

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra Psychologie

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Hodnocení přínosu primárně preventivního programu Nevypust' duši pro jeho
účastníky

Evaluation of the benefits of the primary prevention program Nevypust' duši
for its participants

Bc. Kateřina Licholetova

Vedoucí práce: PhDr. Anna Frombergerová, Ph.D.

Studijní program: Psychologie

Studijní obor: Psychologie

Odevzdáním této diplomové práce na téma Hodnocení přínosu primárně preventivního programu Nevypusť duši pro jeho účastníky potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Praha, 13. 4. 2023

Ráda bych touto cestou poděkovala PhDr. Anně Frombergerové, Ph.D. za odborné vedení mé diplomové práce. Děkuji jí za cenné rady, vstřícné jednání a čas, který mi v průběhu vypracovávání práce ochotně věnovala.

Dále bych ráda poděkovala Mgr. Kateřině Lukavské, Ph.D. za konzultace a odborné rady při vyhodnocování statistických dat.

ABSTRAKT

Diplomová práce se zaměřuje na evaluaci primárně preventivního programu Duševní zdravotní výchova, který se zabývá problematikou duševního zdraví a je realizován na středních školách. Cílem této práce je zjistit, jestli je primárně preventivní program Duševní zdravotní výchova efektivní vzhledem k jeho vytyčeným cílům a jaký vykazuje největší přínos pro jeho účastníky. Dále je zjišťováno, jestli mohou proměnné jako jsou gender, věk a zkušenost s duševním onemocněním respondentů ovlivňovat jejich postoje k duševnímu zdraví.

V teoretické části práce je vymezeno duševní zdraví a onemocnění, dále je vymezena primární prevence a současný stav školské primární prevence v oblasti duševního zdraví. Také jsou stanoveny protektivní faktory, které by měly programy primární prevence zabývající se duševním zdravím podporovat. Jsou představeny zásady efektivních programů primární prevence a příklady osvědčených preventivních programů zabývajících se duševním zdravím. Je popsán samotný preventivní program Duševní zdravotní výchova a nezisková organizace Nevypuť duši, která jej realizuje. Výzkumný soubor tvoří 1898 studentů středních škol (1655 respondentů z experimentální skupiny a 243 ze skupiny kontrolní). Metodou výzkumu jsou evaluační zpětnovazební dotazníky, které byly respondentům poskytnuty před a po realizaci programu. Z výsledků evaluace se ukazuje, že je program Duševní zdravotní výchova efektivní a jako nejprínosnější se jeví v oblasti (1) Vyhledání odborné pomoci a (2) Zásady správné psychohygieny. Je rovněž potvrzeno, že gender, věk a zkušenost s duševním onemocněním respondentů ovlivňují jejich postoje k některým oblastem duševního zdraví.

KLÍČOVÁ SLOVA

Primární prevence, evaluace, duševní zdraví, problémy s duševním zdravím, adolescence, gramotnost v oblasti duševního zdraví

ABSTRACT

The diploma thesis focuses on the evaluation of the primary preventive programme Duševní zdravotvěda, which deals with mental health issues and is implemented in secondary schools. The aim of this thesis is to evaluate the effectiveness and benefit of this programme for its participants. Another aim was also to find out if variables such as gender, age and experience with mental illness of the respondents can influence their attitudes towards mental health.

In the theoretical part of the thesis are defined mental health and illness, primary prevention and the current state of school primary prevention in the field of mental health are also defined. Also identified are protective factors that primary prevention programs dealing with mental health should support. Principles of effective primary prevention programmes and examples of proven mental health prevention programmes are presented. The preventive programme Duševní zdravotvěda and the non-profit organization Nevypust' duši, which implements it, are described here.

The research group consist of 1898 respondents (1655 respondents from the experimental group and 243 from the control group). The research method is evaluation feedback questionnaires, which were provided to respondents before and after the implementation of the programme. The results of the evaluation show that the programme Duševní zdravotvěda is effective and appears to be the most beneficial in the area of (1) Seeking professional help and (2) Principles of proper psychohygiene. It is also confirmed that respondents' gender, age and experience with mental illness influence their attitudes towards some areas of mental health.

KEYWORDS

Primary prevention, evaluation, mental health, mental health issues, adolescence, mental health literacy

Obsah

Úvod	8
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 Duševní zdraví a duševní onemocnění	10
1.1 Duševní zdraví populace dětí a dospívajících	11
2 Protektivní a rizikové faktory	15
2.1 Rizikové faktory	16
2.2 Protektivní faktory.....	17
3 Primární prevence	20
3.1 Cílová skupina primárně preventivního programu.....	20
3.2 Oblasti školské primární prevence	21
4 Primární prevence v oblasti duševního zdraví	23
4.1 Současný stav v ČR.....	24
4.2 Programy primární prevence zaměřující se na duševní zdraví v ČR	25
5 Efektivní primární preventivní program	27
5.1 Evaluace primárně preventivního programu	29
5.2 Příklady dobré praxe	30
6 Nestátní nezisková organizace Nevypusť Duši	34
6.1 Pilíře a cíle primárně preventivního programu Duševní zdravověda.....	36
6.2 Oblasti duševního zdraví a jejich zastoupení v preventivním programu Duševní zdravověda.....	37
6.3 Popis primárně preventivního programu Duševní zdravověda	38
EMPIRICKÁ ČÁST	41
7 Výzkumný problém a cíle výzkumu	41
7.1 Formulace výzkumných otázek.....	42
8 Metodologie výzkumu	43

8.1 Charakteristika výzkumného souboru	43
8.2 Proces realizace výzkumu	44
8.3 Výzkumná metoda.....	45
8.3.1 Kvantitativní analýza a zpracování dat.....	47
9 Výsledky	49
9.1 Výsledky postojového dotazníku – měření efektu programu.....	49
9.1.1 Shrnutí výsledků	53
9.2 Efekt programu v závislosti na demografických proměnných participantů.....	55
9.2.1 Shrnutí	66
9.3 Hodnocení programu studenty	67
9.3.1 Shrnutí	73
10 Závěry výsledků empirického výzkumu.....	75
10.1 Zodpovězení výzkumných otázek	76
11 Diskuse.....	79
11. 1 Limity práce	84
Závěr.....	86
Seznam použitých informačních zdrojů.....	87
Seznam příloh	93

Úvod

Problematika duševního zdraví dětí a dospívajících rezonuje společností za poslední léta více než kdy před tím, obzvláště v souvislosti s dopady pandemie covidu-19, které ovlivnily stav duševního zdraví celé společnosti. I bez ohledu na důsledky pandemie, tvoří děti a dospívající ohroženou skupinu v rozvoji duševních onemocnění, protože většina duševních onemocnění se poprvé projeví právě v adolescentním věku. Zhruba polovina všech případů diagnostikovaných duševních poruch v dospělosti se začíná poprvé projevovat již před 14. rokem života a až 75 % chronických duševních onemocnění se poprvé objeví již před 24. rokem života. (Kessler & Berglund et al., 2005)

Světová zdravotnická organizace upozorňuje na rostoucí počty dětí a adolescentů, kteří trpí psychickými obtížemi. Význam prevence a podpory duševního zdraví dětí a dospívajících se tak v dnešní době zvyšuje ještě o poznání více.

S ohledem na tyto skutečnosti je důležité, aby bylo investováno nejen do léčby duševních poruch, ale také do podpory psychického zdraví a prevence duševních onemocnění jak u rizikových skupin, tak i u běžné populace. Stav duševního zdraví dětí a dospívajících je potřeba řešit prostřednictvím poskytování komplexních a integrovaných služeb, kam se řadí i školské programy primární prevence. (Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030, 2021)

Prevence v oblasti duševního zdraví se snaží předcházet vzniku duševních onemocnění nebo snížit jejich závažnost. Cílem této prevence je podporovat psychickou pohodu, šířit osvětu o duševním zdraví a zvyšovat gramotnost v oblasti duševního zdraví.

Termín gramotnost v oblasti duševního zdraví je definován jako *„znalosti a přesvědčení o duševních poruchách, které pomáhají jejich rozpoznání, zvládnání a prevenci.“* (Jorm et al., 1997, s. 182) Většinová populace, děti i dospívající mohou vykazovat nízkou úroveň gramotnosti v této oblasti, což zahrnuje možné nedostatky ve znalostech o tom, jak předcházet duševním onemocněním; jak rozpoznat rozvoj a rizikové faktory duševních poruch nebo jaké jsou účinné svépomocné strategie. Tito lidé si také mohou vytvářet mylná přesvědčení o účinnosti odborné péče, což často může vést ke snížení pravděpodobnosti vyhledání včasné odborné pomoci. Dále mohou v důsledku nízké gramotnosti v oblasti duševního zdraví vykazovat stereotypní přesvědčení o lidech s duševním onemocněním.

Je potřeba, aby ve školách, kde děti a adolescenti tráví většinu svého času, bylo téma duševního zdraví akcentováno. V současné době jsou ve školách stále upřednostňovány spíše programy

primární prevence zaměřující se na rizikové chování na úkor programů zabývajících se problematikou duševního zdraví. Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy v dokumentu Strategie 2030+ uvádí, že by v rámcovém vzdělávacím programu měla být součástí preventivního působení škol zastoupena témata duševního zdraví (prevence úzkostí, deprese, nepříznivého stresu a sebevraždnosti) včetně destigmatizace duševních onemocnění. Realita je taková, že se v současné době zasazují o iniciativu školské primární prevence v oblasti duševního zdraví především nevládní organizace neziskového sektoru, mezi něž patří i nezisková organizace Nevypusť duši.

Cílem této práce je zhodnotit efektivitu primárně preventivního programu Duševní zdravověda zabývajících se problematikou duševního zdraví dětí a adolescentů, který Nevypusť duši realizuje na středních školách po celé České republice.

Jedná se o program všeobecné primární prevence zaměřující se na osvětu a prevenci v oblasti psychického zdraví. Cílem programu je zvyšovat u adolescentů gramotnost v oblasti duševního zdraví, působit preventivně tak, aby docházelo ke snížení či zabránění potenciálnímu rozvoji duševních onemocnění a podporovat zdravé zásady psychohygieny včetně včasného vyhledání odborné pomoci. Program se snaží rozvíjet dovednosti a postoje v oblasti psychického zdraví včetně destigmatizace osob s duševním onemocněním.

Program je koncipován jako interaktivní zahrnující řadu skupinových aktivit a otevřených diskusí mezi všemi zúčastněnými, zároveň k atraktivitě programu přispívá peer prvek, kdy je program veden dvěma lektory – vysokoškolskými studenty studujícími pomáhající profese, z nichž má alespoň jeden z nich osobní zkušenost s duševním onemocněním.

Motivací ke zpracování této práce byla jednak aktuálnost tématu a význam prevence problematiky duševního zdraví ve společnosti, tak motivace přispět k teorii zabývajících se programy primární prevence v oblasti duševního zdraví ve školním prostředí a prostřednictvím evaluačního výzkumu ověřit, zda je takovýto program efektivní a přínosný vzhledem k jeho vytyčeným cílům.

TEOREITCKÁ ČÁST

1 Duševní zdraví a duševní onemocnění

Světová zdravotnická organizace (WHO) po válečném období v roce 1947 definovala duševní zdraví jako „stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoli pouze jako nepřítomnost choroby.“ (Baštecká & Goldmann, 2001, s. 27) Již v tehdejší době bylo duševní zdraví považováno jako mnohem více než absence duševního onemocnění, ale pro dnešní pojetí je definice nedostačující. Koncepce, že duševní zdraví není pouze nepřítomnost duševní nemoci, byla jednomyslně schválena, zatímco ekvivalence mezi duševním zdravím a pohodou/fungováním nikoli. (Galderisi et al., 2015)

Dnes již víme, že není tak podstatný ideální konečný stav, ale spíše průběžné naplňování osobní integrity, přičemž je bráno v potaz, že občasná psychická trápení v průběhu života postihují každého z nás a nemusí tak nutně vylučovat stav duševního zdraví. Pouze pozitivní pocity a fungování nejsou klíčovými faktory duševního zdraví.

Nejnovější pojetí duševního zdraví podle WHO uvádí, že: „*Duševní zdraví existuje v komplexním kontinuu zahrnující zkušenosti od optimálního stavu pohody až po vysilující stavy velkého utrpení a emocionální bolesti.*“ (World mental health report, 2022, s. 14) Dále WHO uvádí, že dobré duševní zdraví souvisí s psychickou pohodou (*well-being*). „*Zdraví je relativně optimální stav tělesné a duševní a sociální pohody při zachování všech životních funkcí, společenských rolí a schopností organismu přizpůsobovat se měnícím se podmínkám prostředí.*“ (WHO, 2022) U nejnovějšího pojetí definice duševního zdraví podle WHO lze sledovat pokrok v před, protože akcentuje, že duševní zdraví se nemusí nutně pojit pouze s pozitivními psychickými stavy člověka. Lidé s poruchami duševního zdraví s větší pravděpodobností zažívají nižší úroveň duševní pohody, ale není tomu tak vždy nebo nutně. (World mental health report, 2022)

V rámci pojetí duševních onemocnění Slovník spisovného jazyka českého (1989) definuje nemoc i chorobu jako poruchu zdraví. Sjednocujícímu slovu „porucha“ dává dnes pro oblast duševního zdraví přednost i Mezinárodní klasifikace nemocí. (Baštecká & Goldmann, 2001, s. 29)

Od 50. let 20. století dochází k vytváření sociologické analýzy nemoci a vychází se z teze, že nemoc je stav, který je definován sociálně. „*K tomu, aby byl člověk považován za nemocného*

a bylo s ním zacházeno odpovídajícím způsobem, není třeba doložit přítomnost biologické abnormality.“ (Höschl et al., 2004, s. 224)

Vinař (1999) s odkazem na Světovou zdravotnickou organizaci definuje nemoc jako: *„Stav nebo souhrn reakcí organismu na poruchu rovnováhy mezi ním a prostředím“.* (Baštecká & Goldmann, 2001, s. 239)

Nejnovější revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 11) uvádí, že *„duševní poruchy, poruchy chování a neurovývojové poruchy jsou syndromy charakterizované klinicky významnou poruchou kognice, emoční regulace nebo chování jedince, které odráží dysfunkci v psychologických, biologických nebo vývojových procesech, které jsou základem mentálního a behaviorálního fungování. Tyto poruchy jsou obvykle spojeny s úzkostí nebo narušením osobních, rodinných, sociálních, vzdělávacích, pracovních nebo jiných důležitých oblastí fungování.“* (ICD-11, 2022)

Podle Americké psychologické asociace (APA) představuje duševní onemocnění: *„zdravotní stavy zahrnující změny v emocích, myšlení nebo chování (nebo jejich kombinaci). Duševní onemocnění mohou být spojena s úzkostí a/nebo problémy s fungováním v sociálních, pracovních nebo rodinných aktivitách.“* (Nojku, 2022)

Definice duševního zdraví a onemocnění se stále vyvíjí a modifikují i vzhledem ke společenským a kulturním vlivům. Lze sledovat trend směřující k inkluzivnímu přístupu, co možná nejprostšího od restriktivních a kulturou vázaných prohlášení a co nejbližší k lidským životním zkušenostem, které jsou někdy radostné a uspokojujivé, jindy náročné nebo neuspokojujivé. (Galderisi et al., 2015)

1.1 Duševní zdraví populace dětí a dospívajících

Podle Světové zdravotnické organizace až 20 % dětí a dospívajících zažije nějakou formu duševního onemocnění. Až 50 % chronických duševních onemocnění se poprvé projeví již před 14. rokem života a 75 % pak před 24. rokem života. Většina dětí a dospívajících nemá k dispozici včasnou pomoc, nebo ji ani nevyhledává. (Kessler & Berglund et al., 2005)

Duševní zdraví dětí a dospívajících rezonuje společností za poslední léta více než kdy před tím, obzvláště v souvislosti s dopady pandemie covidu-19 na duševní zdraví dětské populace.

Bylo zjištěno, že nejen v České republice, ale i v dalších evropských zemích patří děti a dospívající mezi nejvíce ohroženou skupinu z hlediska dopadů pandemie covidu-19 na duševní zdraví. (Bínová & Havelka, 2021)

V důsledku pandemie covidu-19 a s ní spojenou povinnou izolací žáků a žaček trvajících v řádu měsíců, došlo k rapidnímu zvýšení duševní nepohody a duševních onemocnění právě u této skupiny a v důsledku toho i k přetížení systému péče o osoby s duševními obtížemi a onemocněními. Nejvíce došlo u populace dětí a dospívajících ke zvýšení úzkostných poruch, depresivních poruch, sebepoškozování a k suicidálnímu jednání. (Bínová & Havelka, 2021)

Národní rada pro duševní zdraví spadající pod rezort Ministerstva zdravotnictví ČR zveřejnila v tiskové zprávě ze dne 16. července 2020, že v souvislosti s epidemií koronaviru došlo k výraznému nárůstu současných duševních onemocnění z 20 % na 30 % (riziko sebevražd se zvýšilo trojnásobně, deprese se zvýšily rovněž trojnásobně a úzkostné poruchy se zvýšily dvojnásobně). (MZCR, 2020)

V záznamu z jednání jsou uvedeny i výsledky výzkumu Národního ústavu duševního zdraví, který prokazuje zvýšení rizika sebevražd v souvislosti s pandemií covidu-19.

Duševní zdraví dětí a dospívajících je specifické menší diferencovaností oproti dospělému věku, to vede k tomu, že i poruchové vlivy tělesné, duševní nebo sociální povahy svými účinky mnohem snáze zasahují do dalších oblastí. (Říčan & Krejčířová, 2006) „*Osobnostní funkce poznávání, cítění, snažení jsou z pravidla mnohem méně osamostatněny, a proto děti prožívají životní události také méně diferencovaně, s menší schopností rozumového či citového odstupu v prožívání a jednání.*“ (Říčan & Krejčířová, 2006, s. 497)

Dospívání je zásadním obdobím pro rozvoj sociálních a emocionálních dovedností důležitých pro duševní pohodu. Patří mezi ně osvojení si zdravého spánku; pravidelného pohybu; rozvoj zvládání řešení problémů a interpersonálních dovedností a autoregulace emocí. Důležité je ochranné a podpůrné prostředí v rodině, ve škole a v širší komunitě. (WHO, 2021)

Zejména v období adolescence dochází u jedinců k mnoha změnám na úrovni fyzické, psychické i sociální, proto může být toto období pro dospívající náročné z hlediska psychického prožívání.

V globálním měřítku každý sedmý adolescent trpí nějakou formou duševního onemocnění, což představuje 13 % celosvětové zátěže nemocí v této věkové skupině (od 11 do 18 let). Deprese, úzkost a poruchy chování patří mezi hlavní příčiny nemocí u dospívajících. Sebevražda je čtvrtou nejčastější příčinou úmrtí jedinců ve věku v rozpětí 15–29 let. (Global Case for Supoport, 2022)

WHO (2021) uvádí výčet duševních onemocnění, která mají v současné době nejvyšší prevalenci u populace dětí a dospívajících:

- **Úzkostné poruchy** jsou u dospívající populace hojně zastoupené a jsou častější u starších než u mladších adolescentů. Odhaduje se, že 3,6 % 10–14letých a 4,6 % 15–19letých trpí úzkostnou poruchou. Odhaduje se, že deprese se vyskytuje u 1,1 % dospívajících ve věku 10–14 let a 2,8 % u 15–19letých. Úzkostné a depresivní poruchy mohou hluboce ovlivnit školní docházku a školní práci. Sociální stažení může zhoršit izolaci a osamělost. Deprese může vést k sebevraždě.
- **Poruchy chování** jsou častější u mladších adolescentů než u starších adolescentů. Porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD), charakterizovaná obtížemi věnovat pozornost, nadměrnou aktivitou a impulsivnímu jednání, se vyskytuje u 3,1 % 10–14letých a 2,4 % 15–19letých. Porucha chování (zahrnující příznaky destruktivního nebo náročného chování) se vyskytuje u 3,6 % 10–14letých a 2,4 % 15–19letých. Poruchy chování mohou ovlivnit vzdělání dospívajících a vyústit v kriminální chování.
- **Poruchy příjmu potravy**, jako je mentální anorexie nebo mentální bulimie, se běžně objevují během dospívání a mladé dospělosti. Poruchy příjmu potravy zahrnují abnormální stravovací chování a zaujatost jídlem, doprovázené ve většině případů obavami o tělesnou hmotnost a tvar. Mentální anorexie může vést k předčasné smrti, často kvůli zdravotním komplikacím nebo sebevraždě a má vyšší úmrtnost než jakákoli jiná duševní porucha.
- Stav, který zahrnuje příznaky **psychózy**, se nejčastěji objevují v pozdní adolescenci nebo rané dospělosti. Příznaky mohou zahrnovat halucinace nebo bludy. Tyto zkušenosti mohou zhoršit schopnost dospívajících zapojit se do každodenního života, vzdělávání a často vedou ke stigmatizaci.
- **Sebevražda a sebepoškození** zahrnují mnohostranné rizikové faktory včetně škodlivého pití alkoholu, zneužívání v dětství, stigma vůči hledání pomoci, překážky v přístupu k péči a přístupu k sebevraždě.

Globálně jsou investice do služeb a institucí zajišťující péči o duševní zdraví, včetně prevence, velmi nízké. Tam, kde jsou kvalitní služby dostupné, je jejich přístup k nim často nekonzistentní. Děti, mladiství a jejich rodiny se mohou zdráhat služby využívat nebo si neuvědomují, že jsou dostupné. Stigma a předsudky vůči dětem a dospívajícím s duševním onemocněním a jejich rodinám mohou působit jako překážka ve vyhledání odborné péče. (Global Case for Support, 2022) Důsledky selhání při řešení problémů duševního zdraví dospívajících a s tím spojenou prevencí se rozšiřují až do dospělosti,

poškozuje fyzické i duševní zdraví a omezuje možnosti vést plnohodnotný život v dospělém věku.

Unicef ve spolupráci s WHO usilují o řešení mezer v rámci duševního zdraví dětí a dospívajících a snaží se podporovat jejich duševní pohodu, optimální rozvoj a kvalitu života. Jedná se o 10letý akční plán, jehož cílem je rozšířit kapacitu péče o duševní zdraví dětí a mladistvých na všech úrovních v zemích po celém světě. (Global Case for Support, 2022)

Jejich cíle korespondují s reformou psychiatrické péče, které jsou vytyčeny v dokumentu Národního akčního plánu pro duševní zdraví do roku 2030.

2 Protektivní a rizikové faktory

Při znalosti základních rizikových a protektivních faktorů a jejich vztahů lze říci, jaké vlastnosti by měla mít komplexní preventivní strategie školy a jaké požadavky je potřeba klást na dílčí preventivní programy. (Martanová, 2012)

Protektivní faktory mají funkci oslabování vlivu rizikového faktoru na jedince a ovlivňují, zda se rizikové chování vůbec vyvine. (Kabiček et al., 2014) Širůčková uvádí, že by preventivní programy měly podle Jessorova modelu zastávat „výraznou podporou působení protektivních faktorů, nikoli pouze redukcí či minimalizací působení faktorů rizikových.“ (Miovský, Zapletalová & Skácelová, 2015, s. 58)

V rámci primární prevence je pozornost soustředěna zejména na oblast rizikového chování a jeho protektivní a ochranné faktory. V oblasti duševního zdraví nejsou protektivní a rizikové faktory ve vztahu k primární prevenci nijak specificky vymezeny, jako je tomu právě u rizikového chování. Přitom dílčí projevy rizikového chování mohou úzce souviset s duševní nepohodou či duševními poruchami adolescentů. Rizikové chování může být dokonce důsledkem psychických potíží. Například pocíťované stavy úzkosti, které jedinec nedokáže zvládnout, ho mohou vést k volbě maladaptivních strategií. (Dolejš, Skopal & Suchá, 2014) „Snaha redukovat tyto úzkostné stavy může souviset např. s nadužíváním návykových látek v rámci konceptu negativního posílení ve formě odstranění negativních psychických, fyzických a sociálních problémů a stavů, které užívání a zneužívání drog přináší“ (Dolejš, Skopal & Suchá, 2014, s. 129).

Vyvstává otázka, jaké protektivní a rizikové faktory lze považovat za stěžejní v rámci problematiky duševního zdraví, a které takové faktory by měly programy primární prevence v oblasti duševního zdraví podporovat.

Nejprve je potřeba ukázat na základě odborné literatury a výzkumů, že souvislost rizikového chování s duševním stavem dětí a adolescentů spolu úzce souvisí, a proto by měla být v rámci primární prevence duševních potíží věnována dostatečná pozornost právě rizikovým a protektivním faktorům psychického zdraví.

Souvislostem psychických potíží a rizikového chování se věnovala ve svém výzkumu Foltová (2012), která na souboru 1531 15letých adolescentů zjistila, že u chlapců i u dívek byla identifikována spojitost míry emočních problémů s nesoustředěností a antisociálním chováním. Dalším zjištěním bylo, že adolescenti, kteří vykazovali nejméně rizikové chování, zároveň nejméně trpěli psychickými potížemi. Na základě výsledků výzkumu

bylo prokázáno, že „*psychické potíže souvisejí s rizikovým chováním adolescentů.*“ (Foltová, 2012, s. 73)

Také další výzkumy prokazují, že adolescenti trpící duševními problémy více inklinují k rizikovému chování. Fisher et al. (1998) uvádějí, že existuje vazba mezi depresí a užíváním alkoholu včetně dalších návykových látek. Výzkum sledující výskyt užívání marihuany u 13–16letých adolescentů ukázal, že adolescenti s vyšším skóre deprese a anomie vykazovali více příznaků poruch chování, deficitu pozornosti a opozičních tendencí. (Foltová, 2012)

Z hlediska prevence rizikového chování by bylo vhodné věnovat pozornost i problematice duševního zdraví adolescentů, zejména již v časně fázi tohoto období. (Foltová, 2012)

2.1 Rizikové faktory

„*Rizikové faktory jsou vlastnosti jedince nebo jeho okolí, které zvyšují pravděpodobnost výskytu rizikového chování.*“ (Martanová, 2012 s. 29) Jisté formy rizikového chování mohou úzce souviset s psychickými potížemi dětí a dospívajících, proto je primární prevence v oblasti psychického zdraví prospěšná i pro eliminaci výskytu rizikového chování.

