

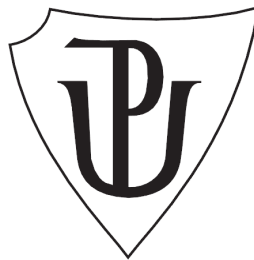
Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**ROLE COPINGOVÝCH STRATEGIÍ A KVALITY ŽIVOTA V
KONTEXTU SEBE-STIGMATIZACE U PACIENTŮ SE
SCHIZOFRENIÍ**

**THE ROLE OF COPING STRATEGIES AND QUALITY OF
LIFE IN THE CONTEXT OF SELF-STIGMATIZATION IN
PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA**



Magisterská diplomová práce

Autorka: Bc. Michaela Holubová

Vedoucí práce: Prof. MUDr. Ján Pavlov Praško, CSc.

Studijní program: N7701/Psychologie

Studijní obor: Psychologie

Olomouc

2015

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Role copingových strategií v kontextu sebe-stigmatizace“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V dne

Podpis

Poděkování

V první řadě děkuji svému vedoucímu práce, panu Prof. MUDr. Jánovi Pavlovi Praškovi, Csc., který byl již od počátku ochoten vést mou bakalářskou i magisterskou diplomovou práci. Jeho nápady na výzkumné téma a odborné vedení ve mně vzbudily zájem a chuť zkoumat lidi, kteří jsou stigmatizováni a ztrácejí důvěru v sebe sama.

Za obětavou spolupráci a ochotnou pomoc děkuji také respondentům s duševním onemocněním, kolegům psychiatrům a jejich personálu, kteří souhlasili s pomocí při sběru dat. Dotazníky svým pacientům trpělivě zadávali k vyplnění, snažili se jich nasbírat co nejvíce a zapojit se do výzkumu, který považovali za důležitý. Bez jejich pomoci by realizace této práce nebyla možná. Jmenovitě děkuji: panu doktorovi MUDR. Jiřímu Rozkošovi z Prostějova, MUDr. Janu Flídrovi z Kralup nad Vltavou, paní doktorce MUDr. Janě Matějkové z Prahy, MUDR. Simoně Papežové z Prahy, MUDr. Pavlovi Tautermannovi z Prahy, MUDr. Markétě Zemanové z Havlíčkova Brodu, MUDr. Markétě Dobré z Hrabyně, MUDr. Zuzaně Kozákové z Trutnova a s ní i celému RIAPSu, MUDR. Tiborovi Miklášovi z Prahy, MUDR. Michaele Zapletalové z Chomutova, MUDr. Janě Novosadové z Blanska, MUDr. Jiřímu Trskovi z Týna nad Vltavou, MUDr. Zdeňkovi Holoubkovi z Nymburka, MUDr. Ivě Ondráčkové z Prahy, MUDr. Andree Bryčkové z Hořic, MUDr. Jindřišce Masnerové z Berouna, MUDr. Petru Pastuchovi z Prostějova a MUDr. Haně Lemanové z Brna. Mé další díky patří také kolegům, kteří byli ochotni mi pomoci, i když realizace v jejich podmínkách nebyla možná nebo nebyla úspěšná. Velice si Vaší ochoty a pomoci, milí kolegové vážím, upřímně Vám za ni moc děkuji, a věřte, že tato práce vznikla také Vaší zásluhou.

Mé veliké díky patří také mé rodině a všem příbuzným, kteří mě po celou dobu mého studia a tvorby této práce podporovali a stáli při mně.

Obsah

I. TEORETICKÁ ČÁST	8
1 Schizofrenie jako duševní nemoc.....	8
1.1 Duševní nemoc a pohled společnosti.....	8
1.2 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy	9
1.3 Schizofrenie.....	10
1.3.1 Dělení schizofrenie dle MKN-10 (1992).....	12
2 Stigmatizace a sebe-stigmatizace.....	12
2.1 Vymezení pojmu stigmatizace	13
2.1.1 Definice pojmu.....	13
2.1.2 Druhy stigmatizace.....	14
2.2 Vymezení pojmu sebe-stigmatizace.....	15
2.2.1 Definice pojmu.....	15
2.2.2 Třífázový proces sebe-stigmatizace - „3A“	16
2.2.3 Negativní dopady sebe-stigmatizace	17
2.2.4 Why try efekt.....	17
2.2.5 Intervence snižující sebe-stigmatizaci.....	18
2.2.5.1 Coming out	19
2.3 Výzkumy sebe-stigmatizace u lidí se schizofrenií.....	20
2.3.1 Zahraniční studie	20
2.3.2 České studie.....	21
2.3.3 Shrnutí studií o sebe-stigmatizaci.....	22
3 Strategie zvládání zátěže.....	23
3.1 Vymezení pojmu zvládání.....	23
3.2 Historický vývoj pohledu na strategie zvládání.....	24
3.3 Strategie zvládání.....	25
3.3.1 Model dvojího zhodnocení v kontextu schizofrenie.....	26
3.4 Výzkumné studie strategií zvládání u lidí se schizofrenií	27
3.4.1.1 Shrnutí výzkumných závěrů strategií zvládání.....	28
3.5 Diagnostika strategií zvládání.....	29
4 Kvalita života.....	29
4.1 Vymezení pojmu kvalita života.....	29
4.1.1 Tři komponenty kvality života.....	30

4.2 Historický vývoj pohledu na kvalitu života.....	31
4.3 Pojem kvality života v psychiatrii.....	32
4.4 Modely kvality života u lidí se schizofrenií.....	33
4.4.1 Model založený na deficitech v fungování.....	33
4.4.2 Model vulnerability-stresu-zvládnání a kvality života.....	33
4.4.3 Integrativní model kvality života pacientů se schizofrenií	34
4.4.4 Schopnost zhodnocení kvality života lidmi se schizofrenií.....	34
4.5 Výzkumné studie kvality života u schizofrenních pacientů.....	34
4.6 Nástroje měření kvality života.....	35
4.6.1 Nástroje měření kvality života u schizofrenních onemocnění.....	37
II. VÝZKUMNÁ ČÁST.....	38
5 Formulace výzkumného problému.....	38
5.1 Cíle výzkumu.....	38
5.2 Výzkumné otázky.....	38
5.3 Formulace statistických hypotéz.....	39
5.4 Praktický význam výzkumu.....	43
6 Popis metodologického rámce a použitých metod.....	43
6.1 Definice proměnných.....	44
6.2 Operacionální definice pojmů.....	44
6.3 Použité metody	45
6.3.1 Stupnice CGI objektivní.....	46
6.3.2 Stupnice CGI subjektivní.....	47
6.3.3 SVF 78 = dotazník na strategie zvládnání stresu.....	47
6.3.4 Q-LES-Q	49
6.3.5 ISMI	49
6.4 Metody výběru vzorku.....	50
6.5 Kritéria pro zařazení pacientů do výzkumu.....	51
6.6 Sběr dat a technické provedení výzkumu.....	52
6.7 Časový harmonogram.....	53
6.8 Etika výzkumu.....	54
6.9 Náklady na provedení výzkumu.....	55
7 Statistická analýza dat.....	56
7.1 Metody zpracování statistické analýzy dat.....	56
7.2 Popis výběrového souboru.....	56

7.2.1 Zvládací strategie SVF-78.....	58
7.2.2 Sebe-stigmatizace ISMI	60
7.2.3 Kvalita života Q-LES-Q.....	60
7.2.4 Aktuální psychopatologie CGI	61
7.3 Interpretace výsledků statistické analýzy	61
7.3.1 Sebe-stigmatizace a sociodemografické údaje	61
7.3.1.1 ISMI a počátek onemocnění	61
7.3.1.2 ISMI a věk.....	62
7.3.1.3 ISMI a délka trvání duševního onemocnění.....	63
7.3.1.4 ISMI a počet sourozenců.....	63
7.3.1.5 ISMI a počet hospitalizací v průběhu duševního onemocnění.....	64
7.3.1.6 ISMI a pohlaví.....	65
7.3.1.7 ISMI a rodinný stav.....	65
7.3.1.8 ISMI a partneři.....	66
7.3.1.9 ISMI a úroveň dosaženého vzdělání.....	67
7.3.1.10 ISMI a dědičnost duševního onemocnění.....	68
7.3.1.11 ISMI a zaměstnání.....	69
7.3.1.12 ISMI a důchod.....	69
7.3.1.13 ISMI a pocíťovaná sociální opora.....	70
7.3.1.14 ISMI a aktuální nálada respondenta.....	71
7.3.2 Sebe-stigmatizace a aktuální závažnost psychopatologie.....	72
7.3.3 Sebe-stigmatizace a strategie zvládání.....	73
7.3.4 Sebe-stigmatizace a kvalita života.....	75
7.4 Strategie zvládání.....	76
7.4.1 Zvládací strategie a pohlaví.....	76
7.4.2 Zvládací strategie a vzdělání.....	76
7.5 Kvalita života	78
7.5.1 Kvalita života a pohlaví.....	78
7.5.2 Kvalita života vs. kontrolní zdravá populace.....	78
7.6 Vzájemná souvislost hlavních pozorovaných faktorů.....	79
7.6.1 Vztah mezi kvalitou života a zvládacími strategiemi.....	79
7.6.2 Aktuální psychopatologie a hlavní sledované faktory.....	80
7.6.3 Kroková regresní analýza ISMI a korelujících faktorů.....	81
7.6.4 Post Hoc analýza	82

7.6.4.1 Strategie zvládání a počet sourozenců.....	82
7.6.4.2 Subškály Q-LES-Q vs. zvládací strategie.....	82
7.6.4.3 Věk a vybrané proměnné.....	83
8 Diskuze.....	85
9 Závěr.....	89
Souhrn.....	90
Seznam použitých zdrojů a literatury.....	92
Přílohy.....	102

Úvod

Když sdělí lékař pacientovi, že s jeho psychikou není něco v pořádku, život se mu zpravidla změní od základů, obzvláště v případě onemocnění schizofrenního spektra. Pacient kromě nepříjemných symptomů a vedlejších účinků léčby získává nálepku (stigma) duševně nemocného člověka. Toto stigma zahrnuje negativní společenské představy, předsudky a stereotypy, které mohou vyústit do diskriminační podoby. Kromě změny zdravotního stavu se mění i zařazení ve společnosti a podmínky, za jakých společenské fungování lidí s psychotickým onemocněním probíhá.

Každodenní konfrontace s faktem, že společnost považuje člověka se schizofrenií za nebezpečného a nevypočitatelného, není pro nemocného jednoduchá. To, že je považován za blázna, druzí mu nedůvěřují, vyhýbají se mu nebo se na něj dívají s odstupem, diskriminují jej, bývá spojeno s odmítáním pomoci a vyčleňováním ze společnosti. Řada lidí se schizofrenií těmto tvrzením po čase uvěří, přijmou je, souhlasí s nimi a začnou se sebe-stigmatizovat. Integrují společensky přidělenou nálepku a s ní i negativní přesvědčení o sobě samém. Ve snaze zvládnout tuto situaci volí různé strategie zvládání. Některé z těchto strategií, např. společenská izolace a preference života v ústraní, mohou mít negativní dopad na kvalitu života. Cílem této práce je zjistit, jaký je vztah mezi sebe-stigmatizací, strategiemi zvládání a kvalitou života u lidí, kteří onemocněli schizofrenií.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Schizofrenie jako duševní nemoc

1.1 Duševní nemoc a pohled společnosti

Pohled na duševní nemoc úzce souvisí s pohledem na to, co je považováno za poruchu duševního zdraví. Duševní zdraví je definováno jako stav optimální funkce duševních pochodů, které umožňují vytvářet si reálný obraz o vnější realitě, pohotově reagovat, adaptovat se na okolní podněty, řešit situace, plnit úkoly, zdokonalovat se a mít ze sebe dobrý pocit (Urbanovská, 2012). Porucha psychických funkcí narušuje optimální fungování lidské psychiky a může mít dalekosáhlé adaptační následky. Společnost se dívá na duševní onemocnění jinak než na tělesná, u kterých jsou zpravidla známé příčiny vzniku. Na lidi s psychickou poruchou pohlíží často s menším respektem nebo přímo s odsudkem či pohrdáním. Tento pohled má své historické kořeny. Psychické nemoci byly v dějinách vnímány jako postižení zlými duchy spojenými se strachem a ohrožením. To nejspíš souviselo s nepochopitelností příznaků a s těžko uchopitelnými příčinami jejich vzniku. Somatická onemocnění přináší svému nositeli určitá privilegia (např. ohledy, sympatii, trpělivost) a jsou společensky lépe tolerována. Duševní onemocnění společenská privilegia nepřináší, naopak tolerance k lidem s psychickou poruchou je minimální (Parsons, 1951).

Společnost několik staletí zachází s duševně nemocnými lidmi jako s někým, kdo narušuje základní lidské potřeby okolí. Duševně nemocní lidé byli ze strachu a nedůvěry zavíráni do ústavů, posíláni na lodě bláznů, osamělé ostrovy, zavíráni do věží a nemocnic pro duševně choré (Svoboda, Češková & Kučerová, 2006). Snahy komunitní psychiatrie na konci 20.století vedly ke zlepšení této situace, ke snaze zajistit autonomii, respekt i pochopení pro nemocné s vážnými psychickými poruchami, k systematickým krokům směřovaným k naplňování jejich potřeb a ke znovuzařazení psychicky nemocných do společnosti. Přes prospěšnost těchto snah stále zůstává faktem, že i v dnešní době se lidé se schizofrenií stále setkávají se stigmatizací (nálepkování, značkování) a často i následnou diskriminací. Stávají se společensky znevýhodněnými jedinci a jejich pracovní, rodinné a osobní fungování je stigmatizací narušeno. Stigmatizace může vést ke vzdávání se vlastních přání, očekávání, naplňování potřeb a cílů. Život duševně nemocného člověka

se mnohdy ohraničí pouze na zúžené prožívání, které se stále točí kolem psychické poruchy, jejích příznaků a důsledků (Katschnig, Freeman, & Sartorius, 1997).

Závažná duševní nemoc se dotýká celého rodinného systému a stává se zátěží jak pro nemocného, tak pro jeho okolí. Rodina je prakticky jediným zdrojem sociálního kontaktu a stává se jedinou alternativou sociální izolace (Vágnerová, 1999). Dlouhodobé chronické schizofrenní onemocnění vede ke znemožnění kontinuity zaměstnání, zhoršení ekonomické situace, redukci možnosti samostatného bydlení, hrozbě návratu onemocnění, nejistotě a mnohdy k přetrhání sociálních vazeb s původními přáteli a kolegy. Pacienti se schizofrenií také užívají řadu farmak, která mohou sociální a kognitivní dovednosti i repertoár strategií zvládání zátěžových situací dále zhoršovat. Sociální izolace přispívá k prohloubení nemoci, zamezuje obnovu pracovní kapacity, vede k nekonkurenceschopnosti a prohlubuje strach ze ztráty sociálních a ekonomických jistot (Vašků, 2011).

1.2 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

Schizofrenie je podle Mezinárodní klasifikace nemocí 10.revize (1992) řazena do kategorie poruch pod kódovým označením F20-F29. Oddíl těchto poruch je považován za nejzávažnější duševní onemocnění v důsledku omezení, deficitů a dopadů, které svému nositeli přináší. Onemocnění v této kategorii poruch se vyznačuje pozitivní a negativní psychotickou symptomatologií, která vyžaduje antipsychotickou léčbu, jako intervenci první volby. Kromě schizofrenie řadíme do této skupiny onemocnění také schizotypální poruchy, schizoafektivní poruchy, akutní psychotické poruchy a poruchy s bludy, viz. Tabulka č. 1. Příznaky onemocnění mohou vést po čase k přechodné nebo úplné invaliditě. Duševní onemocnění z kategorie F20-F29 jsou spojovány s negativním společenským stigmatem, které zpravidla nabývá větší intenzity, než je tomu u jiných psychických poruch. Motlová, Bankovská & Španiel (2011, 10) uvádí, že *„zatímco dnes umíme schizofrenii léčit, neumíme odstranit stigma, které je s ní spjaté, a to má závažné dopady pro pacienty a jejich blízké. Na nemocné s touto diagnózou společnost hledí skrz prsty, čímž je vystavuje stresu, potažmo riziku dlouhodobě nepříznivého průběhu.“*

Tato kategorie duševních poruch je někdy označována pojmem psychotické poruchy, i když se nejedná o samostatnou diagnostickou jednotku. Označení „psychotické“ vzniklo z pojmů *psýché* (mysl, duše) a *osis* (chorobný či abnormální stav). Jedinec

v psychotickém stavu vnímá realitu z odlišné perspektivy a testování reality je tímto stavem významně narušeno (Praško et al., 2015). V odlišné realitě platí odlišná pravidla, jiné fungování a interpretování okolních událostí (Horáček, 2003). Psychózy se dělí na *funkční psychózy* (např. schizofrenie, schizoafektivní porucha, poruchy s bludy, afektivní psychózy) a *organické psychózy*, vzniklé morfologickými nádorovými, zánětlivými nebo atrofickými změnami. Vhodnější je rozlišení na *psychózy primární* - primární selhání neuronálních mozkových mechanismů, a *sekundární* - sekundární rozvoj psychotických příznaků v důsledku jiné primární příčiny (Praško, Látalová, Ticháčková, & Stárková, 2011).

Označení	Názvy duševních onemocnění
▪ F20	Schizofrenie
▪ F21	Schizotypní porucha
▪ F22	Trvalé duševní poruchy s bludy
▪ F23	Akutní a přechodné psychotické poruchy
▪ F24	Indukovaná porucha s bludy
▪ F25	Schizoafektivní porucha
▪ F28	Jiné neorganické psychotické poruchy
▪ F29	Nespecifická neorganická psychóza

Tabulka 1: Duševní poruchy dg kategorie F20-F29

1.3 Schizofrenie

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění zařazené do skupiny *Schizofrenie, schizotypální poruchy a poruchy s bludy F20-F29* dle Mezinárodního klasifikačního systému nemocí MKN-10 (1992). Je charakteristické přítomností psychotické patologie v podobě pozitivních a negativních příznaků onemocnění. Do pozitivních příznaků řadíme halucinace (poruchy vnímání) a bludy (poruchy myšlení), které většinou dobře reagují na léčbu farmaky. Negativní příznaky se vyznačují přetrvávající emoční oploštělostí, apatií, ochuzením řečového projevu a myšlení, abulií a ztrátou motivace (Praško et al., 2015). Prevalence schizofrenie se pohybuje okolo 1-1,5%, tedy cca 1 člověk ze sta. Týká se stejně často mužů i žen. U mužů se vyskytuje dříve (mezi 15-25 rokem) a má vážnější průběh, u žen o něco déle (25.-35.rok) a ženy lépe reagují na léčbu. Delší nástup nemoci umožňuje

založení si vlastní rodiny a rozšíření sociální sítě. Kolem jedné třetiny nemocných se plně uzdraví, u jedné třetiny se střídají ataky poruchy a remise, přibližně jedna třetina celoživotně chronifikuje a příznaků psychózy se celoživotně nezbaví (Svoboda et al., 2006).

S ohledem na svoji pestrost příznaků a klinický obraz bývá označována jako nemoc sta tváří. Pojem schizofrenie je spojen s německým psychiatrem Eugenem Bleulerem (1857 – 1939), který ji pojmenoval řeckými slovy *schyzo* (štěpit) a *phren* (rozum, myšlení). Předpokládal, že v jejím důsledku dochází ke štěpení (schizmatu) mezi myšlením, emocemi a chováním (Praško et al., 2011). Schizofrenie je řazena pod skupinu primárních psychotických poruch a vyznačuje se narušením duševní reality ve vztahu k sobě i vnějšímu světu. Toto narušení vede zpravidla ke ztrátě kontaktu s realitou a má dopady na dezintegraci osobnostní struktury duševně nemocného člověka (Horáček, 2003).

Příčiny schizofrenie nejsou navzdory rozsáhlému výzkumu a různým teoriím doposud známy a léčba je obtížná. Antipsychotika jako léčba první volby sice u většiny pacientů umožní zmírnit nebo odstranit příznaky, po jejich vysazení se však příznaky poruchy objevují znovu. Léčba je symptomatická, nikoliv kauzální. I přes potlačení nejvýraznějších příznaků zůstává řada pacientů symptomatických a handicapovaných. Farmakoterapie je nejdůležitější složkou léčby, nicméně bez psychosociálních postupů má většina pacientů problém zařadit se zpět do života. Kromě objektivní sociální a pracovní maladaptace nese sebou onemocnění významné utrpení pacienta a zasahuje významně i jeho rodinu. Riziko suicidia je u této skupiny duševních onemocnění vysoké, odhaduje se, že cca 50% lidí se pokusí o sebevraždu a 5-10% ji dokoná. Rizikovými faktory suicidality jsou nízký věk vzniku poruchy, mužské pohlaví, komorbidní deprese, abúzus drog. V rámci diagnostiky si všímáme přítomnosti halucinací, bludů, nečinnosti, ztráty zájmů, oploštění či nepřirozenosti emocí, katatonních příznaků (mutismus, stupor, excitace) a narušení testování reality (Praško et al., 2011).

Schizofrenie je v důsledku spektra potíží příčinou částečné či trvalé celoživotní invalidity. Závažnost této poruchy spočívá v řadě omezení a deficitech ve většině oblastí pacientova fungování. První atace onemocnění často předchází prodromální fáze postupných změn. Projevuje se v podobě bludné nálady, oploštěním zájmů, uzavíráním se do sebe, zájmem o ezoterická témata, pseudofilozofováním, ochuzenou řečí, zvláštními myšlenkami a pocity, a sníženým sebevědomím (Svoboda et al., 2006). Léčba vyžaduje

kontinuální psychofarmakologickou antipsychotickou léčbu doplněnou o individuální (suportivní, psychodynamickou nebo kognitivně-behaviorální), skupinovou a rodinou psychoterapii. Cílem je zlepšení fungování nemocného člověka, rehabilitace a zvýšení kvality života (Katschnig et al., 1997). Včasná detekce a léčba počínající nemoci zvyšuje pacientovu šanci na dosažení plné remise, snižuje sociální důsledky ataky a brání rozvoji kognitivního deficitu (Praško et al., 2015).

1.3.1 Dělení schizofrenie dle MKN-10 (1992)

Schizofrenie je dle MKN-10 a Amerického diagnostického a statistického manuálu DSM-IV (1994) dělená do jednotlivých typů podle klinických projevů. Největší zastoupení má v populaci paranoidní schizofrenie, nejmenší katatonní a simplexní schizofrenie. Součástí těchto poruch je také tzv. nepravá schizofrenie (indukovaná psychóza), kterou jedinec žijící s člověkem s duševní nemocí přejme. Porovnání jednotlivých typů z hlediska klasifikačním manuálů je uvedeno v Tabulce č.2.

MKN-10 (F20)	DSM-IV (295)
▪ F20.0 Paranoidní schizofrenie	295.30 Paranoidní typ
▪ F20.1 Hebefrenní schizofrenie	295.10 Dezorganizovaný typ
▪ F20.2 Katatonní schizofrenie	295.20 Katatonní typ
▪ F20.3 Nediferencovaná schizofrenie	295.90 Nediferencovaný typ
▪ F20.4 Postschizofrenní deprese	
▪ F20.5 Reziduální schizofrenie	295.60 Reziduální typ
▪ F20.6 Simplexní schizofrenie	
▪ F20.8 Jiná schizofrenie	
▪ F20.9 Nespecifikovaná schizofrenie	

Tabulka 2: Dělení schizofrenie dle MKN-10 a DSM-IV

2 Stigmatizace a sebe-stigmatizace

Člověk se schizofrenií musí čelit dvěma na něj mířícím mečům – tím prvním jsou příznaky duševního onemocnění, tím druhým je stigma duševní nemoci. Stigma na společenské úrovni je patrné obzvláště v médiích, která často zdůrazňují souvislost násilných činů s duševním onemocněním, přesto, že jde o relativně vzácný jev. Společenská informovanost o duševních nemocích je varovně nízká a předsudky vůči nim

dehonestující a vyčleňující. Vlivem společenských předsudků se lidé se schizofrenií setkávají spíše s ignorancí, odmítnutím a nepochopením. Schizofrenie se v dnešní době stala ekvivalentem pro lepru a společenská nevědomost duševních nemocí je varovná (Fuller, 2013).

Stigmatizace (značkování, oceňování, nálepkování) představuje proces, kdy jsou odlišnému jedinci přiděleny negativní stereotypy a předsudky, a na jejich základě se s ním jedná. Stigmatizační proces má dopad na život duševně nemocných lidí a vede k nežádoucí diskriminaci ovlivňující všechny oblasti života. Jedním z významných negativních dopadů je sebe-stigmatizace, proces zvnitřnění negativních společenských stereotypů a předsudků do vlastního sebepojetí. Sebe-stigmatizace znemožňuje zapojení se do společnosti, vyhledávání psychiatrické pomoci a může vést k úplné sociální izolaci. Se sebe-stigmatem často přichází také stud a pocity viny spojené s nepsaným společenským kodexem. Ten duševně nemocné lidi z řádných členů společnosti vylučuje (Vogel, Wade, & Hackler, 2007). Vogel, Bitman, Hammer, & Wade (2013) potvrzují vztah mezi veřejným stigmatem a vznikem sebe-stigmatizace, kterou veřejné stigma predikuje.

2.1 Vymezení pojmu stigmatizace

2.1.1 Definice pojmu

Výraz „stigma“ pochází z řečtiny a znamená „vypálené znamení“ (Hinterhuber, 2001). Teorie stigmatizace zpracoval americký sociolog Erving Goffman v roce 1963. Zabýval se problematikou sociálního stigmatu, jeho dopadem na identitu člověka a následným chováním k druhým lidem. Ve své monografii *Stigma* tento pojem chápe jako vyloučení člověka, který nemůže odpovídat normám „normální“ většiny. Normální většina ho v důsledku odlišnosti vyloučí ze společenského přijetí, např. v podobě diskriminace - omezování práv, posměch, odmítání, tresty (Goffman, 1963). Hartl, & Hartlová (2009, 565) definují stigmatizaci jako „*společenský předsudek vůči někomu, jemuž jsou pak přisuzovány záporné vlastnosti.*“ Stigmatizace u duševních onemocnění je založená na odlišnosti psychiatrických pacientů od běžné společnosti bez ohledu na druh psychické nemoci. Samotná léčba na psychiatrii je důvodem k přidělení negativní nálepky (Praško, 2001).

Pomocí sociálních stereotypů lidé třídí a interpretují informace o různých skupinách obyvatel. S duševními onemocněními jsou spojovány zpravidla negativní stereotypy a představy o nebezpečnosti a nekompetentnosti. Ty vedou k negativním emocím a reakcím. Značkování lidí se schizofrenií může vést k pomluvám, vyhýbání se a diskriminaci (dělání rozdílů mezi lidmi podle přidělených nálepek). Negativní nálepku mnohdy následuje vyloučení, snaha duševně nemocného člověka izolovat a zamezit poskytnutí společenských příležitostí, na které má právo. *„Česká společnost (a nejen ona) se k lidem s psychickou nemocí zkrátka nechová příliš dobře. Na vině je pravděpodobně malá informovanost o oblasti duševního zdraví a z ní plynoucí strach z duševního onemocnění, který pak vede k diskriminaci těch, kteří s psychickou chorobou mají co do činění.“* (Vágnerová, 2009, 10).

Označení duševně nemocného člověka společenskými předsudky vede k sociální represi. Ta může mít podobu diskriminace, překážek či omezení možností v oblasti bydlení, práce, sociálního začlenění, přátelských vztahů, společenských zájmů, financí, zdravotní péče. Nálepka schizofrenie vede k diskriminaci, izolaci, pocitům studu nemocného člověka i jeho rodiny, označení za nebezpečného blázna, člověka představujícího ohrožení. Lidé se schizofrenií se setkávají s nedůvěrou a neochotou společnosti chápat problémy v kontextu jejich onemocnění (Corrigan, Kosyluk, & Rüsche, 2013). *„Rodina ze strachu ze stigmatu často brání pacientovi získat včasnou odbornou pomoc psychiatra“* (Praško, Diveky, Kamarádová, & Jelenová, 2012, 100).

2.1.2 Druhy stigmatizace

Stigmatizaci dělíme do dvou skupin. Na stigmatizaci **veřejnou** (celospolečenský postoj k lidem s duševním onemocněním) a **osobní**. Osobní stigma se dále dělí na (Corrigan, Rafacz, & Rüsche, 2011):

- *stigmatizaci okolím* (objektivní) – negativní pohled populace na lidi se schizofrenií, kteří jsou vnímáni jako méněcenní.
- *stigmatizaci vnímanou* (*percieved stigma*) – člověk s duševní nemocí bez ohledu na objektivitu vnímá stigma, což může vést k dezinterpretaci projevů okolí.
- *sebe-stigmatizaci* – postupný proces nekritického přijetí negativních společenských předsudků duševně nemocným člověkem.

Druhým možným dělením je **stigma sociální, strukturální (institucionální) a internalizované** (viz Tabulka č.3):

- *Sociální stigma* - společenské předsudky o duševně nemocných lidech, které se projevují např. jako vtipy o psychiatrických pacientech; mediální obraz schizofrenie.
- *Strukturální stigma* - pravidla, zásady, institucionální postupy omezující práva nemocných, rezervovaný přístup k duševně nemocným lidem na úřadech, ve zdravotnictví, omezené možnosti čerpání zdravotní péče, přijímání a propouštění ze zaměstnání.
- *Osobní stigma* – buď v podobě vnímání objektivně přítomné diskriminace nebo v podobě sebe-stigmatizace (identifikace a ztotožnění se s nálepkou duševně nemocného).

