

Univerzita Karlova

Filozofická fakulta

Katedra sociologie

Bakalářská práce

Lucie Maršíková

Intervence v oblasti destigmatizace duševních poruch

Interventions to destigmatise mental disorders

Praha 2023

Vedoucí práce: Mgr. Et Mgr. Pavla Malvotová

Poděkování:

Tímto bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. et Mgr. Pavle Malvotové za čas věnovaný konzultacím a za podnětné vedení práce. Poděkovat bych chtěla i svým blízkým, kteří pro mě jak při psaní této práce, tak při celém studiu byli vždy oporou.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 9. května 2023

Lucie Maršíková

Klíčová slova (česky)

destigmatizace, stigma, duševní onemocnění, intervence, intervenční programy, preventivní programy, sociální vliv

Klíčová slova (anglicky):

destigmatization, stigma, mental illness, intervention, intervention programs, prevention programs, social influence

Abstrakt (česky)

Tato přehledová práce se zaměřuje na destigmatizaci duševních poruch pomocí intervencí a preventivních programů v oblasti duševního zdraví. Stigmatizace duševních onemocnění prostupuje českou společností a znemožňuje vytvoření tolerantního prostředí pro duševně nemocné a jejich okolí. Cílem práce bylo identifikovat a zhodnotit účinnost různých intervencí a preventivních programů využívaných v Česku v boji proti stigmatizaci duševních poruch a odpovědět tak na otázku *Jaká je efektivita intervencí v oblasti destigmatizace duševních poruch vůči stanoveným cílovým skupinám*. Zároveň je cílem práce i formulace doporučení pro následný vývoj destigmatizačních programů. K tomuto účelu byla provedena systematická analýza publikací v oblasti duševního zdraví. Výzkumy, studie a zprávy, které byly v práci použity se zabývají efektivitou těchto programů. Dokumenty byly vyhledávány skrze online nástroj Google Scholar a dále pak skrze online databáze Scopus, PubMed a JSTOR. Vyhledávání probíhalo jak v českém, tak v anglickém jazyce a bylo omezeno na posledních 15 let. Využity byly primárně české studie, dále pak zahraniční pocházející z Evropy, USA, UK a Austrálie. Do práce nebyly zařazeny studie pocházející z Asie, vzhledem k možným socio-kulturním rozdílům, a studie týkající se stigmatu konkrétních duševních poruch jako např. schizofrenie. Práce se nezaměřuje na specifické diagnózy, nýbrž na širší, obecné téma destigmatizace duševních poruch. Bylo zjištěno, že u lidí absolvujících destigmatizační programy skutečně dochází ke snížení stigmatizujících postojů a sociální distance. Klíčovým faktorem ovlivňujícím efektivitu programů je přitom kontakt s osobou mající vlastní zkušenost s duševním onemocněním. V práci jsou rovněž uvedena doporučení pro budoucí směřování výzkumu destigmatizačních programů a způsoby, jak efektivně podporovat destigmatizaci.

Abstract (in English):

This review paper focuses on the destigmatization of mental disorders through mental health interventions and prevention programs. Stigmatization of mental illness permeates Czech society and prevents the creation of a tolerant environment for the mentally ill and those around them. The aim of this study was to identify and evaluate the effectiveness of various interventions and prevention programs used in the Czech Republic to combat the stigmatization of mental disorders and thus answer the question What is the effectiveness of interventions in the field of destigmatization of mental disorders towards the identified target groups. At the same time, the aim of the thesis is to formulate recommendations for the subsequent development of destigmatization programs. For this purpose, a systematic analysis of publications in the field of mental health was conducted. The research, studies and reports used in the thesis deal with the effectiveness of these programs. Documents were searched through the online tool Google Scholar and then through the online databases Scopus, PubMed and JSTOR. The search was conducted in both Czech and English and was limited to the last 15 years. Primarily Czech studies were used, as well as foreign studies from Europe, USA, UK and Australia. Studies from Asia were not included due to possible socio-cultural differences and studies related to the stigma of specific mental disorders such as schizophrenia. The thesis does not focus on specific diagnoses but on the broader, general theme of destigmatisation of mental disorders. It has been found that stigmatizing attitudes and social distance are indeed reduced in people undergoing destigmatization programs. A key factor influencing the effectiveness of the programmes is contact with a person who has had their own experience of mental illness. The paper also makes recommendations for the future direction of research on destigmatization programs and ways to effectively promote destigmatization.