Neblahé duševní zdraví v dospívání může vést k rizikovému chování, včetně sebepoškozování, užívání tabákových výrobků, alkoholu a užívání jiných návykových látek, k rizikovému sexuálnímu chování nebo násilnému chování. (Global Case for Support, 2022)

Mnoho forem rizikového chování, jako je užívání návykových látek nebo například sexuální riskování, začíná během dospívání. Rizikové chování může být nevhodnou strategií, jak se vyrovnat s emocionálními obtížemi a může vážně ovlivnit duševní a fyzickou pohodu dospívajících. (WHO, 2021)

Významný vliv na rozvoj rizikového chování má vysoká míra stresových podnětů v okolí jedince. (Miovský, Zapletalová & Skácelová, 2015) „*Rizikové faktory představují pozadí, na němž se odehrávají aktuální stresové situace. V tomto procesu hrají roli primární psychiatrické poruchy, osobnostní rysy a způsoby reakce na stres a aktuální situační zátěžové okolnosti.*“ (Koutek, 2008, s. 302) V dospívání může psychickou zátěž představovat také školní neúspěch, konflikty s vrstevníky, partnerské a sexuální problémy. Prevence psychické nepohody a poruch by z vyplývajících informací měla být zaměřena na podporu protektivních faktorů. (Koutek, 2008)

„Rizikové faktory můžeme podle různých hledisek dělit na ty, které působí více na úrovni biologické nebo psychologické, případně sociální. Toto dělení však není zcela jednoznačné, protože mnohé rizikové faktory a zátěže se mohou ve svém účinku vzájemně doplňovat a potencovat.“ (Koutek, 2008, s. 302)

Na duševní zdraví má vliv více faktorů. WHO (2021) vymezuje, které rizikové faktory mohou přispívat ke stresu během dospívání a zhoršovat duševní stav dětí a adolescentů, mezi rizikové faktory patří: vystavení nepřízní osudu; tlak na přizpůsobení se vrstevníkům nebo zkoumání vlastní identity; vliv médií; genderové normy mohou prohlubovat nepoměr mezi realitou, kterou adolescent žije a jeho vnímáním nebo aspirací na budoucnost. Mezi další důležité determinanty patří kvalita domácího života a vztahy s vrstevníky. Násilí (zejména sexuální násilí a šikana); kruté rodičovství a vážné socioekonomické problémy jsou rovněž rizikovými faktory pro duševní zdraví.

2.2 Protektivní faktory

„Protektivní faktory jsou vlastnosti jedince nebo jeho okolí, které snižují pravděpodobnost výskytu rizikového chování.“ (Martanová, 2012, s. 30) Velký význam pro protektivní faktory představuje podpora primární skupiny (nejčastěji rodina), ale důležité jsou i prospívající vrstevnické vztahy, které zejména v období dospívání hrají významnou roli. (Koutek, 2008) To jsou ovšem faktory, které nelze ve všech případech aktivně ovlivňovat jedincem, proto by se měly programy primární prevence soustředit na protektivní faktory, které lze rozvíjet a aktivně implementovat do běžného fungování života.

Bylo by žádoucí, aby programy primární prevence zaměřující se na psychické zdraví zvědomovaly protektivní faktory a tím motivovali jedince k činnostem, které mohou pro podporu svého duševní zdraví konat.

Literatura v podkapitole týkající se rizikových faktorů dokládala, že rizikové faktory úzce souvisí se stresovými situacemi, které jedinec není schopen zvládat. Z toho důvodu by mezi protektivní faktory měly být řazeny **copingové strategie** a to, jakým způsobem je lze praktikovat.

Coping, jakožto zvládání, je definováno jako *„neustále se měnící kognitivní a behaviorální úsilí o zvládnutí specifických vnějších a/nebo vnitřních požadavků, které jsou hodnoceny jako zdanění nebo překračování zdrojů osoby“* (Lazarus & Folkman, 1984, s. 141). Zvládání má dvě hlavní funkce – vypořádání se s problémem, který způsobuje úzkost (zvládání zaměřené na problém) a regulaci emocí (zvládání zaměřené na emoce). (Lazarus & Folkman, 1984)

Právě v adolescenci se rozvíjejí základy copingových strategií, které jsou poté využívány v dospělém věku. (Baštecká, 2009). Proto je důležité, aby programy primární prevence zaměřující se na duševní zdraví odkrývaly dětem a adolescentům, jaké copingové strategie jsou zdravé nebo naopak škodlivé pro vyrovnávání se se stresem a jakým způsobem lze ty zdravé rozvíjet.

S negativními stresujícími událostmi se lze vypořádat i prostřednictvím **vyhledání pomoci**, což rovněž spadá do copingových strategií a může přispívat k duševní pohodě. (Wills, 1987) Zejména podstatné je včasné vyhledání odborné pomoci v případě psychických potíží a lze jej označit za další z protektivních faktorů ovlivňujících rozvoj psychického stavu nebo duševních onemocnění. Školy hrají hlavní roli při rozpoznávání problému duševního zdraví a při odkazování mladých lidí na vhodné služby pomoci. (Rickwood et al., 2007) Primárně preventivní programy by se tedy měly zaměřovat na předávání informací o tom, kde lze pomoc vyhledat, případně na koho se dospívající mohou při duševních obtížích obrátit.

Vliv na včasné vyhledání odborné pomoci má mimo jiné stigmatizace lidí s duševním onemocněním a s ním spojené sebestigma, které vytváří překážku pro včasné vyhledání pomoci. (Ocisková & Praško, 2015) **Destigmatizaci** lze rovněž považovat za další protektivní faktor, jehož funkcí je minimalizovat předsudky a zlepšit přístup lidí ve společnosti k duševnímu zdraví a duševním onemocněním. Stigmatizace je považována jako významný problém i v rámci Reformy psychiatrické péče, která si právě destigmatizaci v české společnosti klade za cíl. Součástí reformy je projekt *Destigmatizace* od NUDZ, který stojí za vznikem iniciativy *Na rovínu* usilující o „snížení stigmatizace a diskriminace lidí s duševním onemocněním a zlepšení přístupu lidí k duševnímu zdraví“. (Na rovínu, 2021) Cílem preventivních programů by mělo destigmatizaci jakožto jeden z protektivních faktorů do programů začleňovat.

Podle Gymské & Krššákové (2019), které pro školy na Slovensku vytvořily program osobnostně-sociálního rozvoje, lze pečováním o své duševní zdraví účinně předcházet duševním nemocem a pravidelná psychohygienu pozitivně ovlivňuje kvalitu života a stavy duševní pohody. „*Psychohygienu je systém opatření vedoucí k zachování mentálního zdraví a tedy zdraví jako celku, které neexistuje bez této základní vlastnosti.*“ (Boltivets, 2022, s. 1) **Zásady psychohygieny**, které se opírají o vědecké poznání a prokazují svou účinnost, by rovněž měly patřit mezi jeden z protektivních faktorů v rámci preventivního působení usilujícího o udržení duševního zdraví. Národní akční plán pro duševní zdraví 2020 – 2030

navíc cílí na implementaci právě psychohygieny do Rámcově vzdělávacího programu ve školách.

Perry et al. (2014) deklarují, že důkazy naznačují, že nedostatečná gramotnost, (která mimo jiné zahrnuje rozpoznání duševních obtíží), v oblasti duševního zdraví je klíčovou překážkou při hledání pomoci. Gramotnost v oblasti duševního zdraví se také podílí na snížení předsudků vůči lidem s duševním onemocněním. (Perry et al., 2014) Z uvedeného vyplývá, že v rámci prevence je důležité nabýt základní povědomí o psychiatrických diagnózách a povaze jejich projevů. Gramotnost v oblasti duševního zdraví, která zahrnuje právě i informace o symptomech duševních poruch, může duševní zdraví pozitivně ovlivňovat k vyhledání včasné pomoci i v rámci snížení předsudků vůči lidem s duševním onemocněním.

Na základě odborné literatury lze shrnout následující protektivní faktory duševního zdraví: copingové strategie; informovanost o tom, kde vyhledat pomoc; destigmatizace lidí s duševním onemocněním; zásady správné psychohygieny a gramotnost v oblasti duševního zdraví.

3 Primární prevence

„Slovo „prevence“ je latinského původu a znamená opatření učinění předem, včasnou obranu nebo ochranu.“ (Nešpor at al., 1999, s. 6)

Prevence se dělí na primární, sekundární a terciární. Primární prevence se zaměřuje na celou populaci, u které se rizikové chování ještě nevyskytlo. Sekundární pracuje s jedinci či skupinou, která již je ohrožena rizikovým chováním, kdy podstatou je předcházení vzniku, progresu a přetrvávání rizikového chování. Cílem terciální prevence je snižování rizik a předcházení zdravotním nebo sociálním potížím spojených s rizikovým chováním nebo nemocí. (Kaleja, 2014)

Programy primární prevence jsou poskytovány na třech úrovních: všeobecná, selektivní a indikovaná.

Všeobecná primární prevence se zaměřuje na celou populaci, která je vymezena věkem, prostředím, bez ohledu na míru rizikovitosti. **Selektivní** se zaměřuje na práci s konkrétní ohroženou skupinou, u které jsou ve zvýšené míře přítomny rizikové faktory pro vznik a rozvoj různých forem rizikového chování či nemoci. **Indikovaná** se přímo zaměřuje na jednotlivce, u kterých jsou ve zvýšené míře přítomny rizikové faktory pro vznik a rozvoj rizikového chování nebo nemoci. (Martanová, 2012)

Podle oblasti zaměření rozlišujeme primární prevenci nespecifickou a specifickou.

Programy specifické primární prevence se zaměřují na předcházení konkrétního typu rizikového chování, mají jasně danou cílovou skupinu, mapují potřeby a jsou realizovány v přesně vymezeném čase, (mohou být evaluovány). Programy nespecifické primární prevence se nezaměřují na konkrétní typ rizikového chování, mají širší dopad na celé zdraví, často podporují tzv. life skills (dovednosti pro život), dovednosti zde získávané mají širší životní uplatnění. (Miovský, Adámková & Barták, 2015)

Program Duševní zdravotní péče od Nevypust' duši, jehož přínos pro účastníky bude v empirické části diplomové práce zkoumán, se řadí do všeobecné primární prevence a jedná se o specificky zaměřený program na prevenci duševních onemocnění.

3.1 Cílová skupina primárně preventivního programu

Každý program má svou jasně definovanou cílovou skupinu na základě vytyčených kritérií. Definování cílových skupin je rovněž zdůvodněním, proč je nebo není daný program vhodný

právě pro tyto cílové skupiny a jaké problémy či specifika definované cílové skupiny program řeší. (Miovský, Zapletalová & Skácelová, 2015)

Miovský a Čabalová (Miovský, Adámková & Barták et al., 2015, s. 22) uvádějí následující kritéria pro vymezení cílových skupin preventivních programů:

- Věkové kritérium

Populace podle věkového kritéria je členěna do 5 skupin, v rámci kterých se reflektují stěžejní vývojově-psychologická období. Cílovou skupinou programu Duševní zdravotní péče na základě věku je mládež (15–18 let). V kapitole 1.1 bylo podrobně vysvětleno, proč je prevence v oblasti duševního zdraví právě pro tuto věkovou kategorii tak významná.

- Kritérium náročnosti

Zde je reflektována míra sociální či zdravotní zátěže, která odráží náročnost preventivní práce. Duševní zdravotní péče cílí na nezasaženou populaci, která nevykazuje výraznou zdravotně-sociální zátěž. Jedná se tedy o všeobecnou primární prevenci.

- Sociálně-spoločenské kritérium

Toto kritérium souvisí s předchozími dvěma kritérii a diferencuje skupiny na základě rizika výskytu některé z forem rizikového chování. V rámci programu Duševní zdravotní péče se toto kritérium nezjišťovalo.

- Institucionální kritérium

Poslední kritérium se nejvíce dotýká oblasti školské prevence. Pro primární preventivní program Duševní zdravotní péče jsou cílovou skupinou studenti středních škol a gymnázií.

3.2 Oblasti školské primární prevence

V rámci školské primární prevence se preventivní programy zaměřují především na rizikové chování a jeho definované oblasti. Rizikové chování představuje „*takové vzorce chování, v jejichž důsledku dochází k prokazatelnému nárůstu výchovných, zdravotních, sociálních a dalších rizik pro jedince nebo společnost.*“ (Martanová, 2012, s. 21)

Oblasti rizikového chování jsou vytyčeny v dokumentu *Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2019 – 2021* a patří mezi ně:

1	Agrese, šikana, kyberšikana a další rizikové formy komunikace prostřednictvím multimédií, násilí, domácí násilí, krizové situace spojené s násilím, vandalismus, intolerance, antisemitismus, extremismus, rasismus a xenofobie, homofobie, krádeže, loupeže, vydírání, vyhrožování
2	Záškolačství
3	Závislostní chování, užívání různých typů návykových látek, netolismus, gambling
4	Rizikové sporty a rizikové chování v dopravě, prevence úrazů
5	Spektrum poruch příjmu potravy
6	Negativní působení sekt
7	Sexuální rizikové chování

Zdroj: (MŠMT, 2019)

Program primární prevence Duševní zdravověda se zabývá prevencí v oblasti duševního zdraví, proto je potřeba se zaměřit na takové oblasti rizikového chování, které s problematikou duševního zdraví souvisí.

Mezi oblasti rizikového chování, které spadají podle MKN-11 do kategorie duševních poruch, se řadí spektrum poruch příjmu potravy a závislostní chování. Dále se do forem rizikového chování, které souvisí s psychickým zdravím, řadí sebepoškozování, sebetryznění a suicidální chování, které patří do oblasti *č. 1 Agrese ad.* (Miovský, Zapletalová & Skácelová, 2015) Prevence zaměřující se na sebepoškozování je velmi důležitá, protože při této formě rizikového chování dochází k poškozování zdraví a integrity jedince, přičemž může dojít až k ohrožení života, zároveň se jedná o velmi častou formu rizikového chování v adolescenci.

Program primární prevence Duševní zdravověda je možné využít cíleně v rámci specifické prevence konkrétních forem rizikového chování týkající se duševního zdraví (spektrum poruch příjmu potravy, sebepoškozování, suicidální tendence ad.), tak i pro rozvoj dovedností pro život. Podle Čabalové se jedná o *„schopnosti, které usnadňují adaptivní chování jedince, pomáhají ve zvládnání každodenních problémů a umožňují dětem a dospívajícím chovat se zdravým způsobem vzhledem k jejich přáním a potřebám s cílem realizovat je v co nejširším rozsahu.“* (Miovský, Adámková & Barták, 2015, s. 34)

Program primární prevence Duševní zdravověda také rozvíjí dovednosti pro život a sebeovlivnění, které se podílejí na vnímání duševní pohody, utváření hodnot a postojů. Mezi tyto dovednosti patří práce s emocemi nebo rozvíjení schopností zvládnání stresu (coping strategií) a náročných životních situací (Gallà et al., 2005) Tyto dovednosti mohou komplexně ovlivnit kvalitu života.

4 Primární prevence v oblasti duševního zdraví

Prevence v oblasti duševního zdraví je jedním z klíčových témat současné doby a nedílnou součástí komplexního systému péče o duševně nemocné jedince, neboť většina duševních onemocnění se začíná projevovat již v adolescentním věku a v mladém dospělosti. (Kessler & Berglund et al., 2005)

Důsledky pandemie covidu-19 odhalily rozsah a závažnost problémů psychického zdraví u dětské a dorostové populace, čímž vyvstává potřeba investovat a jednat na systémové úrovni v péči o duševní zdraví, kam v neposlední řadě spadá i oblast primární prevence.

Prevence problematiky duševního zdraví dětí a adolescentů tvoří významné a aktuální téma, na které je potřeba brát zřetel. Je důležité, aby docházelo k rozvoji a zkvalitňování služeb, které prevenci v oblasti duševního zdraví zprostředkovávají.

Včasně podchycení duševních onemocnění již v dětství nebo adolescenci a následná adekvátní intervence je jedním z hlavních faktorů ovlivňujících duševní zdraví dospělé populace a systému komplexní odborné péče v oblasti duševního zdraví. (Bínová & Havelka, 2021)

Duševní zdraví ovlivňuje kvalitu života každého jedince a souvisí s fungováním systému péče o duševně nemocné na úrovni celého státu. Je známým faktem, že prevence je i z finančního hlediska výhodnější než samotná léčba a důsledky zanedbané prevence. Pro žádnou společnost není prospěšné ani výhodné preventivní působení podceňovat a zvládat důsledky následného projevu různých sociálně patologických jevů, včetně nárstu závažných onemocnění. (Skalík in Kalina et al., 2003)

Analýza *The State of the World's Children 2021* (Unicef, 2021) uvádí, že primární prevence v oblasti duševního zdraví realizovaná ve školách je účinná i finančně efektivní. Výzkum *RTI International* přezkoumával dopady preventivních programů v rámci všeobecné prevence, tak i v rámci selektivní prevence zaměřující se na ohrožené studenty a konkrétní duševní poruchy. Bylo zjištěno, že investice do primární prevence v oblasti duševního zdraví indikuje potenciální finanční návratnost. Z výsledků vyplývá, že investování do prevence a léčby duševních poruch již v období dospívání může mít celoživotní zdravotní i ekonomické přínosy pro celou společnost. (Stelmach et al., 2022) Národní akční plán pro duševní zdraví 2020 – 2030 rovněž upozorňuje na finanční výhodnost investování do prevence duševních onemocnění včetně pozitivního dopadu preventivního působení na kvalitu života ohrožených skupin.

Školy představují ideální prostor pro preventivní působení na dětskou a dorostovou populaci v rámci duševního zdraví a zlepšování gramotnosti v této oblasti. Škola tak tvoří jednoho z hlavních zprostředkovatelů primárně preventivních programů. (Werner-Seidler et al., 2017)

Škola je pro dospívající kriticky důležitým místem. Ve školách se žáci často potýkají s psychickými problémy, které neumějí pojmenovat nebo nevědí, co se s nimi děje a svůj stav nedokáží vysvětlit. Studenti se mohou nesvěřovat i proto, že nevědí jak nebo nejsou informováni o tom, kam se mohou obrátit. V důsledku toho se mohou potýkat s tím, že jsou na své psychické obtíže sami, mohou mít obavy ze stigmatizace, která se s duševním onemocněním pojí.

Mcluckie et al. (2014) zkoumali vliv programu duševní zdravovědy „*The Guide*“, (který je běžnou součástí středoškolského kurikula v některých kanadských školách), na gramotnost studentů v oblasti duševního zdraví. Výsledky jejich výzkumu prokázaly významné zlepšení znalostí studentů v oblasti duševního zdraví. Tato studie na základě výsledků šetření poukazuje na to, že implementace programu zaměřujícího se na gramotnost v oblasti duševního zdraví do školních osnov má pozitivní vliv na duševní zdraví studentů.

Vyvstává otázka ohledně rozšíření obdobných preventivních programů na školách a implementace jejich obsahu do školních osnov. Tedy, aby byla duševní zdravověda běžnou součástí kurikula, jako je tomu například u klasické zdravovědy.

4.1 Současný stav v ČR

Téma problematiky duševního zdraví dětí a dospívajících se dostává v České republice do popředí a je mu věnována pozornost i v dokumentu MŠMT Strategie 2030+. „*RVP bude průřezově akcentovat rozvoj osobních a sociálních kompetencí žáků. Budou reflektována témata psychohygieny, psychosomatiky, duševních změn, duševního rozvoje, duševní hygieny, duševního a sociálního zdraví.*“ (Fryč et al., 2020, s. 34)

Podle Ministerstva školství mládeže a tělovýchovy by měla být v rámcovém vzdělávacím programu součástí preventivního působení škol zastoupena témata duševního zdraví (prevence úzkostí, deprese, nepříznivého stresu a sebevraždnosti) včetně destigmatizace duševních chorob.

V současné době je primární prevence v oblasti duševního zdraví pro školy a jejich žáky zprostředkovávána především neziskovým sektorem. Program „Iniciativy v oblasti veřejného zdraví“ se v rámci Norských fondů zaměřil na zlepšení péče o duševně nemocné včetně destigmatizace těchto osob, na jehož aktivity navázala reforma péče o duševní zdraví v ČR.

Jedním z cílů reformy je zlepšit kvalitu a dostupnost péče o duševní zdraví především dětí a dospívajících. „*Cílem této výzvy malého grantového schématu je podpořit činnost nestátních neziskových organizací v oblasti duševního zdraví dětí a dospívajících a přispět tak ke snížení rizika výskytu, eskalace a chronifikace duševních problémů u této cílové populace.*“ (MZCR, 2021, s. 2)

Národní ústav duševního zdraví ve své tiskové zprávě ze dne 27. května 2021 uvádí, že v Česku chybí dostatečná prevence v oblasti duševního zdraví pro děti a dospívající. PhDr. Petr Winkler, Ph.D., (vedoucí Výzkumného programu sociální psychiatrie v Národním ústavu duševního zdraví) uvádí: „*Naším cílem je přinést efektivní program zaměřený na zvyšování znalostí a dovedností v oblasti duševního zdraví. To je ostatně v souladu se Strategií vzdělávací politiky ČR do roku 2030+, která uvádí, že v současném vzdělávacím systému je oblast psychohygieny podhodnocena, žáci nemají potřebné kompetence, a zároveň chybí programy prevence deprese, úzkosti, škodlivého stresu a sebevraždy.*“ (NUDZ, 2021)

I z těchto informací vyplývá, že problematika duševního zdraví „*není v rámci školské primární prevence v našich podmínkách systémově komplexně řešena a není ji věnována taková pozornost, jakou by zasloužila.*“ (Vrbová, 2020, s. 13) Žáci nemají k dispozici dostatek informací o problematice duševního zdraví, prevenci duševních onemocnění nebo o tom, jak o něj pečovat. (Fryč et al., 2020) Národní akční plán duševního zdraví 2020 – 2030 rovněž deklaruje, že prevence cílená na duševní zdraví není systematicky v ČR dostupná, ačkoliv ji například WHO doporučuje do programů školské primární prevence implementovat.

Strategie 2030+ ve svých cílech uvádí, že právě rozvoj schopností v oblasti duševního zdraví (uplatňování vhodných metod komunikace, uvědomování si stereotypů nebo schopnost aplikovat zdravé způsoby zvládání stresu ad.), bude akcentováno skrze primárně preventivní působení škol, jejichž součástí by měla zároveň být destigmatizace duševních onemocnění. (Fryč et al., 2020)

4.2 Programy primární prevence zaměřující se na duševní zdraví v ČR

Tato práce se zabývá zhodnocením přínosu primárně preventivního programu Duševní zdravověda pro jeho účastníky, který je organizován neziskovou organizací Nevypuť duši, z. s., i z toho důvodu, že se v České republice jedná o jediný z dvojice preventivních programů, který se dlouhodobě a kontinuálně zaměřuje na prevenci v oblasti duševního zdraví a působí

na středních školách po celé České republice. Druhým takovým programem je projekt „Blázníš? No, a!“, který organizuje Fokus Praha, z. s.

Organizace Nepanikař rovněž nabízí 3 hodinové workshopy na téma duševního zdraví pro žáky základních a středních škol.

NUDZ vede obdobný program „Všech pět pohromadě“, který se rovněž zaměřuje na duševní gramotnost a sociálně emoční učení. Tento program je však navržen jiným způsobem než jako jednorázová primární prevence, jak to pojímá program Duševní zdravotní péče. Program Všech pět pohromadě sestává z celkem 20 lekcí a je koncipován tak, aby jej v průběhu školního roku mohli provádět proškolení pedagogičtí pracovníci, kteří obdrželi podrobný manuál. Zároveň se tento program soustředí na úzce vyhraněnou věkovou skupinu žáků od 11 do 13 let a realizuje se tak pouze na druhém stupni základních škol.

Dále nabízejí preventivní workshopy organizace Okocentrum v rámci projektu „Oko“, který byl v roce 2021 ukončen a v současné době chystají v rámci projektu „*O(k)no do duše*“ preventivní programy pro žáky 8. a 9. ročníků základních škol. (Okocentrum)

Nezisková organizace E-clinic v rámci podpory duševního zdraví a prevence duševních onemocnění dětí přinesla do ČR metodiky Jablíkovi a Zipyho kamarádi, které jsou akreditované MŠMT a jsou určeny pedagogickým pracovníkům. Zipyho kamarádi jsou určeny pro děti ve věku 5-7 let, Jablíkovi kamarádi jsou určeny pro děti ve věku 7-9 let. V praxi mohou sloužit i pro starší děti. Tyto programy cílí na rozvoj copingových strategií a sociálních dovedností a pomáhají tak předcházet duševní nepohodě či duševním onemocněním. (Zipyho kamarádi)

Vzhledem k tomu, že Nevypust' duši a jejich primárně preventivní program Duševní zdravotní péče své preventivní programy realizovala již pro více než 10 000 žáků a to v rámci všech krajů České republiky, je příhodné zhodnotit přínos právě tohoto programu, který má své pole působení hojně rozšířené a to napříč celou zemí.

5 Efektivní primární preventivní program

Primárně preventivní programy by měly splňovat určité zásady, aby odpovídaly jisté kvalitě. Martanová (2012) uvádí výčet zásad efektivní prevence rizikového chování, které jsou níže uvedeny.

Je potřeba brát v potaz, že tyto zásady se týkají programů primární prevence rizikového chování. Podle Miovského se jedná o kritéria natolik obecná, že je lze považovat „za součást minimálních požadavků na preventivní programy ve školách.“ (Miovský, Zapletalová & Skácelová, 2015, s. 58)

Program Duševní zdravověda se přímo specificky nezaměřuje na prevenci rizikového chování, nýbrž na prevenci v oblasti duševního zdraví. Z tohoto důvodu budou v kapitole 5.2 uvedeny příklady dobré praxe – programy, jež prošly evaluací, kdy lze na základě odborné literatury vyvozovat, jaké zásady by měl program primární prevence zaměřující se na duševní zdraví splňovat.

Martanová (2012, s. 37) uvádí následující zásady preventivních programů rizikového chování, k jednotlivým zásadám budou uváděny komentáře vztahující se k míře naplnění programem Duševní zdravověda.