Pojem	Veřejné stigma	Strukturální stigma	Osobní stigma	
Hlavní projev / Hlavní problém	Předsudky ve společnosti	Diskriminace psychicky nemocných a péče o ně	Zakoušené (prožívané) stigma ve vnímání, hodnocení a emocích	
			Vnímání objektivně přítomné diskriminace ze strany druhých a očekávaní diskriminace ze strany druhých	Sebestigmatizace (internalizace stigmatu, zvnitřnění stigmatizujících postojů společnosti)
Příklady typických projevů	Mediální obraz psychicky nemocných Vtipy o psychiatrických pacientech Výchovné vlivy	Zákony Alokované prostředky Rezervovaný přístup k psychicky nemocným na úřadech, ve zdravotnictví Omezené možnosti čerpání zdravotní péče Přijímání a propouštění ze zaměstnání	Vnímání stigmatizace v chování druhých Interpretace chování druhých	Identifikace (ztotožnění se) s nálepkou duševně nemocného s přímým ovlivněním: – postoje k sobě samému (snížení sebevědomí a sebeúcty, pocity méněcennosti, ztráta vědomí vlastní hodnoty), – uplatnění v životě (vyhýbání se a izolace, ústup od realizace životních plánů, cílů).

Tabulka 3: *Veřejné, strukturální a osobní stigma (podle Ociskova et al., 2014)*

2.2 Vymezení pojmu sebe-stigmatizace

2.2.1 Definice pojmu

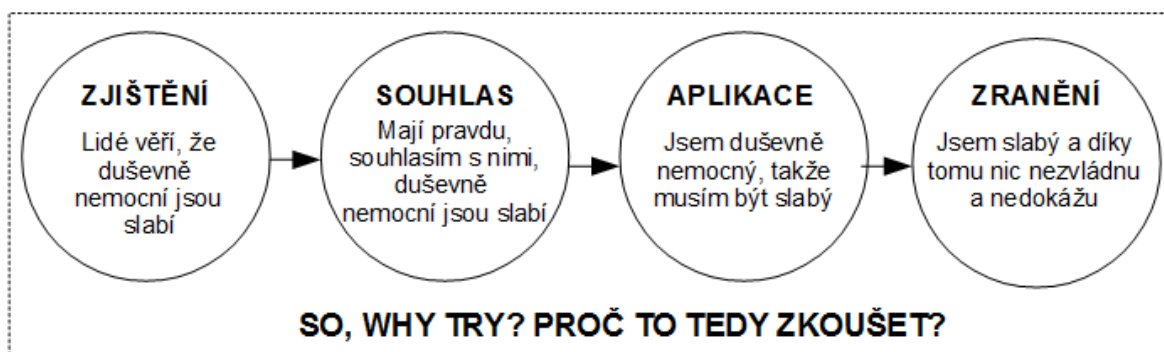
Sebe-stigmatizace (internalizované stigma) je proces přijetí společensky udělené nálepky. Ta je zvnitřněna a integrována do sebepojetí duševně nemocného člověka (Ocisková et al., 2013, Vrbová et al., 2014). Člověk trpící schizofrenií očekává,

že se k němu budou lidé chovat diskriminujícím, odmítavým, pohrdavým a negativním způsobem. Toto očekávání je ze strany nemocného vnímáno jako oprávněné, zasloužené a vede ke snížení sebe-hodnoty. Sebe-stigmatizace má negativní dopad na sebeúctu, sebedůvěru, sebehodnocení, sebepojetí a ovlivňuje identitu. Člověk s duševním onemocněním se může cítit méněcenný, společensky nepřijatelný a demotivovaný k naplňování životních cílů, k fungování v důležitých rolích a k léčbě. Vzniká závažná bariéra v přístupu k psychiatrické léčbě v podobě vyhýbání se nebo nadměrného hospitalismu (Corrigan, 2004). Internalizované stigma přispívá ke společenské pasivitě a sociální exkluzi duševně nemocných lidí (Vašků, 2011).

I samotní lidé postižení schizofrenií mohou mít předsudky o duševních chorobách a psychiatrech. Zpravidla mají málo informací o své nemoci a neví, co od sebe mohou čekat. Snížena sebedůvěra, sebe-stigmatizace a vnímané vysoké nároky na adaptaci mohou vést k izolaci, sociálnímu stažení se a tápání v nejistotě. Sebe-stigmatizace tak může bránit nemocné osobě v uzdravení a lepším fyzickém i psychickém stavu. Internalizace společenských předsudků se projevuje v přesvědčení o vlastní slabosti, nedostatku kontroly a neschopnosti zvládat život. Sebevědomí a ochota vyhledat pomoc nebo zůstat v léčbě se snižuje. Člověk se schizofrenií očekává diskriminaci a ve snaze se ochránit omezí sociální interakce na minimum (Watson, & Corrigan, 2002).

2.2.2 Třífázový proces sebe-stigmatizace - „3A“

Internalizace společenských předsudků je postupný, hierarchický, třífázový proces percepčně-kognitivního zhodnocení (viz. Obrázek č.1). V první fázi dochází k **uvědomění si vlastní odlišnosti (awarness)**. Člověk se schizofrenií se cítí být společensky odlišný má duševní onemocnění spojené s negativními předsudky vedoucí k nerovnocennému zacházení. V druhé fázi se společenskými stereotypy **souhlasí (agreement)** a začne je přijímat za své (např. společnost si o duševně nemocných lidech myslí, že jsou nebezpeční a s tímto názorem souhlasí). Ve třetí fázi jedinec aplikuje stereotypy na vlastní osobu, **internalizuje** je do sebepojetí a vlastní identity (**aplication**). O své nebezpečnosti v uvedeném příkladu začne být přesvědčen. Internalizace stereotypů má negativní dopad (**harm**) na sebeúctu, vlastní hodnotu i schopnosti vytyčit si a dosáhnout požadovaných cílů (Corrigan et al., 2012).



Obrázek 1: Třífázový proces vzniku sebe-stigmatizace

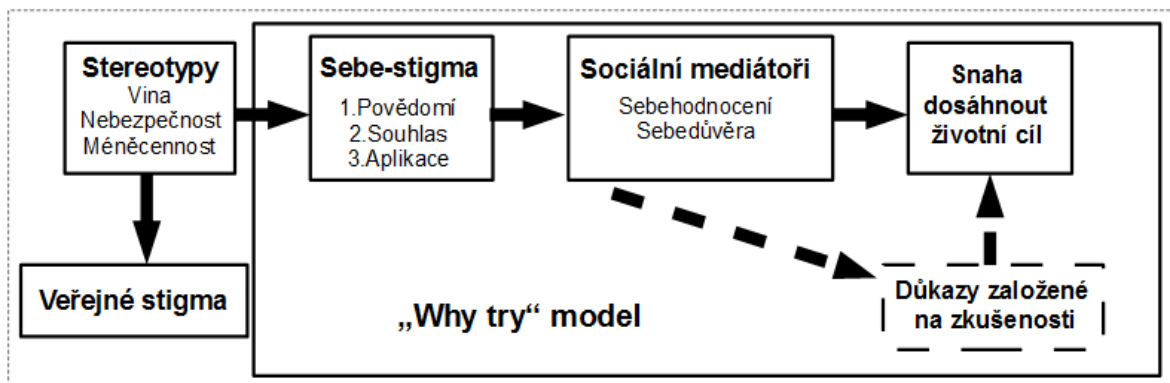
2.2.3 Negativní dopady sebe-stigmatizace

Sebe-stigmatizace přispívá k negativní změně identity duševně nemocného člověka. Ovlivňuje pozitivní vnímání sebe sama, vede ke ztrátě očekávání a pozitivních přesvědčení o vlastní osobě. U pacientů se schizofrenií negativně ovlivňuje efektivitu kombinované psychoterapeutické a farmakoterapeutické léčby. Snížené sebevědomí a sebedůvěra ovlivňují schopnost získat zaměstnání a zapojit se do sociálních vztahů. Jedinec s internalizovanými pocity méněcennosti ztrácí motivaci spolupracovat v léčebné intervenci v domnění, že léčba nemá smysl a nezaslouží si ji (Ocisková et al., 2014). Sebe-stigmatizace vede ke sníženému sebevědomí (Link, & Phelan, 2001), nižší adherenci (Tsang, Fung, & Chung, 2010; Cinculová et al., 2014), snížené kvalitě života (Tang, I-chen., Wu, & Hui-ching, 2012), vyšší míře depresivity (Manos, Rusch, Kanter, & Clifford, 2009), pocitům studu a omezení sociálních interakcí (Kranke, Floersch, Townsend, & Munson, 2010). Malé sebevědomí a nízká sebedůvěra vedou k omezení využívání nových příležitostí podporujících zaměstnanost a nezávislý život. Vnitřní naděje v uzdravení se a dosahování vytoužených cílů je narušeno (Corrigan, & Rao, 2012).

2.2.4 Why try efekt

Sebe-stigmatizace a pocity méněcennosti vedou po čase k otázkám typu „**Why try?**“ tedy proč to zkusit? Duševně nemocný člověk ztrácí smysl svého snažení se zapojit do společnosti. Napadá ho, proč by si měl hledat práci, když je považován za neschopného, nebezpečného a odmítaného člověka. Proč by se měl snažit postarat se o sebe, když není schopný spravovat svůj domov. Lidé s duševní nemocí očekávají vlastní selhání, znevažují se a vyhýbají se situacím, ve kterých předjímají neúspěch (Corrigan et al., 2013). „Why

try“ model zahrnuje proces sebe-stigmatizace a vysvětluje důsledky pasivního nebo vyhýbavého chování. Obrázek č.2 popisuje proces stigmatizace a sebe-stigmatizace vedoucí k otázkám typu „Why try?“ Společenské stereotypy vyvolávají pocity viny, nebezpečí a méněcennost. Dochází k sebe-stigmatizaci, která ovlivňuje sebehodnocení a sebedůvěru. Dopady sebe-stigmatizace vedou k omezené snaze dosáhnout vytyčených životních cílů. Tyto faktory jsou upevňovány opakujícími se neúspěchy v průběhu získávání životních zkušeností (Corrigan, Larson, & Rusch, 2009).



Obrázek 2: Proces sebe-stigmatizace vedoucí k „Why try“ modelu

2.2.5 Intervence snižující sebe-stigmatizaci

Hlavním doporučením v procesu snižování sebe-stigmatizace je orientace na osobní rovinu duševně nemocného člověka. Intervence se zaměřují na zvýšení sebedůvěry, posílení sebepojetí, nácvik pozitivních strategií zvládnání a posílení sociálně podpůrné sítě. Práce se sebe-stigmatizací by měla být součástí každé psychoterapie. Otázky stigmatizace a sebe-stigmatizace by měly být ve středu pozornosti už od počátečních fází léčby, než k procesu sebe-stigmatizace začne docházet, nicméně až v době, kdy se příznaky poruchy zmírní natolik, aby pacient byl schopen spolupráce. Doporučována je zejména Kognitivně-behaviorální terapie zaměřená na přepracování hluboce negativně zakořeněných schémat o vlastní osobě a druhých (Corrigan et al., 2013). Pracuje s psychoedukací a se sebehodnocením na úrovni automatických myšlenek pomocí kognitivní restrukturalizace a behaviorálních experimentů, vlastní akomodací jádrových schémat, která se sebe-stigmatizaci souvisejí, nácvikem komunikace, apod. (Praško et al., 2015). Další doporučení se týkají vytváření sociální sítě, podpůrných skupin pro pacienty i jejich rodiny, aktivního zapojení se do spolků bojujících za práva duševně nemocných lidí (Arenofsky, 2011). Skupinová terapie by se měla orientovat na nácvik pozitivních strategií

zvládání zátěže a stigmatu pomocí efektivních skupinových nácviků. Kognitivně-behaviorální intervence zlepšují sebevědomí, snižují depresivitu a přítomnost pozitivních i negativních symptomů u pacientů se schizofrenií (Knight, Wykes, & Hayward, 2006).

Lucksted, Drapalski, DeForge, & Boyd (2011) vytvořili pilotní projekt s názvem, „Jak ukončit sebe-stigma“ („Ending self-stigma“ = ESS). Devět strukturovaných skupinových setkání se zaměřilo na intervence proti sebe-stigmatizaci u lidí se schizofrenií. Sebe-stigma se po těchto intervencích snížilo, orientace na uzdravení se, se signifikantně zvýšila. Setkání byla zaměřená na nácvik nových strategií pomocí kognitivně-behaviorální terapie. Program zahrnoval edukaci, sebeposílení, změnu stigmatizujícího myšlení, posílení pozitivních aspektů osobnosti, upevnění pocitu sounáležitosti, práce s rodinnými příslušníky, nácvik reakcí na diskriminaci, opakování předchozích naučených strategií a vytvoření osobního plánu uzdravení se. V praxi se tento program na redukci sebe-stigmatizace u lidí trpících schizofrenií ukázal použitelný.

Corrigan a Shaughnessy (2007) doporučují redukovat sebe-stigmatizaci:

- **edukací** pacientů a jejich blízkých (informace o duševní nemoci, příčinách, léčbě, eliminace mýtů, faktorů podporujících sebe-stigmatizaci).
- **bojem proti sociálnímu stigmatu** (advokáti, antidiskriminační skupiny, důležitý přesun pozornosti na zdroj způsobující méněcennost)
- **vědomím, že duševně nemocný člověk není na světě sám** (není nutná izolace, nemusí se skrývat a cítit se odsouzený)
- **vírou v uzdravení se a zlepšení osobní i společenské situace**
- **sdílením příběhů na skupinových setkáních** (poskytují pochopení a oporu)
- **otevřeností ohledně duševního onemocnění** (podělit se o pravdu se svým okolím)
- **odtajněním a neschováváním se v ústraní**

2.2.5.1 Coming out

„Coming out“ představuje proces odtajnění stigmatu duševního onemocnění otevřeně navenek. Organizace gayů, lesbiček, transexuálů a bisexuálů (GLBTQ) definuje coming out jako hrdé vyhlášení vlastní sexuální orientace do světa. To umožňuje znovu získat kontrolu nad svým životem a vede k výrazné úlevě. U lidí se schizofrenií je situace stížená kognitivním narušením vnímání reálného světa, absencí vhledu, nepříjemnými

příznaky onemocnění a omezeným fungováním v důležitých životních oblastech (Corrigan et al., 2013). Proces „coming out“ je pro některé lidi se schizofrenií lákavou představou přinášející úlevu a pocit svobody. Vystoupit navenek z udržovaného tajemství o schizofrenii může být velice osvobozující. Corrigan et al. (2010) na 865 duševně nemocných pacientech zjistili, že strategie „being out,“ (být s tím venku) zmenšuje dopad sebe-stigmatu na kvalitu života.

2.3 Výzkumy sebe-stigmaty u lidí se schizofrenií

2.3.1 Zahraniční studie

Výzkumy z Etiopie, Evropy a Íránu ukazují na vysokou míru sebe-stigmatizace u schizofreniků, která je spojená s nižší adhezí k léčbě (Brohan et al., 2010, Ghanian et al., 2011, Assefa et al., 2012). Lysaker et al. (2010) zkoumali vztah mezi sebevědomím, sebe-stigmatizací, emocionální nepohodou, pozitivními a negativními příznaky a schopností rozpoznat afekt u druhých lidí. Studii realizovali na 78 pacientech se schizofrenií a schizoafektivní poruchou. Všechny sledované faktory významně souvisí se sociální úzkostí, kterou nejvíce predikují negativní příznaky onemocnění. Studie internalizovaného stigmatu u schizofrenních pacientů s klasickými antipsychotiky ukázala negativní vztah mezi sebe-stigmatizací a nežádoucími účinky léčby (Girma et al., 2013).

Kleim et al. (2008) zkoumali vliv vnímaného stigmatu na zvládací strategiemi u 127 lidí se schizofrenií. Negativní vliv sebe-stigmatizace má za následek užívání negativních strategií zvládnání. Pacienti se schizofrenií užívali nejvíce negativní strategie zatajování nemoci a stažení se ze společenského kontaktu. Sebe-stigma a negativní strategie zvládnání ovlivňovaly především sebedůvěru. Krosky a Harkness (2011) zjistili, že nálepka „psychicky nemocného člověka“ má negativní vliv na sebepojetí. Lidé se schizofrenií redukují sebe-stigma negativními strategiemi zvládnání v podobě sociální izolace a stažení se ze společnosti. Chronister, Chou, & Liao (2013) zkoumali zvládací strategie u 101 lidí s vážným duševním onemocněním, kam patří schizofrenie. Z výsledků výzkumu vyplývá, že jedinci užívající negativní zvládací strategie vyhýbání se a utajení nemoci, mají vyšší míru sebe-stigmatu. Za vhodné pozitivní strategie proti sebe-stigmatizaci doporučují strategie výzvy okolí (nenechat si líbit stigmatizaci, otevřeně nesouhlasit se společenskými stereotypy) a edukaci okolí ohledně duševních nemocí

(snaha zabránit negativním představám). Tyto strategie poskytují vážně duševně nemocným lidem protektivní benefity a napomáhají obnově duševního zdraví. Autoři zjistili, že nízká úroveň sociální opory zvyšuje sebe-stigmatizaci. Sebe-stigmatizace má následný dopad na sníženou kvalitu života. Vyšší sociální opora snižuje negativní strategie zvládání v podobě utajování nemoci a sociálního stažení se. Podpůrná sociální síť a pozitivní interpersonální vztahy umožňují nácvik pozitivních strategií zvládání společenského stigmatu (Chronister et al., 2013).

Negativní strategie zvládání (sociální izolace, sociální stažení se, omezení sociálních kontaktů, držení nemoci v tajnosti) zvyšují u lidí se schizofrenií úzkost a podporují vyhybavé chování. Podpůrná sociální síť je postupně redukována, snižuje se pracovní úspěšnost a sebedůvěra. Nízká sebedůvěra má za následek sníženou adherenci v psychologické a farmakologické léčbě schizofrenie (Tsang, Fung, & Corrigan, 2006). Snížená adherence může zvýšit riziko recidivy a počet hospitalizací (Mowbray et al., 2005). Sebe-stigmatizaci a kvalitu života zkoumal u 100 pacientů se schizofrenií Tang et al., (2012). Dle výsledků sebe-stigmatizace negativně koreluje se všemi oblastmi kvality života, kromě škály rezistence vůči stigmatu. Zvyšování rezistence vůči stigmatu vede k utváření pocitu pohodlí a bezpečí, a zvyšuje kvalitu života u lidí trpících schizofrenií. Kondrat (2012) potvrdil negativní vztah mezi sebe-stigmatizací a kvalitou života u duševně nemocných lidí. Čím je vyšší míra sebe-stigmatizace, tím nižší je kvalita života. Redukcí sebe-stigmatu v rámci psychosociálních intervencí se kvalita života a sebehodnocení zlepšilo.

2.3.2 České studie

Vrbová et al. (2014) se zabývali vztahem sebe-stigmatizace a adherence k léčbě u 79 psychoticky nemocných pacientů. V rámci tohoto výzkumu bylo zjištěno, že pohlaví, partnerský vztah, hereditární zátěž, vzdělání, svévolné vysazování léků v minulosti ani subjektivní a objektivní hodnocení aktuální závažnosti psychopatologie nesouvisí s mírou sebe-stigmatizace. Významná souvislost byla nalezena mezi sebe-stigmatizací a adherencí k léčbě. Čím vyšší je sebe-stigmatizace, tím nižší je ochota užívat předepsaná farmaka. Látalová, Kamarádová, & Praško (2014) zjišťovali sebe-stigmatizaci a adherenci k farmakoterapii u 99 pacientů se závažnou psychickou poruchou (onemocnění schizofrenního spektra a bipolární afektivní porucha). Mezi sebe-stigmatizací, věkem,

pohlavím, vzděláním a rodinným stavem nebyl nalezen významný vztah. Vyšší adherence byla u vysokoškolsky vzdělaných pacientů, léky vysazovali mladší lidé ve věku 34 let. Byl prokázán negativní vztah mezi sebe-stigmatizací a adherencí. Závažně nemocní pacienti vysazující medikaci, měli vyšší míru sebe-stigmatizace.

2.3.3 Shrnutí studií o sebe-stigmatizaci

Z výzkumných rešerší na téma sebe-stigmatizace u duševně nemocných lidí se schizofrenií vyplývá, že:

- nežádoucí účinky antipsychotické léčby zvyšují míru sebe-stigmatizace (Girma et al., 2013)
- sebe-stigmatizace má za následek užívání negativních strategií zvládnání (Kleim et al., 2008)
- pacienti se schizofrenií užívají nejvíce negativní strategie zatajování nemoci a stažení se ze společenského kontaktu.
- sebe-stigmatizace a negativní strategie zvládnání měly negativní dopad především na sebedůvěru (Krosky, & Harkness, 2011).
- jedinci užívající negativní zvládací strategie únikových tendencí a utajení nemoci, mají vyšší míru sebe-stigmatu (Chronister, Chou, & Liao, 2013)
- vyšší míra sebe-stigmatizace snižuje kvalitu života (Kondrat, 2012)
- sebe-stigmatizace negativně koreluje se všemi oblastmi kvality života, kromě škály rezistence vůči stigmatu (Tang et al., 2012)
- adherence při užívání medikace je ovlivněna mírou sebe-stigmatizace (Vrbová et al., 2014)

3 Strategie zvládání zátěže

3.1 Vymezení pojmu zvládání

Pojem zvládání (v angličtině coping) vychází z řeckého slova *kolaphus*, v překladu rána ušředřená protivníkovi. Ránu dává obrazně člověk v zátěži, protivníkem je zátěžová situace. Latinský překlad slova *colpus* znamená snahu něco změnit, vyřešit, překonat obtíže (Sharma, 2014). Za autora pojmu zvládání je považován Lois Murphy (1962, in Lazarus, 1966). Maslow vymezuje pojem „*coping behavior*“ jako chování motivované nenaplněnými potřebami zaměřené na zvládnutí požadavků okolí (Maslow, 2000).

Zájem o zvládání zátěže v životě se objevil se vznikem psychoanalýzy. Zájem o interpretaci různých způsobů zvládání zátěže a stresu pochází od Sigmunda Freuda (1856-1939). Freud je přesvědčen o tom, že to, jak člověk zvládá svůj život a jak reaguje na zátěž, je spojeno s obrannými mechanismy lidské psychiky. Obranné mechanismy slouží k ochraně mysli v situacích, jejíž rovnováhu ruší vnitřní dynamické konflikty mezi jednotlivými strukturami mysli (Id, Ego, Superego). Koncept obranných mechanismů rozšířila Freudova dcera Anna Freudová (1895-1982). Popsala nové obrany a rozšířila jejich funkci na ochranu před vnějším světem (Fonagy, & Target, 2005).

Definice strategií zvládání je vymezují jako obecné sklony k chování a prožívání aktivované v situaci s vysokými adaptačními nároky (Blatný, & Osecká, 1998). Jsou formou behaviorální kontroly nad prostředím a snaží se předcházet, zmírnit a odstraňovat nepříjemné podmínky vedoucí k zátěži (Corsini, 1984). Smyslem zvládacích strategií je vypořádat se s hrozbou adaptivním způsobem (Lazarus, 1966). Zvládání závisí na interakci osobnosti člověka s jeho prostředím. Úspěšné pokusy o zvládnutí situace vedou k podpoře budoucích pozitivních strategií. Opakované neúspěšné pokusy a maladaptivní strategie mohou vést k rezignaci na snahu řešit budoucí zátěžové situace. Adaptivní zvládání je chápáno jako flexibilní a efektivní, maladaptivní zvládání je nepřizpůsobivé, rigidní nebo sociálně nežádoucí (Křivohlavý, 1994).

Zvládací strategie lze podle některých autorů rozdělit na **pozitivní** a **negativní** (Janke, & Erdmannová, 2002). Pozitivní strategie vedou ke konstruktivnímu řešení a zvládání doprovodných emočních stavů. Příkladem takových strategií je nadhled, zvýšené úsilí řešit situaci, vyhledávání sociální opory, změna dysfunkčních postojů a přehodnocení priorit a hodnot. Do negativních strategií řadíme pasivní vyhýbání

se situací a jejím řešení, rezignaci, agresi, perseveraci (opakované zabývání se situací, utápění se v problému) a sebeobviňování. Opakované užívání negativních strategií je nefunkční, nebezpečné, nevhodné a poškozující. Volba strategie závisí na zvládacím stylu člověka (vrozená tendence k určitému uvažování a reagování) a repertoáru zvládacích strategií. Strategie zvládání jsou individuální, ale existují rozdíly ve zvládání mezi muži a ženami. Ženy vyhledávají více sociální opory, užívají více únikové strategie. Muži jsou odolnější vůči zátěži a častěji užívají maladaptivní strategie v podobě závislosti na alkoholu a drogách (Urbanovská, 2012). Rozdělení na pozitivní a negativní strategie zvládání je často kritizováno s tím, že co je pozitivní a co negativní, záleží hodně na kontextu situace. Podle Lazaruse a Folkmanové (1984) je vhodnější pohlížet na strategie zvládání jako na kontinuální proces závislý na aktuálním kontextu, přesto, že člověk si v průběhu života vytváří relativně podobný vzorec zvládání stresu, který se mu osvědčil.

3.2 Historický vývoj pohledu na strategie zvládání

Na začátku 20. století definoval Freud obranné mechanismy, které jako koncept předcházejí vzniku konceptu strategií zvládání, protože popisují a interpretují reakci člověka na zátěž. Jde o nevědomý obranný mechanismus reagující na vnitřní sexuálními a agresivními konflikty. Pokud podnět vyvolal výrazný vnitřní konflikt, který by ohrožoval integritu psychiky, obranné mechanismy umožní, aby si jej jedinec neuvědomil. Ego obranné mechanismy tedy představují intrapsychické charakteristiky a jejich úlohou je ochrana psychické integrity (Freud, 1937). Mezi obranné mechanismy řadíme např. popření, vytěsnění, únik do fantazie, sublimaci, reaktivní formaci, projektivní identifikaci, projekci, regresi, racionalizaci, identifikaci (Fonagy, & Target, 2005).

V 60. a 80. letech 20. století vznikl Lazarusův model dvojího zhodnocení v souvislosti s transakčním konceptem zvládání zátěže. Tento přístup klade důraz na transakci mezi situačními, kognitivními a zvládacími faktory. Hlavní roli zaujímají procesy v podobě transakcí. Tyto transakce mohou být pozitivní, irelevantní nebo stresové. Lazarus definuje zvládání jako proces řízení vnějších i vnitřních faktorů na základě kognitivního zhodnocení zisků, ztrát a ohrožení. Zvládání je dynamický, kontinuální, neautomatický proces neustálé interakce mezi člověkem a stresovou situací (Lazarus, 1966). V 90. letech vznikl dnes přijímaný interakční model zvládání se zájmem

o osobnostní a sociálně-kognitivní charakteristiky člověka. Podstatou interakčního modelu je interakce mezi osobnostní charakteristikami a zátěžovou situací (Balaščíková, & Blatný, 2003).

3.3 Strategie zvládání

Lidská odlišnost a odlišnost zátěžových situací neumožňuje vytvořit univerzální a vždy správně strategie zvládání zátěže. Zátěž může být v různých situacích odlišná podle kontextu a rovněž různí lidé mohou na stejnou zátěž reagovat různým způsobem. Model dvojího zhodnocení (Lazarus, 1966) vymezuje dvě základní strategie zvládání. Cílem strategií zaměřených na emoce je regulace emocionálního stavu v zátěži, strategie zaměřené na řešení problému představují konstruktivní snahu řešit danou situaci. Strategie orientované na řešení se uplatňují převážně ve změnitelné a ovlivnitelné situaci. Strategie zaměřené na emoce se uplatňují v situacích nezměnitelných a neovlivnitelných (Křivohlavý, 2009). Lazarus a Folkmanová (1988) považovali fyzickou zdatnost, znalosti, dovednosti, zkušenosti, inteligenci, sociální vazby, odolnost a nezdolnost za důležité osobnostní charakteristiky při zvládání zátěže.

Stona a Neala (1984) doporučují v zátěži strategie odvracení pozornosti od problému, redefinice situace (přisouzení nižší závažnosti), aktivní řešení, emoční uvolnění, sociální podporu, zklidnění těla a mysli, odpočinek, víru a přijetí zátěže jako přirozené součásti života. Carver, Scheier, & Weintraub (1989) vymezují aktivní zvládací strategie zaměřené na problém (plánování, překonávání, sebeovládání), hledání sociální opory, pozitivní reinterpretace, akceptace, zaměření se na jiné aktivity a humor. Paulhanová považuje za důležitou modifikaci pozornosti (strategii vyhnutí se nebo soustředění na zdroj stresu), změnu významu události (pozitivní přístup snižuje tenzi) a modifikaci aktuálního vztahu člověk - prostředí v podobě konfrontace situace a vytvoření akčního plánu (in Křivohlavý, 1994). Neméně důležitá je modifikace chování, zejména zvyšování odolnosti v zátěži, změna hodnocení situace a ventilace emocí (Křivohlavý, 2009).

Hobfoll (1989) považuje za základ zvládání udržení si (zakonzervování) vlastních zdrojů zvládání. Zátěžové situace se dají lépe zvládat také pomocí doplňkových relaxačních technik, meditací, imaginací, nácvikem hlubokého dýchání, tělesným cvičením a odpočinkem (Kebza, 2005). Specifický nácvik strategií zvládání problémů je

součástí kognitivně-behaviorální terapie (Praško et al., 2007). Mezi problematické strategie zvládání patří vyhnout se, únik nebo neřešení zátěžové situace, nedostatečný odhad skutečných situačních rizik, rigidní stereotypní užívání naučených strategií bez modifikace a obměny, které se k situaci nehodí. Naopak nová zkušenost se zvládnutím adaptivně obohacuje výbavu zvládání jedince a zvyšuje budoucí odolnost (Křivohlavý, 2009).

Zvládání zátěže pomocí koncepce deseti „A“ (Patelová, 1994) zahrnuje uvědomění a rozpoznání stresu (awareness), vyhnout se mu (avoidance), předvídání stresu (anticipation), hodnocení stresu (appraisal), naučení se relaxovat, vizualizovat a meditovat (autonomic relaxation), zvládat hněv (anger management), naučení se zásadám asertivity (assertivness), odpouštění (amnesty), změnu pohledu na věc (altering perspective) a využívání dostupné sociální opory (assistance).