OBSAH

ÚVOD	1
1 DESTIGMATIZACE DUŠEVNÍCH PORUCH V ČESKÉ REPUBLICĚ..2	
1.1 VYMEZENÍ DESTIGMATIZACE	2
1.1.1 <i>Faktory související se stigmatizací v ČR</i>	<i>6</i>
1.1.2 <i>Teorie řešící sociální stereotypy</i>	<i>11</i>
1.2 DESTIGMATIZAČNÍ PROGRAMY V ČESKÉ REPUBLICĚ	14
1.2.1 <i>Aktéři destigmatizace.....</i>	<i>14</i>
1.2.2 <i>Cílové skupiny.....</i>	<i>17</i>
1.2.3 <i>Destigmatizační programy a jejich principy</i>	<i>20</i>
2 POPIS PROGRAMŮ A JEJICH EFEKTIVITA Z HLEDISKA POTENCIÁLU DESTIGMATIZACE DUŠEVNÍCH ONEMOCNĚNÍ.....23	
2.1 METODIKA ANALÝZY	23
2.2 POPIS PROGRAMŮ A JEJICH EFEKTIVITA	24
2.2.1 <i>Metodika evaluací programů.....</i>	<i>25</i>
2.2.2 <i>Programy zaměřené na děti a mladistvé</i>	<i>27</i>
2.2.3 <i>Programy zaměřené na osoby blízké</i>	<i>33</i>
2.2.4 <i>Programy zaměřené na zdravotníky</i>	<i>35</i>
2.3 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ A DOPORUČENÍ.....	37
DISKUZE.....	41
ZÁVĚR	46
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:.....	48
SEZNAM ZKRATEK:	53

Úvod

Téma duševního zdraví je často opomíjeno, ve srovnání se zdravím fyzickým, ačkoliv se jedná o stejně důležité složky celkového zdraví člověka. To, jaká důležitost se klade na fyzickou stránku člověka se bohužel často na tu psychickou už neklade. Přesto je duševní zdraví, stejně tak, jako fyzické, klíčové pro udržení kvality života každého z nás. Tuto nerovnováhu jen podporuje stigmatizace, která nad problematikou duševního zdraví panuje. Stigmatizace je proces labellingu, jenž souvisí jak se společenským vyloučením či odmítnutím stigmatizovaného, tak i s negativními postoji a pocity studu (Národní ústav duševního zdraví [NUDZ], 2021a). Stigma, diskriminace a předsudky ovlivňují nejen osoby nemocné a jejich kvalitu života, ale i jejich blízké a širší okolí. Stigmatizace také často zapříčiňuje to, že nemocní nevyhledávají léčbu, především ze strachu reakce okolí. Diskriminace a odmítavé postoje vůči duševně nemocným mají v české společnosti své stálé místo. Bohužel tato diskriminace neplyne jen z širší veřejnosti, ale má své zastoupení i mezi odborníky. Z tohoto důvodu je destigmatizace duševních poruch spolu s edukací společnosti a zvýšením gramotnosti v oblasti duševního zdraví důležitým tématem, jenž může přispět k vytvoření tolerantnějšího prostředí ve společnosti.

Cestou, jak destigmatizaci rozšířit a podpořit přijetí osob s duševními poruchami může být implementace intervencí a preventivních programů usilujících o destigmatizaci a zvýšení gramotnosti v oblasti duševního zdraví. Cílem této přehledové studie je identifikovat a zhodnotit efektivitu primárně českých preventivních programů a intervencí v oblasti duševního zdraví. V první části práce se zaměřím na samotnou destigmatizaci, na to, z čeho stigma pramení, kdo v České republice o snížení stigmatu usiluje a jaké programy se s destigmatizací duševních onemocnění pojí. Následně v druhé části práce programy konkrétně přiblížím a na základě existujících evaluací a zpráv se pokusím zhodnotit jejich efektivitu. Programy jsem vybrala takové, jenž fungují na principech sociálního ovlivnění. Práce si klade za cíl odpovědět na otázku *Jaká je efektivita intervencí v oblasti destigmatizace duševních poruch vůči stanoveným cílovým skupinám?* Cílové skupiny byly na základě existující literatury zvoleny tři – mladiství, zdravotníci a osoby blízké.