- Komplexnost a kombinace mnohočetných strategií

Tato zásada upozorňuje na význam působení na cílovou skupinu programu z vícero směrů (škola, rodina, masmédia atd.), přičemž by mělo docházet ke koordinované spolupráci různých institucí. Program Duševní zdravověda působí na svou cílovou skupinu prostřednictvím instituce školy a zároveň sociálních medií, které v programu zmiňuje, a skrze které dále šíří osvětu duševního zdraví a péči o něj.

- Kontinuita působení a systematickosti plánování

Zde se jedná o dlouhodobé působení programu, které by mělo být systematicky naplánované a navazovat na sebe. Program Duševní zdravověda je koncipován jako 5hodinový workshop a z tohoto pohledu tuto zásadu nesplňuje. Ovšem od září 2022 spustila organizace Nevypuť duši projekt Zázemí pro duši, který je v současné době realizován na třech vybraných školách a je koncipován jako komplexní a dlouhodobý primárně preventivní program. Je tedy otázkou, jakým způsobem se tato praxe dlouhodobých programů bude dále vyvíjet.

- Cílenost a adekvátnost informací i forem působení

Každý program by měl mít definované, pro jakou cílovou skupinu je určen a vzhledem k tomu přizpůsobit obsah tak, aby byl pro účastníky programu atraktivní. Program Duševní zdravotní výchova cílí na mládež ve věku od 15 do 19 let a využívá hojně různorodé interaktivní aktivity opřené o vizuální a kreativní prvky, které jsou považované za atraktivní (viz podkapitola 5.2).

- Propojení (vzájemná provázanost) různých typů prevence a preventivních programů v oblasti rizikového chování

Efektivitu programů primární prevence může zvyšovat spojování různých oblastí rizikového chování. Zároveň by témata měla korespondovat s potřebami cílové skupiny programu. Primární program Duševní zdravotní výchova, jak již bylo zmíněno, se nezaměřuje specificky na oblast rizikového chování, nicméně se jistých oblastí dotýká (poruchy příjmu potravy, sebepoškozování ad.).

- Včasný začátek

Čím dříve je realizováno preventivní působení (ideálně již v předškolním věku), tím je efektivnější. Zároveň je potřeba brát v potaz věk žáků a jejich možnosti. Program Duševní zdravotní výchova se zaměřuje až na adolescenty.

- Pozitivní orientace primární prevence a demonstrace konkrétních alternativ

Součástí primárně preventivních programů by měla být podpora zdravého životního stylu a jeho demonstrace. Primární program Duševní zdravotní výchova toto zahrnuje v jedné ze svých hlavních oblastí programu (psychohygiena) a zároveň nabízí různé alternativy řešení problémů směřující k pozitivním copingovým strategiím při zvládnání stresu.

- Využití „KAB“ modelu

Tento model se zaměřuje hlavně na kvalitu postojů a změnu chování a jejich význam v rámci preventivního působení. Primární program Duševní zdravotní výchova vychází z jednoho hlavního pilíře – osvěta, který v sobě zahrnuje destigmatizaci a boření mýtů spojených s duševními onemocněními, zároveň demonstruje metody zvládnání stresu a jakým způsobem preventivně pečovat a své psychické zdraví. Program se tedy zaměřuje na změnu postojů a chování.

- Využití „peer“ prvku, důraz na interakci a aktivní zapojení

Peer prvek zvyšuje účinnost preventivních programů, protože vrstevníci nebo věkově bližší jedinci vykazují větší vliv než dospělí a učitelé. V programu Duševní zdravotní výchova působí lektoři, kteří jsou studenty vysokých škol, tudíž splňují onu věkovou blízkost. Lektoři mají k účastníkům programu blízko nejen věkově, ale blízkost se prohlubuje i sdílením osobních

zkušeností lektorů s duševním onemocněním. Program je postaven na partnerském vztahu mezi lektory a studenty, nikoliv na frontálním vedení přednášky.

- Denormalizace

Tento termín se přímo týká rizikového chování a znamená nastavení takových norem, které rizikové chování vyloučí za žádoucí nebo neutrální, ale naopak jako neakceptovatelné. Program Duševní zdravotní výchova, jak již bylo zmíněno, nepracuje s problematikou rizikového chování, tudíž tato zásada, která se pouze rizikového chování týká, není pro tento program relevantní. Primární program Duševní zdravotní výchova se snaží šířit osvětu a snižovat předsudky vůči lidem s duševním onemocněním a v tomto kontextu se naopak snaží „normalizovat“ téma duševního zdraví ve společnosti a podporovat jeho důležitost napříč všemi sociálními sférami.

- Podpora protektivních faktorů ve společnosti

Tato zásada se týká podpory pečujícího prostředí a vytváření podpůrného prostředí, které by programy měly akcentovat a také nabízet potřebné kontakty na zprostředkovatele specializované péče. Primární program Duševní zdravotní výchova si klade jako jeden z hlavních cílů destigmatizovat ve společnosti přístup k lidem s duševním onemocněním a podporovat studenty ve vyhledávání odborné pomoci. Předávání informací o tom, kde lze vyhledat pomoc, nabízení kontaktů na krizové linky a další instituce, jako jsou například dětská krizová centra ad., spadá do jedné z oblastí programu.

- Nepoužívání neúčinných prostředků

Uvádění pouze zdravotních informací týkajících se následků rizikového chování je považováno za neefektivní. Zejména se považují jako neúčinné informace, které jsou výhradně negativní, zstrašující a postavené pouze na emocích. Program Duševní zdravotní výchova využívá k předávání informací zejména pozitivní příklady dobré praxe a jedná se o ověřitelné informace podložené výzkumy. Zmíněné neúčinné prostředky program nevyužívá.

5.1 Evaluace primárně preventivního programu

Evaluace preventivních programů „je systematické shromažďování, analyzování a interpretování informací o průběhu intervence a jeho možných účincích.“ (Miovský, Zapletalová & Skácelová, 2015, s. 67) Kvalitní preventivní program by měl disponovat důkazy o své účinnosti, která spočívá v měřitelnosti a ověřitelnosti pozitivního efektu na danou cílovou skupinu programu.

Primárně preventivní program, který je efektivní, by měl kombinovat kvalitní vědecky podložený obsah, individuální osobní přístup a měl by být zaměřený na osobní rozvoj

i na rozvoj sociálních dovedností. (Gallà, 2005) Vliv na efektivitu primárně preventivních programů má také pozitivní klima ve třídě a vzájemná interakce mezi lektorem a účastníky, které působí facilitačně. (Miovský, Zapletalová & Skácelová, 2015)

Důležité je pro evaluaci programu znát jeho cílovou skupinu a jednotlivé cíle programu, čím přesněji jsou cíle a cílová skupina specifikovány, tím lépe je možné ověřovat účinnost programu. Dále je vhodné vycházet na základě odborné literatury z toho, jaké faktory ovlivňují účinnost prevence a dále z praktických zkušeností realizovaných preventivních programů, které byly evaluovány. (Miovský, Zapletalová & Skácelová, 2015)

Cíle primárně preventivní programu Duševní zdravotní péče jsou reflektovány v podkapitole 6.1. V experimentální části diplomové práce bude zkoumaná účinnost programu vzhledem k jeho vytyčeným cílům a vlivu na účastníky programu.

5.2 Příklady dobré praxe

Primární prevence v českém školství se nejvíce soustředí na oblast rizikového chování, přitom „*chybí důraz na oblast psychohygieny, kde téměř neexistují programy prevence deprese, úzkostí, škodlivého stresu a sebevraždnosti.*“ (Fryč et al., 2020, s. 33) Většina odborné literatury reflektuje evaluace a zásady efektivní primární prevence v oblasti rizikového chování, avšak v oblasti duševního zdraví nikoliv. Z tohoto důvodu je potřeba se zaměřit na literaturu, která referuje o různých přístupech evaluace primárně preventivních programů ve školním prostředí zabývajících se duševním zdravím dětí a dospívajících.

V rámci rešerše byly nalezeny především zahraniční studie zabývající se evaluací obdobného programu, jako je Duševní zdravotní péče, jelikož na českém poli se obdobných programů, které by byly navíc evaluovány, příliš nevyskytuje. Příkladem dobré praxe v České republice je obdobný primárně preventivní program Blázníš? no a!, který byl v roce 2018 evaluován. Ze zahraniční byl vybrán program Mental health for everyone, jehož efektivitě se věnovali (Skre et al., 2013) a program Finding Space for Mental Health, jehož účinnost zkoumali. (Campos et al., 2018)

Vybrané studie zabývající se evaluací primárně preventivních programů v oblasti duševního zdraví vykazují dostatečně velký výzkumný soubor, na základě kterého lze říci, zda se jedná o efektivní programy, a vzhledem k výsledkům jejich evaluací je lze považovat za příklady dobré praxe. V následujícím textu budou stručně popsány vybrané programy, které jsou kvalitativně i obsahově srovnatelné s primárním programem Duševní zdravotní péče.

- Mental health for everyone

Autoři studie *School intervention for mental health literacy in adolescents: effects of a non-randomized cluster controlled trial* (Skre, et al., 2013) se věnují evaluaci primárně preventivního programu Mental health for everyone. Tento program se zaměřuje na zvýšení gramotnosti v oblasti duševního zdraví adolescentů ve věku od 13 let do 15 let.

Program má stanovené tři cíle: (1) zlepšení pojmenovávání symptomů duševních poruch, (2) snížení předsudků vůči lidem s duševním onemocněním a (3) zlepšení znalostí o tom, kde vyhledat pomoc při problémech s duševním zdravím. Sekundárním cílem bylo zjistit, zda faktory jako gender a věk adolescentů ovlivnily výše uvedené dimenze.

Výzkumný soubor se skládal z 1070 adolescentů (53,9 % chlapců, 46,1% dívek, průměrný věk činil 14 let). Výzkum byl realizován na třech norských školách. Škola, která přijala program, tvořila experimentální skupinu (N = 520); dvě školy, které se programu neúčastnily, tvořily kontrolní skupinu (N = 550).

Evaluace probíhala na základě zpětnovazebního dotazníku, studenti vyplnili dotazník před účastí programu a 2 měsíce po absolvování programu.

Výsledky ukazují, že u studentů, kteří absolvovali program, se výrazně zlepšila gramotnost v oblasti duševního zdraví a došlo k posunu v rámci primární zdravotní péče, tedy ve znalostech o vyhledání pomoci při duševních obtížích. Dále z výsledků vyplývá, že studenti, kteří měli více předsudků k lidem s duševním onemocněním, navrhovali méně možností, kde by hledali první pomoc při problémech s duševním zdravím.

Faktory jako věk a gender sehrály ve výsledcích významnou roli. Obecně dívky a starší účastníci lépe rozpoznávali profily symptomů a měli nižší úroveň předsudků. Chlapci vykazovali vyšší míru předsudků než dívky, což korelovalo s tím, že chlapci měli významně nižší znalosti o způsobech, jak vyhledat pomoc při duševních obtížích. Autoři dávali do souvislosti vyšší míru stereotypizace a sebestigmatu s nedostatkem znalostí o možnostech, kde vyhledat pomoc při problémech s duševním zdravím.

Z výsledků studie vyplývá, že primárně preventivní program zabývající se problematikou duševního zdraví může být zásadní pro včasné rozpoznání symptomů duševních poruch a pro následné včasné vyhledání pomoci při duševních obtížích. Zároveň takovýto program přispívá k eliminaci stereotypů duševních onemocnění, což má podle výsledků studie pozitivní vliv na snížení studu při vyhledání první pomoci.

Autoři nahlíželi na evaluaci i z hlediska metodiky vedení preventivního programu. Nejen na základě vlastního výzkumu evaluace, ale i z poznatků metaanalýzy (Weare & Nind, 2011) zabývající se efektivitou primárně preventivních programů, které se zaměřují na zvýšení gramotnosti v oblasti duševního zdraví, bylo zjištěno, že programy, které jsou do značné míry interaktivní a jejich účastníci jsou aktivně zapojováni do skupinových úkolů a činností programu, vykazují nejen vyšší efektivitu, ale i oblíbenost u samotných účastníků. Vysoká vzájemná interakce mezi účastníky a lektory programů vede k vyšší účinnosti programů ve srovnání s programy, v nichž dominují pouze přednášky a účastníci jsou pouhými pasivními posluchači.

- Finding Space for Mental Health

Další studie *Is It Possible to “Find Space for Mental Health” in Young People? Effectiveness of a School-Based Mental Health Literacy Promotion Program* (Campos et al., 2018) se zabývá evaluací programu s obdobnými cíli (zvýšení gramotnosti v oblasti duševního zdraví; snížení stigmatu; strategie svépomoci a vyhledání pomoci). Zároveň se zabývá i sociodemografickými faktory účastníků a zkoumá jejich vliv na dílčí dimenze programu, jako předchozí studie.

Program Finding Space for Mental Health byl realizován na osmi státních i soukromých školách v severním Portugalsku. Studie se zúčastnilo 543 studentů ve věku 12 až 14 let, průměrný věk činil 13 let. Dané třídy studentů, které se programu neúčastnily, byly náhodně zařazeny do kontrolní skupiny (N = 284) a účastníci programu byli rozřazeni do experimentální skupiny (N = 259).

Program se řídil interaktivní metodologií s využitím skupinové dynamiky, hudby a videí přizpůsobených cílové skupině podobně jako program první studie a Duševní zdravověda.

Evaluace programu probíhala prostřednictvím zpětnovazebného dotazníku *Mental Health Literacy (MHLq)*, který zkoumal tři dimenze: (1) znalosti a stereotypy; (2) znalosti první pomoci a vyhledání pomoci; (3) strategie svépomoci.

Výsledky studie ukazují, že se program ukázal jako účinný z hlediska zlepšení gramotnosti v oblasti duševního zdraví, snížení stereotypů a zvýšení znalostí o možnostech vyhledání pomoci.

Výsledky ukazují, že dívky a starší účastníci programů vykazovaly nižší míru stereotypů a vyšší úroveň duševní gramotnosti, což souhlasí s výsledky první studie. Dále bylo zjištěno, že nejsignifikantnějším faktorem byla proměnná týkající se předchozí zkušenosti s duševním onemocněním (u blízké osoby nebo u sebe), kdy respondenti s touto zkušeností vykazovali

vyšší míru gramotnosti v oblasti duševního zdraví než respondenti bez zkušenosti s duševním onemocněním.

- Blázníš! No a?

Veškeré informace o programu a jeho evaluaci vycházejí z výzkumné zprávy evaluační studie programu Blázníš? No a?. (Janoušková et al., 2018)

Tento primárně preventivní program je určen pro stejnou cílovou skupinu (ve věku od 15 do 20 let), pro kterou je určen program Duševní zdravověda. Cílem programu je posilovat životní kompetence a ochranu duševního zdraví. Cíle tohoto programu jsou rovněž ve shodě s cíli programu Duševní zdravověda a dvou výše uvedených preventivních programů zabývajících se duševním zdravím.

Cílem evaluace bylo na základě výsledků dotazníkového šetření ukázat, jaký vliv má program na jeho účastníky v těchto oblastech: (1) sociální distance; (2) postoje; (3) ochota vyhledat pomoc a (4) soudržnost kolektivu.

Výzkumný soubor tvořilo původně 1092 respondentů, ale pouze 387 respondentů (170 z experimentální skupiny a 217 z kontrolní skupiny) se zúčastnilo všech třech měření a byli zahrnuti do výsledků měření efektu programu. Evaluace probíhala od listopadu 2016 do května 2018.

Výsledky ukazují, že u účastníků programu došlo ke: snížení sociální distance vůči lidem s duševním onemocněním; zlepšení postojů vůči lidem s duševním onemocněním v dlouhodobém horizontu; u účastníků programu došlo k signifikantnímu nárůstu ochoty vyhledat odbornou pomoc, a naopak u kontrolní skupiny k signifikantnímu poklesu; kontrolní skupina vykazovala signifikantní zhoršení soudržnosti. Dále bylo zjištěno, že program více ovlivnil dívky v rámci sociální distance a postojů, a že nejvyšší pozitivní vliv byl zaznamenán u těch studentů, kteří měli horší vstupní hodnoty.

Výsledky evaluace prokázaly pozitivní vliv programu na jeho účastníky v těchto dimenzích: sociální distance vůči lidem s duševním onemocněním, postoje vůči lidem s duševním onemocněním a ochota vyhledat pomoc. Z výsledků vyplývá, že tento program působí především destigmatizačně a preventivně v oblasti duševního zdraví.

s odborníky z dalších institucí zabývajících se duševním zdravím a péčí o něj, má možnost prosazovat systémové změny.

Nevypuť duši jsou také odbornými partnery SKAV³ v rámci projektu Partnerství pro vzdělávání 2030+, který koresponduje s cíli a vizemi Strategii vzdělávací politiky ČR do roku 2030 od MŠMT. Projekt usiluje o naplnění těchto cílů prostřednictvím propojování a koordinace aktérů v oblasti vzdělávání.

Tým Nevypuť duši je multidisciplinární a sestává zhruba ze 40 lektorů a lektorek, kteří jsou z oborů pomáhajících profesí, kam se řadí psychologické, speciálně pedagogické, lékařské obory nebo obory sociální práce. Mezi lektory a lektorkami jsou lidé, kteří mají osobní zkušenost s duševním onemocněním a v rámci programů primární prevence předávají své zkušenosti cílové populaci s cílem destigmatizovat osoby s duševním onemocněním.

Programy primární prevence v oblasti duševního zdraví pro střední školy organizace pořádá již od školního roku 2016/2017 a ročně navštíví okolo 3 500 studentů napříč všemi regiony České republiky.

Nově se také zaměřuje na studenty vysokých škol, pro které realizuje preventivní programy se zaměřením na psychické obtíže, se kterými se vysokoškoláci nejčastěji setkávají (stres, syndrom vyhoření, pocity nejistoty ad.).

Kromě preventivních programů pro studenty středních a vysokých škol poskytuje Nevypuť duši dvoudenní akreditované workshopy pro pedagogické pracovníky, v rámci kterých se zaměřují na duševní zdraví samotných pedagogických pracovníků a následně i na duševní zdraví studentů a jakým způsobem s nimi témata duševního zdraví otevírat a řešit v praxi. Dále nabízejí učitelům 2 hodinové webináře týkající se specifických témat o duševním zdraví a péče o něj.

Nevypuť duši realizuje programy i pro firmy a jejich zaměstnance, kde se rovněž zkušenosti a proškolení lektori věnují tématům duševního zdraví, které mohou zaměstnanci v praxi aplikovat v rámci svého zaměstnání i ve své osobním životě.

Nejnovějším projektem Nevypuť duši je „Zázemí pro duši“, který je spuštěn od září 2022 a je realizován ve třech vybraných školách (Gymnázium Václava Hlavatého, Gymnázium Mladá Boleslav, Střední lesnická škola a SŠ odborná škola Šluknov). Jedná se o komplexní

³ „Dobrovolné seskupení pedagogických asociací, programů a občanských sdružení usilující o podporu a ochranu progresivních změn ve vzdělávání a o zprostředkování výměny názorů mezi pedagogickými iniciativami, neziskovým sektorem, státní správou, samosprávou a veřejností.“ (Skav)

a dlouhodobý primárně preventivní program, který se soustředí na péči o duševního zdraví jak samotných studentů a studentek, tak i celého pedagogického sboru. Cílem projektu je zasadit téma duševního zdraví a psychohygieny do celého systému školy a vytvořit systém opor pro péči o duševní zdraví všech vnitřních činitelů školy.

6.1 Pilíře a cíle primárně preventivního programu Duševní zdravověda

Program Duševní zdravověda je postaven na těchto pilířích: (Nevypust' duši, 2022, s. 8)

- Prevence

Primárně preventivní program přináší evidence-based prevenci v oblasti duševního zdraví. Toto preventivní působení zahrnuje nauku o tom, jak pečovat o duševní zdraví, šíření praktických informací podložených výzkumem a rozšiřování povědomí o tom, kde všude lze zavčas vyhledat odbornou pomoc v případě nouze.

- Osvěta

Základem osvěty je šíření informací, které se opírají o výzkumná zjištění. Osvěta také spočívá v otevírání témat týkajících se duševního zdraví a psychických onemocnění. Přispívá k tomu i sdílení osobních příběhů lidí, kteří mají zkušenost s psychickým onemocněním. Hlavním cílem této osvěty je destigmatizace osob s duševním onemocněním, boření mýtů, které se s nimi pojí, a snižování sebestigmatu, které může vést k nižší pravděpodobnosti pro vyhledání odborné pomoci. (Rüsch et al., 2005)

- Systémová změna

Organizace usiluje o změny na bázi systému, kvůli čemuž také spolupracuje s institucemi široké veřejnosti, které se zabývají péčí o duševní zdraví nebo vzděláváním.

- Pomoc

Tento pilíř se týká šíření povědomí o tom, kde mohou lidé vyhledávat odbornou pomoc v případě potřeby, kam a na koho se mohou obrátit, jakým způsobem instituce a služby zabývající se péčí o duševní zdraví fungují.

Nezisková organizace Nevypust' duši byla založena v roce 2016 Marií Salomonovou a Terezou Růžičkovou. Prvotním cílem zakladatelek bylo bořit mýty, které se pojí s problematikou duševního zdraví a zároveň zvýšit informovanost o této problematice.

Tento cíl je stále aktuální a organizace se dále zasazuje o to, aby se lidé neostýchali o duševním zdraví hovořit otevřeně, aby již dětská a dorostová populace měla základní povědomí o tom,

jak pečovat o duševní zdraví, aby docházelo k destigmatizaci duševních onemocnění a lidé se tak neostýchali vyhledat odbornou pomoc ve chvíli, kdy pocítují, že ji potřebují.

Jedním z hlavních cílů středoškolského primárně preventivního programu Duševní zdravověda je, aby se v rámci prevence předcházelo chronickým duševním onemocněním tím, že studenti budou mít dostatečné znalosti o problematice duševního zdraví a budou moci případné problémy psychického zdraví zavčas a adekvátně řešit. Zároveň aby studenti měli přehled a povědomí o tom, kde mohou vyhledat odbornou pomoc v případě potřeby. Také aby uměli v praxi aplikovat zásady psychohygieny a věděli, jak pracovat se stresem, případně jak pomoci blízkému člověku ve svém okolí, který se může potýkat s psychickými problémy.

Na základě vytyčených cílů program Duševní zdravověda šíří evidence-based informace a metody týkající se péče o duševní zdraví, osvětu v oblasti duševního zdraví, sdílí reálné příběhy a zkušenosti lidí s duševním onemocněním, šíří informace o tom, kde mohou lidé v případě potřeby vyhledávat odbornou pomoc a zastupuje zájmy uživatelů péče o duševní zdraví.

6.2 Oblasti duševního zdraví a jejich zastoupení v preventivním programu Duševní zdravověda

Oblasti duševního zdraví, které jsou v programu Duševní zdravověda zastoupeny, vycházejí z hlavních pilířů a cílů organizace Nevypusť duši.

Program je koncipován tak, aby postihl v rámci prevence týkající se duševního zdraví následující oblasti:

- Gramotnost v oblasti duševního zdraví
 - osvětlení faktů a základních informací týkající se duševního zdraví, co ho může ovlivňovat a jakým způsobem rozpoznat, když je duševní zdraví narušeno;
- Pomoc
 - informace o tom, kde lze vyhledat odbornou pomoc, jakým způsobem instituce a služby poskytující péči o duševní zdraví fungují, jakým způsobem lze pomoci blízkým, kteří se mohou potýkat s psychickými problémy;
- Psychohygieny
 - práce se stresem a jaká je jeho funkce, copingové strategie při zvládnání stresu, zásady péče o duševní zdraví;

- Destigmatizace a snížení předsudků týkajících se duševních onemocnění
 - vymezení nejčastějších diagnóz, jakým způsobem se projevují a vyvrácení mýtů, které se s nimi nejčastěji pojí, na základě sdílení vlastní zkušenosti demonstrování toho, že i s psychiatrickou diagnózou nebo psychickými obtížemi se lze v životě realizovat a je zde prostor pro změnu k lepšímu a k zotavení se;

Dovednosti a postoje v rámci uvedených oblastí se preventivní program snaží u studentů rozvíjet a osvojovat.

6.3 Popis primárně preventivního programu Duševní zdravotní výchova

V diplomové práci bude hodnocen primárně preventivní program Duševní zdravotní výchova v rámci školního roku 2021/2022.

Jedná se o poměrně specifický školní rok, vzhledem k tomu, že se předchozí školní rok nesl v duchu distanční výuky v důsledku pandemie covidu-19. Lektoři měli možnost v průběhu workshopů přímo registrovat dopady pandemie a distanční výuky na duševní zdraví nejen studentů, ale i pedagogických pracovníků.

I z těchto důvodů se program ještě více než kdy předtím soustředil na zvládání copingových strategií a práci se stresem, na sestavování krizového plánu nebo předávání informací o tom, kde studenti mohou vyhledat odbornou pomoc. Rovněž bylo cílem studenty motivovat k včasnému řešení psychických problémů, i navzdory tomu, že je systém poskytování péče o duševní zdraví přetížen. Kromě toho ale nechyběla témata týkající se obecně prevence v oblasti duševního zdraví či zásady správné psychohygieny.

Program byl připravován tak, aby nasedal na stav duševního zdraví dětí a adolescentů ve společnosti vzhledem k postcovidové situaci na základě výzkumů. Pracovalo se s předpokladem, že vzhledem k nárůstu duševních onemocnění v souvislosti s pandemií by se studenti mohli častěji svěřovat s náročnějšími tématy. V důsledku méně dostupné péče pro děti a adolescenty lektoři motivovali studenty k včasnému vyhledání odborné pomoci ještě více než kdy předtím a představovali jim i rychlejší způsoby řešení akutní potřeby pomoci prostřednictvím krizových linek nebo dětských krizových center.

Zřetel byl v rámci programů primární prevence kladen i na učitele. Po každém workshopu jim byly předány infografiky, které znázorňovaly, jak s tématem duševního zdraví pracovat, a že i jejich vlastní psychohygienu a duševní pohodu je významná pro to, aby mohli představovat oporu pro studenty.