3.3.1 Model dvojího zhodnocení v kontextu schizofrenie

Výběr strategií zvládání závisí na kognitivním zhodnocení zátěžové situace. Toto zhodnocení probíhá ve dvou fázích, které v roce 1966 popsal Lazarus. Primární hodnocení (primary appraisal) představuje posouzení závažnosti a ohrožení fyzické i psychické existence člověka, jeho zdraví, sebehodnocení a dalších součástí. Výsledek hodnocení se odehrává v relacích *hrozby* (chápána jako anticipace ztráty), *ztráty* (stresová událost v případě emocionální vazby k objektu ztráty) nebo *výzvy* (možnost zvládnutí se jeví jako obtížná, ale možná). Sekundárního zhodnocení představuje zhodnocení zdrojů zvládání, které má jedinec v zátěžové situaci k dispozici. Lokalizace ohrožujících faktorů a předzvěst vývoje situace je důležitá pro volbu vhodné strategie zvládání. Primární a sekundární zhodnocení je kontinuální proces opakované reflexe předchozích kroků. Cílem je pochopení užití funkčních a nefunkčních strategií, přehodnocení budoucích situací a použití postupů, které budou adaptivní (Lazarus, 1966).

Jedinci, kteří vnímají, že mají zátěžovou situaci pod kontrolou, nereagují typickou stresovou odpovědí. Kognitivní zvládnutí situace zabraňuje rozvoji emoční stresové odezvy v plném rozsahu. Adaptivní formy zvládání volíme v situacích, kdy je pocíťovaná hrozba mírná. S narůstající závažností situace se zvyšuje užití maladaptivních strategií zvládání, které mohou mít patologickou podobu. Zátěžová situace stigmatizace a sebe-stigmatizace je pro lidi trpící schizofrenií primárně hodnocena jako hrozba a ztráta

zároveň. Kognitivní deficity, projevy duševního onemocnění a nežádoucí účinky léčby snižují možnost reagovat na hrozbu adaptivním způsobem. Mnohdy chybí dostatečná podpůrná sociální síť, která by nemocnému člověku pomohla situaci zvládnout. Stigmatizace se pro lidi trpící schizofrenií stává závažným ohrožením bez možnosti situaci svépomocí ovlivnit. Stigma schizofrenie omezuje možnost získat nad negativními celospolečenskými předsudky kontrolu a zvyšuje pocíťovanou bezmoc. Nemocný člověk při sekundárním zhodnocení zjistí, že nemá dostatečné zdroje na zvládnutí stigmatizace duševního onemocnění jinou než maladaptivní formou. Negativní strategie zvládání posilují míru sebe-stigmatizace a ta může být důvodem volby strategií zaměřených na emoce oproti volbě strategií zaměřených na řešení. Ve snaze redukovat nepříjemné a bolestné pocity spojené se stigmatizací a sebe-stigmatizací, volí lidé se schizofrenií nejčastěji únikové strategie, strategie rezignace nebo společenské izolace (Chronister et al., 2013).

3.4 Výzkumné studie strategií zvládání u lidí se schizofrenií

Cooke et al. (2007) zkoumali souvislost vzhledu, stresu spojeného se stigmatem a strategiemi zvládání u 57 lidí se schizofrenií. Zjistili, že povědomí o společenských předsudcích ohledně duševních nemocí je spojeno s větším prožíváním stresu a užíváním negativních strategií zvládání v podobě vyhýbavých a izolačních stylů chování. Strategie zvládání u lidí se schizofrenií v porovnání se zdravou kontrolní skupinou zkoumali Ritsner et al. (2006). Výzkumný soubor se skládal z 237 pacientů se schizofrenií a 175 zdravých lidí. Z výsledku analýz zažívali schizofrenní pacienti oproti zdravé kontrolní skupině vyšší míru emocionálního stresu. Pacienti se schizofrenií užívali 5,5 krát častěji na emoce orientovaný zvládací styl. Zvládání orientované na řešení problémů, sebedůvěra, sociální opora a kvalita života byly významně nižší než u zdravé kontrolní skupiny.

Willis, Shear, Steffen, & Borkin (2002) testovali příčinu nedostatečných zvládacích strategií u lidí trpících schizofrenií. Zjistili, že užívání negativních strategií je ovlivněno deficitem v exekutivních a paměťových funkcích, znemožňují aktivní řešení zátěžových situací. Proto jsou lidé se schizofrenií méně flexibilní v užívání adaptivních strategií zvládání a mohou mít potíže při zvládání duševní nemoci. Rudnick a Martins (2008) zkoumali vztah mezi strategiemi zvládání, závažností pozitivní a negativní symptomatologie a kvalitou života u pacientů se schizofrenií. Zjistili, že úroveň kvality

života a závažnost poruchy souvisí se strategiemi zvládání zaměřenými na emoce a doporučují se v léčebných intervencích zaměřit na jejich redukci. U 198 lidí se schizofrenií nad 55 let věku zkoumali zvládací strategie Cohen, Hassamal, Begumb (2011). Pacienti se schizofrenií nad 55 let věku užívali častěji aktivní zvládací strategie oproti strategii vyhýbání se. Obě tyto strategie měly dopad na pociťovanou kvalitu života.

Rückl et al. (2015) zkoumali užití zvládacích strategií v souvislosti se zvládáním psychotických symptomů u 30 schizofrenních pacientů. Výsledky ukázaly, že schizofrenní pacienti vyhledávají lékařskou pomoc a užívají symptomatické strategie zvládání zátěže. Na rozdíl od pacientů s afektivními poruchami, kteří užívají depresivní styl zvládání, pacienti se schizofrenií se s psychotickou symptomatikou vyrovnávají odlišně (např. nadměrným hospitalismem). Phillips, Francey, Edwards, & McMurray (2009) z metaanalýz 85 studií došli k závěru, že psychoticky nemocní lidé používají nejčastěji jednu až dvě zvládací strategie. Tento omezený repertoár strategií může negativně ovlivňovat zvládání dopadů duševní nemoci. Kommesch, Grosse, Pützfeld, Klosterkötter, & Bechdorf (2015) se zaměřili na zjišťování zvládacích strategií u lidí s vysokou pravděpodobností propuknutí psychózy, pacientů s první epizodou psychózy a pacientů s mnohonásobnými epizodami psychózy. Pacienti, kterým hrozilo propuknutí psychózy užívali maladaptivní strategie zvládání a repertoár strategií byl omezený. Stejný výsledek se týkal skupiny s opakovanými psychotickými epizodami. Pacienti s první atakou užívali pozitivní a negativní strategie stejně často. V raných fázích možného počátku psychózy doporučují poskytování psychologické intervence včetně kognitivně-behaviorální terapie. Včasná intervence je signifikantním prediktorem zlepšení výsledných symptomů.

3.4.1.1 Shrnutí výzkumných závěrů strategií zvládání

Předchozí výzkumy zjistily, že lidé se schizofrenií mají strategie zvládání nedostatečné (Willis et al., 2002). Užívají převážně negativní strategie zvládání, a to vyhýbavé a izolační způsoby (Cooke et al., 2007). Tyto strategie jsou neúčinné a vedou k vyšší míře stresu. Repertoár zvládacích strategií je omezený. Pacienti se schizofrenií užívali oproti zdravé populaci 5,5 krát častěji na emoce zaměřený styl zvládání a mají sníženou sebedůvěru a spokojenost s vlastním životem. Úroveň kvality života a závažnost poruchy souvisí se strategiemi zvládání zaměřenými na emoce (Ritsner et al., 2006). Pacienti disponující širší škálou zvládacích strategií, dosahují kognitivně-

behaviorální terapii zlepšení závažnosti symptomů. Roli v užívání negativních strategií hrají deficity v exekutivních a paměťových funkcích. Lidé se schizofrenií mohou být ve zvládnání méně flexibilní a hůře zvládat dopady onemocnění (Willis et al., 2002).

3.5 Diagnostika strategií zvládnání

Možnosti diagnostiky strategií zvládnání jsou široké. Nejužívanější metody zahrnují:

- Dotazník způsobů zvládnání stresu WCO (Ways of coping) - Lazarus a Folkmanová (1984)
- COPE (Cope Measure na míru zvládnání) - autoři Carver, Scheier (1989)
- Dotazník CI (Cope Inventory)
- CSI-S (Coping strategy Inventory) - Tobin, Halroyd, Reynolds (1984)
- PCI (Proactive Coping Inventory) od Greenglassová
- Dotazník COR-E (The Conservation of Resources Evaluation) od Hobfolla (2000)

V českém prostředí je užívaný dotazník SVF-78. Autoři dotazníku jsou Janke a Erdmannová (2002). Překlad do češtiny a úpravu zajistil Švancara (2003). Dotazník obsahuje 78 položek, je možné ho administrovat ve formě tužka/papír nebo v počítačové formě. SVF-78 měří 13 strategií zvládnání rozdělených na pozitivní a negativní strategie. Do pozitivních strategií patří strategie: podhodnocení, odmítání viny, odklon, náhradní uspokojení, kontrola situace, kontrola reakce, pozitivní sebeinstrukce, potřeba sociální opory, vyhýbání se. Do negativních strategií patří únikové tendence, perseverace, rezignace a sebeobviňování.

4 Kvalita života

4.1 Vymezení pojmu kvalita života

Kvalita života (anglicky quality of life - QoL) se v posledních dvaceti letech stala centrálním cílem zkvalitňování zdravotní péče. Komplexnost tohoto pojmu zahrnuje všechny úrovně bio-psycho-sociálně-spirituální podstaty lidského života. Světová zdravotnická organizace WHO definovala kvalitu života jako individuální vnímání životní pozice v kontextu kultury a hodnotového systému, a v závislosti na cílech, očekávání, standardech a zájmech (Orley, & Kuyken, 1997). Podstatou každodenního hlediska je

soběstačnost a schopnost postarat se o vlastní osobu. Psychologické hledisko zahrnuje míru seberealizace a duševní harmonie. Sociologické hledisko představuje životní úroveň odlišných sociálních skupin (Hartl, & Hartlová, 2009). Kvalita života představuje multidimenzionální koncept fungování člověka v interakci s jeho prostředím a souvisí se subjektivním pocitem osobní pohody a spokojenosti. Pro lékařské účely je užíván pojem kvality života související se zdravím (v angličtině Health-related quality of life). Tento pojem zahrnuje psychologickou pohodu, sociální a emocionální fungování, zdravotní statut, životní spokojenost, sociální podporu a životní standardy pacienta.

Podstatou kvality života je subjektivní a objektivní hledisko hodnocení. Subjektivní hledisko souvisí s individuálními pocity a spokojeností se životem konkrétního člověka. Objektivní hledisko reflektuje objektivní ukazatele zdraví, materiální a sociální životní podmínky (Payne, 2005). „Kvalitu života jedince nelze popsat na něm nezávisle, vždy musíme zahrnout subjektivní hledisko se všemi jeho komplikacemi“ (Libigerová, & Müllerová, 2003, 6). Se subjektivním a objektivním hlediskem korespondují vnitřní a vnější činitelé. Vnitřní činitelé představují somatickou a psychickou výbavu člověka (osobnostní charakteristiky). Vnější činitelé reprezentují ekonomické, sociálně-kulturní, výchovně-vzdělávací, pracovní, materiálně-technické existenční podmínky (Jesenský, 2000). Z pohledu teorie systémů se dá na kvalitu života pohlížet v kontextu makroroviny (kvalita života velkých společenských celků, např. země, kontinentu), mezoroviny (malé sociální skupiny, např. podnik, škola), personální roviny (kvalitu života jednotlivce) a roviny fyzické - objektivně měřitelné ukazatele zlepšení nebo zhoršení, např. chůze před a po operaci kyčle (Bergsma, & Engel, 1988).

4.1.1 Tři komponenty kvality života

Kvalita života podle Katschniga et al. (1997) zahrnuje tři základní komponenty. *Pocit pohody a spokojenosti* s odlišnými životními aspekty. *Fungování v sociálních rolích a kontextuální faktory* (standardy žití, sociální opora). Podstatou léčebných intervencí by měla být orientace na všechny tyto základní aspekty. Některé léčebné intervence se musí zaměřit na oblast psychické pohody (např. formou nasazení antidepresiv). Jiné na fungování člověka v sociálních rolích (trénování sociálních dovedností) a další na podmínky prostředí (pomoc se zajištěním sociálních dávek). Subjektivní pohoda

pacienta je závislá na jeho aktuálním afektivním rozpoložení. Zatímco se afektivní rozpoložení mění v krátkém časovém úseku, změna fungování v sociálních rolích a podmínky prostředí se mění v delším časovém horizontu. Všechny tři komponenty kvality života se navzájem ovlivňují a prolínají. Např. změna v prostředí může mít dopad na subjektivní pohodu a fungování v sociálních rolích. Aktuální pocit pohody může a nemusí ovlivnit podmínky prostředí a to, jak člověk zvládá své sociální role (Katschnig et al., 1997).

4.2 Historický vývoj pohledu na kvalitu života

Pojem kvality života v kontextu sociálně-ekonomického zabezpečení chudých lidí použil roku 1920 poprvé Pigout (Vařurová, & Mühlpachr, 2005). Problematické rozložení finančních zdrojů vedlo ke snížení subjektivní hodnoty obyvatel a problém kvality života byl v popředí zájmu státních příslušníků. Toto ekonomické pojetí vedlo v 60. letech k protestům nově vzniklých sociálních hnutí. Jejich cílem bylo přestat vnímat kvalitu života z pohledu ekonomických faktorů a zaměřit se na sociální faktory a faktory prostředí. Kandidát na amerického prezidenta Johnson (1972) uváděl, že cíle politického snažení se musí měřit v pojmech kvality života obyvatel, nikoli stabilitou bank, jako tomu bylo do té doby (Katschnig et al., 1997).

V medicíně se zájem o kvalitu života objevil v roce 1966 v souvislosti s Elkintonovým lékařským článkem. V tomto článku upozorňuje na nutnost znovuobnovit podstatu lékařských intervencí – harmonii tělesných a duševních pochodů. Problematika onkologických a psychiatrických pacientů přispěla ke snahám o zvyšování kvality života v oblastech negativních lékařských dopadů. Příkladem těchto dopadů jsou nepříjemné vedlejší účinky léků (chemoterapeutik, antipsychotik) snižující kvalitu života. Léčba bez farmakologického zásahu u závažných, rezistentních a chronických stavů je mnohdy nevyhnutelná, proto se stala kvalita života primárním cílem pomáhajících aktivit. V 80. letech 20. století vznikl pojem kvality života spojené se zdravím (HRQoL). Podstata tohoto pojetí zahrnovala objektivní faktory kvality života hodnocené odborníkem a pacientovo subjektivní prožívání nemoci a léčby (Mareš, & Syrovátka 2006). V 90. letech se vývoj obrátil směrem k pozitivním charakteristikám lidského života, které pro oblast medicíny nejsou prozatím uplatnitelné (Libigerová, & Müllerová, 2003). Kvalita života je

v oblasti zdravotnictví oblíbeným a srozumitelným tématem, ve vědecké oblasti byla dlouho považována za vágní a nedostatečně definovaný pojem.

4.3 Pojem kvality života v psychiatrii

Kvalita života je v kontextu psychopatologické symptomatiky specifickým konceptem. Psychopatologická symptomatika má na posuzování životní spokojenosti negativní dopad a může její objektivní podstatu zkreslovat. Např. pacienti s depresí hodnotí svoji životní spokojenost jako horší, maničtí pacienti svoji kvalitu života nadhodnocují. Subjektivní výpověď pacienta je zkreslena poruchou afektivní komponenty. Výzkumné studie uvádějí, že depresivní nálada je silnou determinantou negativního hodnocení kvality života (Mechanic, McAlpine, Rosenfield, & Davis, 1994, Abbey, & Andrews, 1985). U lidí se schizofrenií může být kvalita života zkreslena také pozitivní a negativní psychotickou symptomatikou a kognitivními deficity (Jacobson, Groot, & Samson, 1997). Dopady na kvalitu života psychiatrických pacientů má také antipsychotická léčba, její nežádoucí účinky a úroveň dávkování. Farmakologická léčba je u schizofrenních poruch přesto nezbytnou lékařskou intervencí chránící fungování nemocného člověka v přítomnosti i v budoucnu. Duševně nemocný pacient se musí rozhodnout, jestli odmítnutím léčby zachová aktuální kvalitu svého života nebo užíváním léčby zvýší kvalitu svého života v budoucnu.

S ohledem na širší konceptu kvality života u duševních nemocí se snahy psychiatrie v 80. letech 20. století zaměřily na vývoj adekvátních metod měření. Možné subjektivní zkreslení vlivem duševní poruchy vedlo k zahrnutí subjektivního a objektivního hlediska kvality života do metod měření. Objektivní posouzení pacientovi spokojenosti v kontextu fungování prováděl odborný personál, rodinní příslušníci a pacienti blízké osoby. Příkladem takové měřicí škály je Wisconsin Quality of Life Index W-QLI. Sjednocení subjektivního a objektivního pohledu přináší důležité komplexní posouzení, v praxi se může jevit jako problematické. Výpovědi pacienta a jemu blízkých osob se mohou v mnoha ohledech výrazně lišit. Problematické může být také měření sebepojetí psychoticky nemocných pacientů, které s kvalitou života souvisí. Proměny sebepercepce a sebedůvěry v průběhu duševního onemocnění u lidí se schizofrenií nejsou dostatečně empiricky prozkoumány a posouzení jejich dopadu na kvalitu života je obtížné (Rosenfield, 1992).

4.4 Modely kvality života u lidí se schizofrenií

Se vznikem komunitní péče vznikly také požadavky na měření její efektivity v podobě nárůstu kvality života. Aby mohly být nástroje měření vytvořeny, začaly vznikat modely a konstrukty, které by proces hodnocení životní spokojenosti u lidí se schizofrenií vysvětlily. Tlak na vznik měřících metod přímo pro pacienty se schizofrenií odrážel vznik nových antipsychotik (clozapin, risperidon, olanzapin) s odlišnou účinností a vedlejšími účinky. Zájem o zjišťování kvality života opět vzrostl a byl mu věnován vídeňský kongres Asociace evropských psychiatrů v roce 1994 (Lehman, & Burns, 1996).

4.4.1 Model založený na deficitech v fungování

Autoři modelu Bigelow, Douglas, Marguerite, & Deborah (1990) vychází z pojetí kvality života jako výsledku mezi naplňováním potřeb a vypořádáním se s požadavky společnosti. Společenské uspořádání nabízí jedinci uspokojování jeho potřeb, záleží na schopnostech jedince a jeho psychologických charakteristikách, jak tyto příležitosti využije. Lidé se schizofrenií mají omezené zdroje obohacení a využívání příležitostí. Deficit, který mají, ovlivňuje kvalitu jejich života. Doporučení modelu se vztahuje na kompenzaci nedostatků schopností psychiatrických pacientů, které jsou nemocí a vedlejšími účinky léčby narušeny. Péče může pomoci ve zprostředkování sociálních požadavků, vyhledávání příležitosti a znovu obnově narušených schopností. Na podkladě tohoto modelu vznikl dotazník Quality of Life Questionnaire zaměřený na zjišťování spokojenosti v různých životních doménách u psychiatrických pacientů (Katschnig et al., 1997).

4.4.2 Model vulnerability-stresu-zvládání a kvality života

Skantze et al. (1994) popsali kvalitu života jako dynamický koncept ovlivněný rozdílem mezi osobními očekáváními a pocíťovanou realitou. Životní standardy jedince se utváří v kontextu fyzického, sociálního a kulturního prostředí. Subjektivní hodnocení kvality života pacienta se schizofrenií je závislé více na jeho vnitřním než vnějším světě. Důležitý význam v hodnocení zahrnuje smysl pro dosahování životních cílů. Pacienti se schizofrenií jsou méně odolní proti zátěži, prožívají stres a jejich zvládací strategie jsou

omezené nebo nefunkční. Dopady onemocnění omezují seberealizaci a výslednou kvalitu života snižují.

4.4.3 Integrativní model kvality života pacientů se schizofrenií

Integrativní model je multidimenzionální cirkulární model, který vytvořil Awad, Voruganti, & Heslegrave v roce 1997. Subjektivní vnímání kvality života je založené na výsledné interakci mezi třemi determinantami:

- 1) závažností psychotických symptomů**
- 2) vedlejšími účinky antipsychotické léčby**
- 3) úrovni psychosociálního výkonu**

V procesu vzájemných interakcí jsou také důležité faktory v podobě pacientových zdrojů, sociální sítě, osobnosti, hodnot, osobních stanovisek a postojů. Interakce a propojenost jednotlivých faktorů se projevuje ve výsledné kvalitě života lidí se schizofrenií.

4.4.4 Schopnost zhodnocení kvality života lidmi se schizofrenií

Otázka objektivity posouzení subjektivní kvality života u pacientů se schizofrenií je problematická. Schizofrenie se vyznačuje narušením testování reality, poruchami myšlení, vnímání, kognitivními deficity a všechny tyto faktory mohou ovlivňovat schopnosti hodnocení pacientů. Lehmanův výzkum (1983) prokázal diskrepanci mezi subjektivním hodnocením kvality života a objektivním hodnocením odborníky. Při interpretaci výsledků doporučoval u lidí s vážným duševním onemocněním opatrnost. Skantze et al. (1994) namítá, že lidé se schizofrenií jsou schopni cítit, mají zkušenosti a schopnosti podat výpověď ohledně svých sociálních deficitů. Schopnost podat výpověď o kvalitě života považuje Skantze za zachovanou.

4.5 Výzkumné studie kvality života u schizofrenních pacientů

Skantze, Malm, Dencker, & May (1990) u 84% pacientů se schizofrenií s dobrými fyzickými a sociálními standardy potvrdili nízkou kvalitu života. Životní standardy se ukázaly jako nezávislý faktor životní spokojenosti. Lehman (1983) identifikoval

subjektivní indikátory kvality života jako lepší prediktory globální duševní pohody než objektivní indikátory. Psychotičtí pacienti jsou nejméně spokojeni s financemi, osobním bezpečím (Lehman, Ward, & Linn, 1982), s oblastí práce, pocitů, poskytovanou zdravotní péčí pro duševně nemocné (Skantze, 1990), každodenních aktivit a zdraví (Bobes et al., 1996). Nespokojenost s kvalitou života se u lidí se schizofrenií dotýká většiny životních oblastí.

Hofer et al. (2004) zjistili spokojenost s životy u poloviny respondentů se schizofrenií. Depresivní a úzkostná komponenta ve škále PANSS, parkinsonismus, negativní pocity a vedlejší účinky léčby determinují sníženou kvalitu života. Depresivní symptomy u pacientů se schizofrenií významně ovlivňují úroveň životní spokojenosti (Margariti et al., 2015). Pacienti s komorbidní depresí hodnotí kvalitu života jako nižší, pacienti s menším náhledem na své obtíže jako vyšší (Heyhurst et al, 2014). Šídllová et al., (2010) potvrdili negativní statisticky významný vztah mezi kognitivními dysfunkcemi a kvalitou života u 40 pacientů se schizofrenií oproti zdravé kontrolní skupině. S narůstajícím kognitivním deficitem se snižuje subjektivní hodnocení kvality života.

Barcia, Morcillo, & Borgonós (1995) našli statisticky významnou souvislost mezi typem diagnózy a kvalitou života (reziduální diagnózy horší kvalitu života). Meltzer, Burnett, Bastani, & Ramirez (1990) našli vztah mezi kvalitou života a počtem hospitalizací. Morcillo, Barcia, & Borgonos (1995) a Brown et al. (1996) potvrdili vztah mezi délkou trvání nemoci a kvalitou života (s narůstající délkou onemocnění, klesá kvalita života). Meltzer et al. (1989) měřil kvalitu života u 31 pacientů užívajících clozapin. Kvalita života po šesti měsících léčby se významně zlepšila z 59,9% na 72,2%. Zlepšení bylo patrné v oblasti fungování v sociálních rolích a v interpersonálních vztazích. Sullivan, Wells, Leakce (1992) zjistil negativní korelaci mezi počtem nežádoucích účinků a kvalitou života.

4.6 Nástroje měření kvality života

V 70. a 80 letech 20.století měl vývoj psychiatrických metod na měření kvality života ústřední postavení. Vznikaly škály měřící dílčí aspekty spokojenosti se životem, aniž by tak byly chápány. Do těchto škál řadíme Affect Balance Scale ABS 1969, Quality Well-being life Scale QWBS 1976 a Psychological General Well-being Index PGWB 1984.

V 80. letech se vývoj psychiatrických škál otočil směrem k fungování v každodenních aktivitách (např. škála Sickness Impact Profile SIP 1981, The Nottingham Health Profile NHP 1980, SF-36 (1992)). S narůstajícím zájmem o kvalitu života v medicíně vzniklo na podkladě odlišných koncepcí stovky měřících nástrojů (Katschnig et al., 1997).

V roce 1997 vydala WHO prvním oficiální nástroj měření kvality života s názvem WHOQOL (The World Health Organization Quality of Life). Tento interkulturní nástroj vznikl za spolupráce s patnácti mezinárodními pobočkami. Vznik dalších nástrojů se rozvíjel napříč odlišnými psychiatrickými diagnózami. Každá diagnostická kategorie duševních poruch má své specifické nástroje na měření kvality života. Příkladem nástrojů na měření kvality života u rezistentních psychických poruch jsou: *Community Adjustment Form CAF 1980*, *Quality of Life Check List QLC 1981*, *Satisfaction with Life domains Scale SLDS 1991*, *Oregon Quality of Life Questionnaire 1991*, *Lehman Quality of Life Interview QOLI 1995*, *Client Quality life interview 1986*, *California Well-Being Project Client Interview CWBPCI 1989*, *Lancashire Quality of life Profile LQOLP 1992*, *Quality of Life Self-Assessment Inventory QLSAI 1993*, *Quality of Life Index for Mental health QLI-MH 1993* a také *Quality of life Interview Scale QOLIS 1993* (Katschnig et al, 1997).

V oblasti psychiatrické péče vnikaly nástroje, které měřily celkový profil nebo samostatné indexy kvality života. Metody na podkladě tvorby celkového profilu zahrnují odlišné životní domény. Spokojenost v jedné oblasti neznamena spokojenost v dalších oblastech. Lidé mohou oblastem svého života přisuzovat rozdílnou důležitost, kterou ovlivňuje přítomnost psychické poruchy (Bullinger, 1993). Příkladem profilových nástrojů měření kvality života je dotazník Q-LES-Q (Endicott, Nee, Harrison, & Blumenthal, 1993) užívaný v tomto výzkumu. V českém prostředí je používán sebesuzovací dotazník SQUALA, který zahrnuje komponentu hodnocení důležitosti (Drahomířská, & Škoda 1997).

Nástroje na měření kvality života se dělí podle formálních a obsahových hledisek. Do formálních hledisek řadíme např. dotazníky, sebesuzovací škály, strukturované rozhovory, škály hodnocené jinou osobou. Do obsahových hledisek řadíme obsah měřících nástrojů. Základní oblasti profilových měřících nástrojů zahrnují (Libigerová, & Müllerová, 2003):

- 1) **zdravotní stav** – fyzické zdraví (hodnocení, potíže, léčba), nezávislost, psychické zdraví (diagnóza, potíže, léčba), celkové zdraví (spánek, potíže)

- 2) **každodenní aktivity** – bydlení (vybavení, typ, okolí, s kým žije), jídlo, denní režim (samota, volný čas), sebeobsluha (domácnost, hygiena), práce
- 3) **sociální oblast** – blízké vztahy (rodina, partner, přátelé), širší vztahy (sociální organizace, podpora okolí, služby), socioekonomická pozice (peníze, životní úroveň)
- 4) **vnitřní realitu** – spokojenost, vnitřní zkušenost (svoboda, krása, láska, víra), seberozvoj (vzdělání), bezpečí, sebehodnocení (sebeúcta, seberealizace, užitečnost), kontrola (sebeurčení)

4.6.1 Nástroje měření kvality života u schizofrenních onemocnění

Kvalitu života u lidí se schizofrenií můžeme měřit pomocí nástrojů aplikovaných na jiná psychiatrická onemocnění. Škála pro měření kvality života specificky pro deficity schizofrenního onemocnění se jmenuje *Quality of Life Scale QLS*, autory jsou Douglas, Hanlon, & Carpenter (1984). Kognitivní deficit je posouzen pomocí polostrukturovaného interview prováděného zaškoleným klinickým odborníkem. Škála obsahuje 21 oblastí a odborník hodnotí pacientovo fungování ve všech doménách. Dotazník zahrnuje *běžné všední aktivity, pracovní role, pracovní fungování, pracovní úroveň, obhospodařování každodenních věcí, interpersonální vztahy (domácnost, přátele, známí, sociální aktivity, sociální síť, sociální iniciativa, sociální stažení se, sexuální fungování), smysl, motivace, kuriozity, anhedonie, bezúčelné aktivity, empatii, emocionální interakce, pracovní spokojenost*. Položky se sdružují do čtyř základních oblastí a utváří přehled o intrapsychickém základu fungování, interpersonálních vztazích, instrumentálními rolemi a celkovým skórem. Tato škála je užívána především pro hodnocení psychofarmakologické účinnosti léčby u schizofrenie (Douglas et al., 1984).

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

5 Formulace výzkumného problému

5.1 Cíle výzkumu

Podstatou výzkumného plánu bylo zjišťování vztahu mezi sebe-stigmatizací, kvalitou života, zvládacími strategiemi, demografickými údaji a aktuální závažností psychopatologie u lidí trpících schizofrenií. Výzkumná práce měla stanoveny čtyři základní cíle:

- 1) Zjistit, jaká je míra sebe-stigmatizace duševně nemocných lidí z diagnostické kategorie Schizofrenních, schizotypálních poruch a poruch s bludy F20-F29 (dle MKN-10), a jaký má sebe-stigmatizace vztah k demografickým údajům, k aktuální psychopatologii, ke strategiím zvládání a kvalitě života.
- 2) Zjistit, jaké strategie zvládání užívají pacienti z této skupiny duševních poruch.
- 3) Udělat si představu o tom, jakou kvalitu života lidé z této kategorie poruch mají.
- 4) Zjistit, jak se míra sebe-stigmatizace, strategie zvládání a kvalita života navzájem společně u této skupiny duševně nemocných lidí ovlivňují.