1 Destigmatizace duševních poruch v České republice

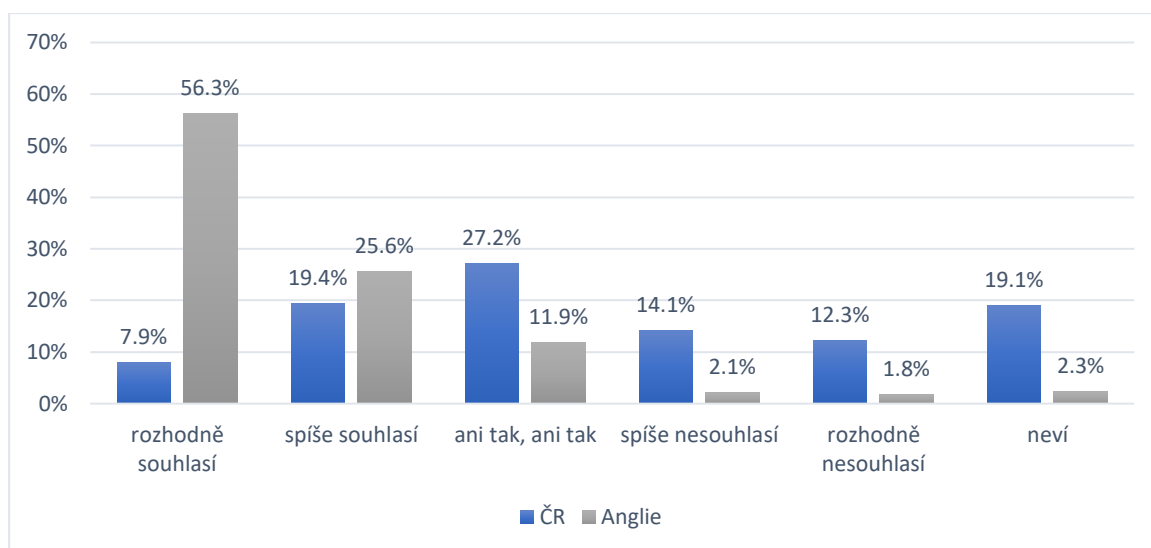
Duševní onemocnění, ač nejsou na první pohled vidět, jsou rozšířenější a závažnější problematikou, než by se mohlo zdát. Každý čtvrtý člověk na planetě zažije problém v oblasti duševního zdraví (NUDZ, 2018a). Přestože se na první pohled jedná o nenápadnou problematiku, panuje kolem duševního zdraví velké stigma pojící se s negativními představami a obavami. Negativní přístup a pohled na duševně nemocné je konkrétně pro Českou republiku sice poměrně běžný, existují zde ale různé destigmatizační kampaně a programy, snažící se stigmatizující postoje odbourávat a českou společnost v tomto směru více obohatit. V této kapitole prvně vymezím destigmatizaci, přiblížím problematiku stigmatizace a její kořeny a vymezím sociologické teorie, které destigmatizaci vysvětlují. Dále pak budou přiblíženi hlavní aktéři destigmatizace a programy zabývající se osvětou v oblasti duševního zdraví.

1.1 Vymezení destigmatizace

Destigmatizace, jak už skladba slova naznačuje, je proces odstraňování stigmatu, tedy nežádoucího rysu osobnosti, který může být okolím odmítán. Jedná se o opak stigmatizace, jenž je předmětem programů a kampaní usilujících o osvětu, vzdělání a odstranění neoprávněných předsudků a stereotypů. Ministerstvo zdravotnictví České republiky popisuje účel destigmatizace následovně: „Destigmatizace je zásadním předpokladem pro snižování zátěže způsobované duševními onemocněními, protože umožňuje lidem bez zábrán vyhledat odbornou pomoc a lépe se vypořádat se všemi důsledky duševních onemocnění a zvyšovat kvalitu života, včetně naděje na dožití“ (Ministerstvo zdravotnictví České republiky [MZČR], 2020a, s. 40).

V současnosti je v České republice situace ohledně problematiky duševního zdraví stále často vyobrazována v negativních konotacích. Negativní postoj k duševním onemocněním lze v praxi pozorovat např. na odmítavých postojích. Jak uvádí výzkum Winklera a kol. (2014), stigmatizující jednání vůči lidem s duševním onemocněním se prokázalo v obecné české populaci na velmi vysoké úrovni (Graf 1). Z výsledků výzkumu je patrné, že i přes četnost psychických onemocnění a problémů, není duševnímu zdraví přisuzována dostatečná důležitost. Lidé prioritizují zdraví fyzické, ale to duševní zůstává často v pozadí.

Graf 1: Odpovědi na otázku „Do budoucna by mi nevdalo přátelit se s někým, u koho se objevilo psychické onemocnění.“



(Zpracováno dle Winkler a kol., 2014, s. 58)

Míra zamýšleného stigmatizujícího jednání vůči lidem s duševním onemocněním se u české populace, ve srovnání s populací anglickou, prokázala na velmi vysoké úrovni. Výsledky výzkumu naznačují, že prevalence duševních onemocnění je v České republice tristní, což se následně pojí i s vyšší mírou stigmatizace.

V posledních letech je v České republice patrná snaha o destigmatizaci, a o rozšíření povědomí o duševních onemocněních. Tato snaha je podpořena vznikem a nárůstem intervencí, programů a kampaní. Programy mají různé podoby a cílí na rozdílné skupiny, mají ale stejný cíl, a to dokázat, že není třeba se duševně nemocných jedinců bát a vyhýbat se jim, a že vyhledání odborné pomoci není nic, za co by se měl člověk stydět (NUDZ, 2018a).