Primárně preventivní program vedou dva metodicky proškolení a zkušení lektori. Jedná se o studenty pomáhajících profesí, nebo již pracující odborníky v pomáhajících profesích. Specifické pro dvojici lektorů je to, že minimálně jeden z nich má vlastní zkušenost s duševním onemocněním, kterou se studenty během programu sdílí. Cílem tohoto sdílení je zcitlivění tématu. Dále to, aby studenti měli možnost poznat, že i člověk se zkušeností s duševním onemocněním nebo s duševními obtížemi může psychické onemocnění překonat, žít plnohodnotný život a realizovat se.

Sdílení vlastní zkušenosti s účastníky programu spadá do oblasti destigmatizace lidí s duševním onemocněním a současně do oblasti pomoci, protože sdílením osobních zkušeností s vyhledáváním odborné pomoci lze poukázat na to, jakým způsobem je možné problémy duševního zdraví v praxi efektivně řešit. Aby byly destigmatizační programy efektivní, „*musí se destigmatizačních aktivit účastnit lidé se zkušeností s duševním onemocněním.*“ (Thornicroft et al., 2016).

Dalším specifikem pro lektorský tým je jejich mladý věk, díky čemuž jsou věkově blíže ke studentům středních škol, což vede k lepší identifikaci žáků s lektory a v důsledku toho ke snadnějšímu nabytí postojů a informací, které jsou v rámci programu studentům předávány. Jedná se o tzv. peer efekt, který zahrnuje jednak vrstevnickou blízkost k účastníkům programu, tak i vlastní zkušenost osoby s danou problematikou.

Podle Skácelové a Mackové je význam anglického slova „peer“ (vrstevník) širšího významu – vrstevník představuje někoho, s kým se může cílová skupina ztotožnit. (Širůčková, Miovský & Zapletalová et al., 2012) „*Jestliže se cílová populace s nositeli preventivního programu ztotožní, poměrně snadno nabyté dovednosti a postoje uplatní v praxi. V životě se totiž dostává do podobných situací jako nositelé programů.*“ (Nešpor, 2003, s. 3)

Nešpor (1999) uvádí, že výsledky výzkumné studie Toblerové potvrdily, že nejúčinnější programy v rámci všeobecné prevence byly právě peer programy. „*Podobně Perry a spol. (1989) prokázali ve studii podporované Světovou zdravotnickou organizací, že peer programy byly účinné v Austrálii, Chile, Norsku a Svazijsku.*“ (Nešpor et al., 1999, s. 8) Z uvedeného vyplývá, že programy, které zahrnují peer efekt, mají vyšší účinnost, než ty, které ho nemají.

Preventivní program je realizován na středních školách (1. – 4. ročník) a na víceletých gymnáziích (kvinta – oktáva). Program primární prevence je určen pro adolescenty od 14 do 19 let. Duševní zdravotní péče trvá celkem 5 hodin (5 x 45 minut) včetně

přestávky. Pro zachování kvality programu je program vhodný pro jeden třídní kolektiv, který čítá maximálně 35 žáků, přičemž není vhodné, aby byly jednotlivé třídy slučovány dohromady. V průběhu programu může být přítomen i 1 učitel/ka.

Program je koncipován jako interaktivní, dynamický a nedirektivní. Nejedná se o frontální přednášku, ale naopak o interaktivní působení lektorů a studentů navzájem, které zahrnuje prostor pro otevřenou diskusi. Lektori, kteří vedou program, zde působí jako facilitátoři podporující skupinovou interakci a zapojení členů ve skupině. Studenti mají možnost v průběhu celého programu s lektory i mezi sebou navzájem otevřeně diskutovat a dotazovat se podle potřeb.

V rámci programu je využívána prezentace na dataprojektoru. K interaktivním aktivitám jsou využívány pomůcky, jako jsou flip charty a fixy, interaktivní karty, infografiky, krizový plán pro každého z účastníků, kam si v průběhu workshopu mohou zapisovat užitečné informace, které v průběhu programu zazněly. Také je do programu zahrnut nácvik jedné z relaxačních technik, kterou si studenti mohou na vlastní kůži s lektory vyzkoušet. Program zahrnuje několik skupinových aktivit, které podporují diskusi mezi studenty.

Program je koncipován jako program primární prevence, tudíž jeho cílem není poskytovat intervence v rámci duševních obtíží studentů.

EMPIRICKÁ ČÁST

7 Výzkumný problém a cíle výzkumu

Zkoumání efektivity programů primární prevence je zásadní pro zvýšení jejich kvality a ověření účinnosti programů vzhledem k jejich vytyčeným cílům a cílovým skupinám.

Výzkum této práce si klade za cíl zjistit, zda je program Duševní zdravotní péče efektivní a jaký má přínos pro jeho účastníky vzhledem k vytyčeným cílům programu.

Hlavním cílem programu primární prevence Duševní zdravotní péče je zvýšit gramotnost v oblasti duševního zdraví a šířit o duševním zdraví osvětu. Program se snaží dosáhnout svých cílů a působit preventivně v následujících oblastech:

- (1) Vyhledání odborné pomoci (kde ji lze vyhledat a jakým způsobem služby poskytující péči o duševní zdraví fungují);
- (2) Zásady správné psychohygieny (jak pečovat o duševní zdraví, osvojení dovedností copingových strategií);
- (3) Destigmatizace osob s duševním onemocněním (boření mýtů pojících se s psychiatrickými diagnózami a péči o duševně nemocné).

Cílem výzkumu této práce bylo změřit efektivitu programu vzhledem k uvedeným oblastem a zjistit, v jakých oblastech se jeví tento program jako nejpřínosnější pro jeho cílovou skupinu. Dále bylo cílem zjistit, zda hodnotí program za přínosný jeho samotní účastníci, což bude rovněž v rámci výsledků výzkumu reflektováno.

Na základě rešerše příkladů dobré praxe obdobných programů primární prevence v oblasti duševního zdraví (viz oddíl 5.2) bylo zjištěno, že demografické proměnné, jako jsou věk a gender respondentů mohou signifikantně ovlivňovat jejich postoje v rámci některých oblastí programů zabývajících se duševním zdravím. Výsledky studií (Skre et al., 2013) & (Campos et al., 2018) ukazují, že starší studenti a dívky prokazují vyšší orientovanost v oblastech týkajících se stereotypizace osob s duševním onemocněním a znalostí o možnostech vyhledání odborné pomoci při duševních obtížích.

Skre et al. (2013) poukazují na základě zjištěných výsledků na souvislost vyšší míry stereotypizace s nedostatkem znalostí o možnostech, kde lze vyhledat odbornou pomoc při problémech s duševním zdravím. Campos et al. (2018) ve své studii zjistili, že participanti, kteří měli předchozí zkušenost s duševním onemocněním u sebe nebo ve svém okolí,

vykazovali vyšší úroveň gramotnosti v oblasti duševního zdraví ve srovnání s participanty, kteří takovou osobní zkušenost neměli.

Vzhledem k těmto zjištěním bude dalším cílem výzkumu práce zjistit, jestli má gender, věk a zkušenost s duševním onemocněním participantů vliv na jejich postoje týkající se duševního zdraví a zda na ně mohl mít program Duševní zdravověda rozdílný efekt v závislosti na zmíněných demografických proměnných.

7.1 Formulace výzkumných otázek

Výzkumné otázky korespondují s uvedenými cíli výzkumu práce.

Hlavní výzkumná otázka:

1. Lze považovat primárně preventivní program Duševní zdravověda za efektivní?

Dílní výzkumné otázky:

2. Mají studenti po absolvování programu více znalostí o tom, kde lze vyhledat odbornou pomoc při duševních obtížích?
3. Osvojili si studenti po programu Duševní zdravověda zásady psychohygieny?
4. Projevují studenti po absolvování programu méně stereotypů vůči lidem s duševním onemocněním?
5. Hodnotí studenti primárně preventivní program jako přínosný?
6. Vykazují demografické proměnné – gender, věk a předchozí zkušenost s duševním onemocněním vliv na postoje studentů týkající se duševního zdraví?

8 Metodologie výzkumu

V následujících kapitolách je popsána metodologie výzkumu, který byl realizován prostřednictvím postojových dotazníků, jež organizace Nevypusť duši využívala k zhodnocení programu primární prevence Duševní zdravotní péče pro danou školu, na které byl program realizován.

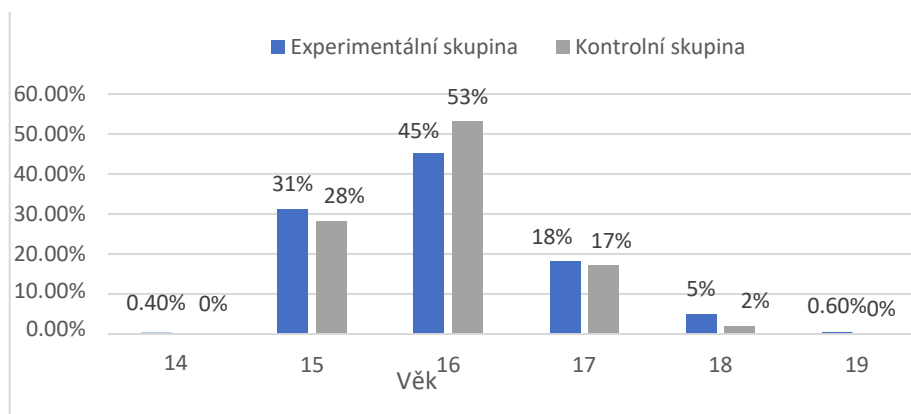
Data byla vyhodnocována kvantitativní metodologií. K analýze dat byl použit statistický program Jamovi.

Stěžejním cílem výzkumu bylo zjistit, jestli je program Duševní zdravotní péče efektivní a dále zjistit, v jakých oblastech je největším přínosem pro jeho účastníky.

8.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor je složen z celkem 1898 respondentů, z toho tvoří 1655 respondentů experimentální skupinu a 243 skupinu kontrolní. Experimentální skupinu tvoří respondenti, kteří ve školách absolvovali program primární prevence Duševní zdravotní péče. Kontrolní skupinu tvoří respondenti, kteří se programu neúčastnili a neznali ho.

Věk respondentů se pohybuje v rozpětí 14 – 19 let u experimentální skupiny a v rozpětí 15 – 18 let u kontrolní skupiny. Průměrný věk studentů je v rámci experimentální i kontrolní skupiny 16 let.



Graf 1 – Věkové rozložení respondentů

V tabulce č. 1 je uvedena četnost respondentů na základě genderu. Složení respondentů v rámci genderu je srovnatelné s mírnou převahou žen.

Gender	Skupina	N (Celkem z 1647/ 241)	% zastoupení
Chlapci	experimentální	728	44,20%
	kontrolní	98	40,70%
Dívky	experimentální	882	53,60%
	kontrolní	141	58,50%
Jiné	experimentální	37	2,20%
	kontrolní	2	0,80%

Tabulka 1 – Rozložení respondentů podle genderu

Výzkumný soubor tvořili studenti ze všech typů středních škol (víceletá gymnázia, střední školy i učiliště) napříč všemi kraji České republiky v rámci školního roku 2021/2022.

U experimentální skupiny probíhala opakovaná měření formou vstupního a zpětnovazebního dotazníku (před zahájením programu a po jeho realizaci), který navíc zahrnoval otázky týkající se hodnocení programu samotnými účastníky. U kontrolní skupiny probíhala měření pouze formou vstupního dotazníku (totožný jako pro experimentální skupinu) pro ověření stejné vstupní pozice všech respondentů a reprezentativnosti vzorku.

Aby bylo možné prokázat, že respondenti z experimentální skupiny tvoří reprezentativní soubor, bylo snahou vytvořit kontrolní skupinu z respondentů, kteří program neabsolvovali a neznají ho. Respondenti kontrolní skupiny byli náhodného výběru.

Na základě srovnání výsledků vstupní pozice respondentů z experimentální a kontrolní skupiny lze prokázat, že experimentální skupina není ničím specifická, a že školy, které si program Duševní zdravotní výchova vybírají, nejsou rovněž ničím specifické. Dále lze na základě ověření vstupní pozice obou skupin předpokládat, že odpovědi experimentální skupiny jsou validní a účastníci programu nebyli ovlivněni vědomím toho, že dotazníky zkoumající postoje o duševním zdraví si lektoři programu vybírají.

8.2 Proces realizace výzkumu

Díky umožněnému přístupu k evaluačním dotazníkům organizace Nevypuť duši a z nich vyplývajících dat bylo této jedinečné příležitosti využito pro zhodnocení účinnosti programu a také pro přínos organizace a jejich primárně preventivního programu Duševní zdravotní výchova.

Veškeré již anonymizované evaluační dotazníky náleží k programům primární prevence, které byly realizovány v rámci školního roku 2021/2022.

Vzhledem k tomu, že byly dotazníky pro účastníky programu primární prevence na školách v tištěné podobě, bylo potřeba veškeré odpovědi převést do elektronické podoby pro následné zpracování dat. Odpovědi z dotazníků byly průběžně ručně přepisovány do tabulek programu

Microsoft Office Excel a následně byla prostřednictvím statistického programu Jamovi zpracovávána kvantitativní analýza dat.

Sběr dat započal v září 2021 a skončil v červnu 2022. Data z dotazníků po realizaci jednotlivých programů na dílčích školách byla postupně v průběhu školního roku 2021/2022 evidována (přepisem odpovědí do elektronické podoby).

Respondenti z kontrolní skupiny byli vybráni náhodně podle dostupnosti z jednoho pražského osmiletého gymnázia a z jedné odborné střední školy ve středočeském kraji. Tito respondenti dostali dotazníky rovněž v tištěné podobě a jejich odpovědi byly stejným způsobem jako u experimentální skupiny přepisovány a zpracovávány. Zbytek respondentů z kontrolní skupiny, kteří byli rovněž náhodně vybráni podle dostupnosti, vyplňovali totožný vstupní dotazník v on-line formě a data byla zpracovávána stejným způsobem.

8.3 Výzkumná metoda

Výzkumnou metodou pro zhodnocení účinnosti a přínosu programu primární prevence Duševní zdravotní péče byly vstupní a zpětnovazební postojové dotazníky.

Dotazníky, které slouží jako metoda sběru dat, byly převzaty v původní podobě tak, jak je organizace Nevypusť duši používala v průběhu celého školního roku 2021/2022 k zhodnocení realizovaných programů pro dílčí školy. Tyto dotazníky byly vytvořeny odborným metodickým týmem (psycholožkou) organizace.

Otázky v dotaznících zjišťovaly postoje studentů k několika oblastem duševního zdraví. Ve zpětnovazebních dotaznících, které studenti vyplňovali po absolvování programu, byly navíc otázky týkající se hodnocení programu a jeho přínosu.

Pro účely diplomové práce byly některé otázky z originální podoby dotazníku vynechány, protože nebyly pro cíle práce směrodatné (jedná se o 3 otázky, prostřednictvím kterých není možné měřit efekt ani přínos programu pro jeho účastníky).

Respondenti z experimentální skupiny vyplňovali vstupní dotazník před zahájením programu a zpětnovazební dotazník bezprostředně po realizaci programu. Pro spárování dotazníků před a po programu bylo účastníkům programu sděleno, aby se identifikovali prostřednictvím totožné anonymní přezdívky ve vstupním i zpětnovazebním dotazníku.

Respondenti z kontrolní skupiny vyplňovali pouze vstupní dotazník a zpětnovazební již ne, protože se programu neúčastnili.

Vstupní dotazník použitý před realizací programu tvořilo 8 otázek a 1 podotázka (viz příloha).

Zpětnovazební dotazník v rámci druhého dotazování po skončení programu sestával z 10 otázek a 1 podotázky (viz příloha).

Dotazníky se skládají z otázek, na které respondenti odpovídali pomocí 5-bodových Likertových škál vyjadřující míru souhlasu⁴ (1 – Souhlasím; 2 – Spíše souhlasím; 3 – Tak napůl; 4 – Spíše nesouhlasím; 5 – Nesouhlasím), z toho se jedna otázka⁵ týkala zhodnocení programu samotnými účastníky (1 – Hrůza, nuda; 5 – Super!).

Dále dotazníky tvořily i uzavřené otázky⁶, kde respondenti vybírali ze 3 možností (Ano; Ne; Nejsem si jistý/á). 2 uzavřené otázky doplňuje otevřená podotázka pro co největší komplexnost a validitu odpovědí.

Pro účely výzkumu práce byl sledován efekt programu v dílčích oblastech duševního zdraví, které korespondují s cíli programu. Efekt byl zjišťován prostřednictvím tvrzení, která byla v dotaznících totožná při vstupním i zpětnovazebním dotazování a bylo zde tak možné měřit rozdíl v průměrech odpovědí.

Otázky byly rozděleny do 3 skupin podle toho, které oblasti duševního zdraví se týkaly. Níže je představeno, o které oblasti se jedná a v závorkách jsou uvedena tvrzení, která sytí dílčí oblasti:

- (1) Vyhledání odborné pomoci (*Pre 2/Post 4*);
- (2) Zásady správné psychohygieny (*Pre 3/ Post 5; Pre 4/Post 6*);
- (3) Destigmatizace osob s duševním onemocněním (*Pre 6/ Post 8; Pre 7/ Post 9; Pre 8/Post 10*).

Zpětnovazební dotazník, poskytnutý studentům po realizaci programu, také zjišťoval subjektivní hodnocení programu a jeho přínosu samotnými účastníky – jedná se o tvrzení *Post 1; Post 2* a *Post 3*.

Dalším cílem této práce je zjistit, jestli měly proměnné – gender, věk a zkušenost s duševním onemocněním vliv na postoje studentů ve zmiňovaných oblastech duševního zdraví a jestli měl program na studenty rozdílný dopad v závislosti na těchto proměnných. Gender a věk respondenti vyplňovali formou otevřených otázek na počátku obou dotazníků. Zkušenost

⁴ Pre 3/Post 5; Pre 4/Post 6; Pre 5/Post 7; Pre 6/Post 8; Pre 7/ Post 9; Pre 8/Post 10; Post 2; Post 3

⁵ Pos 2

⁶ Pre 1; Pre 2/ Post 4; Post 1; Post 3

s duševním onemocněním respondentů byla zjišťována prostřednictvím tvrzení *Pre 1*, které je ve vstupním dotazníku.

Pro zajištění spolehlivosti výsledků a interpretace dat, byla provedena analýza vnitřní konzistence výzkumného souboru dat u tvrzení vstupního dotazníku zastupující dílčí oblasti duševního zdraví, na které se program zaměřuje. Vnitřní konzistence je vyjádřena prostřednictvím Cronbachova koeficientu alfa.

V níže uvedené tabulce č. 2 je zobrazena míra vnitřní konzistence jednotlivých skupin otázek zastupující dílčí oblasti duševního zdraví, na které se program zaměřoval.

Oblasti	Cronbach's α	McDonald's ω	Tvrzení
Vyhledání pomoci	0.774	0.784	<i>Pre 2 + podotázka</i>
Psychohygiena	0.711	0.715	<i>Pre 3; Pre 4</i>
Destigmatizace	0.432	0.432	<i>Pre 5; Pre 6; Pre 7; Pre 8</i>
Destigmatizace* bez Pre 5	0.702	0.723	<i>Pre 6; Pre 7; Pre 8</i>

Tabulka 2 – Vnitřní konzistence dílčích oblastí

V případě oblasti *Vyhledání pomoci* Cronbachova alfa i McDonaldova omega dosahují dostatečné hodnoty (alespoň 0,7), tudíž lze tvrzení *Pre 4* a její podotázku považovat za reliabilní pro danou oblast.

Cronbachova alfa a McDonaldova omega u oblasti *Psychohygieny* jsou dostatečně vysoké a vnitřní konzistence těchto otázek je pro danou oblast reliabilní.

V oblasti *Destigmatizace* Cronbachova alfa nedosahuje dostatečné hodnoty, avšak bylo zjištěno, že pokud by nebylo do této oblasti zařazeno tvrzení *Pre 5*, bude Cronbachova alfa činit 0,702 a McDonaldova omega 0,723, čímž dojde k dostatečně vysoké reliabilitě této oblasti. Vzhledem k tomu, že tvrzení *Pre 5* se ptá na svěření se s duševními obtížemi a dotýká se tak sebestigmatu než stigmatizace osob s duševním onemocněním, lze považovat oblast destigmatizace bez této položky za dostatečně reliabilní.

8.3.1 Kvantitativní analýza a zpracování dat

Pro zjištění efektu programu v dílčích oblastech duševního zdraví byl použit zmiňovaný vstupní a zpětnovazební postojový dotazník.

Získaná data z dotazníků byla nejprve předzpracována v programu Microsoft Office Excel. Předzpracování dat zahrnovalo nejprve přepis dat z tištěné podoby do elektronické podoby, poté bylo provedeno překódování skórování odpovědí.

Data byla následně zpracována ve statistickém programu Jamovi. K vyhodnocení analýzy dat bylo využito deskriptivní statistiky a induktivní statistiky.

Nejprve byla provedena deskriptivní analýza výzkumného souboru. Dále byla provedena induktivní statistika, v rámci které byly využity statistické metody, jako jsou T-testy, Anova s opakovanými měřeními nebo Post hoc testy.

V prvním kroku byla provedena analýza efektu programu na změnu postojů respondentů před a po realizaci programu. Pro změření efektu programu byla vybrána totožná párová tvrzení, která jsou srovnatelná, tedy zaměřují se na stejný postoj k dané problematice duševního zdraví a lze zde pozorovat rozdíl ve změně odpovědí respondentů před (Pre) a po (Post) programu. Srovnávaly se posuny průměrných hodnot odpovědí, bylo sledováno, zda jsou posuny v odpovědích signifikantní a jaká je velikost účinku (Cohenovo d). K analýze efektu programu byl použit Paired sample T-test.

Dále bylo prostřednictvím T-testu analyzováno, zda vykazuje experimentální a kontrolní skupina srovnatelné odpovědi při vstupním dotazování, tedy jestli jsou rozdíly v odpovědích mezi skupinami signifikantní.

Na závěr bylo porovnáváno, zda působí efekt programu signifikantně rozdílně na jeho účastníky v závislosti na demografických proměnných participantů (gender, věk a zkušenost s duševním onemocněním). K tomuto zjištění byla použita analýza rozptylu pro opakovaná měření (Repeated measures Anova) s opakovanou proměnnou (within-subject).

Zda vykazovali respondenti v závislosti na zmíněných proměnných rozdílné odpovědi mezi sebou, bylo ověřováno mezi-subjektovou (between-subject) proměnnou.

Veškerá zpracovaná data jsou názorně uvedena v tabulkách a grafech v následujícím textu a v příloze práce.

9 Výsledky

V následujícím textu jsou postupně představeny a interpretovány zjištěné výsledky dotazníku.

9.1 Výsledky postojového dotazníku – měření efektu programu

V této kapitole budou uvedeny výsledky postojového dotazníku, kdy je měřen posun průměrných hodnot odpovědí účastníků programu mezi vstupním dotazováním před realizací programu a zpětnovazebním dotazováním po realizaci programu. Budou zde tedy reflektována pouze ta tvrzení, která jsou ve stejném znění před i po programu a lze u nich tak měřit efekt programu.

Pro ověření srovnatelné výchozí pozice experimentální a kontrolní skupiny budou také uvedeny výsledky odpovědí respondentů z kontrolní skupiny a zda byl u dílčích tvrzení prokázán signifikantní rozdíl v odpovědích mezi skupinami respondentů (viz Příloha 2).

Pre 2 a Post 4: *Pokud by ses sám potýkal/a s psychickým problémem, věděl/a bys, kde vyhledat pomoc?*

V rámci vstupního dotazování na tuto otázku odpovědělo *Ano* 64 % studentů z experimentální skupiny a 67 % studentů z kontrolní skupiny. 9 % studentů z experimentální skupiny a 11 % studentů z kontrolní skupiny odpovědělo, že by nevěděli, kde vyhledat pomoc. 25 % z experimentální skupiny a 21 % z kontrolní skupiny odpovědělo, že si nejsou jistí. Výsledky pro experimentální i kontrolní skupinu jsou srovnatelné a nebyl zde zjištěn signifikantní rozdíl v odpovědích mezi skupinami.

V rámci druhého dotazování po realizaci programu odpovědělo *Ano* 94 % studentů z experimentální skupiny.

Po programu vědělo o 30 % respondentů více, kde vyhledat pomoc než před jeho absolvováním. Rozdíl mezi odpověďmi studentů před a po programu je signifikantní na hladině významnosti 0.05 s poměrně velkým efektem ($d = 0,605$).

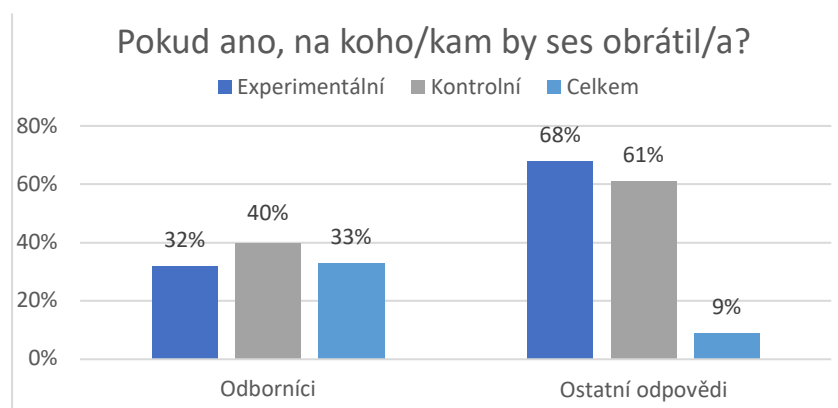
Tvrzení	Statistic	df	p	Mean difference	SE difference	Effect Size
Kde lze vyhledat pomoc	Student's t	1654	< .001	0.303	0.0123	Cohen's d
	24.6					0.605

Tabulka 3 – Efekt programu u tvrzení Pre 2 a Post 4

Dále je součástí této otázky podotázka – „**Pokud ano, na koho/ kam by ses obrátil/a?**“

Jednalo se o otevřenou otázku, tudíž bylo potřeba pro statistické zanalyzování odpovědí vytvořit kategorie pro jejich třídění. Byly vytvořeny 2 následující kategorie: *Odborníci* a *Ostatní odpovědi*. Za „správné“ odpovědi jsou považované ty, které se řadí do kategorie *Odborníci*. Do této kategorie byly zařazeny odpovědi, které zahrnovaly odborníky, u kterých lze hledat pomoc v případě duševních obtíží, jako jsou např. psychologové, psychiatři, psychoterapeuti, lékaři, tísňové linky nebo organizace, kde tito odborníci působí. Do kategorie *Ostatní odpovědi* se řadily odpovědi jako například blízké osoby nebo například odpovědi „nevím“ a prázdné odpovědi.