5.2 Výzkumné otázky

1. Jaký je vztah mezi mírou sebe-stigmatizace a demografickými údaji?
2. Jaké strategie zvládání používají muži a ženy z této kategorie duševních poruch nejvíce?
3. Jakou mají kvalitu života muži a ženy z kategorie F20-F29? Liší se tato kvalita života ve srovnání s výsledky zdravé kontrolní populace?
4. Liší se užívání zvládacích strategií podle míry dosaženého vzdělání?
5. Jaký je vztah mezi sebe-stigmatizací a strategiemi zvládání?
6. Jaký je vztah mezi kvalitou života a užíváním pozitivních či negativních zvládacích strategií?

7. Jaký je vztah mezi pocíťovanou sebe-stigmatizací a kvalitou života, a jakou povahu má tento vztah?
8. Existuje vztah mezi závažností aktuální psychopatologie a mírou sebe-stigmatizace?

5.3 Formulace statistických hypotéz

V souvislosti s výzkumnými otázkami byly ke každé z nich stanoveny základní statistické hypotézy, které byly dále konkretizovány v dílčích specifikacích.

1) Hypotézy k výzkumné otázce č. 1

H_{1a}: Existuje statisticky významný vztah mezi sebe-stigmatizací a počtem sourozenců.

H_{1b}: Existuje statisticky významný rozdíl mezi mírou sebe-stigmatizace a rodinným stavem.

H_{1c}: Existuje statisticky významný vztah mezi sebe-stigmatizací a věkem ve směru, že s postupným věkem se sebe-stigmatizace snižuje.

H_{1d}: Existuje statisticky významný rozdíl mezi mírou sebe-stigmatizace mužů a žen.

H_{1e}: Existuje statisticky významný vztah mezi sebe-stigmatizací a věkem počátku nemoci ve směru, že čím dříve duševní porucha vznikne, tím vyšší je míra sebe-stigmatizace.

H_{1f}: Existuje statisticky významný vztah mezi sebe-stigmatizací a délkou trvání duševního onemocnění.

H_{1g}: Existuje statisticky významný rozdíl mezi sebe-stigmatizací a hereditou duševního onemocnění.

H_{1h}: Existuje statisticky významný rozdíl mezi sebe-stigmatizací a úrovní dosaženého vzdělání.

H_{1i}: Existuje statisticky významný vztah mezi sebe-stigmatizací a zaměstnáním.

H_{1j}: Existuje statisticky významný rozdíl mezi sebe-stigmatizací a pobíráním či nepobíráním důchodu.

H_{1k}: Existuje statisticky významný vztah mezi sebe-stigmatizací a počtem hospitalizací.

H_{1l}: Existuje statisticky významný rozdíl mezi mírou sebe-stigmatizace u lidí s partnerem a bez partnera.

H_{1m}: Existuje statisticky významný rozdíl mezi sebe-stigmatizací a aktuální náladou.

H_{1n}: Existuje statisticky významný vztah mezi sebe-stigmatizací a pocíťovanou sociální oporou.

A_{1a-n}: Neexistuje statisticky významný vztah mezi sebe-stigmatizací a vybranými demografickými údaji.

Konkretizace jednotlivých hypotéz:

H1_a: Pacienti bez partnera, se sebe-stigmatizují více¹

H1_e: Pacienti, u kterých začala porucha v časnějším věku, se více sebe-stigmatizují²

H1_h: Míra sebe-stigmatizace se snižuje s výší dosaženého vzdělání³

2) Hypotézy k výzkumné otázce č. 2

H_{2a}: Existuje statisticky významný rozdíl v užívání pozitivních strategií zvládání u mužů a žen.

H_{2b}: Existuje statisticky významný rozdíl v užívání negativních strategií zvládání u mužů a žen.

A_{2a-b}: Užívání pozitivních a negativních zvládacích strategií se u mužů a žen neliší.

3) Hypotézy k výzkumné otázce č. 3

H_{3a}: Existuje statisticky významný rozdíl v pocíťované kvalitě života u mužů a žen.

A_{3a}: Kvalita života u mužů a žen se neliší.

1 Tato hypotéza má oporu ve studii Kamarádová et al. (2014)

2 Tato hypotéza má opory ve studii Kamarádová et al (2014)

3 Tato hypotéza má oporu ve studiích Ustündağa, Kesebira (2013), Girmy et al. (2013)

H_{3b}: Kvalita života se u lidí se schizofrenií statisticky významně liší od kvality života zdravé kontrolní populace.

A_{3b}: Kvalita života u lidí se schizofrenií a zdravé kontrolní populace se statisticky významně neliší.

4) Hypotézy k výzkumné otázce č. 4:

H_{4a}: Existuje statisticky významný rozdíl mezi úrovní dosaženého vzdělání a užíváním pozitivních zvládacích strategií.

A_{4a}: Užívání pozitivních zvládacích strategií se v závislosti na dosaženém vzdělání neliší.

H_{4b}: Existuje statisticky významný rozdíl mezi úrovní dosaženého vzdělání a užíváním negativních strategií zvládnání.

A_{4b}: Užívání negativních zvládacích strategií se v závislosti na dosaženém vzdělání neliší.

5) Hypotézy k výzkumné otázce č. 5

H_{5a}: Existuje statisticky významný vztah mezi sebe-stigmatizací a negativními strategiemi zvládnání ve směru, že čím více jsou užívány tyto strategie, tím vyšší je míra sebe-stigmatizace.

A_{5a}: Neexistuje statisticky významný vztah mezi sebe-stigmatizací a negativními strategiemi zvládnání.

H_{5b}: Existuje statisticky významný vztah mezi sebe-stigmatizací a pozitivními zvládacími strategiemi ve směru, že čím více jsou užívány tyto strategie, tím nižší je míra sebe-stigmatizace.

A_{5b}: Neexistuje statisticky významný vztah mezi sebe-stigmatizací a pozitivními strategiemi zvládnání.

Konkretizace hypotézy:

H_{5a}: Pacienti se zvládacími strategiemi zaměřenými na emoce (únikové tendence, izolace) mají vyšší míru sebe-stigmatizace.⁴

6) Hypotézy k výzkumné otázce č. 6

H_{6a}: Existuje statisticky významný vztah mezi pozitivními zvládacími strategiemi a kvalitou života ve směru, že čím více jsou užívány pozitivní strategie zvládání zátěže, tím vyšší je výsledná kvalita života.

A_{6a}: Neexistuje statisticky významný vztah mezi pozitivními zvládacími strategiemi a kvalitou života.

H_{6b}: Existuje statisticky významný vztah mezi negativními zvládacími strategiemi a kvalitou života ve směru, že čím více jsou užívány negativní strategie zvládání zátěže, tím nižší je kvalita života.

A_{6a}: Neexistuje statisticky významný vztah mezi negativními zvládacími strategiemi a kvalitou života.

7) Hypotézy k výzkumné otázce č. 7

H₇: Existuje statisticky významný vztah mezi mírou sebe-stigmatizace a kvalitou života ve směru, že čím vyšší je míra sebe-stigmatizace, tím nižší je kvalita života.

A₇: Neexistuje statisticky významný vztah mezi kvalitou života a sebe-stigmatizací.

8) Hypotézy k výzkumné otázce č. 8

H_{8a}: Existuje statisticky významný vztah mezi aktuální objektivní psychopatologií a mírou sebe-stigmatizace.

A_{8a}: Neexistuje statisticky významný vztah mezi aktuální objektivní psychopatologií a mírou sebe-stigmatizace.

H_{8b}: Existuje statisticky významný vztah mezi aktuální subjektivní psychopatologií a mírou sebe-stigmatizace.

⁴ Tato hypotéza má oporu ve studii Ocisková et al. (2014), Kleim, & Vauth (2008)

A_{8b}: Neexistuje statisticky významný vztah mezi aktuální subjektivní psychopatií a mírou sebe-stigmatizace.

Konkretizace dílčích hypotéz

H_{8a-b}: Míra sebe-stigmatizace narůstá se závažností psychopatie⁵

5.4 Praktický význam výzkumu

Podrobné zmapování problematiky sebe-stigmatizace, strategií zvládnání zátěže a kvality života u všech skupin duševních onemocnění, je důležitou součástí pochopení dalších náležitostí a procesů, které mohou vést k efektivním návrhům vhodných léčebných intervencí na redukci stigmatizace a sebe-stigmatizace. Lidé se schizofrenií tvoří specifickou skupinu závažných psychických poruch, u kterých jsou vzájemné vztahy těchto tří proměnných stále nedostatečně prozkoumané. Praktický význam tohoto výzkumu spočívá v pochopení těchto vztahů a zjištění, jaké vlivy je třeba při redukci sebe-stigmatizace eliminovat v rámci podpory a obnovy duševního zdraví. Výsledky této výzkumné práce mohou přispět k podpoře destigmatizačních intervencí a v boji proti stigmatu duševní nemoci na osobní a veřejné úrovni.

6 Popis metodologického rámce a použitých metod

Pro tento druh výzkumu byl použit *kvantitativní výzkum (neexperimentální výzkumný plán)*, konkrétně *korelační studie* zaměřená na zjišťování existence a těsnosti vztahů mezi proměnnými. Korelační studie si mimo jiné neklade za cíl zjistit příčiny jevů, jako je tomu např. u experimentů, ale pomáhá stanovovat efektivní predikci sledovaných jevů, což je pro účel mého výzkumu žádoucí. Pro účely zjišťování vztahů mezi proměnnými byly použity standardizované metody měření (Ferjenčík, 2000).

⁵ Tato hypotéza má oporu v metanalýze Livingstona (2012), ve studii Vrbové et al. (2014), Kamarádové et al. (2014).

6.1 Definice proměnných

1) **nezávisle proměnná** - *pohlaví, dosažené vzdělání, věk, heredita, počátek nemoci, délka trvání nemoci, partnerství, rodinný stav, zaměstnání, důchod, počet hospitalizací, aktuální psychopatologie dle CGI (subjektivní i objektivní), aktuální nálada, pocíťovaná sociální opora, počet sourozenců.*

2) **závisle proměnná** - *míra pocíťované sebe-stigmatizace, hodnota kvality života, zvládací strategie.*

3) **intervenující proměnné** – *čas, denní a roční doba*, kdy respondenti vyplňovali dotazník (ten nebyl možný eliminovat jinak, než snahou o vysoký počet osob ve vzorku), *podmínky zadávání* (před terapií/ návštěvou lékaře, či po návštěvě lékaře), *zadávatel osoba* (ta byla v rámci výzkumu vždy odlišná, jelikož z časových a organizačních důvodů nebylo možné zadávat dotazníky osobně konkrétním pacientům), *prostředí zadávání* (ambulance, čekárna, stacionář), *místo vyplnění* (v čekárně, doma, ve stacionáři), *město zadávání* (bylo také vždy odlišné díky spolupráci kolegů psychiatrů z různých měst a krajů v rámci ČR; tento fakt mohl umocňovat rozdíly v jednotlivých proměnných např. vlivem kvality poskytované péče duševně nemocným lidem v regionu).

6.2 Operacionální definice pojmů

Pro správné testování hypotéz je důležité si vymežit definice základních pojmů, se kterými se ve výzkumu setkáváme.

- **Sebe-stigmatizace** = k sebe-stigmatizaci dochází, když pacienti souhlasí a internalizují společenské stereotypy ohledně duševního onemocnění. Aby se mohla u člověka rozvinout sebe-stigmatizace, musí si být dotyčný vědom existujících společenských stereotypů, které popisují stigmatizovanou skupinu duševně nemocných lidí (např. „*Lidé s duševním onemocněním si mohou za svou poruchu sami*“), s těmito stereotypy musí souhlasit („*Je pravda, že lidé s duševním onemocněním si mohou za svoji poruchu*“), a následně je musí tato osoba aplikovat na svou vlastní osobnost, na své vlastní já - „*Jsem duševně nemocná, takže si mohu za svoji poruchu sama*“ (Corrigan et al., 2009).

- **Strategie zvládání** = v anglickém jazyce copingové strategie; schopnost člověka vyrovnat se (adekvátně) s nároky, které jsou na něj kladeny, případně zvládat nadlimitní zátěže, může mít i podobu změny vnímání situace nebo změny postoje – zvládání stresu (Hartl, & Hartlová, 2009). Termín je odvozen od řeckého *kolaphus* – rána uštědřená protivníkovi v boxu. Tím, kdo tuto ránu dává, je člověk, který se do těžké životní situace – do stresu – dostal (Křivohlavý, 2009). Jedná se o způsoby vyrovnávání se se zátěžovými situacemi, jsou buď uvědomované (zvyšování informovanosti, přímá činnost, utlumení, žádost o pomoc,...) nebo neuvědomované (ego obranné mechanismy – popření, potlačení, regrese,...) (Vágnerová, 2008).
- **Kvalita života** = anglicky quality of life; vyjádření pocitu životního štěstí; k nejobecnějším znakům patří soběstačnost při obsluze vlastní osoby a pohyblivost; psychologicky jako míra seberealizace a duševní harmonie čili míra životní spokojenosti a nespokojenosti; sociologicky jako pocity a životní úroveň speciálních skupin, jako jsou staří lidé, příslušníci etnických a jiných minorit čili hledisko jejich možnosti volby; lékařsky na jaké úrovni a s jakým omezením žijí lidé s chronickými chorobami; individuálně kvalitu života zvyšují, především ve stáří, plánované tělesné a duševní činnosti, aktivní životní styl (Hartl, & Hartlová, 2009).

6.3 Použité metody

Sběr dat byl realizován v rámci sestaveného dotazníku pro účely tohoto výzkumu, který se skládal ze třech standardizovaných výzkumných metod. V úvodu dotazníku bylo popsáno, čeho se výzkum týká, že je zcela dobrovolný, anonymní, že mohou respondenti kdykoliv odstoupit, dále byla uvedena časová náročnost vyplnění, informace o nakládání se získanými údaji. Následovalo hodnocení klinického dojmu pacienta jeho psychiatrem (tzv. CGI objektivní = celkový klinický dojem), který na sedmi bodové škále zakroužkoval, jaká je aktuální psychopatologie dotyčného pacienta (až po vyplnění dotazníku pacientem). Pacienti jako první vyplňovali část sociodemografických údajů, které zjišťovaly věk, pohlaví, rodinný stav, zaměstnání, vzdělání, sourozence, pořadí narození, psychické potíže, které pacient má (jeho pojmenování diagnózy), heredita duševní nemoci v rodině, hospitalizace a jejich počet, pravidelnost užívání léků, sociální oporu a aktuální náladu, včetně hodnocení subjektivního aktuálního stavu své patologie

(tzv. CGI subjektivní). Po vyplnění těchto údajů následoval dotazník ISMI na zjišťování míry sebe-stigmatizace, dotazník SVF-78 na strategie zvládnání a dotazník Q-LES-Q na kvalitu života.

6.3.1 Stupnice CGI objektivní

Jedná se o posuzovací stupnici známou jako Clinical Global Impression, jejíž autor je Guy (1976). Tato škála slouží k hodnocení aktuální závažnosti psychopatologie příslušného pacienta, kde lékař (psychiatr) na základě svých zkušeností označí na škále 1-7 aktuální závažnost. Položky vypadají následovně:

- **1 = pacient je normální**, není vůbec duševně nemocný, dobrá úroveň fungování, symptomy poruchy se v posledních sedmi dnech neobjevily
- **2 = hraničně duševně nemocný**, zůstávají některé nepatrné příznaky podezřelé patologie
- **3 = lehce / mírně duševně nemocný**, jasně prokázané symptomy s minimálními, pokud vůbec nějakými problémy v sociální oblasti nebo pracovním fungování
- **4 = přiměřeně / poměrně duševně nemocný**, neskrývané a zjevné symptomy způsobující znatelné, ale nevelké funkční poškození, úroveň symptomů může vyžadovat medikaci
- **5 = zřetelně a výrazně duševně nemocný**, rušivé a obtěžující symptomy, které zcela jasně narušují sociální a pracovní fungování nebo způsobují rušivý stupeň stresu
- **6 = vážně / těžce duševně nemocný**, narušující patologie, chování a fungování je opakovaně ovlivněno symptomy, může být potřebná pomoc a asistence ze strany jiných lidí
- **7 = patří k nejvíce duševně nemocným pacientům**, patologie drasticky zasahuje do hodně oblastí životního fungování, až ztráta schopnosti fungování, možná hospitalizace

6.3.2 Stupnice CGI subjektivní

Subjektivní posouzení vlastní aktuální patologie se také skládá ze sedmibodové stupnice, která koresponduje s objektivním klinickým dojmem lékaře. Její položky jsou:

- **1 = normální, bez známek psychické nemoci**
- **2 = mám nepatrné psychické potíže**
- **3 = prožívám mírné známky duševní nemoci**
- **4 = jsem nyní středně silně psychicky nemocný/á**
- **5 = jsem zcela zřetelně psychicky nemocný/á**
- **6 = jsem vážně/těžce duševně nemocný**
- **7 = jsem úplně nejvíc psychicky nemocný/á**

6.3.3 SVF 78 = dotazník na strategie zvládání stresu

Autory tohoto dotazníku jsou Janke, & Erdmannová (2002), překlad a úprava do češtiny Švancara. Dotazník SVF umožňuje zachytit variabilitu způsobů, které jedinec rozvíjí a uplatňuje při zpracování a zvládání zátěžových situací. Obsahuje celkem 13 škál, které umožňují analýzu strategií směřujících k redukci stresu (pozitivní strategie) nebo vedoucích k zesílení stresu v rámci negativních strategií (Švancara, 2003).

1. **Podhodnocení** – tendence přisuzovat si menší míru stresu ve srovnání s ostatními, dochází k podhodnocení vlastních reakcí nebo k jejich příznivějšímu hodnocení.
2. **Odmítání viny** – nepřebírání vlastní odpovědnosti za zátěž, defenzivní přístup
3. **Odklon** – odklon od činností a situací vztahující se ke stresu, případně příklon k situacím neslučitelných se stresem. Tendence odvrátit zátěž či navodit stavy zmírňující stres (např. humor)
4. **Náhradní uspokojení** – sklon obrátit pozornost k pozitivním aktivitám, jednání zaměřené na kladné city, které nemají souvislost se stresem a vedou k sebeposílení vnějšími odměnami (např. jídlo, nákupy)

5. **Kontrola situace** – tendence získat kontrolu nad situací, analýza situace, plánování opatření a aktivní zásah do situace. Tato forma zvládnání je považována za konstruktivní.
6. **Kontrola reakcí** – kontrola nad svými reakcemi, tedy nedovolit, aby ke vzrušení došlo, případně je na sobě nedát znát, nebo již vzniklému vzrušení čelit.
7. **Pozitivní sebeinstrukce** – sklon přisuzovat kompetenci sám/a sobě, dodávat si odvalu, zachovat si kladný postoj a myšlenky zvyšující sebedůvěru, vydržet, případně sugesci nevzdat se.
8. **Potřeba sociální opory** – tendence vyhledávat sociální oporu či pomoc, mohou být znakem pasivně rezignačních postojů, nebo aktivního vyhledávání konkrétní podpory při řešení problému.
9. **Vyhýbání se** – zahrnuje tendenci vyhnout se aktuální zátěži a zároveň snahu či předsevzetí zamezit dalším podobným situacím
10. **Úniková tendence** – tendence maximálně vyváznout ze stresové situace, což vede ke snížené schopnosti situaci čelit, díky čemuž má tento aspekt rezignační ráz.
11. **Perseverace** – prodloužené přemítání o situaci, myšlenková upoutanost v prožívané zátěži, negativní myšlenky na stresovou situaci se člověku neustále vnučují a zabírají tak kapacitu myšlení.
12. **Rezignace** – pocity subjektivního nedostatku schopností zátěžovou situaci zvládnout, což je doprovázeno pocity bezmoci a beznaděje. Jedinec se vzdává, aniž by se dále snažil situaci zdolat.
13. **Sebeobviňování** – sklon ke sklíčenosti a k přisuzování chyb souvisejících se stresovou situací vlastnímu jednání.

Všechny strategie zvládnání tvoří ve výsledku čtyři základní kategorie:

Pozitivní strategie - Opatření směřují k redukci stresu a jsou k tomu principiálně vhodné:

- **POZ 1 Strategie podhodnocení a odmítání viny** (subtest 1, 2)

- **POZ 2 Strategie odklonu** (subtest 3, 4)

- **POZ 3 Strategie kontroly** (subtest 5, 6, 7)

Negativní strategie - Nepříznivé strategie, které spíše zesilují stres, jehož součástí jsou subtesty: 10 - Úniková strategie, 11 - Perseverace, 12 - Rezignace, 13- Sebeobviňování)

Zvláštností je, že subtest 9, který se nazývá Vyhýbání se, není započítán ani do pozitivních, ani do negativních strategií zvládnání, jelikož autoři tuto strategii považují za nejasnou z hlediska jejího zařazení. Existují životní situace, kdy má právě vyhýbání důležitou protektivní hodnotu před příliš zatěžujícími nároky dané situace (Janke, & Erdmannová, 2002).

6.3.4 Q-LES-Q

Jedná se o dotazník měřící kvalitu života (prožívání radosti a spokojenosti ze života, v překladu Quality of Life Enjoyment and Satisfaction), jehož autorkou je profesorka klinické psychologie Jean Endicott. Validizaci má tento dotazník prozatím pouze na osobách s depresivní poruchou, a byla provedena v České republice v roce 2001 Müllerová a Libigerová. Tento dotazník je využíván pro hodnocení kvality života i u panických, posttraumatických stresových poruch, schizofrenie, bipolárně afektivních poruch, lidech závislých na alkoholu a u mnoha dalších, i když na těchto skupinách osob validizován nebyl – validizace proběhla v zahraničí na afektivních a úzkostných duševních poruchách (Libigerová, & Müllerová, 2003).

Tato metoda se skládá celkem z 93 otázek, jejichž spokojenost s jednotlivými osmi oblastmi vyjadřují pacienti na pětibodové hodnotící škále včetně hodnocení užívání léků a celkové spokojenosti. Dotazník Q-LES-Q se skládá z osmi oddílů zaměřujících se na: *fyzické zdraví* (13 otázek), *pocity* (14 otázek), *pracovní aktivity* (13 otázek), *péče o domácnost* (10 otázek), *studijní aktivity* (10 otázek), *využití volného času* (6 otázek), *sociální vztahy* (11 otázek) a *souhrnný pohled na kvalitu života* (16 otázek). Všechny otázky jsou určeny k samostatnému vyplnění respondentem. Test-retestová reliabilita byla provedena na 54 pacientech, přičemž korelace uvnitř skupin byla od 0,63 do 0,89, vnitřní konzistence testu byla 0,90 (Katschnig et al., 1997).

6.3.5 ISMI

Dotazník ISMI (v překladu Internalized stigma od mental illnesses) obsahuje celkem 29 položek škály Lickertova typu a měří sebe-stigmatizaci u osob

s psychiatrickými poruchami. Výsledky validizace ukázaly, že ISMI má vysokou vnitřní konzistenci a test-retestovou reliabilitu (Cronbachova alfa=0,89, test-retest $r=0,92$). Dotazník ISMI pozitivně koreluje s vyšší depresivitou, nižším sebevědomím a větší závažností symptomů (Ritcher et al., 2003). Tato škála se skládá z pěti oblastí, kam patří oblast *odcizení se = alientation* (zda a nakolik se pacient domnívá, že kvůli poruše, kterou trpí, není plnohodnotným členem společnosti a je z ní vyčleněný), *souhlas se stereotypy = stereotypes* (měří míru, v níž jedinec souhlasí s rozšířenými stereotypy o lidech s psychickou poruchou), *diskriminace = discrimination* (zaměřuje se na pacientovo hodnocení chování lidí z okolí vůči němu s předpokladem, že vědí o jeho psychické poruše, *sociální stažení se = social withdraw* (vyhýbání se kontaktům s druhými lidmi ve snaze nezatěžovat je svými duševními problémy) a *odolnost proti stigmatu = stigma rezistence* (hodnocení stupně, v němž je pacient schopen nepodlehnout stereotypům a sebe-stigmatizaci, jedná se o inverzní škálu). Tato metoda byla do českého jazyka přeložena Dostálovou a Dostálem, a standardizaci škály ISMI provedla Ocisková s Praškem et al. (2014).

6.4 Metody výběru vzorku

Výzkumný soubor se skládá z psychicky nemocných mužů a žen ve věku nad 18 let, kteří v rámci Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize spadají do diagnostické kategorie *Schizofrenie, schizoformní poruchy a poruchy s bludy (F20-F29)*. Jedná se o ambulantní pacienty psychiatrických ordinací spolupracujících psychiatrů z různých měst. Z hlediska výběru respondentů byl z důvodů nedostupnosti údajů ohledně počtu pacientů z kategorie F20-F29, a také komplikované dostupnosti přesného výčtu jednotlivých psychiatrů pracujících s duševně nemocnými lidmi v jednotlivých krajích, včetně konkrétní práce s psychotickými klienty, použit ***příležitostný výběr v kombinaci se záměrným výběrem***. I přes značnou nereprezentativnost těchto výběrů vzorku byla snaha tento nedostatek vyvážit dostatečně velkým vzorkem respondentů z této diagnostické kategorie.

6.5 Kritéria pro zařazení pacientů do výzkumu

Základním kritériem týkajícím se všech skupin duševně nemocných respondentů bylo zejména jejich ambulantní navštěvování svého ošetřujícího lékaře psychiatra, tzn. bez aktuálně hospitalizovaných pacientů s akutními psychickými potíží. Důvodem vyloučení akutní dekompenzace bylo možného zkreslení výpovědí v dotaznících předpoklad, že v průběhu hospitalizace mohou některá oddělení a kliniky vést pokročilé specializované programy proti sebe-stigmatizaci, které by přirozený výsledek ve škále ISMI zkreslily. Dalším z kritérií byla zejména aktuální závažnost pacientovi psychopatologie hodnocené jeho lékařem (CGI objektivní), která nesměla přesáhnout číslo šest, tedy vážně/těžce duševně nemocný. Toto kritérium bylo dáno z toho důvodu, že pacienti, kteří vykazovali psychopatologii závažnější, by nebyli pravděpodobně schopni tento dlouhý dotazník vyplnit a navíc by to vůči nim bylo neetické. Do výběrového souboru byli bráni pacienti nad 18 let věku, kteří měli dle MKN-10 diagnostikovanou některou z poruch z kategorie *Schizofrenie, schizoformní poruchy a poruchy s bludy (F20-F29)*. Důležitým kritériem byla také svéprávnost pacientů, jelikož v případě jejich nesvéprávnosti bychom museli o souhlas s účastí ve výzkumu žádat jejich zákonné zástupce. Přehled všech kritérií je obsažen v Tabulce č.4.

Vstupní kritéria	Vylučovací kritéria
<ul style="list-style-type: none">▪ Věk 18 – neomezeně let▪ Splnění diagnostických kritérií dle MKN-10 pro diagnostickou kategorii <i>Schizofrenie, schizoformní poruchy a poruchy s bludy (F20-F29)</i> – určeno ošetřujícím psychiatrem▪ Aktuální psychopatologie hodnocená ošetřujícím psychiatrem pouze v rozmezí 1-6 včetně, nesměla být tedy přítomna nejzávažnější úroveň patologie▪ Ambulantní pacienti▪ Svěprávní pacienti▪ Nepsaný informovaný souhlas s výzkumem	<ul style="list-style-type: none">▪ CGI obj = 7▪ Aktuální hospitalizace na klinice▪ Pacienti zbavení svéprávnosti

Tabulka 4: Vstupní a vylučovací kritéria pro výběr respondentů

6.6 Sběr dat a technické provedení výzkumu

Ve snaze získat co nejvíce dat od různých lékařů z různých krajů a měst České republiky, byl použit webový portál www.znamylekar.cz, který sloužil jako seznam dostupných jmen a kontaktů na psychiatry v České republice. U psychiatrů, kde kontakt uveden nebyl, bylo jejich jméno zadáno do webového vyhledávače, který se 100% úspěšností na příslušného psychiatra našel jeho e-mailovou adresu nebo telefonní kontakt. Na všechny tyto získané e-mailové adresy byl rozeslán e-mail v podobě prosby o spolupráci při sběru dat. Následně jsem kolegům psychiatrům, kteří měli zájem o spolupráci, poslala příslušný počet požadovaných dotazníků, na kterých jsme se společně domluvili, a to poštovní cestou. Někteří kolegové chtěli před souhlasem s pomocí vidět elektronickou formu dotazníku, což jim bylo umožněno. Dále byli kolegové psychiatři osloveni na Psychofarmakologické konferenci v Jeseníku 2014, kde byli formou letáčků požádáni o pomoc při sběru dat. Tento způsob se ovšem nezdál příliš efektivní a touto cestou oslovil pouze dva ochotné psychiatry. Všem kolegům psychiatrům, kteří se spoluprací souhlasili, byly průběžně rozeslány dotazníky, a to v únoru-březnu 2014 s tím, že na sběr dat měli stanovený čas do konce října. Na konci září pak byli znovu osloveni o zaslání nasbíraných dat zpět. Spolupracujícím kolegům byla jako poděkování zaslána malá bonboniéra, přislíbeno poděkování a potvrzení spolupráce v případně vzniklých vědeckých člancích a nabídnuto bylo uhrazení nákladů za poštovné při zaslání dotazníků zpět. Přehled celkového počtu oslovených psychiatrů, spolupracujících kolegů, rozeslaných dotazníků a získaných vyplněných dotazníků, je uveden v Tabulce č. 5. Data byla sbírána pro všechny kategorie duševních onemocnění, telefonický kontakt o spolupráci nebyl využit u žádného oslovení.