Programy svých cílů lépe dosahují, pokud využívají efektivních prvků destigmatizačních opatření. Jak je uvedeno v Akčním plánu destigmatizace pro rok 2018, od Národního ústavu duševního zdraví (2017), může se jednat o **sociální kontakt**, kdy je zprostředkován kontakt s peer lektorem neboli člověkem, který trpí duševním onemocněním a je správně vyškolen, aby svou zkušenost mohl adekvátně předávat dál. Dále je nezbytným prvkem **cílenost programů**, kdy lze například pomocí prvotní pilotáže ověřit vhodnost programu pro celou skupinu. Nedoporučuje se však přebírat program nastaven na jednu skupinu a aplikovat ho ve stejné podobě na skupinu zcela odlišnou (NUDZ, 2017, s. 17). Ze sociologického pohledu by tato aplikace nemusela korelovat s různými sociálními a kulturními faktory, které ovlivňují vnímání duševního zdraví u různých skupin lidí. Je tak důležité brát v potaz konkrétní potřeby skupiny, což může následně pomoci i adekvátní

funkci programu. Další podstatnou složkou programu, dle Národního ústavu pro duševní zdraví (2017), je i jeho **poselství**, které by rovněž mělo být vhodné pro danou skupinu. Nejčastějším zaměřením bývá důraz na vypořádání se s nemocí a proces uzdravení. Zdali byly prvky správně použity a program byl efektivní lze nejlépe z dlouhodobé perspektivy následně zjistit skrze **evaluaci programu** (NUDZ, 2017, s. 17)

Pro lepší pochopení důležitosti destigmatizace je třeba v první řadě definovat **stigmatizaci** a pochopit z čeho pramení. Po důsledném seznámení s touto problematikou a pochopení jejích klíčových principů je možné pustit se do jejího odbourávání. Lze pak tedy efektivně řídit destigmatizaci a dojít k požadovaným výsledkům. Jak jsem již v úvodu uvedla, stigmatizace je proces labellingu související s negativními úsudky. Tento předpojatý úsudek pramení z určitého rysu souvisejícího se vzhledem, jednáním či zdravotním stavem, který není společností uznáván za normální (NUDZ, 2021a).

Pokud chceme jít v poznání stigmatizace dál, historie stigmatu se váže až ke starověkému Řecku. Goffman (1963), který se pojmem stigma zabýval, jím označoval tělesné znaky či vady. Tyto vady byly pozorovatelné, člověka viditelně označovaly a ztotožňovaly ho tak s nálepkou otroka, zločince či zrádce. Dnes už stigma nutně nenaznačuje pouze tělesné vady, výzkum stigmatizace velmi pokročil a stigma je aktuálním tématem pro společenské obory jako je psychologie či sociologie. Stigma panuje jak nad devianty, kteří se od normy výrazně odlišují například skrze kriminální činnost, tak stigmatizováni mohou být i lidé s nadprůměrnými schopnostmi intelektu. Stigma je zároveň bohužel součástí problematiky duševního zdraví. Jak uvádí Škoda (2016) psychická onemocnění doprovází předsudky a stereotypy, jakožto aktivní formy stigmatu, které negativně ovlivňují nejen kvalitu života stigmatizovaného jedince, ale rovněž i jeho okolí (Škoda, 2016).

Stigmatem v souvislosti s duševním onemocněním se zabývá i britský psychiatr Graham Thornicroft (2007). Konceptualizoval tři základní elementy zapříčiňující stigma, kdy se za každým elementem skrývá jistý problém. Jedná se o:

- **Nevědomost** (problém znalostí)
- **Předsudky** (problém postojů)
- **Diskriminaci** (problém jednání)

Stigma koření v nevědomosti a dezinformacích, pokud je pak dále předsudky a diskriminací udržováno, je obtížnější jeho řešení. Platí však, že vzdělání a informovanost jsou základními nástroji v boji proti stigmatu. Autor rovněž potvrzuje důležitost a efektivitu

intervencí, které mohou podpořit porozumění, přijetí a napomoci tak k inkluzi (Thornicroft a kol., 2007).

Na základě stigmatizujících postojů plynoucích z okolí může dojít u nemocného jedince k osvojování těchto postojů, až dospěje do stavu sebestigmatizace. Sebestigmatizace, tedy stigmatizování sebe sama, označuje internalizovaná negativní přesvědčení a postoje, které mohou mít duševně nemocní lidé vůči sobě v důsledku společenské stigmatizace. Čím více je člověk okolím ve stigmatizaci upevňován, tím více si stigma internalizuje a stává se jeho součástí. Sebestigmatizace následně může zasahovat do života jedince a ovlivňovat jeho počínání v různých sférách života.

Corrigan (Corrigan, 2021, in Na rovinu 2021a) rozlišuje stigmatizaci veřejnosti a sebestigmatizaci následovně: „Veřejnost má určité stereotypy, považuje nemocné za slabé, nebezpečné či nepředvídatelné. Nemocní lidé si pak tyto předsudky internalizují – osvojují. Poté se za sebe stydí, necítí svou pravou hodnotu. Následně se může dostavit takzvaný why-try effect: nemocní si říkají – proč se pokoušet najít práci, když jsem k ničemu? Sebestigmatizace vás zavře do skříně. A být ve skříně je špatné pro vaše zdraví, fyzické i duševní“ (s. 10).