V rámci této podotázky bylo zjištěno, že ačkoliv 64 % studentů uvedlo v hlavní otázce *Pre 2*, že ví, kam se obrátit v případě psychických obtíží, tak do otevřené podotázky uvedlo odborníky pouze 33 % respondentů. Výsledky pro experimentální i kontrolní skupinu jsou srovnatelné a nebyl zde zjištěn signifikantní rozdíl v odpovědích mezi skupinami.



Graf 2 – Procentuální zastoupení odpovědí u podotázky tvrzení *Pre 2*

Pre 3 a Post 5: *Vím, jak bych měl/a pečovat o své duševní zdraví?*

Při vstupním dotazování bylo nejčastěji zvolenou odpovědí na Likertové škále *Tak napůl*, kterou zvolilo 44 % respondentů z experimentální skupiny a 41 % z kontrolní skupiny. Výsledky pro experimentální i kontrolní skupinu jsou srovnatelné a nebyl zde zjištěn signifikantní rozdíl v odpovědích mezi skupinami.

Při zpětnovazebním dotazování po realizaci programu bylo nejčastější volenou odpovědí *Spíše ano*, kterou zvolilo 49,4 % studentů z experimentální skupiny.

Rozdíl mezi průměrem odpovědí vstupního a zpětnovazebního dotazování je signifikantní na hladině významnosti 0,05 % s poměrně velkým efektem ($d = 0,661$). Průměrné hodnoty byly

před programem na škále 2,63 a 2,01 po programu, přičemž medián byl před programem 3 (*Tak napůl*) a po programu 2 (*Spiše ano*).

Tvrzení	Statistic	df	p	Mean difference	SE difference	Effect Size
Péče o duševní zdraví	Student's t	1641	< .001	0.620	0.0232	Cohen's d
	26.8					0.661

Tabulka 4 – Posun před a po programu u tvrzení Pre 3 a Post 5

Pre 4 a Post 6: *Pravidelně se starám o své duševní zdraví?*

Nejčastější zvolenou odpovědí na Likertově škále při vstupním dotazování bylo u experimentální i kontrolní skupiny *Tak napůl*, kterou zvolilo 40 % respondentů z experimentální skupiny a 47 % z kontrolní skupiny. Výsledky pro experimentální i kontrolní skupinu jsou srovnatelné a nebyl zde zjištěn signifikantní rozdíl v odpovědích mezi skupinami.

Při zpětnovazebním dotazování po realizaci programu bylo nejčastější zvolenou odpovědí rovněž *Tak napůl*, kterou zvolilo 39 % studentů z experimentální skupiny.

Rozdíl mezi průměrem odpovědí vstupního a zpětnovazebního dotazování je signifikantní na hladině významnosti 0.05 % s nízkým efektem ($d = 0,236$). Průměrné hodnoty byly před programem na škále 3,15 a 2,95 po programu, přičemž mediány zůstaly na hodnotě 3 (*Tak napůl*).

Tvrzení	Statistic	df	p	Mean difference	SE difference	Effect Size
Pravidelnost péče	Student's t	1640	< .001	0.200	0.0210	Cohen's d
	9.55					0.236

Tabulka 5 – Posun před a po programu u tvrzení Pre 4 a Post 6

Pre 5 a Post 7: *Kdybych se necítil/a psychicky dobře, nebál/a bych se svěřit někomu, kdo by mi mohl pomoci?*

V rámci prvního dotazování respondenti z experimentální skupiny nejčastější volili odpověď *Spiše souhlasím*, kterou zvolilo 30 %. Respondenti z kontrolní skupiny nejčastěji volili odpověď *Tak napůl*, kterou zvolilo 30 % respondentů. Nebyl zde zjištěn signifikantní rozdíl v odpovědích mezi experimentální a kontrolní skupinou.

Při zpětnovazebním dotazování po realizaci programu bylo nejčastější zvolenou odpovědí rovněž *Spiše souhlasím*, kterou zvolilo také 30 % studentů z experimentální skupiny.

Rozdíl mezi průměrem odpovědí vstupního a zpětnovazebního dotazování je signifikantní na hladině významnosti 0.05 % s nízkým efektem ($d = 0,212$). Průměrné hodnoty byly

na škále 2,53 před programem a 2,32 po programu, přičemž mediány zůstaly na hodnotě 2 (*Spiše souhlasím*).

Tvrzení	Statistic	df	p	Mean difference	SE difference	Effect Size
Svěření se	Student's t	1642	<.001	0.214	0.0249	Cohen's d
	8.60					0.212

Tabulka 6 – Posun před a po programu u tvrzení Pre 5 a Post 7

Pre 6 a Post 8: Lidé s duševním onemocněním by měli být od zbytku společnost izolováni?

Při prvním dotazování respondenti z experimentální skupiny i z kontrolní skupiny volili nejčastěji odpověď *Nesouhlasím*, kterou zvolilo 50 % respondentů z experimentální skupiny a 54 % respondentů z kontrolní skupiny. Nebyl zde zjištěn signifikantní rozdíl v odpovědích mezi experimentální a kontrolní skupinou.

Při zpětnovazebním dotazování po realizaci programu bylo nejčastější zvolenou odpovědí respondentů z experimentální skupiny rovněž *Nesouhlasím* a procento nesouhlasných odpovědí vzrostlo na 68 %.

Rozdíl mezi průměrem odpovědí vstupního a zpětnovazebního dotazování je signifikantní na hladině významnosti 0.05 % se středním efektem ($d = 0,357$). Průměrné hodnoty byly na škále 4,22 před programem a 4,52 po programu, přičemž medián se posunul z hodnoty 4 (*Spiše nesouhlasím*) na hodnotu 5 (*Nesouhlasím*).

Tvrzení	Statistic	df	p	Mean difference	SE difference	Effect Size
Izolace lidí s DO	Student's t	1641	<.001	0.295	0.0204	Cohen's d
	14.5					0.357

Tabulka 7 – Posun před a po programu u tvrzení Pre 6 a Post 8

Pre 7 a Post 9: Nevadilo by mi sedět v lavici vedle někoho s duševním onemocněním?

Při prvním dotazování bylo nejčastější volenou odpovědí u experimentální i kontrolní skupiny *Souhlasím*, kterou zvolilo 37 % respondentů z experimentální skupiny a 39 % respondentů z kontrolní skupiny. Nebyl zde zjištěn signifikantní rozdíl v odpovědích mezi experimentální a kontrolní skupinou.

Při zpětnovazebním dotazování po realizaci programu bylo nejčastější zvolenou odpovědí respondentů z experimentální skupiny rovněž *Souhlasím* a procento souhlasných odpovědí vzrostlo na 53 %.

Rozdíl mezi průměrem odpovědí vstupního a zpětnovazebního dotazování je signifikantní na hladině významnosti 0.05 % se středním efektem ($d = 0,375$). Průměrné hodnoty byly na škále 2,15 před programem a 1,79 po programu, přičemž medián se posunul z hodnoty 2 (*Spíše souhlasím*) na hodnotu 1 (*Souhlasím*).

Tvrzení	Statistic	df	p	Mean difference	SE difference	Effect Size
Sezení v lavici vedle DO	Student's t	1596	< .001	0.360	0.0240	Cohen's d
	15.0					0.375

Tabulka 8 – Posun před a po programu u tvrzení Pre 7 a Post 9

Pre 8 a Post 10: Pokračoval/a bych v přátelství s někým, u koho by se objevilo duševní onemocnění?

Nejčastější volenou odpovědí při vstupním dotazování u experimentální i kontrolní skupiny bylo *Souhlasím*, kterou zvolilo 65 % respondentů z experimentální skupiny a 67 % respondentů z kontrolní skupiny. Nebyl zde zjištěn signifikantní rozdíl v odpovědích mezi experimentální a kontrolní skupinou.

Při zpětnovazebním dotazování po realizaci programu bylo nejčastější zvolenou odpovědí experimentální skupiny rovněž *Souhlasím* a procento souhlasných odpovědí vzrostlo na 75 %.

Rozdíl mezi průměrem odpovědí vstupního a zpětnovazebního dotazování je signifikantní na hladině významnosti 0.05 % s nízkým efektem ($d = 0,218$). Průměrné hodnoty byly před programem na škále 1,45 a 1,32 po programu, přičemž medián zůstal na hodnotě 1 (*Souhlasím*).

Tvrzení	Statistic	df	p	Mean difference	SE difference	Effect Size
Pokračování v přátelství	Student's t	1600	< .001	0.127	0.0146	Cohen's d
	8.73					0.218

Tabulka 9 – Posun před a po programu u tvrzení Pre 8 a Post 10

9.1.1 Shrnutí výsledků

Tabulka č. 9 ukazuje procentuální četnost souhlasných odpovědí experimentální skupiny při vstupním (Pre) a zpětnovazebním dotazování (Post). Mezi odpověďmi před a po programu je signifikantní rozdíl a ukazuje se, že efekt programu je v oblasti informovanosti o tom, kde vyhledat pomoc efektivní ($d = 0,605$). Po absolvování programu vědělo o 30 % respondentů více, kde vyhledat odbornou pomoc než před programem.

Tvrzení	Pre	Post	p	Mean difference	Effect size
Pokud by ses sám/sama potýkal/a s psychickým problémem, věděl/a bys, kde vyhledat pomoc?	64,2%	94,1%	< .001	0.303	0.605

Tabulka 10 – Procentuální četnost souhlasných odpovědí u tvrzení Pre 2 a Post 4 experimentální skupiny

Tabulka č. 11 udává přehled průměrů odpovědí účastníků programu v rámci prvního (Pre) a druhého (Post) dotazování. U všech odpovědí byl prokázán signifikantní posun průměrných hodnot odpovědí. Rozdíly v průměrech odpovědí jsou u všech tvrzení signifikantní na hladině 0,05.

Tvrzení	Mean Pre/Post	p	Mean difference	Effect size
Vím, jak bych měl/a pečovat o své duševní zdraví?	2,63 > 2,01	< .001	0,620	0.661
Pravidelně se starám o své duševní zdraví?	3,15 > 2,95	< .001	0,200	0.236
Kdybych se necítil/a psychicky dobře, nebál/a bych se svěřit někomu, kdo by mi mohl pomoci?	2,53 > 2,32	< .001	0,214	0.212
Lidé s duševním onemocněním by měli být od zbytku společnost izolováni?	4,22 < 4,52	< .001	0,295	0.357
Nevadilo by mi sedět v lavici vedle někoho o s duševním onemocněním?	2,15 > 1,79	< .001	0,360	0.375
Pokračoval/a bych v přátelství s někým, u koho by se objevilo duševní onemocnění?	1,45 > 1,32	< .001	0,127	0.218

Tabulka 11 – Přehled rozdílů průměrů odpovědí experimentální skupiny

Vzhledem k tomu, že u všech tvrzení došlo k signifikantnímu posunu průměrných hodnot v odpovědích před a po programu, lze tento program považovat za efektivní vzhledem k jeho vytyčeným cílům.

Pro názornější prezentaci výsledků byly průměrné skóry z tabulky 11 převedeny na procentuální hodnoty (převedení Likertovy škály na Cattellův interaktivní skór). Tabulka č. 12 ukazuje procentuální přehled změn průměrných hodnot v rámci vstupního (Pre) a zpětnovazebního (Post) dotazování účastníků programu.

Tvrzení	Pre	Post	Nárůst
Vím, jak bych měl/a pečovat o své duševní zdraví?	47%	60%	13%
Pravidelně se starám o své duševní zdraví?	37%	41%	4%
Kdybych se necítil/a psychicky dobře, nebál/a bych se svěřit někomu, kdo by mi mohl pomoci?	49%	54%	5%
Lidé s duševním onemocněním by měli být od zbytku společnost izolováni?	16%	10%	6%
Nevadilo by mi sedět v lavici vedle někoho s duševním onemocněním?	57%	64%	7%
Pokračoval/a bych v přátelství s někým, u koho by se objevilo duševní onemocnění?	71%	74%	3%

Tabulka 12 – Přehled procentuálních změn průměrných odpovědí experimentální skupiny

Na základě zjištěných výsledků se program primární prevence Duševní zdravověda jeví jako neefektivnější v oblasti psychohygieny, kdy byl naměřen největší efekt u tvrzení *Vím, jak bych*

měl/a pečovat o své duševní zdraví?. Posun v průměrech odpovědí byl 13 %. Dále byl program nejefektivnější v oblasti vyhledávání odborné pomoci, kdy byl druhý největší efekt naměřen u tvrzení *Pokud by ses sám/sama potýkal/a s psychickým problémem, věděl/a bys, kde vyhledat pomoc?*, zde po absolvování programu vědělo o 30 % studentů více, kde vyhledat odbornou pomoc než před jeho absolvováním.

Naopak nejmenší efekt byl naměřen v oblasti destigmatizace u tvrzení *Pokračoval/a bych v přátelství s někým, u koho by se objevilo duševní onemocnění?*, kde byl posun průměrných hodnot pouze o 3 % a opět v oblasti stereotypizace a sebestigmatizace u tvrzení *Kdybych se necítil/a psychicky dobře, nebál/a bych se svěřit někomu, kdo by mi mohl pomoci?*, kde byl posun průměrných hodnot pouze o 5 %.

U těchto tvrzení byly naměřeny vysoké skóry již při vstupním dotazování, z čehož lze vyvozovat, že studenti neprojevovali stereotypní postoje vůči lidem s duševním onemocněním již před zahájením programu, a tak zde nebyl takový prostor pro zlepšení.

Dále byl naměřen nízký efekt programu v oblasti psychohygieny u tvrzení *Pravidelně se starám o své duševní zdraví?*, kde byl posun průměrných hodnot po programu pouze o 4 %. Vzhledem k tomu, že jednorázový preventivní program ze zřejmých důvodů nemohl nijak zásadně ovlivnit pravidelnost péče o duševní zdraví, je potřeba se u tohoto tvrzení zamyslet nad tím, jestli vůbec byla takto položená otázka do zpětnovazebního dotazníku vhodně zvolena a nepostačila by pouze pro vstupní zmapování reality. Navíc nízký efekt v oblasti psychohygieny nekorresponduje s nejvyšším naměřeným efektem v oblasti psychohygieny u tvrzení Pre 3.

Nejvýraznější přínos programu Duševní zdravověda je evidentní v oblasti zásad psychohygieny a informovanosti o tom, kde vyhledat odbornou pomoc.

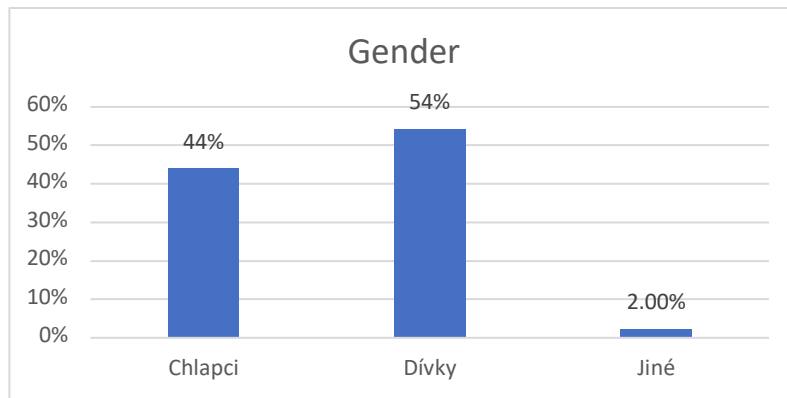
9.2 Efekt programu v závislosti na demografických proměnných participantů

V tomto oddíle budou reflektovány a shrnuty výsledky týkající se vlivu demografických proměnných účastníků programu Duševní zdravověda na jejich postoje k duševnímu zdraví.

Sledovanými proměnnými jsou: gender, věk a zkušenost s duševním onemocněním.

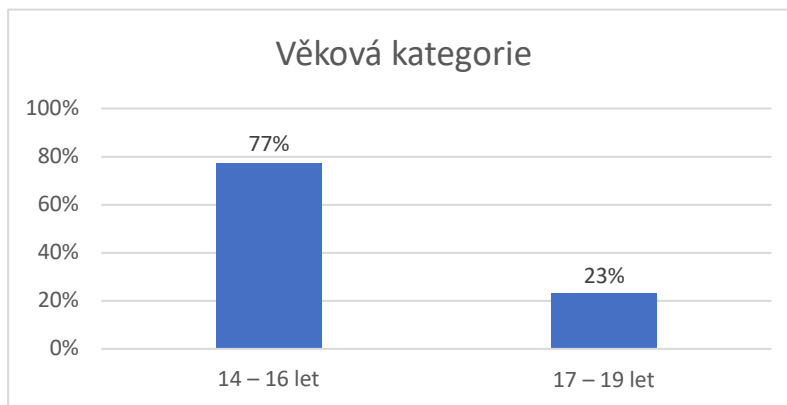
Bude zjišťován signifikantní rozdílný efekt programu na participanty v závislosti na jejich věku, genderu a zkušenosti s duševním onemocněním.

V rámci zjišťování genderu participantů vybírali studenti při vstupním i zpětnovazebním dotazování ze tří možností – *muž; žena; jiné* (participant, kteří se neidentifikovali ani jako muž ani jako žena).



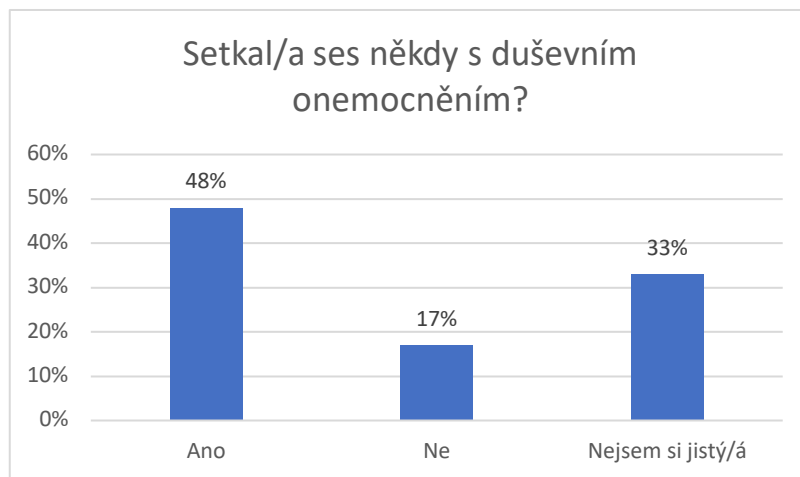
Graf 3 – Procentuální zastoupení participantů experimentální skupiny podle genderu

Věk studenti rovněž vyplňovali při vstupním a zpětnovazebním dotazování. Pro účely kvantitativní analýzy dat byly participanté rozděleni do 2 věkových kategorií – *mladší respondenti* odpovídající střední adolescenci (14 – 16 let) a *straší respondenti* odpovídající pozdní adolescenci (17 – 19 let).



Graf 4 – Procentuální zastoupení participantů experimentální skupiny podle věku

Dále studenti při vstupním dotazování odpovídali na otázku *Pre 1 Setkal/a ses někdy s duševním onemocněním? Zde studenti vybírali ze tří možností – Ano (u sebe nebo u někoho blízkého); Ne a Nejsm si jistý/á.*



Graf 5 – Procentuální zastoupení účastníků experimentální skupiny podle zkušenosti s duševním onemocněním

V následujícím textu bude reflektován efekt programu na účastníky v závislosti na daných proměnných a dále budou reflektovány rozdíly v odpovědích respondentů v závislosti na zmiňovaných proměnných.

Pre 2 a Post 4: Pokud by ses sám potýkal/a s psychickým problémem, věděl/a bys, kde vyhledat pomoc?

Při vstupním dotazování byla odpověď *Ano* nejčastěji zvolenou odpovědí. Odpověď *Ano* zvolilo 65 % dívek; 63 % chlapců a 46 % jiné z experimentální skupiny. Při zpětnovazebním dotazování zvolilo *Ano* 94 % dívek; 93,5 % chlapců a 89 % jiné.

Nebyl zde zjištěn signifikantní rozdílný efekt programu na účastníky v závislosti na jejich genderu a věku. Rovněž nebyly zjištěny signifikantní rozdíly v odpovědích mezi respondenty v závislosti na jejich věku a genderu.

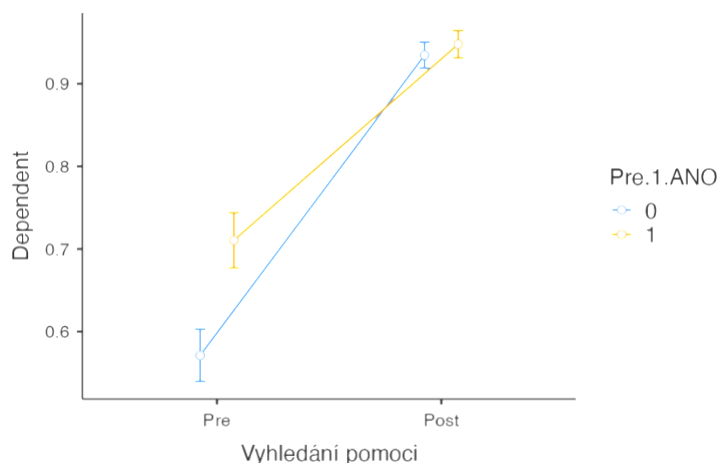
Program měl signifikantní rozdílný efekt na účastníky v závislosti na jejich zkušenosti s duševním onemocněním. Na tabulce č. 12 se ukazuje, že analýza interakce programu a proměnné zkušenosti s duševním onemocněním účastníků je pro toto tvrzení signifikantní, efekt je však velmi nízký ($\eta^2_G = 0,007$).

Within Subjects Effects

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p	η^2_G
Vyhledání pomoci	74.34	1	74.343	600.4	< .001	0.137
Vyhledání pomoci * Pre.1.ANO	3.27	1	3.272	26.4	< .001	0.007
Residual	204.55	1652	0.124			

Tabulka 13 – Rozdíl v odpovědích v závislosti na zkušenosti s duševním onemocněním u tvrzení Pre 2 a Post 4

Na grafu č. 6 se ukazuje, že program měl v této oblasti větší efekt na participanty bez zkušenosti s duševním onemocněním (0) než na ty s touto zkušeností (1). Při vstupním dotazování vykazovali participanti se zkušeností s duševním onemocněním lepší průměrný skóre než ti bez této zkušenosti.



Graf 6 – Efekt programu v závislosti na zkušenosti s duševním onemocněním u tvrzení Pre 2 a Post 4

Pre 3 a Post 5: *Vím, jak bych měl/a pečovat o své duševní zdraví?*

U tohoto tvrzení nebyl zjištěn signifikantní rozdílný efekt programu na participanty v závislosti na jejich věku, genderu a zkušenosti s duševním onemocněním.

Rovněž nebyly zjištěny signifikantní rozdíly v odpovědích mezi participanty v závislosti na jejich věku, genderu ani zkušenosti s duševním onemocněním.

Pre 4 a Post 6: *Pravidelně se starám o své duševní zdraví?*

U tohoto tvrzení měl program signifikantní rozdílný efekt na participanty v závislosti na jejich věku.

Tabulka č. 14 ukazuje analýzu interakce programu v závislosti na proměnné věku respondentů, která je pro toto tvrzení signifikantní, efekt je však velmi nízký ($\eta^2_G = 0,002$).

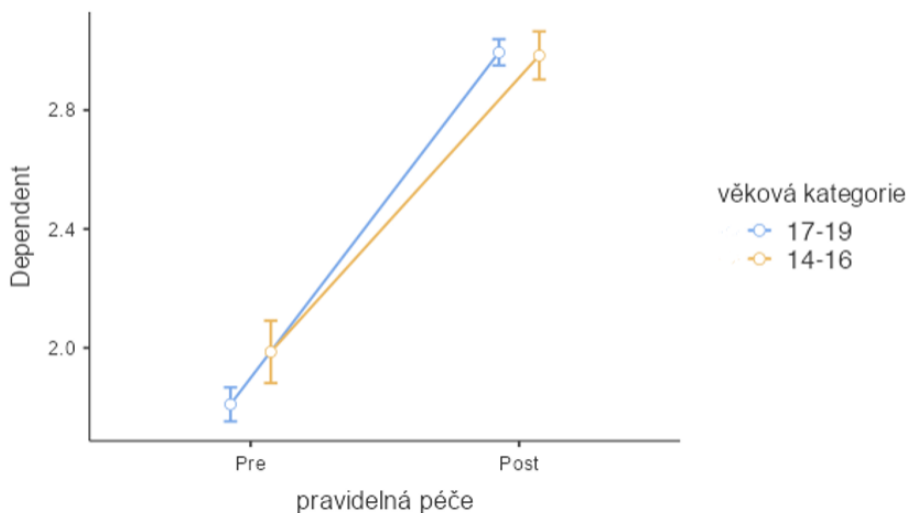
Within Subjects Effects

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p	η^2_G
Pravidelná péče	681.97	1	681.970	1253.46	< .001	0.199
Pravidelná péče * Věk	5.01	1	5.010	9.21	0.002	0.002
Residual	880.30	1618	0.544			

Note. Type 3 Sums of Squares

Tabulka – 14 Rozdíl v odpovědích v závislosti na věku u tvrzení Pre 4 a Post 6

Na grafu č. 7 se ukazuje, že program měl v této oblasti větší efekt na mladší participanty (14 – 16 let) než na ty starší (17 – 19 let). Při vstupním dotazování vykazovali starší studenti lepší průměrný skóre než studenti bez této zkušenosti.



Graf 7 – Efekt programu v závislosti na věku u tvrzení Pre 4 a Post 6

U tohoto tvrzení nebyl zjištěn signifikantní rozdílný efekt programu na participanty v závislosti na jejich genderu a zkušenosti s duševním onemocněním.