Organizace sběru dat	Výsledné počty
▪ Oslovení psychiatřů	▪ 140
▪ Spolupracující psychiatři	▪ 25
▪ Spolupracující psychiatři, kteří poslali zpět dotazníky	▪ 20
▪ Odeslaných dotazníků	▪ 1045
▪ Navracených dotazníků	▪ 418
▪ Navracených dotazníků F00-F09	▪ 13
▪ Navracených dotazníků F10-F19	▪ 10
▪ Navracených dotazníků F20-F29	▪ 115
▪ Navracených dotazníků F30-F39	▪ 97
▪ Navracených dotazníků F40-F48	▪ 159
▪ Navracených dotazníků jiné kategorie	▪ 6
▪ Použitelných dotazníků F20-F29	▪ 109
▪ Vyplněných celých dotazníků F20-F29	▪ 101
▪ Částečně vyplněných dotazníků F20-F29 (např. 1 test ze 3)	▪ 8

Tabulka 5: Přehled organizační povahy výzkumu

6.7 Časový harmonogram

Příprava a realizace výzkumu probíhala od listopadu 2013 do listopadu 2015. V průběhu přípravy bylo nutné specifikovat výzkumný plán, stanovit výzkumné cíle, hypotézy, otázky, sestavit dotazník, dotazníky v příslušném počtu vytisknout, připravit propagaci spolupráce na konferenci v Jeseníkách, oslovit kolegy psychiatry, zaslat jim požadované podklady, domluvit spolupráci, připravit a rozeslat dotazníky, kontaktovat kolegy při zaslání dat zpět, uhradit náklady za poštovné, kolegům za spolupráci poděkovat, dotazníky roztřídit podle diagnóz, označit, zadat do počítače a provést statistickou analýzu. Přehled jednotlivých fází je uveden v Tabulce č. 6.

Aktivita / datum	12/2013-1/2014	2-3/2014	4-12/2014	1-2/2015	3-4/2015
▪ Příprava dotazníků	X				
▪ Oslovení psychiatrů	X	X			
▪ Rozeslání dotazníků, osobní předání	X	X			
▪ Osobní návštěva psychiatrů	X	X			
▪ Průběžná komunikace se spolupracujícími kolegy			X	X	
▪ Rešerše literatury			X	X	
▪ Sběr podkladů a zdrojů	X	X	X	X	
▪ Kontaktování kolegů ohledně konce testování				X	
▪ Osobní či poštovní sběr vyplněných dotazníků				X	X
▪ Statistická analýza dat					X

Tabulka 6: Časový harmonogram výzkumu

6.8 Etika výzkumu

V rámci dodržení etických pravidel výzkumu, byl celý výzkum, respektive vyplňování dotazníků jednotlivými respondenty zcela **anonymní**, tzn., že ze zjištěných údajů není jakkoliv možné dohledat, která osoba dotazník vyplnila. Jedná se tedy o dodržení etického práva na soukromí a důvěrnost informací. Každý oslovený respondent měl právo a možnost se výzkumu neúčastnit, a nebo z něj kdykoliv dle svého uvážení odstoupit. Celý výzkum byl založen na **dobrovolnosti**, na které byl kladen apel i na straně zadávajících psychiatrů i jejich sester, kterým byl před zahájením výzkumu v rámci pokynů zaslán dopis o dodržování etických práv výzkumu. Dále bylo dodrženo **právo na informace**, které byly účastníkům poskytnuty hned v úvodní části výzkumu (název výzkumu, jeho povaha a smysl, včetně cílů, délky a dalších důležitých specifikací v rámci zachování etických pravidel). V neposlední řadě byl zachován **respekt a ohled** vůči účastníkům výzkumu, který byl zohledněn již při vymýšlení výzkumného tématu. Tento výzkum není v konfliktu se zájmy a právy zkoumaných osob, naopak se snaží posloužit v zájmu duševně nemocných pacientů a jejich plnohodnotnějšího a kvalitnějšího společenského fungování bez vyčleňování ze strany společnosti a bez jejich vlastní izolace v důsledku

sebe-stigmatizace. Výzkum účastníkům nezpůsobil žádnou bolest, utrpení nebo jiné nepříjemné důsledky, ke každé osobě se věřím přistupovalo s respektem a úctou, což je dle mých doufání a předpokladů zajištěno odborností a lékařskou přísahou zadávajících lékařů. Respondentům nebyly uděleny žádné materiální odměny za vyplnění. Ohled byl brán také na časové a kognitivní nároky na vyplnění, takže v případě pacientovi únavy nebo přidružených poruch pozornosti mu bylo pochopitelně dovoleno vyplnit dotazník postupně, nebo si ho i v některých případech vzít na vyplnění domů (APA 1982, in Ferjenčík, 2000).

6.9 Náklady na provedení výzkumu

Realizace tohoto výzkumného záměru byla zatížena značnými finančními nároky, které v sobě zahrnovaly jak tisk dotazníků (jeden dotazník se skládal z celkem 5 stránek), kancelářské sponky na sešití, jejich rozeslání poštou, náklady za úhradu poštovného psychiatrům při zasílání vyplněných dotazníků zpět, bonboniéra každému spolupracujícímu kolegovi jako výraz mého poděkování a další výdaje spojené s cestou v rámci osobního setkání. Jednotlivé náklady jsou uvedeny v Tabulce č. 7.

Činnosti spojené s tvorbou a distribucí dotazníků	Náklady
▪ Tisk dotazníků (celkem 1045)	4500 Kč
▪ Poštovné za rozeslání dotazníků	1470 Kč
▪ Náklady za poštovné psychiatrům	150 Kč
▪ Náklady za nakoupené obálky a krabice	200 Kč
▪ Nákup bonboniér pro všechny kolegy	1000 Kč
▪ Náklady celkem	7320 Kč

Tabulka 7: Náklady za realizaci výzkumu

7 Statistická analýza dat

7.1 Metody zpracování statistické analýzy dat

Veškerá data byla zpracována ve statistických programech SPSS verze 21, Prism (GraphPad PRISM version 5.0; <http://www.graphpad.com/prism/prism.htm>), Statistika 12, Gpower, a další náležitosti byly realizovány v programu Microsoft Excel.

Vzhledem k dostatečné velikosti vzorku (N=109) bylo v rámci statistických výpočtů možné pracovat převážně s parametrickými metodami u většiny používaných analýz. U kvantitativních i demografických a klinických dat byly veškeré průměry a směrodatné odchylky spočítány pomocí deskriptivní statistiky. Pro statistické porovnávání více skupin mezi sebou v rámci normálního rozdělení dat byla použita One-Way ANOVA (jako Post Hoc Test byl použit Tukey). Pro porovnání dvou skupin z hlediska sledovaných proměnných byl použit Two-tailed T-test pro nezávislé výběry. Vztahy mezi jednotlivými kategoriemi byly hodnoceny pomocí korelačních koeficientů (Pearsonovým koeficientem pro lineární parametrická data a Spearmanovým neparametrickým korelačním koeficientem). K analýze významů a jejich podílů na korelačních vztazích byla použita kroková regresní analýza. U všech statistických testů byla stanovena 5% hladina významnosti. Pro posuzování síly vztahu mezi jednotlivými proměnnými v rámci korelačních koeficientů byl použit Cohenův model síly korelace vytvořený pro účely psychologického testování (1988), kde za *velmi slabý vztah* považuje korelaci 0,00-0,09, *slabý vztah* (0,09-0,29), *středně silný vztah* (0,30-0,49) a *silný vztah* (0,50-1,00).

7.2 Popis výběrového souboru

Výzkumný soubor tvořilo celkem 109 ambulantních pacientů, kteří měli diagnostikovanou nějakou z duševních poruch z diagnostické kategorie *Schizofrenie, schiziformní poruchy a poruchy s bludy (F20-F29)* dle MKN-10. Mužů bylo ve vzorku celkem 41 (37,6%), žen 68 (62,4%). Průměrný věk respondentů se pohyboval okolo 42 let ($\pm 10,42$), nejmladší respondent byl starý 24 let, nejstaršímu respondentovi bylo 67 let. Zaměstnáno bylo v době vyplňování dotazníku 33 lidí (30,3%), z toho jen 16 lidí k zaměstnání nemělo žádný důchod, 76 lidí důchod mělo (69,7%). Nejčastějším důchodem byl v rámci duševního onemocnění plný invalidní důchod (59,6%), částečný důvod mělo

celkem 20 lidí (18,3%) a starobní lidí 8 (7,3%). Z hlediska úrovně dosaženého vzdělání bylo v celém výzkumném souboru nejpočetnější skupinou středoškoláci s maturitou (N=53, 48,6%). Dále zde mělo 10 lidí základní vzdělání (9,2%), 28 lidí bylo vyučených středoškoláků (25,7%) a 17 respondentů byli vysokoškoláci (15,8%). Jeden z respondentů své vzdělání neuvedl. Z pohledu rodinného uspořádání většina respondentů pocházela z rodiny úplné, kde rodiče žijí nebo žili stále spolu, jednalo se o celkem 67 lidí (61,5 %), 34 respondentů pochází z rodiny neúplné, rozvedené (31,2%), osm lidí (7,3%) tento údaj nevyplnilo.

S ohledem na rodinný stav převažovala skupina svobodných nezadaných lidí, kterých bylo celkem 54 (49,5%), následovala poměrně početná skupina 24 ženatých lidí (22%), a rozvedených respondentů bez partnera bylo celkem 16 (14,7%). Vdovec/vdova s partnerem se ve výzkumném souboru nacházel/a jeden/jedna (0,9%). Tento údaj nevyplnili celkem čtyři lidé. Sourozence mělo ve výzkumném souboru celkem 95 lidí, tedy naprostá většina (87,2%), zbylých 14 lidí (12,8%) byli jedináčci. Prvorozených respondentů se ve vzorku nacházelo 47 (43,1%), druhorozených 37 (33,9%), narozených jako třetí 10 (9,2%) a tento údaj nevyplnilo celkem 15 lidí (13,8%). Velice zajímavým demografickým údajem je dědičnost duševního onemocnění v rodině. Celkem 40 lidí (36,7%) uvedlo, že u nich v rodině se objevilo nějaké duševní onemocnění, ale jiné, než má příslušný respondent, 15 lidí (13,8%) však mělo rodinné příslušníky, kteří stejnou duševní nemocí trpěli nebo trpí také. U 52 lidí (47,7%), což je téměř polovina všech respondentů, v rodině nikdo žádnou duševní nemocí netrpěl.

Trvání, resp. délka duševní poruchy se u respondentů pohybuje v průměru okolo 15 let (nejkratší doba nemoci byla ve vzorku méně než jeden rok, nejdelší porucha byla 45 let). Průměrná doba začátku rozvoje duševní poruchy je okolo 24 let \pm 8,8. A průměrná doba hospitalizací v rámci trvání duševní nemoci jdou čtyři (\pm 4,01). Alespoň jednou hospitalizováno bylo celkem 101 lidí (92,7%), 7 lidí zvládlo své psychické potíže pouze v rámci ambulantní léčby bez hospitalizace (6,4%), jeden člověk tento údaj neuvedl. Psychofarmaka na své duševní onemocnění užívá většina respondentů, celkem 107 lidí (98,2%) a 2 lidé (1,8%) uvedli, že léky na své psychické potíže neužívají. Z hlediska pravidelnosti užívání udává většina lidí, celkem 98 (89,9%), že je užívá pravidelně jak má, ve správném množství, dva lidé je sice užívají pravidelně, ale více, než by měli (1,8%) a nepravidelně celkem 8 lidí (7,3%). Zajímavé je také zastoupení jednotlivých konkrétních

diagnóz v rámci diagnostické kategorie F20-F29. V celém výzkumném souboru se nejčastěji objevovala diagnóza schizofrenie (N=71), nejčastěji paranoidní schizofrenie N=61 (56%). Druhou nejčastější poruchou byla schizoafektivní porucha (N=31, 22%). Akutní polymorfni psychotickou poruchu měli 3 lidé, poruchu s trvalými bludy 2 lidé.

Zajímavým ukazatelem byla také míra pocíťované sociální opory a zázemí, samozřejmě ze subjektivního, nikoliv objektivního hlediska. Více než 60% respondentů považuje své zázemí za výborné či poměrně dobré, čili většina z nich uvádí přítomnost sociální opory pozitivní. Devět lidí považuje své sociální zázemí za nedostatečné, z toho tři lidé (2,8%) uvedli, že jejich sociální opora je katastrofální, že nemají nikoho a jsou úplně osamělí. Aktuální nálada pacientů, kteří vyplňovali dotazník, je u většiny případů normální, nic extra, a to u 66 lidí (60,6%), velmi dobře se mělo celkem 33 lidí (30,3%) a velmi špatně 10 (9,2%).

7.2.1 Zvládací strategie SVF-78

Zvládací strategie byly jednou z hlavních proměnných, které byly v tomto výzkumu sledovány. V Tabulce č.8 je uveden přehled jednotlivých pozitivních i negativních strategií a průměr jejich užívání všemi respondenty. Údaje o zvládacích strategiích neuvedlo celkem pět lidí, zbylých 104 respondentů. Za rozmezí průměrného užívání příslušných strategií dle T-skórů budeme považovat rozmezí 40-60. V tomto rozmezí jsou strategie užívány průměrně, což znamená, že u negativních strategií se v rámci intervencí můžeme pokusit o jejich snížení, u pozitivních zase o jejich zvýšení ve vztahu k lepšímu zvládnutí zátěžových situací. Užívání negativních strategií zvládnutí u pacientů se schizofrenií je na hranici mezi průměrným užíváním a nadužíváním těchto strategií ($59,04 \pm 11,24$). Lidé s psychotickými poruchami z dg spektra F20-F29 používají ve zvýšené míře negativní strategie zvládnutí zátěžových situací, a to zejména v podobě nejvíce užívané strategie *Únikové tendence* ($61,82 \pm 9,42$), což můžeme vidět, která je nadměrně a příliš užívaná, dále hodně užívají strategii *Vyhýbání se* ($61,82 \pm 8,9$), která je také nadužívána, a strategii *Rezignace*, nebo-li vzdávání snahy o řešení situace ($60,44 \pm 10,95$), která je za hranicí průměrného užívání také. Tyto tři negativní copingové strategie jsou u lidí se schizofrenií užívány nejvíce, nad zdraví rámec zvládnutí zátěžových situací. Ostatní dvě negativní strategie – *Perseverace* a *Sebeobviňování*, jsou užívány v rámci pásma průměru.

V rámci užívání pozitivních strategií, je všech osm strategií užíváno v pásmu průměru ($49,5 \pm 11,8$), přičemž nejméně respondenti užívají strategii *Pozitivní sebeinstrukce* ($41,37 \pm 11,95$), které v sobě zahrnují povzbuzující a pochvalné výroky směrem k vlastní osobě, ve snaze sebedopory a dodání sebedůvěry směrem ke zvládnutí dané situace. Právě tato strategie je na hranici průměrného užívání s jejím příliš nízkým užíváním. Z dalších strategií je málo užívaná strategie *Kontroly situace* ($44,95 \pm 11,08$), *Podhodnocení zátěžové situace* ($47,77 \pm 12,87$) a ještě také *Kontrola reakcí* ($47,76 \pm 10,8$). Vhodné navýšení se týká strategie *Vyhledávání a potřebu sociální opory* ($50,98 \pm 11,02$) a *Odklonu od zátěžové situace* ($50,88 \pm 9,88$). Nejvíce používanou pozitivní strategií u psychoticky nemocných lidí strategie *Náhradního uspokojení* ($55,57 \pm 10$), tedy snaha si i v nepříjemné zátěžové situaci dopřát něco potěšujícího nebo uspokojujícího.

COPINGOVÉ STRATEGIE	Průměr	Medián	Std.odchylnka
Podhodnocení	47,77	50	12,87
Odmítání viny	54,35	55	12,2
Odklon	50,88	51	9,88
Náhradní uspokojení	55,57	58	10,2
Kontrola situace	44,95	46	11,08
Kontrola reakcí	47,76	48	10,8
Pozitivní sebeinstrukce	41,37	40	11,95
Potřeba sociální opory	50,98	52	11,02
Vyhýbání se	55,76	55	8,9
Únikové tendence	61,82	63	9,42
Perseverace	49,9	49	12,5
Rezignace	60,44	61,5	10,95
Sebeobviňování	53,29	52	12,61

Tabulka 8: Přehled užívaných copingových strategií - T-skóry

7.2.2 Sebe-stigmatizace ISMI

Dotazník měřící sebe-stigmatizaci vyplnilo ze 109 respondentů celkem 108 lidí. Respondenti mohli v rámci maximálního možného počtu sebe-stigmatizace získat celkem 116 bodů. Nejvyšší hodnota byla 104, nejnižší 35. Průměrná hodnota sebe-stigmatizace (hrubý skór) byla u lidí s duševními poruchami ze schizofrenního spektra $63,9 \pm 13,48$. Tato hodnota odpovídá T-skóru $50,3 \pm 9,37$, což je ukazatelem, že hodnota sebe-stigmatizace se u lidí z tohoto spektra duševních poruch pohybuje v pásmu průměru. V souvislosti s jednotlivými subškálami dosahovali respondenti vyšších průměrných hodnot v subškálách *Souhlas se společenskými stereotypy* ($13,95 \pm 3,37$), *Odcizení* ($13,31 \pm 3,83$) a *Sociální stažení se* ($13,01 \pm 3,65$).

7.2.3 Kvalita života Q-LES-Q

Škálu měřící kvalitu života vyplnilo celkem 103 lidí, u šesti respondentů tyto údaje chyběly. V souvislosti s měřením, jakou kvalitu života mají lidé s duševními poruchami schizofrenního spektra, výsledky ukázaly, že průměrná hodnota kvality života v procentuálním vyjádření je 58,4% ($\pm 12,47$). Z celkových možných 465 získaly respondenti v průměru 271 bodů ($\pm 58,03$). V rámci porovnání hodnot uvedených v příručce pro terapeuty Q-LES-Q jsou průměrné hodnoty naměřených bodů ve všech oblastech u duševně nemocných jedinců ze schizofrenního spektra nemocí oproti normální zdravé populaci nižší. Hodnota 100% kvality života odpovídala 465 bodům. Zdravá populace dosáhla průměrného počtu 308 bodů, což se oproti pacientům se schizofrenií liší o 37 bodů (o 12%). Nejvíce se psychoticky nemocní respondenti od kontrolní zdravé skupiny odlišují v oblasti Práce, Tělesného zdraví a vlastních Pocitů (Libigerová, & Müllerová, 2003).

Pro porovnání bodů v jednotlivých oblastech byly skóry poměrově převedeny na stejnou hodnotovou úroveň. Nejmenší kvalitu života vykazovali respondenti v oblasti studijních aktivit a práce. Nejspokojenější si respondenti připadali v oblasti péče o domácnost, zhruba stejně spokojeni byli v oblasti využití volného času a vlastních pocitů. Menší spokojenost byla v sociálních vztazích a fyzickém zdraví.

7.2.4 Aktuální psychopatologie CGI

Aktuální psychopatologie hodnocená ošetřujícími psychiatry se pohybovala nejvíce v rámci CGI 4, tedy středně závažně duševně nemocný člověk se zjevnými symptomy vyžadujícími medikaci (N=48, 44%). 28 lidí (25,7%) mělo zvažnost psychopatologie na úrovni CGI 5 (zřetelně nemocní s obtěžujícími symptomy jasně narušující fungování). Lehce či mírně duševně nemocných (CGI 3) bylo ve vzorku 20 (18,3%). Vážně/těžce duševně nemocných s výrazně narušující patologií na úrovni CGI 6 bylo 8 (7,3%). V rámci posuzování aktuální psychopatologie pacientem se 30 lidí (27,5%) hodnotilo jako mírně psychicky nemocní (CGI 3). Nepatrné známky duševní nemoci u sebe označilo 29 lidí (26,6%), odpovídá CGI 2. Za zcela zdravé a normální jedince bez jakýchkoli psychických potíží se označilo 19 lidí (17,4%), odpovídá CGI 1, za středně silně psychicky nemocného (CGI 4) se považovalo 13 lidí (11,9%), za zřetelně nemocného v rámci CGI 5 celkem 6 lidí (5,5%), za vážně a těžce duševně nemocného 1 člověk (0,9%), za úplně nejvíc psychicky nemocné se považovali 3 lidé (2,8%). Teno údaj nevyplnilo 8 lidí.

V rámci porovnání průměrných hodnot subjektivní a objektivní závažnosti psychopatologie, objektivní patologie je ošetřujícími psychiatry hodnocena v průměru jako horší ($4,13 \pm 0,95$), na úrovni CGI 4 (přiměřeně/poměrně duševně nemocný). Duševně nemocní respondenti hodnotí svoji aktuální patologii jako méně závažnou ($2,73 \pm 1,36$), a to na úrovni CGI 2-3, tedy hraničně a mírně duševně nemocný s minimálními nebo vůbec žádnými zásahy a problémy v sociálním a pracovním životě.

7.3 Interpretace výsledků statistické analýzy

7.3.1 Sebe-stigmatizace a sociodemografické údaje

7.3.1.1 ISMI a počátek onemocnění

Zjištění vztahu mezi sebe-stigmatizací a počátkem onemocnění nenalezlo žádný statisticky významný vztah (Pearsonovo $r = -0,125$, $p > 0,05$, $N = 107$), Počátek nemoci byl ve významném slabém negativním vztahu se subškálou *Diskriminace* (Pearsonovo $r = -0,274$, $p < 0,01$, $N = 107$) ve směru, že čím dříve duševní onemocnění u člověka nastane, tím více pociťuje diskriminaci z okolí. Na hranici významného slabého negativního vztahu byla subškála *Odcizení* (Pearsonovo $r = -0,188$, $p > 0,05$, $N = 107$), viz Tabulka č.9.

Pearsonova korelace	POČÁTEK	Sig.(2-tailed)	N
ISMI hrubý skór	-0,125	0,199	107
ISMI Odcizení	-0,188	0,052	107
ISMI Stereotypy	-0,068	0,485	107
ISMI Diskriminace	-0,274**	0,004	107
ISMI Sociální stažení se	-0,092	0,346	107
ISMI Odolnost	0,087	0,371	107

Tabulka 9: Pearsonova korelace subškál ISMI a Počátku onemocnění

** $p < 0,05$

Hypotézu H_{1e} : Existuje statisticky významný vztah mezi sebe-stigmatizací a věkem počátku nemoci ve směru, že čím dříve duševní porucha vznikne, tím vyšší je míra sebe-stigmatizace, na zvolené hladině významnosti zamítáme a **přijímáme hypotézu alternativní**, tj. mezi mírou sebe-stigmatizace a věkem počátku onemocnění ve směru dřívějšího začátku nemoci v závislosti na vyšší sebe-stigmatizace statisticky významný vztah neexistuje.

7.3.1.2 ISMI a věk

Pearsonova korelace mezi mírou sebe-stigmatizace a věkem respondentů nepotvrdila existenci statisticky významného vztahu (Pearsonovo $r=0,007$, $p>0,05$, $N=108$), a to ani v jednotlivých subškálách ISMI, viz Tabulka č.10.

Pearsonova korelace	VĚK	Sig.(2-tailed)	N
ISMI hrubý skór	0,007	0,943	108
ISMI Odcizení	-0,039	0,688	108
ISMI Stereotypy	0,046	0,636	108
ISMI Diskriminace	-0,090	0,352	108
ISMI Sociální stažení se	0,035	0,718	108
ISMI Odolnost	0,067	0,493	108

Tabulka 10: Pearsonova korelace věku se subškálami ISMI

Hypotézu H_{1c} : Existuje statisticky významný vztah mezi sebe-stigmatizací a věkem ve směru, že s postupným věkem se sebe-stigmatizace snižuje, na zvolené hladině významnosti zamítáme a **přijímáme hypotézu alternativní**, tj. mezi mírou sebe-stigmatizace a věkem neexistuje statisticky významný vztah.

7.3.1.3 ISMI a délka trvání duševního onemocnění

Pearsonův korelační koeficient nezjistil žádný statisticky významný vztah mezi sebe-stigmatizací a délkou onemocnění (Pearsonovo $r=0,181$, $p>0,05$, $N=107$), statistická významnost se blíží stanovené hladině. Délka trvání duševní nemoci je ve slabém významném pozitivním vztahu se subškálou *Odcizení* ve směru, že čím déle duševní nemoc trvá, tím více se může člověk cítit společensky odcizený a odlišný (Pearsonovo $r=0,190$, $p=0,05$, $N=107$). Možný významný trend vykazuje subškála *Diskriminace* (Pearsonovo $r=0,188$, $p>0,05$, $N=107$), viz Tabulka č. 11.

Pearsonova korelace	DÉLKA TRVÁNÍ	Sig.(2-tailed)	N
ISMI hrubý skór	0,181	0,062	107
ISMI Odcizení	0,190**	0,050	107
ISMI Stereotypy	0,163	0,093	107
ISMI Diskriminace	0,188	0,052	107
ISMI Sociální stažení se	0,163	0,094	107
ISMI Odolnost	0,048	0,625	107

Tabulka 11: Pearsonova korelace subškál ISMI a délky trvání nemoci

** $p<0,05$

Proto hypotézu H_{1f} : Existuje statisticky významný vztah mezi sebe-stigmatizací a délkou trvání duševního onemocnění, na zvolené hladině významnosti zamítáme a **přijímáme hypotézu alternativní**, tj. významný vztah mezi mírou sebe-stigmatizace a délkou trvání onemocnění nebyl prokázán.

7.3.1.4 ISMI a počet sourozenců

Spearmanův korelační koeficient ukázal, že mezi počtem sourozenců a celkovou mírou sebe-stigmatizace neexistuje statisticky významný vztah (Spearmanovo $r=0,089$,

$p > 0,05$, $N=94$). Nebyl nalezen významný vztah ani mezi počtem sourozenců a subškálami ISMI, viz Tabulka č. 12.

Spearmanova korelace	SOUROZENCI	Sig.(2-tailed)	N
ISMI hrubý skór	0,089	0,392	94
ISMI Odcizení	0,114	0,273	94
ISMI Stereotypy	-0,069	0,511	94
ISMI Diskriminace	0,133	0,200	94
ISMI Sociální stažení se	0,114	0,275	94
ISMI Odolnost	-0,152	0,144	94

Tabulka 12: Spearmanova korelace počtu sourozenců a subškál ISMI

Hypotézu H_{1a} : Existuje statisticky významný vztah mezi sebe-stigmatizací a počtem sourozenců, na zvolené hladině významnosti zamítáme a **přijímáme hypotézu alternativní**, tj. významný vztah mezi mírou sebe-stigmatizace a počtem sourozenců nebyl prokázán.

7.3.1.5 ISMI a počet hospitalizací v průběhu duševního onemocnění

Spearmanův korelační koeficient neukázal statisticky významný vztah mezi sebe-stigmatizací a počtem hospitalizací (Spearmanovo $r=0,121$, $p > 0,05$, $N=100$), slabý pozitivní vztah na hranici významnosti byl mezi počtem hospitalizací a subškálou *Diskriminace* (Spearmanovo $r=0,227$, $p=0,05$, $N=100$), viz Tabulka č.13.

Spearmanova korelace	HOSPITALIZACE	Sig.(2-tailed)	N
ISMI hrubý skór	0,121	0,231	100
ISMI Odcizení	0,143	0,157	100
ISMI Stereotypy	0,011	0,917	100
ISMI Diskriminace	0,277**	0,005	100
ISMI Sociální stažení se	0,139	0,167	100
ISMI Odolnost	-0,091	0,369	100

Tabulka 13: Spearmanova korelace počtu hospitalizací a subškál ISMI

** $p < 0,05$

Hypotézu H_{1k} : Existuje statisticky významný vztah mezi sebe-stigmatizací a počtem hospitalizací, na zvolené hladině významnosti zamítáme a **přijímáme hypotézu alternativní**, tj. nebyl prokázán významný vztah mezi sebe-stigmatizací a počtem hospitalizací.

7.3.1.6 ISMI a pohlaví

Pro účely této analýzy byl proveden T-test pro nezávislé výběry (splněn předpoklad Leveneho testu nehomogenity rozptylů, $p > 0,05$). Muži v míře sebe-stigmatizace dosahovali průměrně $65,29 \pm 13,13$ bodů, ženy dosahovaly v průměru $63,04 \pm 13,71$ bodů. T-test pro nezávislé výběry neukázal statisticky významný rozdíl v sebe-stigmatizaci u mužů a žen ($t=0,84$, $df=106$, $p > 0,05$). Statisticky významný rozdíl nebyl nalezen ani u jednotlivých subškál ISMI, viz Tabulka č. 14.

T-test pohlaví*ISMI	t	df	Sig.(2-tailed)	Odlišnost průměrů	Std.chyba odlišností
ISMI hrubý skór	0,84	106	0,403	2,248	2,676
ISMI Odcizení	0,005	106	0,996	0,004	0,764
ISMI Stereotypy	0,935	106	0,352	0,625	0,668
ISMI Diskriminace	1,469	106	0,145	0,948	0,645
ISMI Sociální stažení se	0,407	106	0,685	0,300	0,736
ISMI Odolnost	0,449	106	0,654	0,208	0,462

Tabulka 14: T-test pro pohlaví vs. ISMI

Hypotézu H_{1d} : Existuje statisticky významný rozdíl mezi mírou sebe-stigmatizace mužů a žen, na zvolené hladině významnosti zamítáme a **přijímáme hypotézu alternativní**, tj. mezi mírou sebe-stigmatizace u mužů a žen nebyl prokázán významný rozdíl.

7.3.1.7 ISMI a rodinný stav

Pro účely porovnání sebe-stigmatizace u lidí dle jejich rodinného stavu byla tato proměnná redukována na tři kategorie: lidé ženatí/vdaní, svobodní a rozvedení. Nejvíce průměrných bodů v ISMI vykazovala skupina rozvedených jedinců ($69,5 \pm 10,86$), nejméně

ženatých/vdaných ($61,71 \pm 10,13$). Pro statistickou analýzu byla provedena One-Way ANOVA (splněn předpoklad Levenova testu nehomogenity rozptylů, $p > 0,05$). Nebyl nalezen statisticky významný rozdíl v míře sebe-stigmatizace dle rodinného stavu ($F=1,685$, $df=2$, $p > 0,05$), ani v kontextu jednotlivých subškál ISMI, viz Tabulka č.15.