Corrigan a Rao (2012) nastiňují **tři fáze sebestigmatizace – uvědomění, souhlas a uplatňování**. Jedinec si tedy nejprve uvědomí společenské stigma a začne si tato negativní přesvědčení internalizovat. Následně přesvědčením začne věřit a užívat je ve svém životě. To může vést k značně negativním dopadům, jako je snížení sebeúcty a neochota vyhledat léčbu. Autoři se dále zabývají dopadem zveřejňování informací, které může být pozitivním krokem ke snížení stigmatizace, ale zároveň může také vést k sebezraňování, pokud mají jedinci obavy, že budou kvůli svému duševnímu onemocnění odsuzováni nebo diskriminováni. Pro řešení negativních dopadů je tak klíčové vzdělávání, kontakt s jednotlivci a vhodné intervence (Corrigan a Rao, 2012). Řešení problematiky sebestigmatizace skrze intervence potvrzuje studie Alexové a kol. (2019), kdy zdůrazňuje potřebu intervencí zaměřených na snížení internalizovaného stigma u jedinců s psychózou, a to zejména u těch, kteří jsou v mladším věku nebo mají závažnější příznaky.

Stigmatizace zůstává stále aktuálním tématem, bez ohledu na to, zda je motivována nevědomostí, předsudky nebo diskriminací. Tuto aktuálnost podporují faktory, které stigmatizaci způsobují a následně udržují.

1.1.1 Faktory související se stigmatizací v ČR

V České republice stojí za stigmatizací panující nad psychickými poruchami hned několik faktorů. V první řadě bych nejprve přiblížila spíše systémové kořeny problému, na jejichž změně lze pracovat z dlouhodobého horizontu. Dále pak budou kromě systémových problémů přiblíženy problémy aktuální, které stigma pomáhají udržovat v rámci každodenního života. Celkově budou zmíněny 4 faktory: **strukturální příčiny, pohlaví, věk a stigmatizující jazyk.**

Strukturální příčiny

Pokud se zaměříme na příčiny problému stigmatizace, jak uvádí Národní ústav duševního zdraví (2021b), v první řadě se jedná o jistou **sociální distanci**. Společnosti se nedostává dostatečný přímý sociální kontakt s lidmi trpícími duševními onemocněními. Omezování kontaktu má poměrně pevné historické kořeny. Nemocní jsou již od dob Rakouska-Uherska ze společnosti vyčleňováni skrze umístování do institucionálních zařízení, kdy i po revoluci v roce 1989 tento problém dále přetrvával a nedošlo k rozvoji komunitních služeb a lepšímu financování oblasti péče o duševní zdraví (NUDZ 2021b).

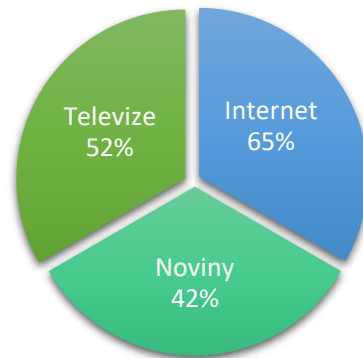
Sociální distance pak často bývá předmětem výzkumů týkajících se analýzy stigmatu. Výzkumy využívají stupnice pro měření postojů a sociální distance především pro identifikaci faktorů stojících za stigmatizací.

Po revolučním roce sice nastala změna organizace zdravotnického systému, kdy se privatizovala ambulantní zařízení, zdravotnická zařízení nabyly právní subjektivity a stát, jakožto garant zdravotní péče ji skrze krajské úřady a financování zdravotních pojišťoven zajišťoval (Ondráčková, 2017). Ale jak uvádí Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2013), sféra psychiatrické péče od 90. let 20. století neprošla nikterak velkými změnami, a byla dlouhodobě podfinancovaná. Česká republika byla také do té doby zemí, která neměla žádný vládní program péče o duševní zdraví, především v důsledku nesystematičnosti při zakládání psychiatrických institucí a nedostatečnosti institucí zajišťujících komunitní péči (MZČR, 2013).

Dalším faktorem přispívajícím k negativnímu obrazu duševně nemocných jsou **média** a jejich interpretace problematik. Úroveň a způsob komunikace o duševním zdraví často neadekvátně popisuje skutečnost. Média mají tu moc předávat lidem informace až nenápadným způsobem, což přispívá k utváření mediálního obrazu dané problematiky. Zde je klíčové, aby vytvořený obraz nebyl pouze v negativních konotacích. Jaké médium jako

zdroj informací lidé nejčastěji využívají, dle výzkumu agentury NMS z roku 2015, je uvedeno v Grafu 2.