Rovněž nebyly zjištěny signifikantní rozdíly v odpovědích participantů v závislosti na jejich genderu a zkušenosti s duševním onemocněním studentů.

Pre 5 a Post 7: *Kdybch se necítil/a psychicky dobře, nebál/a bych se svěřit někomu, kdo by mi mohl pomoci?*

Rozdílný efekt programu na participanty v závislosti na jejich věku, genderu a zkušenosti s duševním onemocněním nebyl signifikantní.

Rovněž nebyly zjištěny signifikantní rozdíly v odpovědích participantů v závislosti na jejich věku, genderu ani zkušenosti s duševním onemocněním.

Pre 6 a Post 8: *Lidé s duševním onemocněním by měli být od zbytku společnost izolováni?*

V rámci tohoto tvrzení měl program signifikantní rozdílný efekt na participanty v závislosti na jejich zkušenosti s duševním onemocněním.

Tabulka č. 15 ukazuje analýzu interakce programu a zkušenosti s duševním onemocněním participantů, která je pro toto tvrzení signifikantní, efekt je však velmi nízký ($\eta^2_G = 0,002$).

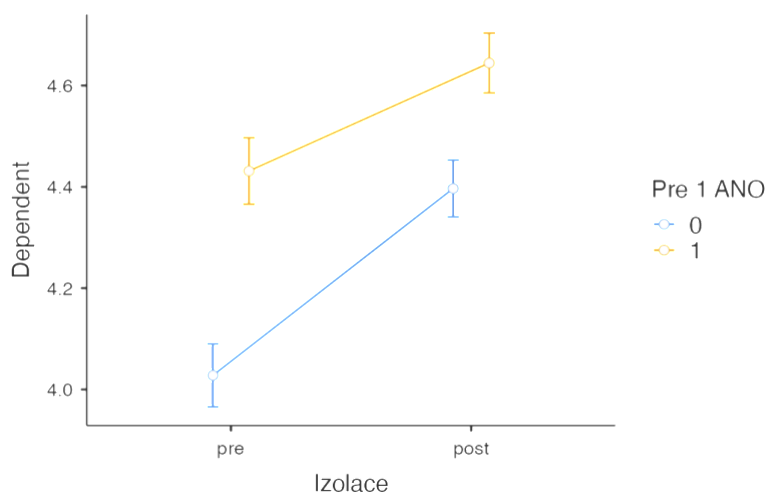
Within Subjects Effects

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p	η^2_G
Pre 1 ANO	4.97	1	4.967	14.7	<.001	0.002
Residual	555.66	1639	0.339			

Note. Type 3 Sums of Squares

Tabulka – 15 Rozdíl v odpovědích v závislosti na zkušenosti s duševním onemocněním

Na grafu č. 8 se ukazuje, že program měl v této oblasti větší efekt na studenty bez zkušenosti s duševním onemocněním (0) než na ty se zkušeností s duševním onemocněním (1). Při vstupním dotazování vykazovali studenti se zkušeností s duševním onemocněním lepší průměrný skóre než ti bez této zkušenosti.



Graf 8 – Efekt programu v závislosti na zkušenosti s duševním onemocněním u tvrzení Pre 6 a Post 8

U tohoto tvrzení nebyl zjištěn signifikantní rozdílný efekt programu na participanty v závislosti na jejich věku a genderu.

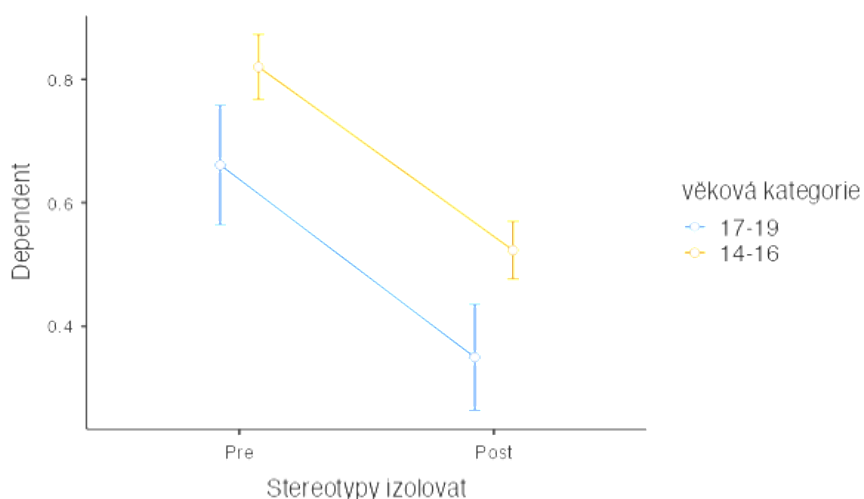
Byl zjištěn signifikantní rozdíl v odpovědích respondentů v závislosti na jejich věku – viz tabulka č. 16.

Post Hoc Comparisons - Věk

Izolace	věková kategorie	Stereotypy izolovat	věková kategorie	Mean Difference	SE	df	t	pbonferroni
Pre	17-19	Pre	14-16	-0.159	0.0562	1622	-2.83	0.028
		Post	17-19	0.312	0.0429	1622	7.27	<.001
		Post	14-16	0.138	0.0548	1622	2.52	0.071
	14-16	Post	17-19	0.471	0.0514	1622	9.16	<.001
		Post	14-16	0.297	0.0234	1622	12.70	<.001
Post	17-19	Post	14-16	-0.174	0.0499	1622	-3.48	0.003

Tabulka 16 – Post hoc analýza signifikantních rozdílů v rámci věku u tvrzení Pre 6 a Post 8

Graf č. 9 ukazuje, že mladší účastníci si spíše myslí, že by lidé s duševním onemocněním měli být od zbytku společnosti izolováni než starší účastníci.



Graf 9 – Rozdíly v odpovědích na základě věku u tvrzení Pre 6 a Post 8

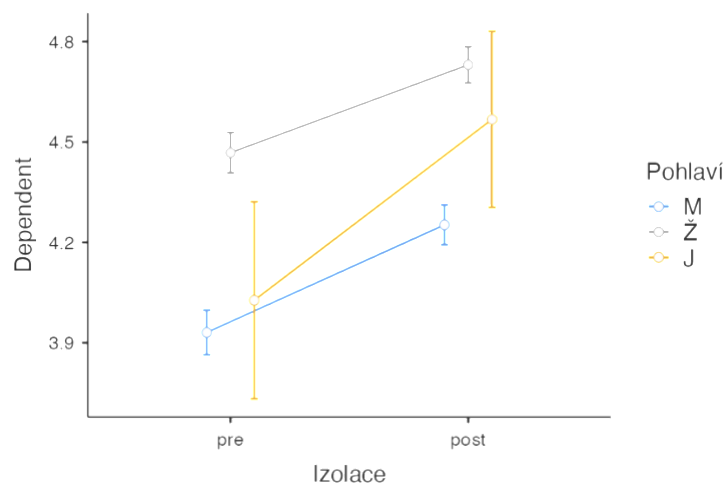
Dále byl zjištěn signifikantní rozdíl v odpovědích respondentů v závislosti na jejich genderu – viz tabulka č. 17.

Post Hoc Comparisons - Gender

Comparison		Mean Difference	SE	df	t	pTukey
Gender	Gender					
M	- Ž	-0.508	0.0383	1631	-13.27	<.001
	- J	-0.206	0.1282	1631	-1.60	0.244
Ž	- J	0.302	0.1277	1631	2.37	0.048

Tabulka 17 – Post hoc analýza signifikantních rozdílů v rámci genderu u tvrzení Pre 6 a Post 8

Graf č. 10 ukazuje, že chlapci (M) si spíše myslí, že by lidé s duševním onemocněním měli být od zbytku společnosti izolováni než dívky (Ž) a jiné (J).



Graf 10 – Rozdíly v odpovědích na základě genderu u tvrzení Pre 6 a Post 8

Pre 7 a Post 9: Nevadilo by mi sedět v lavici vedle někoho s duševním onemocněním?

U tohoto tvrzení byl zjištěn signifikantní rozdílný efekt programu na participanty v závislosti na jejich zkušenosti s duševním onemocněním.

Tabulka č. 18 ukazuje analýzu interakce programu a zkušenosti s duševním onemocněním respondentů, která je pro toto tvrzení signifikantní, efekt je však velmi nízký ($\eta^2_G = 0,002$).

Within Subjects Effects

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p	η^2_G
Sezení v lavici * Pre 1 ANO	5.85	1	5.853	12.8	<.001	0.002
Residual	730.93	1594	0.459			

Note. Type 3 Sums of Squares

Tabulka 18 – Rozdíl v odpovědích v závislosti na zkušenosti s duševním onemocněním je signifikantní

Na grafu č. 11 se ukazuje, že program měl v této oblasti větší efekt na studenty bez zkušenosti s duševním onemocněním (0) než na ty se zkušeností s duševním onemocněním (1). Při vstupním dotazování měli studenti s touto zkušeností lepší průměrný skóre než ti bez této zkušenosti.



Graf 11 – Efekt programu v závislosti na zkušenosti s duševním onemocněním u tvrzení Pre 7 a Post 9

Rozdílný efekt programu na participanty v závislosti na jejich věku a genderu nebyl signifikantní.

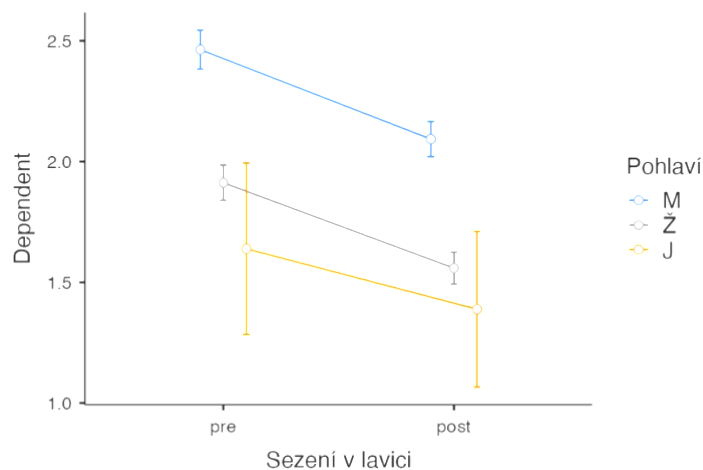
Byl zjištěn signifikantní rozdíl v odpovědích respondentů v závislosti na jejich genderu – viz tabulka č. 19.

Post Hoc Comparisons - Gender

Comparison						
Gender	Gender	Mean Difference	SE	df	t	pbonferroni
M	- Ž	0.543	0.0469	1587	11.57	<.001
	- J	0.764	0.1571	1587	4.87	<.001
Ž	- J	0.222	0.1564	1587	1.42	0.469

Tabulka 19 – Post hoc analýza signifikantních rozdílů v rámci genderu u tvrzení Pre 8 a Post 9

Graf č. 12 ukazuje, že chlapcům (M) by spíše vadilo sedět v lavici s někým s duševním onemocněním než dívkám (Ž) a jiným (J).



Graf 12 – Rozdíly v odpovědích na základě genderu u tvrzení Pre 7 a Post 9

Pre 8 a Post 10: Pokračoval/a bych v přátelství s někým, u koho by se objevilo duševní onemocnění?

V rámci tohoto tvrzení byl zjištěn signifikantní rozdílný efekt programu na participanty v závislosti na jejich genderu.

Tabulka č. 20 ukazuje analýzu interakce programu a genderu respondentů, která je pro toto tvrzení signifikantní, efekt je však velmi nízký ($\eta^2_G = 0,002$).

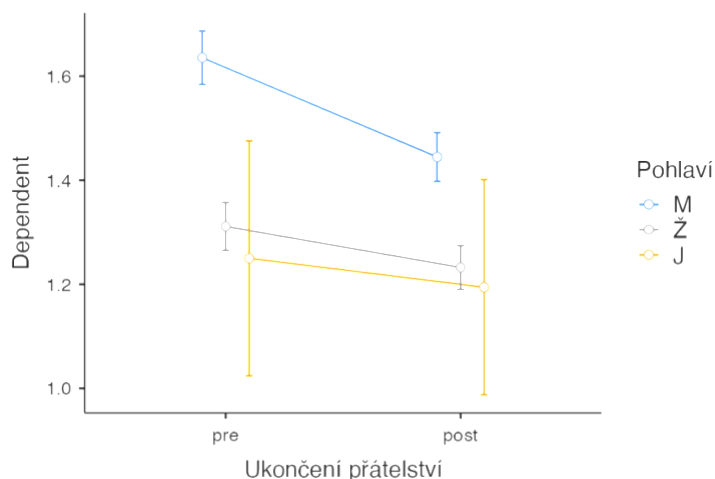
Within Subjects Effects

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p	η^2_G
Ukončení přátelství * Gender	2.50	2	1.252	7.38	< .001	0.002
Residual	270.07	1591	0.170			

Note. Type 3 Sums of Squares

Tabulka 20 – Rozdíl v odpovědích v závislosti na genderu u tvrzení Pre 8 a Post 10

Na grafu č. 13 se ukazuje, že program měl v této oblasti větší efekt na chlapce (M) než na dívky (Ž) a jiné (J). Při prvním vstupním dotazování vykazovali dívky a jiné lepší průměrný skóre než chlapci.



Graf 13 – Efekt programu v závislosti na genderu u tvrzení Pre 8 a Post 10

Tabulka č. 21 ukazuje analýzu interakce programu a zkušenosti s duševním onemocněním participantů, která je pro toto tvrzení také signifikantní, efekt je však velmi nízký ($\eta^2_G = 0,001$).

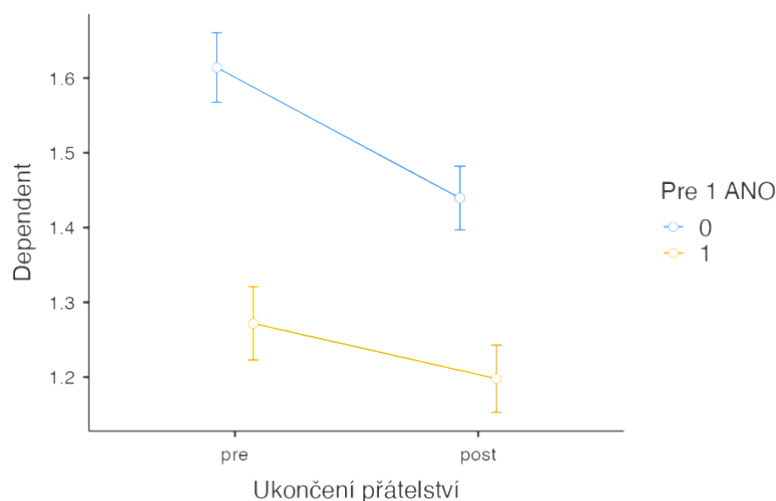
Within Subjects Effects

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p	η^2_G
Ukončení přátelství	12.31	1	12.313	72.7	< .001	0.009
Ukončení přátelství * Pre 1 ANO	2.02	1	2.023	11.9	< .001	0.001
Residual	270.60	1598	0.169			

Note. Type 3 Sums of Squares

Tabulka 21 – Rozdíl v odpovědích v závislosti na zkušenosti s duševním onemocněním u tvrzení Pre 8 a Post 10

Na grafu č. 14 se ukazuje, že program měl v této oblasti větší efekt na participanty bez zkušenosti s duševním onemocněním (0) než na ty se zkušeností s duševním onemocněním (1). Při vstupním dotazování měli studenti s touto zkušeností lepší průměrný skóre než ti bez této zkušenosti.



Graf 14 – Efekt programu v závislosti na zkušenosti s duševním onemocněním u tvrzení Pre 8 a Post 10

Rozdílný efekt programu na participanty v závislosti na jejich věku nebyl signifikantní. Rozdíly v odpovědích mezi participanty v závislosti na jejich věku také nebyly signifikantní.

9.2.1 Shrnutí

Program měl větší dopad na participanty, kteří ve vstupním dotazníku uvedli, že nemají zkušenost s duševním onemocněním než na ty se zkušeností s duševním onemocněním. Vyšší efekt programu byl zjištěn v následujících oblastech (1) Vyhledání odborné pomoci (*Kdybych se necítil/a psychicky dobře, nebál/a bych se svěřit někomu, kdo by mi mohl pomoci?*); (3) Destigmatizace osob s duševním onemocněním (*Lidé s duševním onemocněním by měli být od zbytku společnost izolováni?*; *Nevadilo by mi sedět v lavici vedle někoho s duševním onemocněním?*; *Pokračoval/a bych v přátelství s někým, u koho by se objevilo duševní onemocnění?*). Studenti se zkušeností s duševním onemocněním vykazovali ve zmíněných oblastech u uvedených tvrzení lepší průměrné skóry než ti bez této zkušenosti.

Z uvedeného vyplývá, že studenti, kteří mají zkušenost s duševním onemocněním, ať už u sebe nebo u někoho z blízkých, vykazují nižší míru stereotypů vůči lidem s duševním onemocněním (u všech tvrzení z této oblasti vykazovali lepší průměrné skóry) a také tito studenti vykazují větší znalosti o tom, kde lze vyhledat odbornou pomoc při duševních obtížích, což zároveň koresponduje s výzkumnými zjištěními Campose et al. (2018), které jsou uvedeny v oddíle 5.2.

Dále měl program větší dopad na chlapce než na dívky a jiné v oblasti (3) Destigmatizace osob s duševním onemocněním (*Pokračoval/a bych v přátelství s někým, u koho by se objevilo*

duševní onemocnění?). Dívky a jiné při vstupním dotazování uváděly, že by spíše pokračovaly v přátelství s někým, u koho by se objevilo duševní onemocnění než chlapci.

Současně bylo zjištěno, že chlapci vykazovali signifikantně rozdílné odpovědi než dívky a jiné rovněž v oblasti (3) Destigmatizace osob s duševním onemocněním u tvrzení: *Lidé s duševním onemocněním by měli být od zbytku společnosti izolováni?* a *Nevadilo by mi sedět v lavici s někým s duševním onemocněním?* Z uvedeného vyplývá, že chlapci projevovali vyšší míru stereotypů a spíše si myslí, že by měli být lidé s duševním onemocněním od zbytku společnosti izolováni a také by jim spíše vadilo sedět v lavici s někým s duševním onemocněním než dívkám a jiným. Nižší míra stereotypů u dívek než u chlapců byla rovněž prokázána ve výsledcích studie Campos et al. (2018), viz oddíl 5.2.

V závislosti na proměnné věku došlo k největšímu efektu programu pouze u mladších účastníků (14 – 16 let) v oblasti (2) Zásady správné psychohygieny (*Pravidelně se starám o své duševní zdraví?*). Starší účastníci (17 – 19 let) uváděly při vstupním dotazování, že pravidelněji pečují o své duševní zdraví než mladší účastníci.

Bylo také zjištěno, že mladší studenti vykazovali signifikantní rozdíly v odpovědích než starší studenti v oblasti (3) Destigmatizace osob s duševním onemocněním u tvrzení *Lidé s duševním onemocněním by měli být od zbytku společnosti izolováni?*, kdy mladší studenti projevovali větší míru stereotypů než starší studenti, což také koresponduje s výzkumnými zjištěními Campose et al. (2018), které jsou uvedeny v oddíle 5.2.

9.3 Hodnocení programu studenty

Ve zpětnovazebním dotazníku, který studenti vyplňovali po realizaci programu, byly zahrnuty také 3 otázky týkající se zhodnocení programu.

Jedná se o otázku Post 1 *Dozvěděl/a ses dnes něco nového?* – zde studenti vybírali ze 3 možností (*Ano, a myslím, že se mi to bude hodit; Ano, ale myslím, že mi to k ničemu nebude a Ne*).

U druhé otázky Post 2 *Jak hodnotíš workshop?* studenti vybírali odpověď na 5-bodové Likertově škále (*1 – Hruza, nuda; 5 – Super!*).

Třetí otázka Post 3 *Změnil se nějak tvůj pohled na lidi s duševním onemocněním?* – zde studenti vybírali odpověď také na Likertově škále (*1 – Určitě ano; 2 – Spíše ano; 3 – Tak napůl; 4 – Spíše Ne; 5 – Vůbec ne!*).

V následujícím textu jsou představeny výsledky hodnocení programu jeho účastníky. Výsledky jsou také analyzovány vzhledem k proměnným věku, genderu a zkušenosti s duševním onemocněním respondentů.

Post 1: Dozvěděl/a ses dnes něco nového?

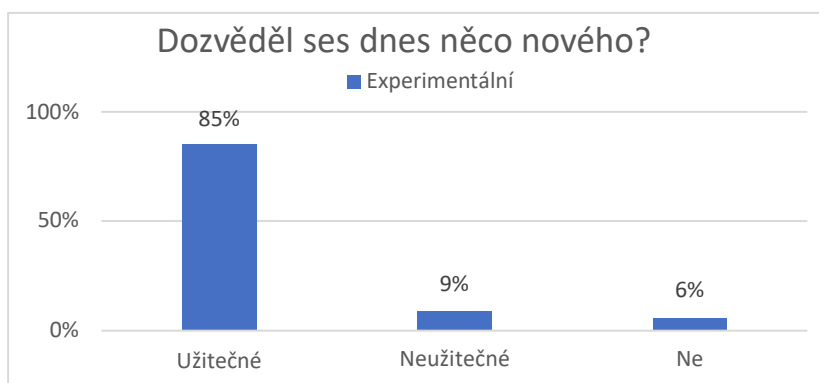
Tabulka č. 22 ukazuje četnost odpovědí pro tvrzení Post 1.

Descriptives

Post 1	ANO a myslím, že se mi to bude hodit	Ano, ale myslím, že mi to k ničemu nebude	Ne	Celkem
N	1348	136	95	1593

Tabulka 22 – Zastoupení odpovědí pro tvrzení Post 1

Nejčastější zvolenou odpovědí respondentů pro hodnocení přínosnosti programu bylo *Ano a myslím, že se mi to bude hodit*, kterou zvolilo celkem 85 % respondentů z experimentální skupiny. Naopak nejméně častou odpovědí bylo *Ne*, kterou zvolilo 6 % respondentů z experimentální skupiny. *Ano, ale myslím, že mi to k ničemu nebude*, zvolilo 9 % respondentů z experimentální skupiny.



Graf 15 – Procentuální podíly odpovědí u tvrzení Post 1

Proměnná věku, genderu ani zkušenosti s duševním onemocněním respondentů není pro hodnocení přínosu programu signifikantní.

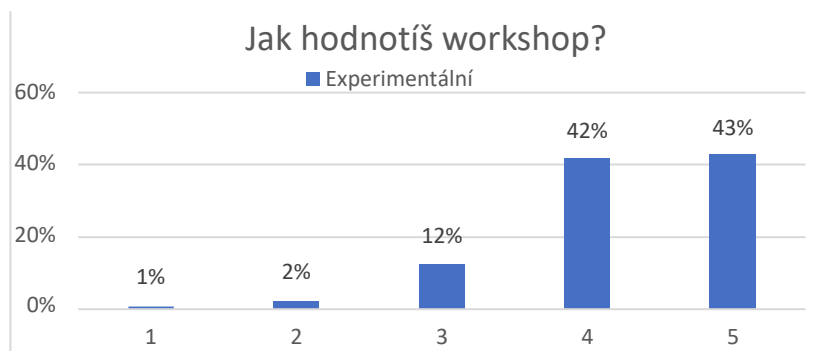
Post 2: Jak hodnotíš workshop?

Tabulka č. 23 ukazuje střední hodnoty odpovědí pro tvrzení Post 2.

Tvrzení	N	Missing	Mean	Median	Standard deviation	Minimum	Maximum
Post 2	1647	8	4.24	4	0.807	1	5

Tabulka 23 – Zastoupení odpovědí u tvrzení Post 2

Nejčastější zvolenou odpovědí respondentů z experimentální skupiny na Likertově škále byla hodnota 5, která představuje hodnocení *Super!*. Nejméně častou zvolenou odpovědí byla hodnota 1, která představuje *Hrůza, nuda* a zvolilo ji 1 % respondentů z experimentální skupiny. Druhé nejlepší hodnocení zvolilo celkem 42 % respondentů z experimentální skupiny.



Graf 16 – Procentuální podíly odpovědí u tvrzení Post 2

V tabulce Post hoc testu č. 24 se ukazuje signifikantní rozdíl v hodnocení programu mezi chlapci a dívkami, efekt je střední velikosti ($d = 0,346$).

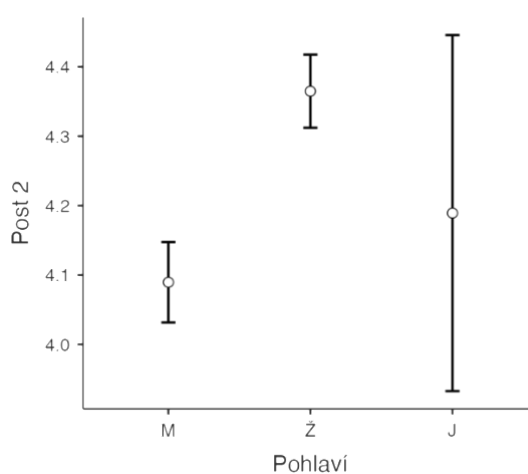
Post Hoc Comparisons - Gender

Comparison							
Gender	Gender	Mean Difference	SE	df	t	p _{Tukey}	Cohen's d
M	- Ž	0.2753	0.0399	1637	6.898	<.001	0.346
	- J	0.0997	0.1341	1637	0.743	0.738	0.125
Ž	- J	0.1757	0.1335	1637	1.316	0.387	0.221

Note. Comparisons are based on estimated marginal means

Tabulka 24 – Post hoc analýza signifikantních rozdílů v rámci genderu u tvrzení Post 2

Na grafu č. 17 se ukazuje, že dívky hodnotily program signifikantně lépe než chlapci.



Graf 17 – Rozdíl v odpovědích v závislosti na genderu respondentů u tvrzení Post 2

Tabulka č. 25 ukazuje, že věk respondentů je pro hodnocení programu také signifikantní, ale efekt je velmi nízký ($d = 0,193$).