ANOVA rodstav*ISMI	Suma mezi skupinami	df	Průměr čtverců	F	Sig.
ISMI hrubý skór	602,205	2	301,103	1,685	0,191
ISMI Odcizení	40,885	2	20,442	1,39	0,253
ISMI Stereotypy	33,566	2	16,783	1,51	0,226
ISMI Diskriminace	24,523	2	12,256	1,16	0,318
ISMI Stažení se	62,581	2	31,29	2,42	0,094
ISMI Odolnost	10,173	2	5,086	0,980	0,379

Tabulka 15: ANOVA pro rodinný stav a ISMI

Hypotézu H_{1b} : Existuje statisticky významný rozdíl mezi mírou sebe-stigmatizace a rodinným stavem, na zvolené hladině významnosti zamítáme a **přijímáme hypotézu alternativní**, tj. nebyl prokázán rozdíl mezi mírou sebe-stigmatizace a rodinným stavem.

7.3.1.8 ISMI a partneři

Pro analýzu míry sebe-stigmatizace a dvou skupin (s partnerem/bez partnera) byl proveden T-test pro nezávislé výběry (splněn Leveneho předpoklad nehomogenity rozptylů $p > 0,05$). Skupina bez partnera měla míru sebe-stigmatizace průměrně $65,33 \pm 14,24$ bodů, skupina s partnerem $62,2 \pm 11,66$ bodů. Mezi mírou sebe-stigmatizace u lidí s partnerem a bez partnera nebyl nalezen statisticky významný rozdíl ($t=1,123$, $df=102$, $p > 0,05$). Významný rozdíl nebyl nalezen ani u jednotlivých subškál ISMI, viz Tabulka č.16.

Hypotézu H_{11} : Existuje statisticky významný rozdíl mezi mírou sebe-stigmatizace u lidí s partnerem a bez partnera, na zvolené hladině významnosti zamítáme a **přijímáme hypotézu alternativní**, tj. míra sebe-stigmatizace významně nesouvisí s faktem, zda má nebo nemá pacient partnera.

T-test partneři*ISMI	t	df	Sig.(2-tailed)	Odlišnost průměrů	Std.chyba odlišností
ISMI hrubý skór	1,123	102	0,264	3,133	2,789
ISMI Odcizení	0,581	102	0,562	0,465	0,801
ISMI Stereotypy	1,095	102	0,276	0,761	0,695
ISMI Diskriminace	1,653	102	0,101	1,108	0,670
ISMI Stažení se	0,913	102	0,364	0,691	0,767
ISMI Odolnost	-0,435	102	0,665	-0,206	0,474

Tabulka 16: T-test ISMI vs. partneři

7.3.1.9 ISMI a úroveň dosaženého vzdělání

Pro analýzu sebe-stigmatizace a úrovně dosaženého vzdělání byla použita One-Way ANOVA (splněn předpoklad nehomogenity rozptylů dle Leveneho testu, $p > 0,05$). Mezi mírou sebe-stigmatizace a úrovní dosaženého vzdělání není statisticky významný rozdíl, bez ohledu na dosažené vzdělání se jednotlivé skupiny sebe-stigmatizují přibližně stejně ($F=0,849$, $sd=3$, $p > 0,05$). Statisticky významný rozdíl nebyl nalezen ani v jednotlivých subškálách ISMI, viz Tabulka č.17.

ANOVA vzdělání*ISMI	Suma mezi skupinami	df	Průměr čtverců	F	Sig.
ISMI hrubý skór	468,636	3	156,212	0,849	0,470
ISMI Odcizení	84,456	3	28,152	1,972	0,123
ISMI Stereotypy	55,145	3	18,382	1,646	0,183
ISMI Diskriminace	15,940	3	5,313	0,485	0,694
ISMI Stažení se	57,390	3	19,130	1,405	0,246
ISMI Odolnost	15,987	3	5,329	1,002	0,395

Tabulka 17: ANOVA pro vzdělání vs. ISMI

Hypotézu H_{1h} : Existuje statisticky významný rozdíl mezi sebe-stigmatizací a úrovní dosaženého vzdělání, na zvolené hladině významnosti zamítáme a **přijímáme hypotézu**

alternativní, tj. mezi úrovní dosaženého vzdělání a mírou sebe-stigmatizace není statisticky významný rozdíl.

7.3.1.10 ISMI a dědičnost duševního onemocnění

Proměnná dědičnost tvořila dvě kategorie, a to osoby s hereditární zátěží (N=54, 65,46±15,5), kterým se v rodině vyskytlo buď jiné, nebo stejné duševní onemocnění, jaké mají oni, nebo osoby bez hereditární zátěže (N=52, 62,87±12,05). Pro porovnání rozdílů průměrů byl použit T-test pro nezávislé výběry (splněn Leveneho předpoklad nehomogenity rozptylů, $p > 0,05$). Statistická analýza neukázala statisticky významný rozdíl mezi mírou sebe-stigmatizace a dědičností v rodině ($t = -1,001$, $df = 104$, $p > 0,05$), viz Tabulka č. 18. Statisticky významný rozdíl nebyl dle analýzy One-Way ANOVA nalezen ani u třech skupin (se stejnou, odlišnou zátěží a bez hereditární zátěže) v závislosti na sebe-stigmatizaci, lidé s rodinou zátěží i bez ní se sebe-stigmatizují přibližně stejně ($F = 0,816$, $df = 2$, $p > 0,05$), viz Tabulka č.19.

T-test heredita*ISMI	t	df	Sig.(2-tailed)	Odlišnost průměrů	Std.chyba odlišností
ISMI hrubý skór	-1,001	104	0,319	-2,598	2,595

Tabulka 18: T-test pro hereditu ANO/NE a ISMI

ANOVA heredita*ISMI	Suma čtverců	df	Průměr čtverců	F	Sig.
Mezi skupinami	292,179	2	146,089	0,816	0,445
Uvnitř skupin	18440,047	103	179,030		
Celkem	18732,226	105			

Tabulka 19: ANOVA hereditu a ISMI

Hypotézu H_{1g} : Existuje statisticky významný rozdíl mezi sebe-stigmatizací a hereditou duševního onemocnění, na zvolené hladině významnosti zamítáme a **přijímáme hypotézu alternativní**, tj. mezi mírou sebe-stigmatizace u pacientů s rodinnou zátěží a bez ní nebyl prokázán významný rozdíl.

7.3.1.11 ISMI a zaměstnání

Pro porovnání sebe-stigmatizace a zaměstnání (ano/ne) byl proveden T-test pro nezávislé výběry (splněn Leveneho předpoklad nehomogenity rozptylů, $p > 0,05$). Mezi mírou sebe-stigmatizace a zaměstnáním byl nalezen statisticky významný rozdíl, tedy lidé se zaměstnáním a bez zaměstnání se významně liší v hodnocení míry sebe-stigmatizace ($t = -2$, $df = 106$, $p < 0,05$). Lidé se zaměstnáním ($N = 33,59$, $42 \pm 13,3$) se sebe-stigmatizují méně než ti, kteří ho nemají ($N = 75$, $65,87 \pm 13,16$). Statisticky významný rozdíl v sebe-stigmatizaci se objevuje nejvíce v subškálách *Souhlas se stereotypy* ($t = -2,31$, $df = 106$, $p < 0,05$), pocíťování *Diskriminace* ($t = -2,04$, $df = 106$, $p < 0,05$) a *Sociální stažení se* ($t = -2,51$, $df = 106$, $p < 0,05$), kdy se lidé bez práce v těchto oblastech sebe-stigmatizují více, než je tomu u jedinců se zaměstnáním, viz Tabulka č. 20.

Hypotézu H_{11} : **Existuje statisticky významný vztah mezi sebe-stigmatizací a zaměstnáním**, na zvolené hladině významnosti **přijímáme** a zamítáme hypotézu alternativní, tj. mezi mírou sebe-stigmatizace u pacientů se zaměstnáním a bez něho byl prokázán významný rozdíl.

T-test zaměstnání*ISMI	t	df	Sig.(2-tailed)	Rozdíl průměrů	Std.chyba odlišností
ISMI hrubý skór	-2	106	0,021	-6,442	2,759
ISMI Odcizení	-1,56	106	0,123	-1,239	0,796
ISMI Stereotypy	-2,31	106	0,023	-1,592	0,690
ISMI Diskriminace	-2,04	106	0,044	-1,376	0,673
ISMI Stažení se	-2,51	106	0,014	-1,890	0,753
ISMI Odolnost	0,15	106	0,880	0,074	0,488

Tabulka 20: T-test pro nezávislé výběry mezi zaměstnáním a sebe-stigmatizací

7.3.1.12 ISMI a důchod

Pro analýzu rozdílu v sebe-stigmatizaci v závislosti na důchodu byla provedena One-way ANOVA (splněn předpoklad Leveneho testu nehomogenity rozptylů, $p > 0,05$). Mezi mírou sebe-stigmatizace a důchodem (starobním, částečným nebo plným invalidní

a žádným důchodem) byl nalezen statisticky významný rozdíl ($F=3,088$, $df=3$, $p<0,05$). Lidé, kteří invalidní důchod nepobírají ($N=16$, $ISMI=54,76\pm 12,93$), mají významně nižší míru sebe-stigmatizace, než ti, kteří ho v jakékoli formě – plný ($N=64$, $ISMI=65,20\pm 13,31$), částečný invalidní ($N=20$, $66,25\pm 11,55$), starobní ($N=8$, $65,88\pm 15,28$) pobírají. Tento statisticky významný rozdíl byl nalezen zejména v subškálách *Souhlas se stereotypy* ($F=3,544$, $df=3$, $p<0,05$) a *Sociální stažení se* ($F=4,155$, $df=3$, $P<0,05$), kde se respondenti s důchodem sebe-stigmatizují více než ti bez důchodu), viz Tabulka č. 21.

ANOVA důchod*ISMI	Suma čtverců mezi skupinami	df	Průměr čtverců	F	Sig.
ISMI hrubý skór	1589,895	3	529,965	3,088	0,030
ISMI Odcizení	70,762	3	23,587	1,633	0,186
ISMI Stereotypy	112,672	3	37,557	3,544	0,017
ISMI Diskriminace	65,694	3	21,898	2,110	0,103
ISMI Stažení se	156,353	3	52,118	4,155	0,008
ISMI Odolnost	8,598	3	2,866	0,524	0,667

Tabulka 21: ANOVA pro důchod vs. ISMI

Hypotézu H_{1j} : **Existuje statisticky významný rozdíl mezi sebe-stigmatizací a pobíráním či nepobíráním důchodu**, na zvolené hladině významnosti **přijímáme** a zamítáme hypotézu alternativní, tj. mezi mírou sebe-stigmatizace u pacientů, kteří pobírají různé formy důchodu a kteří nepobírají důchod byl prokázán statisticky významný rozdíl.

7.3.1.13 ISMI a pocitovaná sociální opora

Pro účely zjištění vztahu mezi sebe-stigmatizací a sociální oporou byl spočítán Spearmanův korelační koeficient, který ukázal na statisticky významný pozitivní středně silný vztah těchto dvou proměnných ve směru, že čím více je sociální opora považována za nedostatečnou, tím větší je míra sebe-stigmatizace (Spearmanovo $r=0,399$, $p<0,001$, $N=106$). Statisticky významný pozitivní středně silný vztah byl nalezen mezi sociální oporou a subškálami *Sociální stažení se* (Spearmanovo $r=0,389$, $p<0,001$, $N=106$), *Pocitovaná diskriminace* (Spearmanovo $r=0,360$, $p<0,001$, $N=106$), *Odcizení*

(Spearmanovo $r=0,340$, $p<0,001$, $N=106$) a *Souhlasem se stereotypy* (Spearmanovo $r=0,296$, $p<0,05$, $N=106$) vše ve směru, že čím více je sociální opora považována jako nedostatečná, tím více se dotyční jedinci cítí být diskriminováni okolím, mají větší tendenci se sociálně stáhnout, společensky odlišní a více souhlasí s negativními společenskými stereotypy, viz Tabulka č.22.

Spearmanova korelace	SOC.OPORA	Sig.(2-tailed)	N
ISMI hrubý skór	0,399**	0,000	106
ISMI Odcizení	0,340**	0,000	106
ISMI Stereotypy	0,296**	0,002	106
ISMI Diskriminace	0,360**	0,000	106
ISMI Sociální stažení se	0,389**	0,000	106
ISMI Odolnost	0,112	0,252	106

Tabulka 22: Spearmanova korelace ISMI a sociální opory

** $p<0,01$

Hypotézu H_{1n} : **Existuje statisticky významný vztah mezi sebe-stigmatizací a pocíťovanou sociální oporou**, na zvolené hladině významnosti **přijímáme** a zamítáme hypotézu alternativní, tj. mezi mírou sebe-stigmatizace a pocíťovanou sociální oporou existuje statisticky významný vztah.

7.3.1.14 ISMI a aktuální nálada respondenta

Respondenti se před vyplňováním měli buď velmi dobře ($N=32$, $ISMI=55\pm 12,18$), normálně ($N=66$, $ISMI=65,64\pm 10,97$) nebo velmi špatně ($N=10$, $ISMI=80,9\pm 12,39$). One-Way ANOVA (splněn Levenův předpoklad nehomogenity rozptylů, $p>0,05$) našla statisticky významný rozdíl mezi mírou sebe-stigmatizace a pocíťovanou aktuální náladou ($F=21,376$, $df=2$, $p<0,001$) ve všech subškálách ISMI kromě subškály Diskriminace, pro kterou nebyl splněn Leveneho předpoklad ($p<0,05$), viz Tabulka č. 23. Pacienti, kteří se měli velmi špatně se sebe-stigmatizovali více, než ti, kteří se měli velmi dobře či normálně.

Hypotézu H_{1m} : **Existuje statisticky významný rozdíl mezi sebe-stigmatizací a aktuální náladou**, na zvolené hladině významnosti **přijímáme** a zamítnout hypotézu

alternativní, tj. mezi mírou sebe-stigmatizace a aktuální náladou pacientů existuje významný rozdíl.

ANOVA nálada*ISMI	Suma čtverců mezi skupinami	df	Průměr čtverců	F	Sig.
ISMI hrubý skór	5623,707	2	2811,853	21,376	0,000
ISMI Odcizení	346,003	2	173,002	14,8	0,000
ISMI Stereotypy	340,132	2	170,066	20,4	0,000
ISMI Stažení se	300,095	2	150,047	13,6	0,000
ISMI Odolnost	84,158	2	42,079	8,95	0,000

Tabulka 23: ANOVA aktuální nálady a ISMI

7.3.2 Sebe-stigmatizace a aktuální závažnost psychopatologie

Pro zjišťování vztahu sebe-stigmatizace a aktuální závažnosti psychopatologie CGI byl vypočítán Spearmanův korelační koeficient. Mezi mírou sebe-stigmatizace a subjektivní CGI existuje významný pozitivní silný vztah ve směru, že čím se duševně nemocný pacient hodnotí jako méně závažně duševně nemocný, tím méně se sebe-stigmatizuje (Spearmanovo $r=0,520$, $p<0,001$, $N=100$). Čím závažnější psychopatologii u sebe pacient hodnotí, tím více se sebe-stigmatizuje ve všech subškálách ISMI, nejvíce v oblasti *Sociálního stažení se* (Spearmanovo $r=0,482$, $p<0,001$, $N=100$), *Souhlasem se stereotypy* (Spearmanovo $r=0,475$, $p<0,001$, $N=100$) a *Odcizením* (Spearmanovo $r=0,466$, $p<0,001$, $N=100$). Tyto vztahy jsou pozitivní a středně silné, viz Tabulka č.24.

Mezi mírou sebe-stigmatizace a objektivním CGI statisticky významný vztah nalezen nebyl (Spearmanovo $r=0,154$, $p>0,05$, $N=108$). Objektivní CGI je ve slabém významném pozitivním vztahu se subškálou *Diskriminace* (Spearmanovo $r=0,211$, $p<0,05$, $N=108$), a dále pozitivně středně silně koreluje se subjektivním CGI (Spearmanovo $r=0,335$, $p<0,01$, $N=101$). Čím je psychopatologie pacienta hodnocena jako závažnější, tím více pacienti pocítují diskriminaci v subškále ISMI. S narůstající objektivní závažností aktuální psychopatologie narůstá také subjektivní hodnocení závažnosti duševně nemocným člověkem.

Spearmanova kor.	CGI obj	Sig.(2-tailed)	N	CGI subj	Sig.(2-tailed)	N
ISMI hrubý skór	0,154	0,112	108	0,520**	0,000	100
ISMI Odcizení	0,072	0,457	108	0,466**	0,000	100
ISMI Stereotypy	0,103	0,287	108	0,475**	0,000	100
ISMI Diskriminace	0,211*	0,028	108	0,319**	0,001	100
ISMI Stažení se	0,136	0,159	108	0,482**	0,000	100
ISMI Odolnost	0,149	0,125	108	0,339**	0,001	100

Tabulka 24: Spearmanova korelace mezi CGI a ISMI

** $p < 0,01$

Hypotézu H_{8a} : Existuje statisticky významný vztah mezi aktuální objektivní psychopatologií a mírou sebe-stigmatizace, na zvolené hladině významnosti zamítáme a **přijímáme hypotézu alternativní**, tj. mezi mírou sebe-stigmatizace a aktuální objektivní psychopatologií pacientů významný vztah neexistuje.

Hypotézu H_{8b} : Existuje statisticky významný vztah mezi aktuální subjektivní psychopatologií a mírou sebe-stigmatizace, na zvolené hladině významnosti **přijímáme** a zamítáme hypotézu alternativní, tj. mezi aktuální subjektivní psychopatologií pacientů a mírou sebe-stigmatizace existuje významný vztah.

7.3.3 Sebe-stigmatizace a strategie zvládání

Pearsonův korelační koeficient identifikoval pozitivní středně silný vztah mezi mírou sebe-stigmatizace a užíváním negativních strategií zvládání ve směru, že čím více užívají lidé se schizofrenií negativní strategie zvládání, tím více se sebe-stigmatizují (Pearsonovo $r=0,598$, $p<0,001$, $N=103$). Středně silný negativní vztah byl nalezen také mezi sebe-stigmatizací a pozitivními strategiemi zvládání. Čím více užívají schizofrenní pacienti pozitivní zvládací strategie, tím nižší mají míru sebe-stigmatizace (Pearsonovo $r= -0,491$, $p<0,001$, $N=103$). Středně silný negativní vztah je mezi *Pozitivními strategiemi* a subškálou *Souhlas se společenskými stereotypy* (Pearsonovo $r= -0,464$, $p<0,001$, $N=103$) ve směru, že čím více psychoticky nemocní pacienti užívají pozitivní strategie zvládání, tím méně souhlasí s negativními společenskými stereotypy. S tím pochopitelně negativně a středně silně koreluje subškála *Odolnost proti stigmatu*, a to ve směru, že čím více jedinec užívá pozitivní strategie, tím se snižuje jeho náchylnost ke stigmatu, tedy zvyšuje

se jeho odolnost (Pearsonovo $r = -0,431$, $p < 0,001$, $N = 103$). V negativním středně silném vztahu jsou také *Pozitivní strategie zvládnání* a *Sociální stažení se*, tedy čím více pozitivních strategií člověk užívá, tím méně má tendenci stáhnout se ze společenského dění (Pearsonovo $r = -0,406$, $p < 0,001$, $N = 103$).

U negativních strategií zvládnání byl nalezen velice silný pozitivní vztah k subškále *Odcizení* ve směru, že čím více negativních strategií psychoticky nemocní pacienti užívají, tím větší mají pocit odcizení se a vlastní společenské odlišnosti (Pearsonovo $r = 0,632$, $p < 0,001$, $N = 103$). To stejné platí také pro *Sociální stažení se* ze společenského dění, k němuž užívání negativních zvládacích strategií v rámci silného pozitivního vztahu významně vede (Pearsonovo $r = 0,570$, $p < 0,001$, $N = 103$), viz Tabulka č. 25.

Pearsonova kor.	POZ.COP	Sig.(2-tailed)	N	NEG.COP	Sig.(2-tailed)	N
ISMI hrubý skór	-0,491**	0,000	103	0,598**	0,000	103
ISMI Odcizení	-0,399**	0,000	103	0,632**	0,000	103
ISMI Stereotypy	-0,464**	0,000	103	0,412**	0,000	103
ISMI Diskriminace	-0,315**	0,001	103	0,386**	0,000	103
ISMI Stažení se	-0,406**	0,000	103	0,570**	0,000	103
ISMI Odolnost	-0,431**	0,000	103	0,280**	0,004	103

Tabulka 25: Pearsonova korelace ISMI a Copingových strategií

** $p < 0,05$

Hypotézu H_{5a} : Existuje statisticky významný vztah mezi sebe-stigmatizací a negativními zvládacími strategiemi ve směru, že čím více jsou užívány tyto strategie, tím vyšší je míra sebe-stigmatizace. na zvolené hladině významnosti **přijímáme** a zamítáme hypotézu alternativní, tj. mezi mírou sebe-stigmatizace a užíváním negativních strategií zvládnání existuje statisticky významný vztah ve směru, že čím více pacienti tyto strategie užívají, tím více se sebe-stigmatizují.

Hypotézu H_{5b} : Existuje statisticky významný vztah mezi sebe-stigmatizací a pozitivními zvládacími strategiemi ve směru, že čím více jsou užívány tyto strategie, tím nižší je míra sebe-stigmatizace. na zvolené hladině významnosti **přijímáme** a zamítáme hypotézu alternativní, tj. mezi mírou sebe-stigmatizace a užíváním pozitivních

copingových strategií existuje statisticky významný vztah ve směru, že čím více pacienti tyto strategie užívají, tím nižší je míra sebe-stigmatizace.

7.3.4 Sebe-stigmatizace a kvalita života

V rámci zjišťování vztahu mezi sebe-stigmatizací a kvalitou života Pearsonův korelační koeficient zjistil existenci statisticky významného silného negativního vztahu. S narůstající mírou sebe-stigmatizace se snižuje kvalita života (Pearsonovo $r = -0,586$, $p < 0,001$, $N = 102$). Kvalita života nejvíce silně negativně souvisí se subškálou *Sociální stažení se* ve směru, že čím nižší je kvalita života, tím více se daný jedinec stahuje ze společenského dění (Pearsonovo $r = -0,553$, $p < 0,001$, $N = 102$). Totéž platí také pro subškálu *Souhlas se stereotypy* ve směru, že čím nižší je kvalita života, tím větší je souhlas s negativními společenskými stereotypy (Pearsonovo $r = -0,543$, $p < 0,001$, $N = 102$). Z dalších středně silných negativních vztahů je vztah kvality života a subškály *Odcizení* ve směru, že čím nižší je kvalita života, tím více se jedinec se schizofrenií cítí jiný a odlišný (Pearsonovo $r = -0,482$, $p < 0,001$, $N = 102$), viz Tabulka č. 26.

Pearsonova korelace	Q-LES-Q	Sig.(2-tailed)	N
ISMI hrubý skór	-0,586**	0,000	102
ISMI Odcizení	-0,482**	0,000	102
ISMI Stereotypy	-0,543**	0,000	102
ISMI Diskriminace	-0,434**	0,000	102
ISMI Sociální stažení se	-0,553**	0,000	102
ISMI Odolnost	-0,354**	0,000	102

Tabulka 26: Pearsonova korelace ISMI a Q-LES-Q

** $p < 0,001$

Hypotézu H_7 : **Existuje statisticky významný vztah mezi mírou sebe-stigmatizace a kvality života ve směru, že čím vyšší je míra sebe-stigmatizace, tím nižší je kvalita života**, na zvolené hladině významnosti **přijímáme** a zamítáme hypotézu alternativní, tj. mezi mírou sebe-stigmatizace a kvalitou života existuje významný vztah ve směru, že s narůstající mírou sebe-stigmatizace se snižuje kvalita života.

7.4 Strategie zvládání

7.4.1 Zvládací strategie a pohlaví

Hypotézy rozdílu v užívání pozitivních a negativních strategií zvládání byly testovány T-testem pro nezávislé výběry (splněn předpoklad Leveneho testu nehomogenity rozptylů, $p > 0,05$). Rozdíl v průměrném užívání pozitivních strategií se mezi muži ($46,61 \pm 9,42$) a ženami ($51,38 \pm 12,85$) na první pohled liší. T-test pro nezávislé výběry nenalezl statisticky významný vztah ($t = -1,725$, $df = 102$, $p > 0,05$), muži a ženy se v užívání pozitivních strategií významně neliší, viz Tabulka č.27.

T-test	t	df	Sig.(2-tailed)
Poz.cop vs.pohlavi	-1,725	102	0,088

Tabulka 27: T-test pozitivní coping vs. pohlaví

Hypotézu H_{2a} : Existuje statisticky významný rozdíl v užívání pozitivních copingových strategií u mužů a žen, na zvolené hladině významnosti zamítáme a **přijímáme hypotézu alternativní**, tj. že užívání pozitivních zvládacích strategií se u mužů a žen neliší.

T-test pro nezávislé výběry v případě rozdílů pohlaví v užívání negativních zvládacích strategií nenalezl statisticky významný rozdíl, obě skupiny užívají negativní strategie přibližně stejně ($t = -1,607$, $df = 102$, $p > 0,05$), viz Tabulka č.28.

T-test	t	df	Sig.(2-tailed)
Neg.cop vs.pohlavi	-1,607	102	0,111

Tabulka 28: T-test negativního copingu a pohlaví

Hypotézu H_{2b} : Existuje statisticky významný rozdíl v užívání negativních copingových strategií u mužů a žen, na zvolené hladině významnosti zamítáme a **přijímáme hypotézu alternativní**, tj. že užívání negativních zvládacích strategií se u mužů a žen neliší.

7.4.2 Zvládací strategie a vzdělání

Rozdíl v užívání pozitivních zvládacích strategií v závislosti na dosaženém vzdělání byl testován pomocí One-Way ANOVA (splněn Leveneho předpoklad nehomogenity

rozptylů, $p > 0,05$). ANOVA neukázala existenci statisticky významného rozdílu v užívání pozitivních strategií lidí s různou úrovní dosaženého vzdělání, tedy bez ohledu na dosažené vzdělání užívají lidé se schizofrenií pozitivní strategie zvládání ve stejné míře ($F=0,566$, $df=3$, $p > 0,05$), viz Tabulka č.29.

ANOVA Poz.cop*vzdělání	Suma čtverců	df	Průměr čtverců	F	Sig.
Mezi skupinami	19,040	3	6,347	0,566	0,639
Uvnitř skupin	1110,362	99	11,216		
Celkem	1129,402	102			

Tabulka 29: ANOVA Pozitivního copingu a vzdělání

Hypotézu H_{4a} : Existuje statisticky významný rozdíl mezi úrovní dosaženého vzdělání a užíváním pozitivních zvládacích strategií, na zvolené hladině významnosti zamítáme a **přijímáme hypotézu alternativní**, tj. že užívání pozitivních zvládacích strategií se u pacientů s různým stupněm dosaženého vzdělání neliší.

One-Way ANOVA (splněna nehomogenita rozptylů dle Levene, $p > 0,05$) neprokázala významný rozdíl ani v užívání negativních strategií zvládání v závislosti na vzdělání. Bez ohledu na dosažené vzdělání pacienti se schizofrenií používají negativní strategie přibližně ve stejné míře ($F=1,021$, $df=3$, $p > 0,05$), viz Tabulka č. 30.

ANOVA Neg.cop*vzdělání	Suma čtverců	df	Průměr čtverců	F	Sig.
Mezi skupinami	61,890	3	20,630	1,021	0,387
Uvnitř skupin	2000,414	99	20,206		
Celkem	2062,305	102			

Tabulka 30: ANOVA negativní coping vs. vzdělání

Hypotézu H_{4b} : Existuje statisticky významný rozdíl mezi úrovní dosaženého vzdělání a užíváním negativních zvládacích strategií, na zvolené hladině významnosti zamítáme a **přijímáme hypotézu alternativní**, tj. že užívání negativních copingových strategií se u pacientů s různým stupněm dosaženého vzdělání neliší.

7.5 Kvalita života

7.5.1 Kvalita života a pohlaví

V závislosti na zjišťování rozdílů v kvalitě života mezi muži a ženami byl použit T-test pro nezávislé výběry (splněn Leveneho předpoklad nehomogenity rozptylů, $p > 0,05$). Analýza nenalezla statisticky významný rozdíl v hodnotách celkové kvality života u mužů a žen, úroveň kvality života se v závislosti na pohlaví neliší ($t = -1,458$, $df = 101$, $p > 0,05$), viz Tabulka č.31. Hypotézu H_{3a} : Existuje statisticky významný rozdíl v pocíťované kvalitě života u mužů a žen, na zvolené hladině významnosti zamítáme a **přijímáme hypotézu alternativní**, tj. že mezi muži a ženami není rozdíl v úrovni kvality života.

T-test	t	df	Sig.(2-tailed)
Q-LES-Q vs.pohlaví	-1,458	101	0,148

Tabulka 31: T-test pohlaví vs. Q-LES-Q

7.5.2 Kvalita života vs. kontrolní zdravá populace

Kvalita života u pacientů se schizofrenií byla porovnána s kvalitou života zdravé kontrolní populace nasbírané Praškem et al. (2014). Pro porovnání byl vybrán homogenní vzorek podle korespondujícího věku respondentů 23 let výše včetně. Průměrná kvalita života byla u pacientů se schizofrenií 58,42% ($\pm 12,47$, $N = 103$), kvalita života u zdravé kontrolní skupiny byla v průměru 67,24% ($\pm 9,91$, $N = 91$). Pro statistické porovnání byl použit jednovýběrový T-test. Mezi kvalitou života u pacientů se schizofrenií oproti kvalitě života zdravé kontrolní skupiny byl nalezen statisticky významný rozdíl ($t = 47,55$, $df = 102$, $p < 0,001$), tj. kvalitu života mají statisticky významně lidé se schizofrenií oproti zdravé kontrolní populaci, viz Tabulka č.32.

Jednovýběrový T-test	t	df	Sig.(2-tailed)
Q-LES-Q nemocní	47,55	102	0,000
Q-LES-Q zdraví	64,68	90	0,000

Tabulka 32: T-test kvality života zdravých a nemocných

Hypotézu H_{3b} : **Kvalita života se bude u duševně nemocných lidí z dg kategorie F20-F29 statisticky významně lišit od kvality života zdravé kontrolní populace**, na zvolené hladině významnosti **přijímáme** a zamítáme hypotézu alternativní, tj. úroveň kvality života u lidí ze schizofrenií se významně liší od kontrolní zdravé populace.