Graf 2: Zdroje informací (n = 310)



(NUDZ, 2018a, s. 26)

Jak uvedl výzkum Obecné populace ve spolupráci Národního ústavu duševního zdraví a výzkumné agentury NMS z roku 2015, se z 310 dotázaných ohledně zdrojů získaných informací vyjádřilo 65 %, že jejich primárním zdrojem informací je internet, 52 % se přiklonilo k televizi a 42 % čerpá z novin. Média by tak měla dbát na nabízení pravdivého a vyváženého mediálního obrazu, který svým konzumentům poskytují. Vyvážený obraz může příjemcům poskytnout objektivní vhled do neznámé problematiky a napomoci většímu porozumění (NUDZ, 2018a).

V neposlední řadě stigmatizace rovněž plyne, dle Národního ústavu pro duševní zdraví (2021b), i z **aktuální podoby medicínského vzdělání** v oblasti psychiatrie. Zaměstnanci psychiatrických zařízení mají pouze omezenou zkušenost s onemocněním pacientů a s procesem úspěšného zotavení. Stigmatizace velmi ovlivňuje klíčové skupiny jako jsou sociální pracovníci, poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb či zaměstnanci veřejné správy (NUDZ, 2021b).

Přelomovým okamžikem, kdy byly představeny ideje a návrhy změny psychiatrické péče v České republice, bylo vydání Strategie reformy psychiatrické péče Ministerstvem zdravotnictví České republiky v roce 2013. Ve strategii byly představeny ideje a návrhy změny psychiatrické péče v České republice. Tyto návrhy byly uskupeny celkem do sedmi strategických cílů. Konkrétně druhý strategický cíl programu specificky cílí na omezení stigmatizace duševně nemocných a oboru psychiatrie. Strategie zmiňuje jako problematiku nižší podíl finančních prostředků investovaných do duševního zdraví v rámci zdravotnictví v ČR, oproti jiným zemím EU. Podfinancování je spjato i s faktem, že ČR patří mezi

menšinové země EU, dlouho postrádající vládní program vymezující péči o duševní zdraví. Financováním se konkrétně zabývá první cíl strategie, kladoucí si za cíl nastavení dlouhodobě udržitelného systému dotací (MZČR, 2013).

V reakci na reformu péče o duševní zdraví do roku 2018 vzniklo v České republice několik plánů a projektů. Jednalo se například o projekty: Deinstitutionalizace (plán vytvoření sítě komunikační péče ke snižování počtu hospitalizací), projekt Center duševního zdraví (zkráceně CDZ), projekt Vizdom (projekt včasných intervencí pro trvalé zajištění kvality života u duševně nemocných) či projekt Destigmatizace lidí s duševním onemocněním, který bude blíže představen v kapitole Aktéři destigmatizace (NUDZ, 2018b, s. 4).

Problém stigmatizace má hluboko sahající kořeny, které již jen z principu věci nejde okamžitě změnit. Cestou k boření stigmatu a k osvětě duševního zdraví může být dostatečná informovanost společnosti, zlepšení kvality spolu s dostupností služeb a péče, a samozřejmě dostatečná podpora nemocných a jejich ochrana před diskriminací.

Kromě hlubokých kořenů stigmatizaci ovlivňují i každodenní vlivy. Výzkumy prokázaly, že konkrétně **pohlaví a věk** jedinců mohou mít na jejich stigmatizační postoje značné dopady. Ze sociologického hlediska by bylo možné spojení stigmatizace s těmito kategoriemi vysvětlit skrze panující stereotypy. Kategorie jako pohlaví a věk jsou základními sociálními kategoriemi, s nimiž jsou spjaté jisté role a očekávání. S kategoriemi se rovněž pojí předsudky a stereotypy, které jsou pro naši společnost běžné. Z hlediska věku se může jednat o častější spojování duševních onemocnění s mladými. Z hlediska pohlaví a genderových stereotypů se může jednat o to, že muži, často vnímání jako silní a neemotivní mohou mít tendence sami duševní onemocnění skrývat a stavět se k nim jako k jisté slabosti. Tyto stereotypy mohou mít dopady na to, jak lidé s duševními onemocněními budou vnímání.

Pohlaví

Výzkum stigmatu duševních onemocnění u studentů medicíny a jejich učitelů (Janoušková a kol., 2017) došel k závěru, že učitelé muži mají více negativních, stigmatizujících postojů a zároveň u nich převažuje vyšší sociální distance nežli u studentů. K mužským negativním postojům a k pozitivnějším postojům ohledně problematiky duševního zdraví u žen, se přiklání i výzkum švédské populace Hansson, Stjernswärd, a Svensson (2016), kdy autoři sledovali průběh a dopady kampaně týkající se gramotnosti

v oblasti duševního zdraví. Ženské pohlaví souviselo s pozitivnějšími záměry v budoucnu komunikovat s lidmi s duševním onemocněním a zároveň s lepší gramotností v oblasti duševního zdraví. Určité rozdíly mezi pohlavími ve stigmatizujících postojích zaznamenali i Shandley a kol. (2010), kdy ženy zastávaly méně stigmatizující postoje v porovnání s muži. Těmito pozitivnějšími postoji ženy disponovaly již před intervencí a udržely si je i do doby po ní. Obě pohlaví se zlepšila v gramotnosti v oblasti duševního zdraví a ve vyhledávání pomoci. Ženy však měly tyto hodnoty na vyšší úrovni nežli muži (Shandley a kol., 2010). To může být pravděpodobně zapříčiněno i tím, že vstupní hodnoty a znalosti žen, byly vyšší. Oproti tomu ve výzkumu Winklera a kol. (2014) sice ženy rovněž dosahovaly vyšších hodnot v míře ochoty akceptovat člověka s psychickým onemocněním nežli muži, rozdíl ve výsledku však nebyl jak v české, tak v anglické populaci statisticky významný.