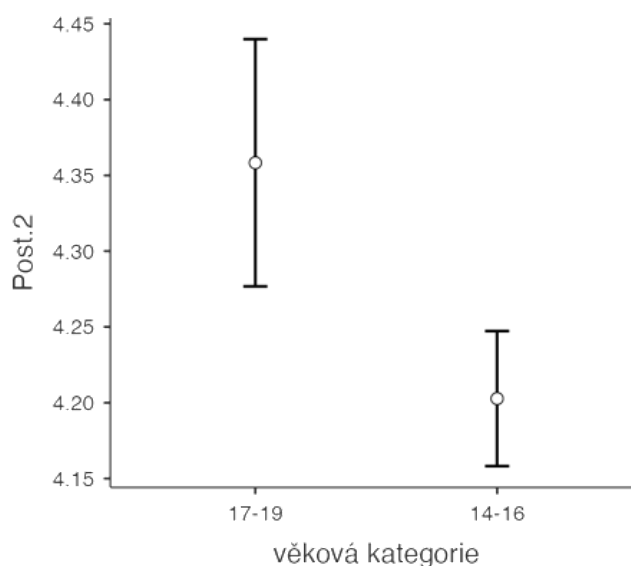
Post Hoc Comparisons - věková kategorie

Comparison								
věková kategorie	věková kategorie	Mean Difference	SE	df	t	pTukey	Cohen's d	
14-16	- 17-20	-0.156	0.0474	1625	3.28	0.001	0.193	

Note. Comparisons are based on estimated marginal means

Tabulka 25 – Post hoc analýza signifikantních rozdílů v rámci věku u tvrzení Post 2

Graf č. 18 ukazuje, že starší respondenti (17 – 19 let) hodnotili program signifikantně lépe než mladší respondenti (14 – 16 let).



Graf 18 – Rozdíl v odpovědích v závislosti na věku respondentů u tvrzení Post 2

Rovněž zkušenost respondentů s duševním onemocněním (1) je pro hodnocení programu signifikantní. V tabulce Post hoc testu se ukazuje, že efekt je však velmi nízký ($d = 0,160$).

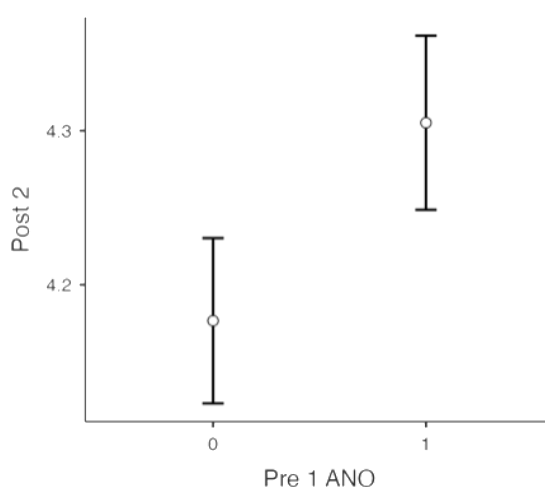
Post Hoc Comparisons - Pre 1 ANO

Comparison		Mean Difference	SE	df	t	p _{Tukey}	Cohen's d
Pre 1 ANO	Pre 1 ANO						
0	- 1	0.128	0.0397	1644	3.24	0.001	0.160

Note. Comparisons are based on estimated marginal means

Tabulka 26 – Post hoc analýza signifikantních rozdílů v rámci zkušenosti s duševním onemocněním u tvrzení Post 2

Graf č. 19 ukazuje, že respondenti se zkušeností s duševním onemocněním (1) hodnotili program signifikantně lépe než respondenti bez této zkušenosti (0).



Graf 19 – Rozdíl v odpovědích v závislosti na zkušenosti s duševním onemocněním u tvrzení Post 2

Post 3: Změnil se nějak tvůj pohled na lidi s duševním onemocněním?

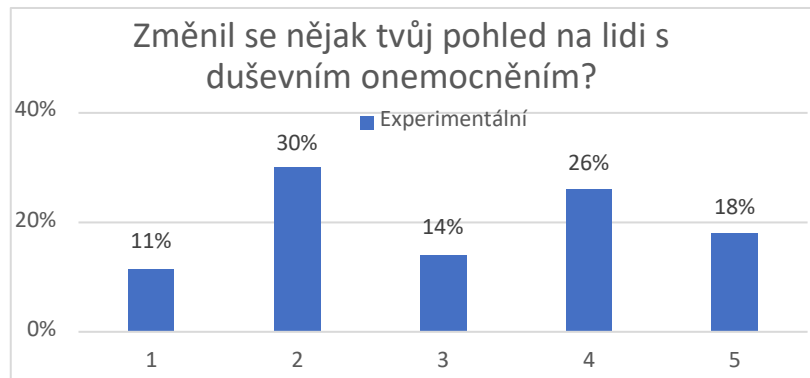
U tohoto tvrzení studenti po realizaci programu subjektivně hodnotili, jestli se změnil jejich pohled na lidi s duševním onemocněním.

Tabulka č. 27 ukazuje střední hodnoty odpovědí pro tvrzení Post 3.

Tvrzení	N	Missing	Mean	Median	Standard deviation	Minimum	Maximum
Post 3	1641	14	3.10	3	1.32	1	5

Tabulka 27 – Zastoupení odpovědí u tvrzení Post 3

Nejčastější zvolenou odpovědí na Likertově škále bylo *Spíše ano*, kterou zvolilo celkem 30 % participantů z experimentální skupiny. Přičemž hodnota 1 představovala *Určitě ano* a hodnota 5 představovala *Vůbec ne*. Naopak nejméně častou odpovědí bylo *Tak napůl*, kterou zvolilo 14 % participantů z experimentální skupiny.



Graf 20 – Procentuální podíly odpovědí u tvrzení Post 3

Proměnná věku ani genderu respondentů není u tvrzení 3 signifikantní.

Na tabulce č. 28 se ukazuje, že zkušenost s duševním onemocněním respondentů je pro subjektivně pocíťovanou změnu pohledu na lidi s duševním onemocněním po programu signifikantní.

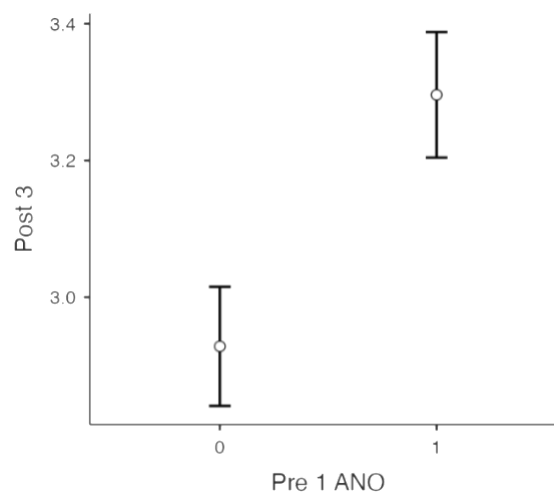
Post Hoc Comparisons - Pre 1 ANO

Comparison		Mean Difference	SE	df	t	p _{Tukey}	Cohen's d
0	1	-0.368	0.0645	1638	-5.70	< .001	-0.282

Note. Comparisons are based on estimated marginal means

Tabulka 28 – Rozdíl v odpovědích v závislosti na genderu je signifikantní u tvrzení Post 3

Graf č. 21 ukazuje, že respondenti bez zkušenosti s duševním onemocněním (0) subjektivně více pocíťovali změnu pohledu na lidi s duševním onemocněním než ti bez této zkušenosti (1).



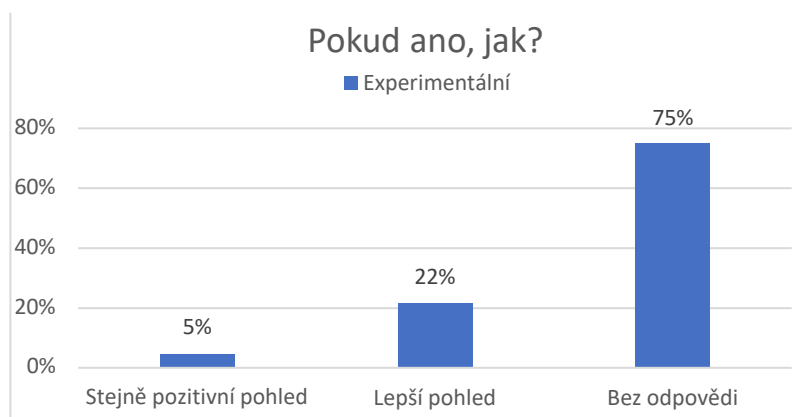
Graf 21 – Rozdíl v odpovědích v závislosti na zkušenosti s duševním onemocněním u tvrzení Post 3

Dále je součástí tohoto tvrzení podotázka – „*Pokud ano, jak?*“

Jednalo se o otevřenou otázku, tudíž bylo potřeba pro statistické zanalyzování odpovědí vytvořit kategorie pro třídění odpovědí. Byly vytvořeny 3 kategorie: *Stejně pozitivní pohled*; *Lepší pohled*; a *Bez odpovědi*.

Do kategorie *Stejně pozitivní pohled* jsou řazeny odpovědi, ve kterých respondenti vyjadřovali, že měli pozitivní pohled k lidem s duševním onemocněním již před programem. Do kategorie *Lepší pohled* se řadí odpovědi, ve kterých respondenti vyjadřovali, že mají díky programu vůči lidem s duševním onemocněním méně předsudků. V kategorii *Bez odpovědi* jsou prázdné odpovědi.

Až 75 % respondentů na tuto otevřenou podotázku neodpovědělo vůbec a jsou tak řazeny do kategorie *Bez odpovědi*. 21 % respondentů po programu změnilo svůj postoj k lidem s duševním onemocněním k lepšímu a 5 % respondentů uvedlo, že měli pozitivní pohled bez předsudků již před programem.



Graf 22 – Procentuální podíly odpovědí u podotázky tvrzení Post 3

9.3.1 Shrnutí

Hodnocení programu bylo součástí zpětnovazebního dotazníku, kdy studenti hodnotili program prostřednictvím 2 otázek zahrnutých ve zpětnovazebních dotaznících, které sloužily jednak ke zjištění přínosu programu (*Post 1*), tak i k ohodnocení programu (*Post 2*) pomocí Likertovy 5 bodové škály, kdy hodnota 1 představovala nejhorší hodnocení programu a hodnota 5 nejlepší hodnocení programu. V otázce (*Post 3*) bylo zjišťováno subjektivní vnímání změny postoje studentů vůči lidem s duševním onemocněním po programu.

Na otázku *Post 1* odpovědělo celkem 1593 studentů, na otázku *Post 2* odpovědělo celkem 1647 studentů a na otázku *Post 3* odpovědělo celkem 1641 studentů.

85 % studentů považuje program jako užitečný a na otázku *Dozvěděl/a ses dnes něco nového?* zvolilo odpověď *Ano a myslím, že se mi to bude hodit*. Rozdíl v hodnocení přínosu programu v závislosti na genderu, věku nebo zkušenosti s duševním onemocněním není signifikantní.

V rámci bodového hodnocení programu studenty na Likertově škále bylo nejčastější odpovědí hodnota 5 (*Super!*), kterou zvolilo celkem 43 % studentů. Druhou nejvolenější odpovědí byla hodnota 4 (druhé nejlepší hodnocení), kterou zvolilo celkem 42 % studentů. Naopak nejméně volenou odpovědí byla hodnota 1 (*Hrůza, nuda*), kterou zvolilo pouze 1 % respondentů.

U hodnocení programu se projeví jako signifikantní všechny tři proměnné – gender, věk a zkušenost s duševním onemocněním respondentů. Dívky hodnotily program signifikantně lépe než chlapci a velikost efektu byla střední. U všech genderů byla nejčastější odpověď hodnota 4.

Starší respondenti hodnotili program signifikantně lépe než mladší respondenti, ovšem síla efektu je velmi nízká.

Studenti, kteří ve vstupním dotazníku uvedli, že mají zkušenost s duševním onemocněním ať už u sebe nebo u někoho z okolí, hodnotili program také signifikantně lépe než respondenti bez této zkušenosti. V rámci věku i zkušenosti respondentů s duševním onemocněním byla nejčastější odpověď hodnota 4.

V rámci subjektivního vnímání změny postoje studentů vůči lidem s duševním onemocněním bylo nejčastější zvolenou odpovědí *Spíše ano*, kterou zvolilo 30 % studentů. Druhou nejčastější zvolenou odpovědí bylo *Spíše ne*, kterou vybralo 26 % studentů. V otevřené otázce uvedlo 21 % studentů, že se jejich postoj k lidem s duševním onemocněním změnil po programu k lepšímu. Tyto výsledky korespondují s výsledky efektivity programu, v rámci kterých bylo zjištěno, že měl program v oblasti destigmatizace osob s duševním onemocněním nízký až střední efekt, tudíž lze předpokládat, že studenti vykazovali nižší míru předsudků vůči lidem s duševním onemocněním již před absolvováním programu.

Ze zjištěných výsledků je evidentní, že studenti považují program jako přínosný a hodnotí jej pozitivně.

10 Závěry výsledků empirického výzkumu

Program primární prevence Duševní zdravotní péče je efektivní vzhledem k jeho vytyčeným cílům. U všech sledovaných oblastí duševního zdraví došlo po programu k signifikantnímu posunu průměru odpovědí.

Nejvýraznější přínos tohoto programu byl zjištěn v oblasti (1) Vyhledání odborné pomoci a v oblasti (2) Zásady správné psychohygieny. U studentů po absolvování programu došlo k nabytí znalostí o místech a způsobech, kde a jak lze vyhledat odbornou pomoc při duševních obtížích a k osvojení zásad správné psychohygieny.

Program vykazoval nejnižší efekt v oblasti (3) Destigmatizace osob s duševním onemocněním, kdy studenti vykazovali již při vstupním dotazování nízkou míru stereotypů vůči lidem s duševním onemocněním, tudíž zde nebyl takový prostor pro zlepšení a program zde neměl takový efekt na jeho účastníky. Přesto 21 % respondentů uvedlo, že se u nich po absolvování programu změnil pohled na osoby s duševním onemocněním k lepšímu.

Dále bylo zjištěno, že měl program v některých oblastech duševního zdraví signifikantně rozdílný efekt na participanty v závislosti na proměnných, které byly ve výzkumu sledovány (gender, věk, zkušenost s duševním onemocněním).

Program působil efektivněji na chlapce než na dívky a jiné u tvrzení (*Pokračoval/a bych v přátelství s někým, u koho by se vyskytlo duševní onemocnění?*) – chlapci u tohoto tvrzení při vstupním dotazování vykazovali horší průměrný skóre a program na ně měl u tohoto tvrzení vyšší efekt než na dívky a jiné.

Program měl větší dopad na participanty, kteří nemají zkušenost s duševním onemocněním než na ty se zkušeností s duševním onemocněním v oblasti (1) Vyhledání odborné pomoci a v oblasti (3) Destigmatizace osob s duševním onemocněním, kde byl vyšší efekt programu zaznamenán u všech tvrzení spadajících do této oblasti.

Výsledky analýzy dat ukazují, že studenti, kteří mají zkušenost s duševním onemocněním ať už u sebe nebo u někoho blízkého, projevovali nižší míru stereotypů vůči lidem s duševním onemocněním než studenti bez této zkušenosti a zároveň vykazovali vyšší míru znalostí o tom, kde lze vyhledat odbornou pomoc při duševních obtížích.

Chlapci projevovali vyšší míru stereotypů vůči lidem s duševním onemocněním než dívky a jiné u všech tvrzení spadajících do oblasti (3) Destigmatizace osob s duševním onemocněním.

Mladší studenti (14 – 16 let) projevovali vyšší míru stereotypů vůči lidem s duševním onemocněním než starší studenti (17 – 19 let) u tvrzení *Lidé s duševním onemocněním by měli být od zbytku společnost izolováni?*, také uváděli, že se méně pravidelně starají o své duševní zdraví než starší studenti.

Subjektivní hodnocení přínosu programu jeho účastníky bylo pozitivní – až 85 % studentů uvedlo, že považují program za užitečný. Hodnocení programu na Likertově škále bylo rovněž pozitivní – 43 % studentů zvolilo nejlepší hodnocení programu a 42 % studentů zvolilo druhé nejlepší hodnocení programu.

Z těchto závěrů vyplývá, že je program Duševní zdravověda efektivní a postoje studentů se po absolvování programu měnily (u všech tvrzení byl zjištěn signifikantní posun v průměrech odpovědí). Zároveň samotní studenti subjektivně vnímají tento program pozitivně a považují jej za přínosný.

10.1 Zodpovězení výzkumných otázek

Hlavní výzkumná otázka:

1. Lze považovat program primární prevence Duševní zdravověda za efektivní?

U všech tvrzení, ke kterým se studenti vyjadřovali při vstupním dotazování před realizací programu a následně při zpětnovazebním dotazování po realizaci programu, došlo k signifikantnímu posunu průměrů odpovědí.

Program primární prevence lze považovat za efektivní.

Dílní výzkumné otázky:

2. Mají studenti po absolvování programu více znalostí o tom, kde lze vyhledat pomoc při duševních obtížích?

Z výsledků se ukázalo, že program měl druhý nejvyšší efekt v oblasti (1) Vyhledání odborné pomoci. Po programu se zvýšila četnost participantů, kteří ví, kde vyhledat odbornou pomoc při duševních obtížích o 30 %.

Studenti mají po absolvování programu více znalostí o tom, kde lze vyhledat pomoc při duševních obtížích než před jeho absolvováním.

3. Osvojili si studenti po absolvování programu Duševní zdravotní zásady psychohygieny?

V oblasti (2) Zásady správné psychohygieny měl program Duševní zdravotní zásady vůbec nejvyšší efekt. Posun v průměrech odpovědí byl o 13 %.

Studenti si po absolvování programu Duševní zdravotní zásady psychohygieny.

4. Projevují studenti po absolvování programu méně stereotypů vůči lidem s duševním onemocněním?

Program měl v oblasti (3) Destigmatizace osob s duševním onemocněním nízký až střední efekt a z výsledků se ukazovalo, že studenti již před absolvováním programu nevykazovali vysokou míru stereotypů vůči lidem s duševním onemocněním. Ačkoliv efekt programu v této oblasti nebyl příliš velký, byl zjištěn signifikantní posun v postojích studentů před a po programu u všech tvrzení spadajících do této oblasti.

Studenti po absolvování programu projevují méně stereotypů vůči lidem s duševním onemocněním.

5. Hodnotí studenti primárně preventivní program Duševní zdravotní zásady jako přínosný?

Podle výsledků až 85 % studentů uvedlo ve zpětnovazebních dotaznících, že vnímají program Duševní zdravotní zásady jako užitečný. Studenti zároveň hodnotili program pozitivně na Likertově škále, kdy nejčastěji zvolenou odpovědí bylo nejlepší hodnocení (Super!), kterou zvolilo 43 % studentů a druhou nejčastější odpovědí byla hodnota 4, kterou zvolilo 42 % studentů.

Na základě výsledků lze konstatovat, že studenti hodnotí primárně preventivní program Duševní zdravotní zásady jako přínosný.

6. Vykazují demografické proměnné – gender, věk a předchozí zkušenost s duševním onemocněním vliv na postoje studentů týkající se duševního zdraví?

Byly pozorovány rozdíly v odpovědích participantů v závislosti na demografických proměnných (gender, věk a zkušenost s duševním onemocněním).

Chlapci vykazovali vyšší míru stereotypů vůči lidem s duševním onemocněním než dívky a jiné u všech tvrzení spadajících do této oblasti (3), přičemž na ně měl program signifikantně výraznější

efekt u tvrzení (*Pokračoval/a bych v přátelství s někým, u koho by se objevilo duševní onemocnění?*).

Mladší participanti vykazovali také vyšší míru stereotypů než starší participanti a uváděli, že se starají o své duševní zdraví méně pravidelně než starší respondenti.

Studenti, kteří uvedli, že nemají zkušenost s duševním onemocněním, projevovali vyšší míru stereotypů vůči lidem s duševním onemocněním a také vykazovali menší informovanost o tom, kde lze vyhledat odbornou pomoc při duševních obtížích, přičemž na ně program v těchto oblastech působil efektivněji než na respondenty se zkušeností s duševním onemocněním.

Uvedené demografické proměnné mají vliv na postoje respondentů ve všech sledovaných oblastech duševního zdraví, přičemž nejvíce významných rozdílů v postojích mezi skupinami bylo zaznamenáno v oblasti (3) Destigmatizace osob s duševním onemocněním.

11 Diskuse

Ze zjištěných výsledků evaluace primárně preventivního programu Duševní zdravověda lze tento program označit jako efektivní. Efekt programu byl nejvýraznější v oblastech – (1) Vyhledání pomoci při duševních obtížích a (2) Zásady správné psychohygieny. Nejmenší efekt, nicméně stále signifikantní, byl zjištěn v oblasti (3) Destigmatizace osob s duševním onemocněním.

Nízká efektivita v této oblasti (3) je daná tím, že více než polovina participantů vykazovala již při vstupním dotazování (před absolvováním programu) nízkou míru stereotypů vůči lidem s duševním onemocněním, což vedlo k tomu, že program neměl v této oblasti takové pole působnosti. Otázkou je, zda realizátoři programu očekávali u studentů vyšší míru stereotypů, což by v této oblasti způsobovalo vyšší efekt programu. Na druhou stranu je pozitivním zjištěním, že respondenti bez jakéhokoli zásahu programu vykazovali nízkou míru stereotypů vůči lidem s duševním onemocněním. Vystává však další otázka k diskusi, zda neodpovídali tito participanti programu s ohledem na to, že budou absolvovat nějaký program o duševním zdraví, záměrně nebo implicitně lépe než tomu ve skutečnosti je. Na tuto otázku nelze přímo odpovědět.

Pro ověření výchozí pozice respondentů, a zda nemohly být jejich odpovědi ovlivněny právě vědomím toho, že budou absolvovat program o duševním zdraví, byla do výzkumu zařazena kontrolní skupina. Ukázalo se, že respondenti z kontrolní skupiny vykazovali ve všech sledovaných oblastech duševního zdraví při vstupním dotazování srovnatelné odpovědi jako experimentální skupina, která se programu zúčastnila, protože nebyl zjištěn signifikantní rozdíl v odpovědích mezi těmito skupinami. Lze tak předpokládat, že by tímto faktorem účastníci programu neměli být ovlivněni. V limitech práce bude dále diskutováno, zda nemohly být odpovědi respondentů ovlivněny samotným způsobem položení otázek v dotazníku.

V průběhu vyhodnocování výsledků efektivity programu byly v dotaznících shledány dvě problematické položky.

Jedná se o tvrzení – *Kdybych se necítil/a psychicky dobře, nebál/a bych se svěřit někomu, kdo by mi mohl pomoci?*, které spadá do oblasti (3) Destigmatizace osob s duševním onemocněním. Nejprve bylo zjištěno, že tato položka snižuje vnitřní konzistenci této oblasti (Cronbachova alfa se snižuje z 0,702 na 0,432) a zároveň byl u tohoto tvrzení naměřen vůbec nejnižší efekt programu ($d = 0.212$).

Toto tvrzení se týká sebestigmatu, které je podle Ociskové & Praška (2015) nebo například podle Rüsche et al. (2005) odrazem stereotypů ve společnosti vůči lidem s duševním onemocněním. „Lidé s duševním onemocněním mohou přijmout běžné předsudky o duševních onemocněních a obrátit je proti sobě“ (Rüsch et al., 2005, s. 530), což může vést k nevyhledání včasné odborné pomoci a k celkovému zhoršení psychického stavu. Sebestigma tedy souvisí se stereotypy vůči duševním onemocněním a současně tak souvisí i s úrovní informovanosti o tom, kde lze vyhledat odbornou pomoc, což se ukázalo i v evaluaci programu *Mental health for everyone*, kde bylo zjištěno, že studenti vykazující vyšší míru stereotypů vůči lidem s duševním onemocněním rovněž vykazovali menší informovanost o způsobech vyhledání odborné pomoci při duševních obtížích. (Skre et al., 2013)

Výsledky evaluace nepotvrdily, že by studenti, kteří uváděli, že se nebojí svěřit při duševní nepohodě, současně vykazovali nižší míru stereotypů vůči lidem s duševním onemocněním a zároveň více věděli, kde lze vyhledat pomoc při duševních obtížích, jak by se dalo na základě literatury předpokládat. Tato položka navíc vykazuje nízkou korelaci s dalšími třemi položkami, které spadají do oblasti (3).

Většina participantů uváděla, že by se spíše nebála svěřit „někomu, kdo by mi mohl pomoci“. Vzhledem k tomu, že není jasně definované, komu by se neměl respondent bát svěřit, je diskutabilní, co se snaží tato otázka zjistit a jakým způsobem zamýšleli participanté své odpovědi. Něco jiného je svěřením se odborníkovi a něco jiného je svěřením se blízké osobě, které je zcela důvěřováno.

Lze předpokládat, že kdyby v otázce přímo zaznělo, jestli by se participanté nebáli svěřit odborníkovi, nebo rovnou vyhledat odbornou pomoc, mohlo by toto tvrzení více souviset s dalšími tvrzeními spadajícími do oblasti (3), a také by mohlo více vypovídat o souvislosti mezi sebestigmatem a vyhledáním odborné pomoci při duševních obtížích.

Otázkou také je, zda organizátoři programu zkrátka nechtěli pouze zmapovat, jak jsou na tom studenti s otevíráním témat o svých psychických problémech ve svém blízkém okolí. Jistě by bylo pro vytváření jasnější závěrů z tohoto tvrzení vhodnější, kdyby byla otázka položena více konkrétně – jestli se zaměřuje na svěřením se někomu blízkému nebo nějakému odborníkovi. Zároveň není známo, jak tuto nejednoznačně položenou otázku pochopili samotní participanté, což může snižovat validitu dat u tohoto tvrzení. Vzniká tedy doporučení pro konkrétnější formulování otázek v evaluačních dotaznících tak, aby bylo následně možné přesněji definovat kýžený efekt programu v dílčích oblastech.

Dalším problematickým tvrzením bylo *Pravidelně se starám o své duševní zdraví?*. U této položky spadající do oblasti (2) *Zásady správné psychohygieny* byl naměřen druhý nejnižší efekt programu ($d = 0.236$).

