 (5,6%)
Být zdravotníkem či sociálním pracovníkem v oblasti péče o duševně nemocné není jako být skutečným zdravotním či sociálním pracovníkem. *	6 (6,7%)	4 (4,5%)	6 (6,7%)	17 (19,1%)	29 (32,6%)	27 (30,3%)
Pokud by po mně můj nadřízený chtěl, abych šel s duševním onemocněním nerespektovala, neposlechla bych ho.	38 (42,7%)	37 (41,6%)	8 (9%)	1 (1,1%)	3 (3,4%)	2 (2,2%)
Ctím se stejně pohodně, když mluvím s člověkem s duševním onemocněním, jako když mluvím s člověkem s tělesným onemocněním.	5 (5,6%)	14 (15,7%)	22 (24,7%)	33 (37,1%)	14 (15,7%)	1 (1,1%)
Je důležité, aby každý zdravotník či sociální pracovník pečující o člověka s duševním onemocněním zajistil, aby bylo vyšetřeno i jeho tělesné zdraví.	27 (30,3%)	47 (52,8%)	14 (15,7%)	1 (1,1%)	0 (0%)	0 (0%)
Většinou nepotřebuje ochranu před lidmi s duševním onemocněním.	2 (2,2%)	11 (12,4%)	32 (36%)	31 (34,8%)	11 (12,4%)	2 (2,2%)
Pokud by si člověk s duševním onemocněním stěžoval na tělesné příznaky (jako je například bolest na hrudi), přisuzoval bych je jeho duševnímu onemocnění. *	0 (0%)	0 (0%)	9 (10,1%)	49 (55,1%)	21 (23,6%)	10 (11,2%)
Od praktických lékařů bychom neměli očekávat důkladné vyšetření člověka s psychiatrickými příznaky, protože teno člověk může být odkázán k psychotrovi. *	11 (12,4%)	19 (21,3%)	11 (12,4%)	22 (24,7%)	14 (15,7%)	12 (13,5%)
Slova „blázniv“, „evok“, „šilence“ apod. bych kolegům popsal lidi s duševním onemocněním, se kterými se setkávám v práci. *	0 (0%)	2 (2,2%)	4 (4,5%)	29 (32,6%)	30 (33,7%)	24 (27%)
Kdyby se mi kolega světl, že má duševní onemocnění, i nadále bych s ním chtěl pracovat.	28 (31,5%)	37 (41,6%)	18 (20,2%)	3 (3,4%)	1 (1,1%)	2 (2,2%)

Pozn. položky označeny hvězdičkou jsou reverzní položky