Věk

Výzkum Winklera a kol. (2014) ovšem našel významný vztah mezi hodnotami na škále zamýšleného jednání a věkovou skupinou, a to konkrétně sklon starších lidí více stigmatizovat. Nižší míra ochoty byla zaznamenána u věkové skupiny 55 až 64 let a u skupiny 65 let a více. Právě věk, je další proměnnou, která na míru stigmatizace může působit. Spojení vyššího věku a stigmatizace potvrzuje i výzkum Janouškové a kol. (2017), kdy u učitelů převažuje vyšší sociální distance vůči duševně nemocným nežli u studentů.

Stigmatizující jazyk

Dalším faktorem, aktivně udržujícím stigmatizaci na denní bázi je mluva. Kouzlo jazyka tkví v schopnosti přesného vyobrazení našich postojů, názorů a myšlenek. Způsob jazyka, který užíváme, může ukázat, jak se k dané problematice stavíme, zdali jí rozumíme a jak ji přijímáme. Konkrétní příklad stigmatizujícího jazyka uvádí NUDZ (2021), to, že je někdo „schizofrenik“ je poměrně časté označení, nad kterým se málokdo pozastaví. Už ale těžko osobu s rakovinou nazveme „rakovinářem“. Proto, pokud člověka bojujícího s rakovinou jinak nenazýváme, mělo by se označení „schizofrenik“ v běžné mluvě nahradit označením člověk bojující s nemocí zvanou schizofrenie (NUDZ, 2021). Zažité nevhodné ustálené pojmy a slovní spojení v oblasti duševního zdraví, které za nevhodné často považovány ani nejsou, jen opět zdůrazňují problematiku nedostatečného důrazu na psychické zdraví. Potvrzuje se tak nadřazenost zdraví fyzického, kdy je zapotřebí duševní

zdraví dostat minimálně na podobnou úroveň. Tomu může pomoci i na první pohled tak minimální změna, jako je adekvátní jazyková formulace.

Příručka jazyka zotavení (MZČR, 2020b) představuje 5 principů podporující zotavení. Jedná se o: jedinečnost každého člověka, „nic o nás bez nás“, zaměření na silné stránky, srozumitelnost a „nejsme soudci, jsme pomáhající profesionálové“ (s. 2-3).

Na příklad „rakovináře“ a „schizofrenika“ dále navazuje pravidlo „**člověk na prvním místě**“, uvedeno v Tabulce 1, kdy je při volbě slov třeba myslet na to, že člověka nelze redukovat pouze na psychiatrickou diagnózu. Je klíčové nevynechávat individualitu člověka a záměrně neposilovat redukující pohled. Příručka uvádí pro ukázkou několik rozdílů ve vhodném a nevhodném označování (MZČR, 2020b).

Tabulka 1: Jazyková praxe podporující zotavení – pravidlo člověk na prvním místě

Vhodné označení	Méně vhodné označení
Lidé s psychickým onemocněním	Psychicky nemocní
Člověk s osobní zkušeností s duševním onemocněním	Duševně nemocný
Člověk se zkušeností s psychiatrickou léčbou	Psychiatrický pacient
Lidé s duševním onemocněním (s vlastní zkušeností s d. o.)	Duševně nemocní
Lidé se schizofrenií	Schizofrenici
Žena s psychotickým onemocněním	Psychotička
Člověk s hraniční poruchou osobnosti	Hraničář
Muž s katatonní schizofrenií	Katatonik
Člověk, který je poprvé hospitalizovaný, t. č. na akutním příjmovém oddělení	Prvozáchyt na neklidu, prvoatakář
Pane, nejspíš máte schizofrenii.	Pane, vy jste schizofrenik.

(MZČR, 2020b, s. 3)

Vhodného užívání jazyka lze snadněji docílit, budou-li osoby s vlastní zkušeností s duševním onemocněním zapojeny do dění rizikových skupin. V přítomnosti této osoby ostatní přirozeně nesklouzávají k užívání nevhodných tvarů jazyka, které by nemocného zneuctovaly či urazily (MZČR, 2020b, s. 8)

Po přiblížení, odkud stereotypy pramení a jaké faktory je posilují, bych dále chtěla v práci představit teorie zabývající se stereotypy. Efektivní odbourávání stereotypů hraje v destigmatizačních programech důležitou roli, teorie řešící sociální stereotypy tak pro programy mohou být stěžejní.