Toto tvrzení se zdá být pochybným kvůli jeho zakomponování do zpětnovazebního dotazníku. Postačilo by, kdyby bylo zakomponované pouze ve vstupním dotazníku před realizací programu pro zmapování pravidelnosti psychohygieny studentů. Je zřejmé, že jednorázový 5hodinový program nemohl nijak ovlivnit pravidelnost péče o duševní zdraví studentů, a tak je považováno toto tvrzení ve zpětnovazebním dotazníku, v rámci měření efektivity programu v oblasti (2) za nadbytečné.

V oddíle 5.2 jsou uvedeny příklady dobré praxe evaluací programů primární prevence zabývajících se problematikou duševního zdraví adolescentů. Z výsledků těchto evaluací se ukázalo, že programy mohou mít na participanty rozdílný dopad v závislosti na demografických proměnných (gender a věk), navíc tyto proměnné mohou signifikantně ovlivňovat určité postoje participantů k duševnímu zdraví, což se prokázalo i při této evaluaci.

Ve výsledcích evaluace programu *Duševní zdravověda* se ukázalo, že mladší studenti a chlapci vykazovali vyšší míru stereotypů než starší studenti a dívky. Současně na ně měl program u některých tvrzení v těchto oblastech i signifikantně vyšší efekt. Tato zjištění korespondují s výsledky studie *Mental health for everyone*, kde se ukázalo, že obecně dívky a starší adolescenti vykazovali nižší míru předsudků. (Skre et al., 2013) Campos et al. (2018) také uvádějí, že dívky dosahovaly vyššího skóru v dotaznících než chlapci.

Výsledky výzkumu Anderssona et al. (2013) také prokázaly, že ženy vykazují méně stereotypních přesvědčení vůči osobám s duševním onemocněním než muži. Bylo by příhodné se také zaměřit na literaturu, která by se zabývala a objasnila genderové rozdíly v této oblasti.

Kroger & Marcia (2010) spojují vyšší míru stereotypů s nezralostí identity typickou pro adolescenci, což značí, že věk nebo kognitivní a emocionální nezralost mohou být zásadním faktorem při vytváření předsudků. Tyto poznatky mohou vysvětlovat zjištěnou vyšší míru stereotypů u mladších participantů odpovídajících věkem střední adolescenci a přináší zamyšlení nad tím, jestli by nebylo vhodné takovýto program poskytovat i mladším účastníkům odpovídajícím mladší adolescenci. Navíc, jak již bylo na počátku práce zmíněno, většina chronických duševních onemocnění se poprvé projevuje již před 14. rokem života, tudíž lze i z této informace usuzovat, že je žádoucí, aby i mladší adolescenti měli možnost absolvovat takovýto typ programu. Skre et al. (2013) zmiňují, že mladší adolescenti ještě nejsou kognitivně

připraveni absorbovat a porozumět specifickým znalostem o profilech symptomů duševních onemocnění, a tak lze považovat cílovou skupinu programu specifikovanou věkem od 15 do 19 let za vhodně zvolenou.

V evaluaci programu *Blázníš? No a? se* ukázalo, že jejich program ovlivnil více dívky než chlapce, což se také ukázalo například ve studii (Pinfold et al., 2003). Ačkoliv literatura uvádí, že programy mají tendenci mít větší dopad na dívky, v evaluaci programu Duševní zdravotní byla pozitivní dopad pro oba pohlaví s výjimkou jednoho tvrzení, které se týkalo přátelství s někým s duševním onemocněním. U tohoto tvrzení měl program výraznější dopad na chlapce než na dívky, které vykazovaly při vstupním dotazování lepší průměrný skóre. Ve shodě s výsledky této evaluace je současně zjištění, že nejvyšší pozitivní efekt programů byl zaznamenán u studentů, kteří měli nižší vstupní hodnoty.

Studenti, kteří při vstupním dotazování uvedli, že mají zkušenost s duševním onemocněním ať už u sebe nebo u někoho ve svém okolí, projevovali signifikantně nižší míru stereotypů vůči lidem s duševním onemocněním a také vykazovali signifikantně více znalostí o tom, kde lze vyhledat odbornou pomoc než studenti bez této zkušenosti, toto zjištění se shoduje s výsledky studie *Find Space for Mental Health* (Campos et al., 2018). Dává smysl, že lidé, kteří mají s problematikou duševního onemocnění osobní zkušenost, budou mít více informací o odbornících zabývajících se duševním zdravím a také nebudou tolik podléhat stereotypním přesvědčením.

Dále bylo zjištěno, že studenti se zkušeností s duševním onemocněním hodnotili program signifikantně lépe než studenti bez této zkušenosti.

Je pravděpodobné, že studenti, kteří již byli v kontaktu s lidmi s duševními problémy nebo s nimi mají sami osobní zkušenost, jsou ochotnější porozumět informativnímu obsahu tohoto tématu a diskutovat o něm. Proměnná předchozí zkušenosti s duševním onemocněním se jeví pro evaluaci programů zaměřujících se na problematiku duševního zdraví jako významná.

Program Duševní zdravotní je koncipován jako interaktivní a zahrnuje mnoho aktivit zapojující všechny účastníky programu. Z hodnocení programu účastníky se ukázalo, že jednak hodnotí program velmi pozitivně, tak i jeho samotný přínos vnímají subjektivně jako užitečný. Dlouhodobě se ukazuje, že programy, které jsou interaktivní a účastníci jsou aktivně zapojováni do činností a skupinových úkolů, vedou nejen k vyšší efektivitě, ale i k oblíbenosti u samotných účastníků. (Pinfold et al., 2003)

Metaanalýza (Weare & Nind et al., 2020) zabývající se efektivitou preventivních programů v oblasti duševního zdraví potvrdila, že preventivní programy jsou nejvíce efektivní, pokud jsou studenti zapojováni do praktických úkolů a činností programu, než když jsou vystaveni programům založeným na frontálním a didaktickém prezentování informací.

Lze tedy vyvozovat, že nejen samotný obsah programu, ale i jeho forma přispěla k efektivitě programu a jeho oblíbenosti u participantů. Nicméně forma vedení programu nebyla ve zpětnovazebních dotaznících zahrnuta a v evaluaci programu nebyla analyzována, tudíž nelze s jistotou odhadnout, na kolik lze efektivitu programu přičítat právě jeho formě vedení.

Podle Martanové (2012) by měly efektivní programy primární prevence splňovat mimo jiné zásadu kontinuálního dlouhodobého působení, což program Duševní zdravověda nespĺňuje, protože se jedná pouze o jednorázový 5hodinový program. Výsledky studie Skre et al., (2013) nebo například Pinfold et al. (2003) deklarují, že stereotypní přesvědčení adolescentů o problémech s duševním zdravím lze změnit již prostřednictvím krátkých vzdělávacích workshopů, které mohou přinést pozitivní změny na postoje účastníků vůči lidem s duševními onemocněními. I z tohoto důvodu je nadmíru důležité, aby se takovéto programy zaměřovaly na oblast boření mýtů a stereotypů, které, jak již bylo řečeno, souvisí se sebestigmatem nebo s vyhledáním odborné pomoci.

Program je komplexní, kombinuje mnohočetné strategie, působí cíleně na jasně definovanou cílovou skupinu adekvátními informacemi a formami působení. Zároveň zahrnuje podporu zdravého životního stylu prostřednictvím představení způsobů jak si osvojit zásady správné psychohygieny, včetně nácviku relaxační techniky. Pracuje také s využitím modelu „KAB“ zaměřujícím se na změnu a kvalitu postojů. Využívá peer prvek, podporuje protektivní faktory ve společnosti – zejména destigmatizaci osob s duševním onemocněním a nepoužívá neúčinné prostředky, jako jsou například negativní zastrašující informace postavené na emocích. Z tohoto hlediska program primární prevence Duševní zdravověda splňuje většinu zásad efektivní prevence podle Martanové (2012).

Výsledky evaluace naznačují, že je program účinný, podobně jako výsledky zjištěné v jiných evaluačních studiích preventivních programů zaměřených na podporu gramotnosti v oblasti duševního zdraví. Zároveň se ve shodě s literaturou potvrdilo, že dynamické a interaktivní vedení programů splňující zásady efektivní prevence je pro jeho účastníky atraktivní a vnímají ho subjektivně jako pozitivní a přínosný.

Při analyzování výsledků vzešly otázky nad tím, jak lépe sestavit evaluační dotazník tak, aby se dal výstižněji prokázat a interpretovat efekt programu v dílčích oblastech a jakým způsobem dílčí oblasti duševního zdraví mezi sebou souvisí. Také byla položena otázka ohledně věku cílové skupiny, která se sice u tohoto programu jeví jako vhodně zvolená, nicméně by mohlo být prospěšné rozšíření programu i pro mladší adolescenty.

Vzhledem k pozitivním výsledkům evaluace programu Duševní zdravověda ať už z hlediska účinnosti programu, tak z hlediska kladného subjektivního hodnocení programu jeho účastníky, lze tento preventivní program řadit mezi další příklady dobré praxe v oblasti primární prevence zaměřující se na problematiku duševního zdraví adolescentů.

11. 1 Limity práce

Silná stránka provedené evaluace programu byla velikost výzkumného souboru ($N = 1898$; experimentální skupina $N = 1655$ a kontrolní skupina $N = 243$), také že konstrukt měření gramotnosti duševního zdraví a přínos programu pro jeho účastníky byl operacionalizován do měřitelných jednotek. Nicméně měření stereotypních postojů participantů vůči lidem s duševním onemocněním bylo shledáno jako limitující, protože se jedná o self-report škálu.

Většina participantů (v experimentální i kontrolní skupině) ve škálách měřící stereotypní postoje vykazovala nízkou míru stereotypů již při vstupním dotazování, ovšem na základě self-report škály nelze s jistotou prokázat, že dosažené výsledky skutečně odpovídají reálným postojům participantů. Hrozí zde zkreslení výsledků v této oblasti kvůli sociální desirabilitě, tedy sociální žádoucnosti. Je potřeba brát v potaz určitou pravděpodobnost, že participanté mohli chtít působit, že mají lepší postoje, než ve skutečnosti mají.

Dalším možným vysvětlením nízké míry předsudků by mohlo být to, že v současné době se téma duševního zdraví a onemocnění popularizuje mezi mladými lidmi a adolescenty zejména v prostředí nových médií, a tak je potřeba brát také v potaz i možnost, že zkrátka s popularizací tohoto tématu vykazují adolescenti v této oblasti větší orientovanost a citlivost vůči lidem s duševním onemocněním.

Jako další limit výzkumu bylo shledáno i to, že byl evaluační dotazník již předem zkonstruován organizací Nevypusť duši a nebylo možné do jeho podoby zasahovat, což se ukázalo u některých otázek, které by bylo vhodné přeformulovat, jako problematické.

Pro zvýšení validity výsledků byla do designu výzkumu zařazena kontrolní skupina pro ověření výchozí pozice účastníku programu a zda nemohli být participanté ovlivněni vnějšími proměnnými (například vědomím toho, že budou program absolvovat nebo specifickými

vlastnostmi škol, které si programy vybíraly). Kontrolní skupina u všech položek prokázala srovnatelné odpovědi s experimentální skupinou, a tak lze z tohoto hlediska vyloučit zkreslení výsledků.

V ideálním případě by však byla kontrolní skupina zařazena i do zpětnovazebního dotazování rovněž jako experimentální skupina, aby se dal efekt srovnat i oproti studentům, kteří program neabsolvovali. Pro vyhodnocení programu však postačila i neexperimentální forma evaluace programu bez přítomnosti kontrolní skupiny pro opakovaná měření.

Poslední limit práce byl shledán v počtu měření efektu. Efekt programu byl měřen jednou a to bezprostředně po jeho realizaci prostřednictvím zpětnovazebních dotazníků. Otázkou je, jestli by program dosahoval obdobného efektu, kdyby byl měřen alespoň dvakrát s delším časovým odstupem (v řádu týdnů), aby bylo možné prokázat, že změna postojů účastníků je trvalejšího rázu a efekt programu je konzistentní v čase.

Závěr

Z výsledků evaluace vyplývá, že je program Duševní zdravotní výchova efektivní. Nejvyšší přínos programu byl pro jeho účastníky shledán v oblasti (1) Vyhledání odborné pomoci a (2) Zásady psychohygieny. Studenti si po absolvování programu nejvíce odnesli informace o tom, kde lze vyhledat odbornou pomoc při duševních obtížích a osvojili si zdravé zásady psychohygieny.

Bylo potvrzeno, že proměnné (gender, věk a zkušenost s duševním onemocněním) ovlivňují postoje respondentů k některým oblastem duševního zdraví. Ukazuje se, že chlapci vykazují více stereotypních přesvědčení vůči lidem s duševním onemocněním než dívky. Také se ukázalo, že studenti, kteří mají zkušenost s duševním onemocněním, ať už u sebe nebo u někoho blízkého, vykazují méně stereotypů vůči lidem s duševním onemocněním a mají více znalostí o tom, kde se vyhledat odbornou pomoc, než studenti bez této zkušenosti. Program měl větší dopad na studenty s horšími vstupními průměrnými hodnotami.

Studenti hodnotili program Duševní zdravotní výchova pozitivně a až 85 % z nich ve zpětnovazebních dotaznících uvedlo, že vnímají program jako užitečný. Tato pozitivní zpětná vazba koresponduje s pozitivními zjištěnými výsledky o efektivitě programu.

Nejen odborná literatura deklaruje, že jsou programy primární prevence zabývající se duševním zdravím účinné, ale i výsledky této evaluace potvrdily, že je primárně preventivní program Duševní zdravotní výchova účinný, a že samotní jeho účastníci považují jeho absolvování za přínosné a hodnotí tuto zkušenost pozitivně. Tato zjištění rozšiřují chápání významu a prospěšnosti programů primární prevence zabývajících se problematikou duševního zdraví.

Současný stav psychického zdraví dětí a dospívajících poukazuje na závažnost tématu duševního zdraví a prevence duševních onemocnění, na což tato práce prostřednictvím evaluace programu Duševní zdravotní výchova reaguje. Zjištění prezentovaná v této práci mohou přispět k rozšíření diskuse o tom, jakým způsobem je potřeba řešit a podporovat gramotnost v oblasti duševního zdraví u dětí a adolescentů.

Seznam použitých informačních zdrojů

- ANDERSSON, H. W. et al. (2010). The effects of individual factors and school environment on mental health and prejudiced attitudes among Norwegian adolescents. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 45(5), 569–577. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0099-0>
- BAŠTECKÁ, B. (2009). *Psychologická encyklopedie – aplikovaná psychologie*. Portál.
- BAŠTECKÁ, B., & GOLDMANN, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Portál.
- BÍNOVÁ, M. Š., & HAVELKA, M. T. (2021). Duševní zdraví dětí a adolescentů v době pandemie covidu-19 z pohledu dětských a dorostových psychiatrů. *Psychiatrie pro praxi*. 22(3), 173-178. Dostupné z: https://www.psychiatriepropraxi.cz/incpdfs/psy-202103-0009_10_001.pdf
- BOLTIVETS, S. (2022). Psychohygiene is a System of Maintaining Mental Health. *Mental Health Hum Resilience International Journal*. 6(2), 1–4. <https://doi.org/10.23880/mhrij-16000189>
- CAMPOS, L., DIAS, P., & DUARTE, A. et al. (2018). Is It Possible to “Find Space for Mental Health” in Young People? Effectiveness of a School-Based Mental Health Literacy Promotion Program. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 15(7). <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph15071426>
- DOLEJŠ, M., SKOPAL, O., & SUCHÁ, J. (2014). *Protektivní a rizikové osobnostní rysy u adolescentů*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- FISHER, L., & FELDMAN, S. S. (1998). Familial antecedents of young adult health risk behavior: A longitudinal study. *Journal of Family Psychology*, 12(1), 66–80. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.12.1.66>
- FRYČ, J., MATUŠKOVÁ, Z., & KATZOVÁ, P., et al. (2020). *Strategie vzdělávací politiky České republiky do roku 2030*. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy.
- FOLTOVÁ, L. (2012). Souvislost psychických potíží a rizikového chování adolescentů. *Česká a slovenská Psychiatrie*, 2(108), 72–79. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=791>
- GALDERISI, S., HEINZ, A., & KASTRUP, M. et al. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*. 14(2), 231–233. <https://doi.org/10.1002/wps.20231>

GALLÀ, M. (2005). *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí: příručka o efektivní školní drogové prevenci*. Úřad vlády České republiky.

GLOBAL CASE FOR SUPPORT (2022). *UNICEF and WHO joint programme on mental health and psychosocial well-being and development of children and adolescents*. United Nations Children's Fund & World Health Organization.

GYMERSKÁ, M., & KRŠŠÁKOVÁ, E. (2019). *Being a human ... that's enough: Module 5 I Create My Futur. The Handbook for the Programme Participants*. Persona. Dostupné z: https://coolschool.ozpersona.sk/wp-content/uploads/2021/06/module_5_participants_AJ.pdf

HÖSCHL, C., LIBIGER, J., & ŠVESTKA, J. (2004). *Psychiatrie*. Tegis.

ICD-11. [online], (2022) *Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders*. [cit. 2023-02-7]. Dostupné z: <https://icd.who.int/browse11/lm/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f%2fid%2fentity%2f334423054>

JANOUSHKOVÁ, M., WEISSOVÁ, A., FORMÁNEK, T., & TUŠKOVÁ, E. (2018). *Evaluace programu Blázníš? No a! (zpráva z výzkumu)*. Fokus.

JORMORM, A. F., KORTEN, A. E., & JACOMB, P. A. et al. (1997). "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical journal of Australia*, 166(4), 182–186. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x>

KABÍČEK, P., CSÉMY, L., & HAMANOVÁ, J. (2014) *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Triton.

KALEJA, M. (2014). *Determinanty edukace sociálně vyloučených žáků z pohledu speciální pedagogiky*. Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta.

KALINA, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. ÚV ČR.

KESSLER, R., & BERGLUND, P. et al. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*. 62(6), 593–602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>

KOUTEK, J. (2008). Suicidalita u adolescentů – rizikové faktory a prevence. *Pediatr pro praxi*. 9(5), 302-304. Dostupné z: <https://pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2008/05/07.pdf>

KROGER, J., MARTINUSSEN, M., & MARCIA, J. (2010). Identity status change during adolescence and young adulthood: A meta-analysis. *Journal of Adolescence*. 33(5), 683–698. <https://doi.org/10.1016/J.ADOLESCENCE.2009.11.002>

LAZARUS, R., & FOLKMAN, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer.

MARTANOVÁ, V. (2012). *Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování*. Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a VFN v Praze & Togga.

MCLUCKIE, A., KUTCHER, S., WEI, Y., & WEAVER, C. (2014). Sustained improvements in students' mental health literacy with use of a mental health curriculum in Canadian schools. *BMC psychiatry*. 14:379. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0379-4>.

MIOVSKÝ, M., SKÁCELOVÁ, L., & ZAPLETALOVÁ, J. et al. (2015). *Prevence rizikového chování ve školství*. 2. vydání. Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze.

MIOVSKÝ, M., ADÁMKOVÁ, T., & BARTÁK, M., et al. (2015). *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování* (2. vydání). Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze.

MŠMT. [online], (2019). *Národní strategie primární prevence 2019-2027*. MŠMT. [cit. 2023-02-08]. Dostupné z: https://www.msmt.cz/uploads/narodni_strategie_primarni_prevence_2019_27.pdf

MZCR. [online], (2020). *Vliv epidemie koronaviru na nárůst duševních onemocnění u Čechů projednala Rada vlády pro duševní zdraví*. [cit. 2023-01-17]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/vliv-epidemie-koronaviru-na-narust-dusevnich-onemocneni-u-cechu-projednala-rada-vlady-pro-dusevni-zdravi/>

MZCR. [online], (2021). *Výzva Malého grantového schématu (MGS 1): Podpora činnosti NNO v oblasti duševního zdraví dětí a dospívajících*. [cit. 2023-02-15]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/vyzva-maleho-grantoveho-schematu-mgs1-podpora-cinnosti-nno-v-oblasti-dusevniho-zdravi-deti-a-dospivajicich/>

NA ROVINU. [online], (2021). *Na rovinu*. NUDZ. [cit. 2023-02-8]. Dostupné z: <https://narovinu.net/>

NÁRODNÍ AKČNÍ PLÁN PRO DUŠEVNÍ ZDRAVÍ 2020-2030. [online], (2020). Úřad vlády České republiky. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp->

[content/uploads/wepub/18368/40091/02_Priloha%202020_Analytick%C3%A1%20%C4%8D%C3%A1st.pdf](https://www.wepub.com/uploads/wepub/18368/40091/02_Priloha%202020_Analytick%C3%A1%20%C4%8D%C3%A1st.pdf)

NEŠPOR, K. (2003). *Metodika prevence ve školním prostředí*. Fontis pro MŠMT.

NEŠPOR, K., CSÉMY, L., & PERNICOVÁ, H. (1999). *Zásady efektivní primární prevence*. Sportpropag.

NEVYPUSŤ DUŠI. [online] [cit. 2023-02-1]. Dostupné z: <https://nevypustdusi.cz/>

NEVYPUSŤ DUŠI. [online], (2022). *Výroční zpráva za rok 2021*. [cit. 2023-02-1]. Dostupné z: https://nevypustdusi.cz/o-nas/#pro_media

NJOKU, I. [online]. (2022). *What is Mental Illness?*. American psychiatric association. [cit. 2023-02-7]. Dostupné z: <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness>

NUDZ [online], (2021). *Až 20 % dětí a dospívajících zažije nějakou formu duševního onemocnění. V Česku chybí data i systémová prevence, změnu nabízí nový projekt*. [cit. 2023-01-17]. Dostupné z: <https://www.nudz.cz/pro-media/tiskove-zpravy/az-20-deti-a-dospivajicich-zazije-nejakou-formu-dusevniho-onemocneni-v-cesku-chybi-data-i-systemova-prevence-zmenu-nabizi-novy-projekt>

OCISKOVÁ, M., & PRAŠKO, J. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Grada Publishing.

OKOCENTRUM [online], *Preventivní programy pro školy*. [cit. 2023-01-17]. Dostupné z: <https://okocentrum.cz/workshop-pro-skoly/>

PERRY, Y., PETRIE, K., BUCKLEY, H., & CAVANAGH, L. et al. (2014). Effects of a classroom-based educational resource on adolescent mental health literacy: a cluster randomized controlled trial. *Journal of adolescence*. 37(7), 1143–1151. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.08.001>

PINFOLD, V., et al. (2003). Reducing psychiatric stigma and discrimination: Evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*. 182, 342–346. <https://doi.org/10.1192/bjp.182.4.342>

RICKWOOD, D. J., DEANE, F. P., & WILSON, C. J. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems?. *The Medical Journal of Australia*. 7(187), 35-39. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01334.x>

ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. (2006). *Dětská klinická psychologie*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Grada.

RÜSCH, N., C. ANGERMEYER, M., & CORRIGAN, P. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20(8), 529-539. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004>

SKAV [online], *Co je SKAV?* [cit. 2023-02-1]. Dostupné z: <https://skav.cz/co-je-skav/>

SKRE, I., FRIBORG, O., & BREIVIK, C. et al. (2013). A school intervention for mental health literacy in adolescents: effects of a non-randomized cluster controlled trial. *BMC Public Health*. 13(873). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-873>

STELMACH, R., KOCHER, E. L., & KATARINA, I. et al. (2022). The global return on investment from preventing and treating adolescent mental disorders and suicide: a modelling study. *BMJ global health*, 7(6), e007759. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-007759>

ŠIRŮČKOVÁ, M., MIOVSKÝ, M., SKÁCELOVÁ, L., & GABRHELÍK, R. et al. (2012). *Příklady dobré praxe programů školské prevence rizikového chování*. Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze & Togga.

THORNICROFT, G., MEHTA, N., & CLEMEN et al. (2016). Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *The Lancet*. 387(10023), 1123-1132. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00298-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00298-6)

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. (2021). *The State of the World's Children. On My Mind – Promoting, protecting and caring for children's mental health*. UNICEF.

VRBOVÁ, A. (2020). Duše není tabu: Oblast duševního zdraví hledá své místo v systému školské primární prevence. *Školní poradenství v praxi*. 20(8), 12–15. Dostupné z: <https://www.rizeniskoly.cz/casopisy/skolni-poradenstvi-v-praxi/duse-neni-tabu-oblast-dusevniho-zdravi-hleda-sve-misto-v-systemu-skolske-primarni-prevence.m-7208.html>

WEARE, K., & NIND, M. (2011). Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say?. *Health promotion international*. 26(1), 29–69. <https://doi.org/10.1093/heapro/dar075>

WERNER-SEIDLER A., PERRY Y., & CALEAR A., et al. (2017). School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychology Review*. 17(51), 30–47. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.005>

WILLS, T.A. (1987). Help-Seeking as a Coping Mechanism. *Coping with negative life events: Clinical and social psychological perspectives*. 19–50. https://doi.org/10.1007/978-1-4757-9865-4_2

WINKLER, P., FORMANEK, T., & MLADA, K. et al. (2020). Increase in prevalence of current mental disorders in the context of COVID-19: Analysis of repeated nationwide cross-sectional surveys. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, E173. <https://doi.org/10.1017/S2045796020000888>

WHO. [online], (2021). *Adolescent mental health* [cit. 2023-01-17]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

WHO. [online], (2021). *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013 – 2030*. [cit. 2023-03-18]. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>

WHO. [online], (2022). *Mental health*. [cit. 2023-02-7] Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/mental-health>

WHO. [online], (2022). World mental health report: *Transforming mental health for all*. World Health Organization. [cit. 2023-02-7] Dostupné z: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240050860>

ZIPYHO KAMARÁDI, [online]. [cit. 2023-02-15]. Dostupné z: <https://zipyhokamaradi.cz/>

Seznam příloh

Příloha 1 – Deskriptivní statistika

Příloha 2 – Independent samples T-test – Srovnání výchozí pozice experimentální a kontrolní

Příloha 3 – Paired sample T-test (Efektivita programu)

Příloha 4 – Repeated Measures ANOVA a Post hoc testy (efekt programu v závislosti na proměnných respondentů)

Příloha 5 – Vnitřní konzistence dotazníku

Příloha 6 – Postojový dotazník