7.6 Vzájemná souvislost hlavních pozorovaných faktorů

7.6.1 Vztah mezi kvalitou života a zvládacími strategiemi

Pro porovnání vztahu mezi kvalitou života a pozitivními strategiemi zvládání byl použit Pearsonův korelační koeficient. Analýza zjistila statisticky významný středně silný pozitivní vztah. Čím více daný jedinec používá pozitivní strategie zvládání zátěže, tím větší je kvalita jeho života (Pearsonovo $r=0,59$, $p<0,001$, $N=102$), viz Tabulka č.33.

Pearsonova korelace	Q-LES-Q	Sig.(2-tailed)	N
POZITIVNÍ strategie	0,590**	0,000	102

Tabulka 33: Pearsonova korelace Q-LES-Q a pozitivní strategie ** $p<0,001$

Hypotézu H_{6a} : **Existuje statisticky významný vztah mezi pozitivními zvládacími strategiemi a kvalitou života ve směru, že čím více jsou užívány pozitivní strategie, tím vyšší je kvalita života**, na zvolené hladině významnosti **přijímáme** a zamítáme hypotézu alternativní, tj. že existuje významný vztah mezi užíváním pozitivních strategií zvládání a kvalitou života.

Statisticky významný středně silný negativní vztah byl nalezen také v souvislosti s užíváním negativních zvládacích strategií a kvality života. Čím více negativních strategií zvládání člověk používá, tím nižší je kvalita jeho života (Pearsonovo $r= -0,472$, $p<0,001$, $N=102$), viz Tabulka č. 34.

Hypotézu H_{6b} : **Existuje statisticky významný vztah mezi negativními zvládacími strategiemi a kvalitou života ve směru, že čím více jsou užívány negativní strategie zvládání zátěže, tím nižší je kvalita života**, na zvolené hladině významnosti **přijímáme** a zamítáme hypotézu alternativní, tj. že existuje významný vztah mezi užíváním negativních zvládacích strategií a kvalitou života.

Pearsonova korelace	Q-LES-Q	Sig.(2-tailed)	N
NEGATIVNÍ strategie	-0,472**	0,000	102

Tabulka 34: Pearsonova korelace Q-LES-Q a negativní strategie

7.6.2 Aktuální psychopatologie a hlavní sledované faktory

Subjektivní a objektivní závažnost psychopatologie byla porovnána s proměnnými sebe-stigmatizace, strategiemi zvládání a kvalitou života, viz Tabulka č. 35. Spearmanův koeficient korelace našel středně silný negativní statisticky významný vztah mezi objektivním CGI a kvalitou života ve směru, že čím je aktuální psychopatologie u pacienta hodnocena jako závažnější, tím nižší má kvalitu života (Spearman $r = -0,419$, $p < 0,001$, $N = 103$). Velice silný statisticky významný negativní vztah existuje mezi subjektivním CGI a kvalitou života ve směru, že čím závažněji hodnotí pacient svoji aktuální patologii, tím se kvalita jeho života snižuje (Spearman $r = -0,582$, $p < 0,001$, $N = 96$).

Dále existuje statisticky významný středně silný negativní vztah mezi subjektivním subjektivním CGI a pozitivními strategiemi zvládání ve směru, že čím více pacient ve svém životě užívá pozitivní strategie zvládání zátěže, tím hodnotí závažnost své aktuální psychopatologie jako nižší (Spearman $r = -0,365$, $p < 0,001$, $N = 97$). Statisticky významný středně těsný pozitivní vztah existuje mezi subjektivním CGI a negativními strategiemi zvládání ve směru, že čím více negativních strategií zvládání zátěže pacient ve svém životě užívá, tím hůře hodnotí aktuální úroveň své psychopatologie (Spearman $r = 0,475$, $p < 0,001$, $N = 97$). Statisticky významný středně silný pozitivní vztah existuje mezi CGI subj a ISMI ve směru, že čím závažněji pacient hodnotí svoji aktuální psychopatologii, tím více se sebe-stigmatizuje (Spearman $r = 0,520$, $p < 0,001$, $N = 100$), viz Tabulka č.35.

Spearmanova kor.	CGI obj	Sig.(2-tailed)	N	CGI subj	Sig.(2-tailed)	N
ISMI hrubý skór	0,154	0,112	108	0,520**	0,000	100
Pozitivní strategie	-0,116	0,240	104	-0,365**	0,000	97
Negativní strategie	0,063	0,523	104	0,475**	0,000	97
Q-LES-Q	-0,419**	0,000	103	-0,582**	0,000	96

Tabulka 35: Spearmanova korelace CGI, ISMI, Zvládání a Q-LES-Q

** $p < 0,001$

7.6.3 Kroková regresní analýza ISMI a korelujících faktorů

Z výsledků statistických analýz byl nalezen statisticky významný vztah mezi sebe-stigmatizací, strategiemi zvládnání, kvalitou života a aktuální subjektivní psychopatologií. Pro zjištění podílu jednotlivých faktorů na míře sebe-stigmatizace byla provedena kroková regresní analýza. Tato analýza identifikovala, že všechny testované výrazně a statisticky významně ovlivňují míru sebe-stigmatizace. Nejsilnějším prediktorem je užívání negativních strategií zvládnání zátěže (beta=0,617), následně kvalita života (beta= -0,413), subjektivní hodnocení patologie CGI (beta=0,228), nejméně kvalitu života ovlivňují pozitivní zvládací strategie (beta= -0,200). Regresní model všech čtyř proměnných (negativních strategií, kvality života, subjektivního CGI a pozitivních strategií) vysvětloval 54,9% rozptylu v míře sebe-stigmatizace (F=43,909, p<0,001). Samotné negativní zvládací strategie ovlivňují míru rozptylu sebe-stigmatizace z 37,4% (F=56,61, p<0,001), viz Tabulka č.36.

Model	Beta	t	Sig.	Parciální korelace	R	Adjust R	F	Sig.F
(Constant)		10,290	0,000		0,617	0,374	56,61	0,000
NEG strat	0,617	7,524	0,000	0,617				
(Constant)		9,269	0,000		0,714	0,499	23,89	0,000
NEG strat	0,413	4,888	0,000	0,359				
Q-LES-Q	-0,413	-4,888	0,000	-0,359				
(Constant)		7,043	0,000		0,737	0,528	6,67	0,011
NEG strat	0,369	4,401	0,000	0,313				
Q-LES-Q	-0,306	-3,340	0,001	-0,238				
CGI subj	0,228	2,583	0,011	0,184				
(Constant)		7,542	0,000		0,754	0,549	5,144	0,026
NEG strat	0,340	4,099	0,000	0,285				
Q-LES-Q	-0,200	-1,975	0,051	-0,138				
CGI subj	0,230	2,669	0,009	0,186				
POZ strat	-0,200	-2,268	0,026	-0,158				
ZP: ISMI								

Tabulka 36: Regresní model faktorů ovlivňujících ISMI

7.6.4 Post Hoc analýza

7.6.4.1 Strategie zvládnání a počet sourozenců

Spearmanova korelace zjistila statisticky významný slabý pozitivní vztah mezi počtem sourozenců a užíváním pozitivních zvládacích strategií (Spearman $r=0,221$, $p<0,05$, $N=91$). Čím více má pacient se schizofrenií sourozenců, tím spíše užívá pozitivní strategie zvládnání v podobě *Podhodnocení závažnosti situace* (Spearman $r=0,265$, $p<0,05$, $N=93$) a *Pozitivních sebeinstrukcí* (Spearman $r=0,232$, $p<0,05$, $N=93$). Pořadí narození nemá statisticky významný vliv (Spearman $r=0,041$, $p>0,05$, $N=91$). Zároveň nebyl zjištěn statisticky významný vztah mezi počtem sourozenců a užíváním negativních zvládacích strategií (Spearman $r= -0,97$, $p>0,05$, $N=91$), viz Tabulka č.37.

Spearmanova korelace	POČET	Sig.	N
Pozitivní copingové strategie	0,221**	0,035	91
Podhodnocení	0,265**	0,011	91
Odmítání viny	0,183	0,083	91
Odklon	0,123	0,246	91
Náhradní uspokojení	0,196	0,062	91
Kontrola situace	0,022	0,833	91
Kontrola reakcí	0,182	0,085	91
Pozitivní sebeinstrukce	0,232**	0,027	91
Potřeba sociální opory	-0,092	0,384	91

Tabulka 37: Korelace počtu sourozenců a pozitivních zvládacích strategií ** $p<0,05$

7.6.4.2 Subškály Q-LES-Q vs. zvládací strategie

Vztah mezi strategiemi zvládnání a jednotlivými oblastmi kvality života byl testován Pearsonovým korelačním koeficientem. Negativní strategie zvládnání jsou v negativním statisticky významném středně silném vztahu zejména s doménami *Tělesné zdraví* (Pearsonovo $r= -0,364$, $p<0,001$, $N=102$), *Volný čas* (Pearsonovo $r= -0,344$, $p<0,001$, $N=101$), a *Péče o domácnost* ($r= -0,275$, $p<0,05$, $N=102$). S oblastí *Sociálních vztahů* jsou ve vztahu slabém (Pearsonovo $r= -0,264$, $p<0,05$, $N=102$), stejně jako s oblastí *Práce*

(Pearsonovo $r = -0,267$, $p < 0,05$, $N = 102$). Nejsilnější negativní vztah mají negativní strategie s doménou vlastních *Pocitů* ve směru, že čím více negativních strategií lidé se schizofrenií užívají, tím méně se cítí pocitově dobře, tj. cítí se hůř (Pearsonovo $r = -0,54$, $P < 0,001$, $N = 102$), viz Tabulka č.38.

Spearmanova korelace	NEG.COP	Sig.(2-tailed)	POZ.COP	Sig.(2-tailed)	N
ZDRAVÍ	-0,364**	0,000	0,481**	0,000	102
POCITY	-0,543**	0,000	0,615**	0,000	102
PRÁCE	-0,267**	0,007	0,323**	0,001	102
DOMÁCNOST	-0,275**	0,005	0,438**	0,000	102
ŠKOLA	-0,153	0,124	0,085	0,394	102
VOLNÝ ČAS	-0,344**	0,000	0,417**	0,000	102
SOCIÁLNÍ VZTAHY	-0,264**	0,007	0,407**	0,000	102
OBEČNÉ AKTIVITY	-0,434**	0,000	0,547**	0,000	102

Tabulka 38: Spearmanova korelace zvládacích strategií a subškál Q-LES-Q ** $p < 0,05$

Pozitivní strategie statisticky významně ve středně silných pozitivních vztazích souvisí se všemi doménami kvality života s výjimkou studijních aktivit. V oblastech *Tělesného zdraví* (Pearsonovo $r = 0,481$, $p < 0,001$, $N = 102$), *Péče o domácnost* (Pearsonovo $r = 0,438$, $p < 0,001$, $N = 102$), *Volný čas* (Pearsonovo $r = 0,417$, $p < 0,001$, $N = 102$), *Sociální vztahy* (Pearsonovo $r = 0,407$, $p < 0,001$, $N = 102$) a *Práce* (Pearsonovo $r = 0,323$, $p < 0,001$, $N = 102$). Nejsilnější pozitivní vztah mají pozitivní strategie k oblasti *Pocitů* (Pearsonovo $r = 0,615$, $p < 0,001$, $N = 102$) a *Obecným aktivitám* zhodnocujícím spokojenost se všemi sledovanými oblastmi života (Pearsonovo $r = 0,547$, $p < 0,001$, $N = 102$), tedy čím více pozitivních strategií zvládnání respondenti užívají, tím se cítí lépe a hodnotí lépe také svoji spokojenost se všemi doménami kvality života.

7.6.4.3 Věk a vybrané proměnné

Pomocí Pearsonova korelačního koeficientu byl sledován vztah s vybranými proměnnými. Silný pozitivní vztah má věk zejména k *Délce trvání duševní nemoci* (Pearsonovo $r = 0,584$, $p < 0,001$, $N = 107$) a *Rodinnému stavu* (Pearsonovo $r = 0,515$, $p < 0,001$,

N=105), tedy věk pochopitelně narůstá spolu s délkou trvání nemoci a čím jsou respondenti starší, tím více žijí zadaní, tedy buď v partnerství, nebo manželství. Středně silný pozitivní vztah je také u *Počátku onemocnění* (Pearsonovo $r=0,498$, $p<0,001$, $N=107$) ve směru, že onemocnění začíná v mladším věku. Mezi pocíťovanou sociální oporou a věkem je pozitivní slabý vztah ve směru, že čím je člověk starší, tím více sociální opory pocíťuje (Pearsonovo $r=0,244$, $p<0,05$, $N=107$), stejně tak s věkem narůstá počet hospitalizací (Pearsonovo $r=0,212$, $p<0,05$, $N=100$). S věkem narůstá užívání pozitivní zvládací strategie *Podhodnocení* (Pearsonovo $r=0,205$, $p<0,05$, $N=104$), viz Tabulka č.39.

Pearsonova korelace	VĚK	Sig.(2-tailed)	N
Rodinný stav	0,515**	0,000	105
Důchod	0,341**	0,000	109
Trvání nemoci	0,584**	0,000	107
Počátek nemoci	0,498**	0,000	107
Hospitalizace	0,212*	0,034	100
Sociální opora	0,244*	0,011	107
Strategie Podhodnocení	0,205*	0,037	104

Tabulka 39: Pearsonova korelace Věku a vybranných proměnných ** $p<0,05$

8 Diskuze

Výzkumná část této magisterské diplomové práce byla zaměřená na zjišťování vztahů sebe-stigmatizace v kontextu sociodemografických údajů, kvality života, aktuální závažnosti psychopatologie a strategií zvládnání zátěže. V rámci výsledků bylo zjištěno, že lidé s duševním onemocněním z diagnostické kategorie F20-F29. Nadměrně užívají maladaptivní strategie *Únikové tendence, Vyhýbání se situaci a Rezignace*. Tato zjištění korespondují s výzkumem Phillipse et al. (2009). Tyto strategie jsou v tomto kontextu pokládány za negativní proto, že podporují vyhýbavé chování a izolaci nemocného a zvyšující úzkost z možné budoucí stigmatizace. Zvyšují také míru sebe-stigmatizace (Tsang et al., 2006).

Přestože jednoznačně určit, co je pozitivní a co negativní strategie, je v obecné rovině obtížné, protože záleží na kontextu či konkrétní situaci, budu zde strategie zvládnání v souladu s autory dotazníku nazývat pozitivními a negativními. Pozitivní strategie zvládnání lidé se schizofrenií používají podobně, jako zdraví lidé, dá se říci, že je užívají průměrně. Vzhledem k převaze negativních strategií zvládnání však může být na místě jejich posílení v terapii. V našem souboru byla málo užívaná pozitivní strategie *Kontroly situace, Podhodnocení zátěžové situace a Kontroly reakcí*. Výsledky také ukázaly, že muži a ženy se schizofrenií se v míře užívání pozitivních a negativních zvládacích strategií neliší. Rozdíl nebyl nalezen ani mezi pacienty s různou úrovní dosaženého vzdělání. To může souviset s předpokladem, že strategie zvládnání jsou získané vzorce chování, které souvisí s osobnostními charakteristikami člověka. Zdá se, že dosažené vzdělání nebrání užívání negativních strategií u lidí se schizofrenií. Užívání pozitivních strategií zvládnání souvisí s počtem sourozenců, které pacient má. Zejména jde o strategie *Podhodnocování závažnosti situace a Pozitivní sebe-instrukce*. Pacienti s větším počtem sourozenců jsou schopni sami sebe v zátěži více podpořit a nebrat situaci tak vážně. Nesouvisí to s pořadím narození.

Výsledky studie ukazují, že lidé se schizofrenií, kteří užívají negativní strategie zvládnání zátěže, mají tendenci se sami stigmatizovat ve větší míře, než lidé používající spíše pozitivní strategie. Zvýšené užívání negativních zvládacích strategií vede k silným pocitům odcizení se vnímané odlišnosti od společnosti. To má za následek především sociální stažení se a nežádoucí izolaci. Pozitivní strategie zvládnání ovlivňují především

souhlas se společenskými stereotypy, přičemž užívání těchto strategií tento souhlas snižuje a podporuje narůst odolnosti proti stigmatu. Čím více pozitivních strategií pacient se schizofrenií užívá, tím méně má tendenci stáhnout se ze společenského dění. Zjištěné výsledky korespondují s výzkumy Kleima et al. (2008), kteří u schizofrenních pacientů potvrdili negativní vliv vnímaného stigmatu na užívání negativních strategií zvládnání v podobě zatajování nemoci a stažení se ze společenského kontaktu. Užívání negativních strategií zvládnání zvyšuje sebe-stigmatizaci a zhoršuje dopad stigmatizace na obnovu duševního zdraví (Chronister et al., 2013). Negativní strategie zvládnání dle výsledků tohoto výzkumu, snižují kvalitu života pacientů se schizofrenií a snížená kvalita života zvyšuje míru sebe-stigmatizace.

Míra sebe-stigmatizace u lidí se schizofrenním spektrem poruch se v přepočtu na T-skóry pohybuje v pásmu průměru. Hodnota je podobná s hodnotami jiných kategorií duševních poruch, u kterých byla měřena (Ocisková et al., 2014). Nejvyšších průměrných skóre v míře sebe-stigmatizace bylo dosahováno v subškálách *Souhlas se společenskými stereotypy*, *Odcizení se a Sociální stažení se*, což do určité míry koresponduje s vyhýbavými negativními strategiemi zvládnání, které nemocní lidé se schizofrenií užívají. V souvislosti se sebe-stigmatizací nebyl prokázán vztah mezi počátkem onemocnění, věkem, délkou trvání nemoci (která naznačuje trend), počtem sourozenců, počtem hospitalizací, pohlavím, rodinným stavem, vzděláním a rodinnou zátěží. Tato zjištění částečně korespondují se zjištěními Vrbové et al. (2014), že pohlaví, partnerský vztah, hereditární zátěž, vzdělání není statisticky významné v souvislosti s mírou sebe-stigmatizace.

Kamarádová et al. (2013) zjistila, že míra sebe-stigmatizace se u mužů a žen neliší, což se potvrdilo i v našem výzkumu. Míra sebe-stigmatizace významně souvisela se zaměstnáním. Lidé bez zaměstnání vykazovali vyšší míru sebe-stigmatizace (skupiny bez a se zaměstnáním se lišili ve škálách *souhlas se stereotypy*, *diskriminace a stažení se*). Míra sebe-stigmatizace dále souvisela s pobíráním či nepobíráním důchodu (zde se tyto skupiny liší v subškálách *souhlas se stereotypy a stažení se*). Sebe-stigmatizace je významně ovlivňována aktuální náladou respondenta (horší nálada vede k pocíťování vyšší míry sebe-stigmatizace) a slaběji také pocíťovanou sociální oporou. Mezi objektivně hodnocenou aktuální závažností onemocnění a sebe-stigmatizací nebyl zjištěn významný vztah. Ovšem statisticky významný vztah byl nalezen mezi subjektivně hodnocenou

závažnosti nemoci a všemi subškálami ISMI (nejvíce v souhlasu se stereotypy, sociálním stažením se a odcizením). Tedy, čím závažněji pacient hodnotí svoji aktuální psychopatologii, tím se více sebe-stigmatizuje.

Byl zjištěn významný vztah mezi kvalitou života a sebe-stigmatizací. Čím více se člověk se schizofrenií sebe-stigmatizuje, tím nižší je kvalita jeho života a naopak. Z našich dat nelze určit kauzalitu. Podobné nálezy popisuje studie Tanga et al. (2012), kteří zjistili, že sebe-stigmatizace u lidí se schizofrenií negativně koreluje se všemi oblastmi kvality života. Tento nálezn je podobný našemu u nálezu. Kvalita života byla u pacientů se schizofrenií oproti kontrolní zdravé populaci snižena. Dále bylo zjištěno, že kvalita života souvisí s užíváním pozitivních strategií zvládnání zátěže. Tento závěr je logický s ohledem na fakt, že v situaci, kdy lidé řeší zátěž efektivně a daří se ji řešit, se cítí subjektivně lépe.

Silný pozitivní korelační vztah byl nalezen také mezi věkem, délkou trvání nemoci a rodinným stavu. Věk pochopitelně narůstá spolu s délkou trvání nemoci, a čím jsou respondenti starší, tím více jich žije zadaných (v partnerství nebo manželství). Počátek onemocnění začíná v mladším věku, načež s věkem pochopitelně narůstá i počet hospitalizací. S narůstajícím věkem lidé se schizofrenií užívají častěji pozitivní zvládací strategii *Podhodnocení*, což může být způsobeno narůstajícím kognitivním deficitem v důsledku onemocnění. Je otázkou, zda jde o pozitivní zvládací strategii, nebo prostou rezignaci a bagatelizaci problémů, která paradoxně chronicky nemocného pacienta chrání proti prožívanému stresu. Výsledky výzkumu ukazují na souvislost objektivně hodnocené závažnosti nemoci a celkové kvality života. Čím je lékařem závažnost nemoci hodnocena jako závažnější, tím nižší má kvalitu života. Podobný je nález i u subjektivního hodnocení závažnosti nemoci. Čím pacient sám hodnotí svoji nemoc jako závažnější, tím také hodnotí svoji kvalitu života jako horší. Zároveň užívá častěji negativní strategie zvládnání a více se stigmatizuje.

Za hlavní výsledky celého výzkumu je považováno zjištění podílu faktorů strategie zvládnání, kvality života a aktuální subjektivní závažnosti psychopatologie na míře sebe-stigmatizace. Nejsilnějším faktorem, který souvisí se sebe-stigmatizací jsou negativní strategie zvládnání zátěže, které vysvětlují závislou proměnnou sebe-stigmatizaci ze 37,4%. S mírou sebe-stigmatizace také významně souvisí kvalita života, subjektivní

hodnocení závažnosti onemocnění pomocí CGI, nejméně pak pozitivní zvládací strategie. Regresní model těchto čtyř proměnných vysvětloval 54,9% rozptylu v míře sebe-stigmatizace. Další výzkum, který by mohl navázat na tuto práci, by se mohl zaměřit na opakované hodnocení strategií zvládnání, hodnocení závažnosti nemoci a sebe-stigmatizace v průběhu času, aby se dalo zjistit, zda nejsou strategie zvládnání a sebe-stigmatizace nejvíce ovlivněny aktuálním stavem a nakolik jsou stabilní v čase. Na to tato průřezová studie odpovědět nedokáže, protože není možné z jejich výsledků určit kauzalitu vztahů.

Hlavním omezením studie je použití sebe-posuzovacích dotazníků, jejichž vyplňování může být výrazně ovlivněno aktuálním stavem pacienta. Týká se to hlavně dotazníku hodnotících kvalitu života i zvládací strategie. Rovněž závažnost onemocnění byla hodnocena pouze Celkovým klinickým dojmem (byť i pacientem i lékařem), nikoliv objektivními posuzovacími nástroji, jakým je například BPRS. Přesto výsledky přinášejí relativně koherentní obraz o kvalitě života, sebe-stigmatizaci a zvládacích strategiích u této skupiny závažně nemocných.

Kromě problému, že pacienti v různých stavech souvisejících s nemocí a její závažnosti, mohou vyplňovat dotazníky různě kvalitně, je dalším omezením, že dotazníky jsou relativně dlouhé a některé pacienty to od vyplňování odradilo, nebo je nevyplnili úplně či si stěžovali, že je to na ně moc složité a málo srozumitelné. Délka dotazníku měla dopad především na pozornost při vyplňování, což respondenti kompenzovali osobními přestávkami. S ohledem na obtížnost vyplnění dotazníku a na jeho náročnost nebyl dotazník záměrně zadáván závažně nemocným pacientům se schizofrenií, ani pacientům hospitalizovaným, což omezuje zevšeobecnění výsledků na celou populaci psychoticky nemocných. Za další slabiny výzkumu považují také zadávání dotazníku na různých místech různými lidmi, v různém čase a s různou časovou možností na vyplnění. Zadáváním dotazníku odlišným personálem, v jiném čase a jiném prostředí, mohla být konzistence vyplňování narušená vlivem okolních vlivů. Pro objektivnější zajištění výsledků by tedy bylo vhodné se snažit zajistit stejné podmínky zadávání a vyplňování pro všechny, čehož v závislosti na designu tohoto výzkumu nebylo možné dosáhnout.

Možnou slabinou v kontextu objektivního hodnocení závažnosti nemoci by mohla být úvaha nad objektivitou hodnocení u různých psychiatrů. Tento ukazatel byl v odborné vědecké společnosti opakovaně testován a byla zjištěna vysoká míra vnitřní validity objektivního CGI, psychiatři se v posouzení závažnosti shodují velice přesně. Za pozitivní

aspekty celého výzkumu považují užití standardizovaných metod měření, přičemž dvě z metod měly standardizaci na české populaci. Dotazníky byly seřazeny tak, aby se pacientům dobře vyplňovaly. V rámci výzkumu se povedlo získat různorodý vzorek 109 respondentů se schizofrenním onemocněním, a to díky spolupráci ochotných kolegů psychiatrů z různých částí republiky. Tato různorodost a zastoupení psychotické populace z různých měst může pomoci v určité reprezentativnosti vzorku. Výzkumná zjištění se dají vztáhnout na populaci duševních onemocnění z diagnostické kategorie F20-F29 dle MKN-10 (1992).

I přes náročnost při vyplňování a obsáhlost dotazníku byly zjištěny nové zajímavé výzkumné souvislosti, které pomohou přispět k porozumění problematice sebe-stigmatizace v kontextu kvality života, strategií zvládání a aktuální závažnosti nemoci u lidí trpících schizofrenií. Lidé se schizofrenními poruchami užívají převážně maladaptivní strategie zvládání zátěže. Tyto strategie významně souvisí s mírou sebe-stigmatizace, nižší kvalitou života a vedou k únikovým tendencím a sociální izolaci. Pokud chceme míru sebe-stigmatizace u takto nemocných lidí snížit může být vhodné se zaměřit na snížení užívání negativních strategií zvládání, posílení pozitivních strategií a rozšíření repertoáru strategií a zdrojů, které má jedinec k dispozici. Systematická práce na snížení sebe-stigmatizace může zvýšit kvalitu života nemocných pacientů. Snaha o redukci sebe-stigmatizace může podpořit zvýšení sebedůvěry, užívání pozitivních zvládacích strategií, zvýšit kvalitu života, omezit používání vyhubých strategií a bránit sociální izolaci. To vše zpětnovazebně může zvyšovat odolnost proti stigmatu. Soustavná práce s pacienty v rámci problematiky stigmatizace, má smysl a potenciál do budoucna ve své změně na osobní a veřejné úrovni.

9 Závěr

Cílem této práce bylo získat vhled do problematiky sebe-stigmatizace v kontextu kvality života, užívání strategií zvládání zátěže, aktuální závažnosti onemocnění a sociodemografických údajů u lidí s duševními poruchami schizofrenního spektra. Porozumění této problematice může pomoci při hledání vhodných léčebných strategií. Toto výzkumné šetření zjistilo, že sebe-stigmatizace výrazně souvisí s užíváním negativních

strategií zvládání zátěže sníženou kvalitou života. Hlavní sledované proměnné významně souvisí s mírou sebe-stigmatizace u lidí se schizofrenií. Roli ve výzkumných zjištěních hrála mimo jiné také subjektivně hodnocená aktuální závažnost onemocnění, aktuální nálada a sociální opora. Zejména na poslední dvě proměnné by bylo dobré se v dalších výzkumech více zaměřit. Zvyšování strategií zvládání u lidí se schizofrenií a snižování sebe-stigmatizace mohou být dobrými terapeutickými strategiemi, které mají šanci zlepšit kvalitu života lidí, kteří trpí schizofrenií. To může přispět ke zlepšení duševního zdraví na úrovni jednotlivce, jeho rodiny, ve výsledku také společnosti v podobě destigmatizace psychiatrických nemocí.

Souhrn

Tato magisterská diplomová práce se věnuje problematice sebe-stigmatizace v kontextu kvality života a strategií zvládání u duševně nemocných lidí s poruchou z diagnostické kategorie *Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy* F20-F29. Jedná se o závažná duševní onemocnění, která významně ovlivňují většinu oblastí života nemocného člověka. V teoretické části této práce jsem se zabývala vymezením konceptu duševního zdraví a nemoci, historickým pojetím, dopady psychických poruch na život jedince a problémy, se kterými se duševně nemocní lidé setkávají. Dále bylo blíže popsáno onemocnění schizofrenie pro pochopení této specifické kategorie závažných duševních nemocí. Následně jsem se zabývala vymezením problematiky stigmatizace a sebe-stigmatizace, důvody, problémy a dopady na život duševně nemocného člověka, důsledky a modely vzniku těchto fenoménů. Podpurným nástrojem byly vědecké práce zkoumající popisovanou problematiku. Teoretické vymezení pojmu kvality života v kontextu schizofrenních onemocnění, nástrojů měření, výsledků výzkumných studií a modelů hodnocení u psychiatrických pacientů bylo nevyhnutelnou nutností v pochopení celé problematiky. Orientace na popis se strategií zvládání zátěže v kontextu historického vývoje a výčtu strategií zjištěných na podkladě vědeckých výzkumů byl důležitou součástí popisovaného tématu.

Výzkumná část se zaměřila na formulaci výzkumného problému, včetně vymezení výzkumných otázek a stanovení si základních sledovaných výzkumných hypotéz k testování. Byl vymezen metodologický rámec výzkumu, definovány základní pojmy,

popsány měřicí nástroje, charakterizovány metody výběru vzorku. Na základě statistických analýz využívajících převážně parametrické testy (One-way ANOVA, T-test pro nezávislé výběry, Pearsonův korelační koeficient), ale i testy neparametrické (Spearmanův korelační koeficient) byl zjištěn důležitý vztah mezi mírou sebe-stigmatizace, strategiemi zvládnání zátěže a kvalitou života. Dále byla zjištěna snížená kvalita života u lidí se schizofrenií oproti zdravé kontrolní populaci, míra sebe-stigmatizace byla v pásmu průměru a zjištěno bylo nadužívání převážně negativních strategií zvládnání zátěže (únikové tendence, vyhýbání se a odklon). Tato nová zjištění by mohla poskytnout základ pro směřování psychoterapeutických intervencí. Výsledky tohoto výzkumu přispěly k hlubšímu pochopení problematiky sebe-stigmatizace u lidí se schizofrenními poruchami.

Seznam použitých zdrojů a literatury

- 1) Abbey, A., & Andrews, F. (1985). Modeling the psychological determinants of life quality. *Social Indicators Research*, 16(1), 1-34.
- 2) American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition (DSM-IV). APA, Washington DC.
- 3) Arenofsky, J. (2011). Conquering the stigma within. *Esperanza: Hope to cope an anxiety and depression*, 1.
- 4) Assefa, D., Shibre, T., Asher, L., & Fekadu, A. (2012). Internalized stigma among patients with schizophrenia in Ethiopia: a cross-sectional facility-based study. *BMC Psychiatry*, 12, 239. doi:10.1186/1471-244X-12-239.
- 5) Awad, G., Voruganti, P., & Heslegrave, J. (1997). A conceptual model of quality of life in schizophrenia: Description and preliminary clinical validation. *Quality of Life Research*, 6(1), 21-26.
- 6) Balaščíková, V., & Blatný, M. (2003). *Determinanty výběru strategií zvládnání*. Brno: PsÚAV.
- 7) Barcia, D., Morcillo, L., & Borgonós, E. (1995). Esquizofrenia, calidad de vida y formas
clínicas. *An Psiquiatría*, 11, 81-87.
- 8) Bergsma, J., & Engel, G. (1988). Quality of life: does measurement help? *Health Policy*. 10(3), 267-279. doi:10.1016/0168-8510(88)90062-0.
- 9) Bigelow, A., Douglas, A., Marguerite, J., & Deborah, J. (1990). A quality of life interview. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 14(2), 94-98. doi:10.1037/h0099440.
- 10) Bobes, J., González, M., Bousono, M., Muñoz, L., & Wallace, D. (1996). Quality of life in schizophrenic outpatients. *New research program and abstract*, 223.
- 11) Blatný, M., & Osecká, L. (1998). Zdroje sebehodnocení a životní spokojenosti: osobnost a strategie zvládnání. *Československá psychologie*, 42(5), 350-394.
- 12) Brohan, E., Rodney, E., Sartorius, N., & Thornicroft, G. (2010). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in

- 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. *Schizophrenia Research*, 122 (1-3), 232 - 238.
- 14) Brown, S., Roe, M, Lane, A., Gervin, M., Morris, M., Kinsella, A., & Larkin, C. (1996). Quality of life in schizophrenia: Relationship to sociodemographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia. *Acta Psychiatr. Scand.*, 94, 118-124.
 - 15) Bullinger, M. (1993). Indices versus profiles – advantages and disadvantages. *Quality of Life assessment*, 209-220.
 - 16) Carver, Ch., Scheier, M., & Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*. 56(2), 267-283.
 - 17) Cinculová, A., Kamarádová, D., Osická, M., Praško, J., & Látalová, K. (2014). sebe-stigmatizace, adherence k léčbě a vysazování medikace u úzkostných poruch. Olomouc: *LF UP*.
 - 18) Cooke, M., Peters, E., Fannon, D., Anilkumar, A, Aasen, I, Kuipers, E., & Kumari, V. (2007). Insight, distress and coping styles in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 94(1-3), 12-22. doi:10.1016/j.schres.2007.04.030.
 - 19) Cohen, C., Hassamalb, S., & Begumb, N. (2011). General coping strategies and their impact on quality of life in older adults with schizophrenia. *Schizophrenia research*, 127(1-3), 223-228.
 - 20) Ritsher, Otilingam, & Grajales. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res.*, 121(1), 31-49.
 - 21) Corrigan, P. W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59, 614–625. doi:10.1037/0003-066X.59.7.614.
 - 22) Corrigan, P., & Shaughnessy, J. (2007). Changing mental illness stigma as it exists in the real world. *Australian Psychologist*, 42, 90-97.
 - 23) Corrigan, P., Larson, J., & Rusch, N. (2009). Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, 8(2), 75–81.

- 24) Corrigan, P., Morris, S., Larson, J., Rafacz, J., Wassel, A., Michaels, P., & Rüsçh, N. (2010). Self-stigma and coming out about one's mental illness. *Journal Of Community Psychology*, 38(3), 259-275. doi:10.1002/jcop.20363.
- 25) Corrigan PW, Rafacz J, & Rüsçh N. (2011). Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry Res.*, 189(3), 339–343.
- 26) Corrigan, P., & Rao, D. (2012). On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *Canadian Journal Of Psychiatry*, 57(8), 464-469.
- 27) Corrigan, P., Kosyluk, K., & Rüsçh, N. (2013). Reducing self-stigma by coming out proud. *American Journal Of Public Health*, 103(5), 794-800. doi:10.2105/AJPH.2012.301037.
- 28) Corsini, R. (1984). *Encyklopedia of psychology*. John Wiley and Sons, Inc.
- 29) Douglas, H., Hanlon, T., & Carpenter, W. (1984). The Quality of Life Scale: An Instrument for Rating the Schizophrenic Deficit Syndrome. *Schizophrenia Bulletin*, 10 (3), 388-398.
- 30) Dragomirecká, E., & Škoda, C. (1997). *QQL-CZ: Příručka pro uživatele české verze dotazníku kvality života SQUALA*. Praha: laboratoř psychiatrické demografie, Psychiatrické centrum Praha.
- 31) Endicott, J., Nee, J., Harrison, W., & Blumenthal, R. (1993). Quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire: A new measure. *Psychopharm.Bulletin*, 29, 321-326.
- 32) Ferjenčík, J., (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál.
- 33) Fonagy, P., & Target, M. (2005). *Psychoanalytické teorie*. Praha: Portál.
- 34) Freud, S. (1937). Analysis Terminable and Interminable. *International Journal of Psycho-Analysis*, 18, 373-405.
- 35) Fuller, T. (2013). *Surviving schizophrenia: A family manual - 6th edition*. USA: New York.

- 36) Ghanean, H., Marzieh, N., & Jacobsson, L. (2011). Internalized stigma of mental illness in Tehran, Iran. *Stigma Research and Action*, 1(1), 11-17. doi: 10.5463/SRA.v1i1.10.
- 37) Girma, E., Tesfaye, M., Froeschl, G., Möller-Leimkühler, A. M., Dehning, S., & Müller, N. (2013). Facility based cross-sectional study of self stigma among people with mental illness: towards patient empowerment approach. *International Journal Of Mental Health Systems*, 7(1), 1-8. doi:10.1186/1752-4458-7-21
- 38) Goffman, I. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. USA: Simon and Schuster.
- 39) Guy, W. (1976). *ECDEU: Assessment Manual for Psychopharmacology*. USA: Department of Health, Rockville.
- 40) Hartl, P., & Hartlová, H. (2009). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- 41) Hayhurst, K., Massie, J., Dunn, G., Lewis, S., & Drake, R. (2014). Validity of subjective versus objective quality of life assessment in people with schizophrenia. *BioMed Central psychiatry*, 14(1): 365. doi:10.1186/s12888-014-0365-x.
- 42) Hinterhuber, H. (2001). Stigma schizofrenie: snaha o jeho překonání. *Psychiatrie pro praxi*, 5, 216-220.
- 43) Hobfoll, S. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American psychologist*. 44(3), 513.
- 44) Hofer, A., Kemmler, G., Eder, U., Edlinger, M., Hummer, M., & Fleischhacker, W. (2004). Quality of life in schizophrenia: the impact of psychopathology, attitude toward medication, and side effects. *Journal of clinical psychiatry*, 65(7), 932-939.
- 45) Horáček, J. (2003). *Psychotické stavy v klinické praxi*. Praha: Anepra s.r.o.
- 46) Chronister, J., Chou, C., & Liao, H. (2013). The role of stigma, coping and social support in mediating the effect of societal stigma on internalized stigma, mental health recovery, and quality of life among people with serious mental illness. *Journal Of Community Psychology*, 41(5), 582. doi:10.1002/jcop.21558.

- 47) Jacobson, A., Groot, M., & Samson, J. (1997). The effect of psychiatric disorders and symptoms on quality of life in patients with Type I and Type II diabetes mellitus. *Quality of Life Research.*, 6(1), 11-12.
- 48) Janke, W., & Erdmannová, G. (2002). *SVF 78: eine Kurzform des Stressverarbeitungsfragebogen SVF 120*. Germany: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- 49) Jesenský, J. (2000). *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha: Karolinum.
- 50) Katschnig, H., Freeman, H., & Sartorius, N. (1997). *Quality of life in mental disorders*. England: Wiley.
- 51) Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.
- 52) Kleim, B., Vauth, R., Adam, G., Stieglitz, R., Hayward, P., & Corrigan, P. (2008). Perceived stigma predicts low self-efficacy and poor coping in schizophrenia. *Journal Of Mental Health*, 17(5), 482-491. doi:10.1080/09638230701506283
- 53) Knight, M., Wykes, T., & Hayward, P. (2006). Group Treatment of Perceived Stigma and Self-Esteem in Schizophrenia: A Waiting List Trial of Efficacy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34(3), 305-318. doi:10.1017/S1352465805002705.
- 54) Kommescher M, Gross S, Pützfeld V, Klosterkötter J, & Bechdorf A. (2015). Coping and the stages of psychosis: an investigation into the coping styles in people at risk of psychosis, in people with first-episode and multiple-episode psychoses. *Early Interv Psychiatry*. doi: 10.1111/eip.12223.
- 55) Kondrat D. (2012). Do Treatment Processes Matter More than Stigma? The Relative Impacts of Working Alliance, Provider Effects, and Self-Stigma on Consumers' Perceived Quality of Life. *Best Practice In Mental Health*, 8(1), 85-103.
- 56) Kranke, D., Floersch, J., Townsend, L., & Munson, M. (2010). Stigma experience among adolescents taking psychiatric medication. *Children and Youth Services Review*, 32(4), 496-505.
- 57) Krosky, A., & Harkness, S. (2011). *Coping with the Stigma of Mental Illness: Empirically-Grounded Hypotheses from Computer Simulations*. *Social Forces*, 89(4), s. 1315-1339. doi:10.1093/sf/89.4.1315.

- 58) Křivohlavý, J. (1994). *Jak zvládat stres*. Praha: Grada.
- 59) Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál.
- 60) Látalová, K., Kamarádová, D., & Praško, J. (2014). Sebe-stigmatizace a adherence k farmakoterapii-porovnání závažných psychických poruch a poruch neurotického spektra. Olomouc: *LF UP*.
- 61) Lazarus, R. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. USA: McGraw-Hill.
- 62) Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- 63) Lazarus, R., & Folkman, S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 466-475.
- 64) Lehman, A.F., Ward, N., & Linn, L. (1982). Chronic mental patients: The quality of life issue, *American Journal of Psychiatry*, 139, 1271-1276.
- 65) Lehman, A.F. (1983). The effects of psychiatric symptoms on quality of life assessments among the chronically mentally ill. *Eval. Prog. Planning*, 6, 143-151.
- 66) Lehman, F., & Burns, J. (1996). Severe mental illness in the community. *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*, 919-924.
- 67) Libigerová, E., & Müllerová, H. (2003). *Dotazník kvality života (Q-LES-Q): kvalita prožívání radosti a spokojenosti ze života: informace pro terapeuta*. Praha: Academia Medica Pragensis – Amedpra.
- 68) Link, B., & Phelan, C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385. doi: 10.1146/annurev.soc.27.1.363.
- 69) Livingstone, J. (2012). Self-stigma and quality of life among people with mental illness who receive compulsory community treatment services. *Journal of Community Psychology*, 40(6), 699-714. doi: 10.1002/jcop.21476.
- 70) Lucksted, A., Drapalski, A., DeForge, B., & Boyd, J. (2011). Ending Self-Stigma: Pilot Evaluation of a New Intervention to Reduce Internalized Stigma Among People with Mental Illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(1), 51-54.
- 71) Lysaker, P., Yanos, P., Outcalt, J., & Roe, D. (2010). Association of stigma, self-esteem, and symptoms with concurrent and prospective assessment of social anxiety in schizophrenia. *Clinical Schizophrenia Related Psychoses*, 4 (1), 41-48.

- 72) Manos, R., Rusch, L., Kanter, J., & Clifford, L. (2009). Depression Self-Stigma as a Mediator of the Relationship Between Depression Severity and Avoidance. *Journal of Social and Clinical Psychology, 28*(9), 1128-1143. doi: 10.1521/jscp.2009.28.9.1128.
- 73) Margariti, M., Ploumpidis, D., Economou, M., Christodoulou, G., & Papadimitriou, G. (2015). Quality of life in schizophrenia spectrum disorders: associations with insight and psychopathology. *Psychiatry research Neuroimaging, 225*(3), 695-701. doi: 10.1016/j.psychres.2014.11.016.
- 74) Mareš, P., & Sirovátka, S. (2006). Poverty, Social Exclusion and Social Policy in the Czech Republic. *Social Policy and Administration, 40*(3), 288-303.
- 75) Maslow, A. (2000). *The Maslow business reader*. Canada: John Wiley and sons.
- 76) Mechanic, D., McAlpine, D., Rosenfield, S., & Davis, D. (1994). Effects of illness attribution and depression on the quality of life among persons with serious mental illness. *Social Science and Medicine, 39*(2), 155-164.
- 77) Meltzer, H., Bastini, B., Young, K., Ramirez, L., Burnett, S., & Sharpe, J. (1989). A prospective study of clozapine in treatment-resistant schizophrenic patients. *Psychopharmacol., 99*, 68-72.
- 78) Meltzer, H., Burnett, S., Bastani, B., & Ramirez, L. (1990). Effects of six months of clozapine treatment on the quality of life of chronic schizophrenic patients. *Hosp.Comm.Psychiatry, 41*, 892-897.
- 79) Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených problémů ve znění 10.decenální revize: MKN-10. verze druhá, vydání první. (2008). Česká republika : Bomtom agency,s.r.o.
- 80) Morcillo, L., Barcia, D., & Borgonos, E. (1995). Esquizofrenia: calidad de vida y anos de evolución. *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr., 23*, 293-298.
- 81) Motlová, Bankovská, L., Španiel, F. (2011). *Schizofrenie: Jak předejít relapsu aneb terapie pro 21.století*. Praha: Mladá Fronta Dnes.
- 82) Mowbray, T., Collins, E., Bellamy, D., Bybee, D., & Megivern, A. (2005). Supported education for adults with psychiatric disabilities: an innovation for social work and psychosocial rehabilitation practice. *Social Work, 50*(1), 7-20.

- 83) Ocisková, Praško, Látalová, Kamarádová, Grambal, Sigmundová, & Sedláčková (2014). Internalizované stigma a efektivita farmakoterapie a psychoterapie u úzkostných poruch a poruch neurotického spektra. *Československá psychiatrie*, 110(3), 133 -143.
- 84) Ocisková, M., Praško, J., Vrbová, K., Kamarádová, D., Jelenová, D., & Látalová, K. (2014). Stigmatizace a sebe-stigmatizace u pacientů se schizofrenií. *Česká a slovenská psychiatrie*, 110(5), 250-258.
- 85) Ocisková, M., Praško, J., & Dostálová, L. (2014). Sebe-stigmatizace u psychiatrických pacientů: Standardizace škály ISMI. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2014, 110 (6) , 301-310.
- 86) Orley, & Kuyken. (1997). *WHOQOL: Measuring quality of life*. Switzerland: WHO.
- 87) Payne, J. a kol. (2005). *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton.
- 88) Parsons, T. (1951). Illness and the role of the physician: A sociological perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, 21(3), 452-460.
- 89) Patel, C. (1994). Identifying psychosocial and other risk factors in Whitehall-II study. *Homeostasis in health and Disease*, 35(1-2), 71-83.
- 90) Phillips, L. J., Francey, S. M., Edwards, J., & McMurray, N. (2009). Strategies used by psychotic individuals to cope with life stress and symptoms of illness: a systematic review. *Anxiety, Stress & Coping*, 22(4), 371-410.
- 91) Praško, J. (2001). *Psychotická porucha a její léčba*. Praha: Maxdorf.
- 92) Praško, J., Možný, P., & Šlepecký, M. (2007). *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton.
- 93) Praško, J., Látalová, K., Ticháčková, A., & Stárková, L. (2011). *Klinická psychiatrie*. Praha: Tigris.
- 94) Praško, Diveky, T., Kamarádová, D., & Jelenová, D. (2012). Stigmatizace a panická porucha. *Psychiatrie pro praxi*, 13(3), 100-103.
- 95) Praško, J., & Látalová, K., et al. (2015). *Speciální psychiatrie*. Praha: Tigris.
- 96) Ritsner, M., Gibela, A., Ponizovskyc, A., Shinkarenkoa, A., Ratnera, Y., & Kursd, R. (2006). Coping patterns as a valid presentation of the diversity of coping responses in schizophrenia patients. *Psychiatry research*, 144(2-3), 139-152. doi:10.1016/j.psychres.2005.09.017.

- 97) Rosenfield, S. (1992). Factors contributing to the subjective quality of life among the seriously mentally ill. *New Directions for Mental Health Services*, 36, 47-59.
- 98) Rückl, S., Gentner, N. C., Büche, L., Backenstrass, M., Barthel, A., Vedder, H., & Kronmüller, K. (2015). Coping with Delusions in Schizophrenia and Affective Disorder with Psychotic Symptoms: The Relationship between Coping Strategies and Dimensions of Delusion. *Psychopathology*, 48(1), 11. doi:10.1159/000363144.
- 99) Rudnick, A., Martins, J. (2008). Coping and Schizophrenia: A Re-analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(1), 11-15. doi:10.1016/j.apnu.2008.02.009.
- 100) Skantze, K., Malm, U., Dencker, S., & May, P. (1990). Quality of life in schizophrenia. *Nord. Psykiatr. Tidsskr.*, 44, 71-75.
- 101) Skantze, K., Malm, U., Dencker, J., May, R., & Corrigan, P. (1994). Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenic outpatients. *British Journal of Psychiatry*, 161, 797-801.
- 102) Stone, A., & Neale, J. (1984). New measure of daily coping: development and preliminary results. *Journal of Social Psychology and Personality*, 62, 892-906.
- 103) Sullivan, G., Wells, K., & Leake, B. (1992). Clinical factors associated with better quality of life in a seriously mentally ill population. *Hosp. Comm. Psychiatry*, 43, 794-798.
- 104) Svoboda, M., Češková, H., & Kučerová, H. (2006). *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. 1. vyd. Praha: Portál.
- 105) Šídlová, M., Praško, J., Jelenová, D., Kováčsová, A., Látalová, K., Sigmundová, Z., & Vrbová, K. (2010). The quality of life of patients suffering from schizophrenia – a comparison with health controls. *LF University Palacky Olomouc*. 155(2), 173-180.
- 106) Švancara, J. (2003). *Strategie zvládání stresu – SVF-78*. Praha: Testcentrum.
- 107) Tang, I-chen., Wu, & Hui-ching. (2012). Quality of life and self-stigma in individuals with schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, 83(4), 497-507. doi: 10.1007/s11126-012-9218-2.

- 108) Tsang, H., Fung, K., & Corrigan, P. (2006). Psychosocial treatment compliance scale for people with psychotic disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry Issue*, 40(6-7), 561-569. doi: 10.1111/j.1440-1614.2006.01839.x.
- 109) Tsang, H., Fung, K., & Chung, R. (2010). Self-stigma and stages of change as predictors of treatment adherence of individuals with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 180(1), 10-5.
- 110) Urbanovská, E. (2012). *Psychologie zdraví 1*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- 111) Ustundag, M., & Kesebir, S. (2013). Internalized Stigmatization in Bipolar Patients: Relationship with Clinical Properties, Quality of Life and Treatment Compliance. *Turkish Journal of Psychiatry*. doi: 10.5080/u7123.
- 112) Vaňurová, H., & Mühlpachr, P. (2005). *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova Univerzita.
- 113) Vágnerová, M. (1999). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- 114) Vágnerová, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál.
- 115) Vašků, A. (2011). *Bariéry vstupu osob s duševním onemocněním na trh práce v České republice*. Rožnov pod Radhoštěm.
- 116) Vogel, D., Wade, N., & Hackler, A. (2007). Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *Journal Of Counseling Psychology*, 54(1), 40-50. doi:10.1037/0022-0167.54.1.40.
- 117) Vrbová, K., Kamarádová, D., Látalová, K., & Praško, J. (2014). Sebestigmatizace, adherence k léčbě a vysazování medikace u sychotických poruch-průřezová studie. Olomouc: *LF UP*.
- 118) Watson, A., & Corrigan, P. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 35-53.
- 119) Willis, K., Shear, P., Steffen, J., & Borkin, J. (2002). The relationship between cognitive dysfunction and coping abilities in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 55(3), 259-267. doi:10.1016/S0920-9964(01)00211-0.

Seznam příloh

Příloha č.1: Český a cizojazyčný abstrakt magisterské diplomové práce

Příloha č.2: Formulář zadání magisterské diplomové práce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Role copingových strategií a kvality života v kontextu sebe-stigmatizace u pacientů se schizofrenií

Autorka práce: Michaela Holubová

Vedoucí práce: Prof. MUDr. Ján Pavlov Praško, CSc.

Počet stran a znaků: 108, 185 385

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 119

Abstrakt

Tato magisterská diplomová práce se věnuje problematice strategií zvládnání zátěže a kvality života v kontextu sebe-stigmatizace u pacientů trpících schizofrenií. Práce je rozdělena na část teoretickou a výzkumnou. Teoretická část se věnuje vymezení problematiky duševního onemocnění jako poruchy duševního zdraví, schizofrenii, stigmatizaci a sebe-stigmatizaci, kvalitě života a strategiím zvládnání zátěže. Výzkumná část je zaměřená na kvantitativní výzkum v podobě korelační studie s využitím standardizovaných metod měření. Výzkum byl realizován na 109 ambulantních pacientech se schizofrenní poruchou. Zjišťování míry sebe-stigmatizace bylo realizováno pomocí dotazníku ISMI, kvalita života byla měřena dotazníkem Q-LES-Q a strategie zvládnání zátěže měřil dotazník SVF-78. Statistická analýza prokázala statisticky významný vztah mezi sebe-stigmatizací, strategiemi zvládnání, kvalitou života a subjektivním hodnocení závažnosti aktuální psychopatologie.

Klíčová slova: Schizofrenie, sebe-stigmatizace, kvalita života, strategie zvládnání zátěže

ABSTRACT OF THESIS

Title: The role of coping strategies and quality of life in the context of self-stigmatization in patients with schizophrenia

Author: Michaela Holubová

Supervisor: Prof. MUDr. Ján Pavlov Praško, CSc.

Number of pages and characters: 108, 185 385

Number of appendices: 2

Number of references: 119

Abstract:

This thesis is devoted to coping strategies and quality of life in the context of self-stigmatization of patients with schizophrenia. The work is divided into theoretical and practical part. The theoretical part deals with the definition of mental illness such as mental health disorders, schizophrenia, stigma and self-stigma, quality of life and coping strategies. The research part is focused on quantitative research in the form of correlation studies using standardized measurement methods. The research was conducted on 109 outpatients with schizophrenia. Ascertaining the degree of self-stigmatization was carried out using a questionnaire ISMI. Quality of life was measured by a questionnaire Q-LES-Q and coping strategies were measured by SVF-78. Statistical analysis showed a statistically significant relationship between self-stigma, coping strategies, quality of life and subjective assessment of the severity of psychopathology.

Key words: Schizophrenia, self-stigma, quality of life, coping strategies

Příloha 2: Formulář zadání magisterské diplomové práce

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2013/2014

Studijní program: Psychologie
Forma: Kombinovaná
Obor/komb.: Psychologie (PSYN)

Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
HOLUBOVÁ Michaela	Andělská Hora 9, Chrástava	F131092

TÉMA ČESKY:

Role copingových strategií a kvality života v kontextu sebestigmatizace

NÁZEV ANGLICKY:

The role of coping strategies and quality of life in the context of self-stigmatization

VEDOUcí PRÁCE:

Prof. MUDr. Ján Praško Pavlov, CSc. - PSY

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

Teoretická část: Stigmatizace - Vymezení pojmu stigmatizace a sebestigmatizace, definice pojmů, historický vývoj, přístupy, názory, teorie, dosavadní výzkumy, vymezení oproti jiným pojmům, destigmatizační programy, výzkumný přínos, úskalí a problémy tohoto pojmu z hlediska duševně nemocných osob. Kvalita života - charakteristika pojmu, historický vývoj, definice z pohledu různých teorií, současné výzkumy v této oblasti, teorie, metody a přístupy na měření kvality života, kvalita života u psychicky nemocných lidí a souvislost se stigmatizací. Copingové strategie - vymezení pojmu, definice z pohledu různých autorů a teorií, výčet a charakteristiky jednotlivých strategií, vymezení druhů zátěže a náročných životních situací, definice stresu, frustrace, konfliktu, traumatu, krize a deprivace, současné výzkumy v oblasti copingových strategií a jejich souvislost s dalšími osobnostními charakteristikami. Duševní poruchy - klasifikace a popis jednotlivých skupin psychických onemocnění a jejich vymezení a zařazení v MKN-10.

Cíl práce: Cílem práce je určení míry sebestigmatizace konkrétních skupin duševně nemocných lidí, zjištění jejich copingových strategií při zvládání stresu a náročných životních situací, určení jejich kvality života a propojení zjištěných poznatků ve společném kontextu s cílem hledání vzájemných souvislostí sledovaných proměnných.

Výzkumný vzorek: Pacienti lůžkových a ambulantních psychiatrických a psychologických zařízení z oblasti neurotických, psychotických, afektivních, behaviorálních psychických poruch a osob závislých na návykových látkách.

Forma a metody výzkumu: Kvantitativní výzkum s využitím posuzovací stupnice CGI (Celkový klinický dojem), SubjCGI (Subjektivní celkový klinický dojem), škála na zjišťování adherence, ISMI (Internalizované stigma psychické poruchy), dotazníku RCOPE (zjišťování copingových strategií), Q-LES-Q (zjišťování kvality života).

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition (DSM-IV). APA, Washington DC., Atkinson, R. A kol. (2003). Psychologie. 2. aktualiz. vyd., Praha: Portál., Baštecká, B. (2005). Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy. Praha: Grada Publishing., Bouček, J. A kol. (2006). Speciální psychiatrie. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta., Doležalová, P. (2003). Sociálně léčebné postupy kvality života klientů terapeutických komunit. Rigorózní práce. Brno: Masarykova Univerzita., Dragomirecká, E., Škoda, C. (1997). QQL-CZ: Příručka pro uživatele české verze dotazníku kvality života SQUALA. Praha: laboratoř psychiatrické demografie, Psychiatrické centrum Praha., Ferjenčík, J., (2000). Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Praha: Portál., Goffman, E. (2003). Stigma: Poznámky k problému zvládání narušené identity. Praha: Sociologické nakladatelství., Hartl, P., Hartlová, H. (2009). Psychologický slovník. Praha: Portál., Hendl, J. (2009). Přehled statistických metod. Praha: Portál., Hnilicová, H. (2004). Kvalita života: Sborník příspěvků z konference v Třeboni. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky. S. 45-57., Křivohlavý, J. (2002). Psychologie nemoci. Praha: Grada., Křivohlavý, J. (2009). Psychologie zdraví. 3. vyd. Praha: Portál., Libigerová, E., Müllerová, H. (2003). Dotazník kvality života (Q-LES-Q): kvalita prožívání radosti a spokojenosti ze života: informace pro terapeuta. 1. vyd. Praha: Academia Medica Pragensis ? Anepra., Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených problémů ve znění 10. decennální revize: MKN-10. verze druhá, vydání první. (2008). Česká republika : Bomtom agency,s.r.o., Munková, G. (2004). Sociální deviace. 1. vyd. Praha: Karolinum., Praško, J. a kol. (2005). Postupy v léčbě psychických poruch. Praha: Academia Medica Pragensis. S. 401-426., Praško, J. (2010). Psychické problémy u somaticky nemocných a základy lékařské psychologie. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci., Sociologické nakladatelství. (1997). Sociální deviace, sociologie nemoci a medicíny. 2. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství., Svoboda, M., Česková, H.,

Kučerová, H. (2006). Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy. 1. vyd. Praha: Portál., Vaňurová, H., Mühlpachr, P. (2005). Kvalita života: teoretická a metodologická východiska. Brno: Masarykova Univerzita., Vágnerová, M. (2008). Psychopatologie pro pomáhající profese. 2. rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál., Látalová, K., Ocisková, M., Praško, J., Kamarádová, D., Jelenová, D., Sedláčková, Z. (2013). Self-stigmatization in patients with bipolar disorder. Neuroendocrinol Lett 2013; 34(4):265-272. Published online: 2013-06-25., Látalová, K., Ocisková, M., Praško, J., Černá, M., Kamarádová, D., Jelenová, D., Sedláčková, Z. (2013). Obsessive compulsive disorder and stigmatization. Act Nerv Super Rediviva 2013; 55(1-2): 19-26. Published online: 2013-08-30., Ocisková, M., Praško, J., Sedláčková, Z. (2013). Stigma and self-stigma in patients with anxiety disorders. Act Nerv Super Rediviva 2013; 55(1-2): 12-18. Published online: 2013-08-30. Praško, J., Mainerová, B., Diveky, T., Kamarádová, D., Jelenová, D., Grambal, A., Látalová, K., Sigmundová, Z., Šilhán, P. (2011). Panic disorder and stigmatization. Act Nerv Super Rediviva 2011; 53(4): 194-201. Published online: 2012-01-20., paulík, K. (2010). Psychologie lidské odolnosti. Praha: grada Publishing., l. Blatný, M. a kol. (2010). Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy. Praha: Grada Publishing., Kavitha, G. (2009). Occupational Stress and Coping Strategies. Discovery Publishing House., Lazarus, R., Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal, and Coping. New York: Springer Publishing Company.

Podpis studenta:

Michaela Holubová

Datum:

22.11.2013

Podpis vedoucího práce:

[Signature]

Datum:

22.11.2013