1.1.2 Teorie řešící sociální stereotypy

V následující kapitole bych chtěla přiblížit sociální teorie zabývající se odbouráváním stereotypů. Respektive teorie, vymezující principy sociálního ovlivnění, které mohou být využity v programech k adekvátnímu a efektivnímu předávání informací s následnými destigmatizačními dopady. Hlavní myšlenky teorií často formují základní principy intervenčních a preventivních programů v oblasti destigmatizace duševních poruch. Programy, kterými se v práci budu zabývat fungují na bázi sociálního ovlivnění. V následné analýze programů bych právě tyto teorie chtěla zahrnout a přiblížit, na jakých principech ovlivnění programy fungují.

Sociální vliv je jedním z klíčových aspektů, který může značně ovlivnit to, zdali cílový subjekt podané informace správně přijme či nikoliv. Z tohoto hlediska je sociální vliv neopomenutelným aspektem v destigmatizačních programech. Existuje několik typů sociálního vlivu, které mohou být v intervenčních programech uplatňovány. Sociální vliv může být rozdělen na **normativní** a **informační**. Myers (2009) definuje normativní vliv jako konformitu, jenž stojí na touze naplnit očekávání druhých a získat jejich uznání. Informační vliv pak jako konformitu, která vzniká na základě přijetí skutečnosti, o níž nám druzí poskytly důkazy (Myers, 2009). Konformita pomáhá jedinci zvládat jeho sociální roli ve skupině. Konformita může být označena jako „behaviorální dispozici jedince k určitému jednání, které je aktivováno sociálním tlakem, ať už aktivně z okolí či skrze subjektivní vnímání okolního tlaku“ (Kočvarová a Machů, 2017, s. 65). V kontextu destigmatizace duševních poruch může být sociální vliv využit ke snížení odmítavých postojů vůči duševně nemocným a následně k rozvoji větší tolerance a akceptovatelnosti těchto osob. Programy snažící se o redukci stigmatu skrze adekvátní využití normativního a informačního vlivu mohou ve svůj prospěch zároveň využívat i osobní kontakt (např. kontakt publika se školitelem s duševním onemocněním).

Koncept kontaktní hypotézy a sociálního vlivu jsou úzce spjaty. Oba se týkají vlivu chování a postojů okolí na chování naše vlastní. **Kontaktní hypotéza** vychází z výzkumů sociálních vědců poválečného období, kteří se zabývali původem předsudků a zkoumali, zda a jak je možné je snížit. Na jejím vzniku se nejvíce podílel Gordon W. Allport, který ve své knize *The Nature of Prejudice* („O povaze předsudků“) (1954) konstatoval, že snížení předsudků je možné dosáhnout pomocí meziskupinového kontaktu, a zároveň stanovil podmínky, za kterých má tato snaha největší šanci na úspěch. Jde např. o množství a délku kontaktů, statusovou rovnost, sociální atmosféru kontaktu a další (Dvořáková, 2007).

Allport (1954) se zabýval především předsudky týkajícími se etnických menšin, ale hlavní dva kognitivní procesy, které pomáhají předsudky utvářet, se dají aplikovat i na vznik předsudků v jiných sférách než pouze těch etnických. Hlavní dva procesy, stojící za zkresleným vnímáním a hodnocením jevů jsou procesy **kategorizace** a **generalizace** (zobecnění). Díky kategorizaci vnímáme komplexní svět ve zjednodušených kategoriích a pomocí generalizace zobecňujeme na celou kategorii to, co vidíme jen u zlomku lidí.

Kategorizací se zabývá i Fiske (2016), která operuje s podobným rozdělením aspektů stigmatu jako Thornicroft. Popisuje typický akt lidí, a to vytváření mentálních kategorií, které mohou poskytnout určitou „mapu“, pomocí níž se lze řídit a následně dle ní v určitých situacích jednat. Přirozeně jsou pak tyto kategorie aplikovány i na osoby. Kategorizace může sice napomoci představě, s kým a jak komunikovat, ale může přinést i problémy jako stereotypizaci, předsudky a diskriminaci. Stereotypy lze chápat jako předpojaté myšlenky vycházející z chybného zařazení do kategorie, která jedince správně nedefinuje a předsudky jako odmítavé postoje emoční povahy. Stereotypy vedou k předsudkům a pokud jsou předsudky následně implikovány v chování vůči určitým osobám, jedná se pak o diskriminaci (Fiske, 2016).

Ke **generalizaci** se vyjadřuje Pettigrew (1998), který ve své teorii meziskupinového kontaktu rozlišuje **tři typy generalizace**:

- 1) Situační – zobecnění postojů napříč situacemi
- 2) Individuální – zobecnění z úrovně individuální na úroveň skupinovou
- 3) Nezúčastněné – zobecnění postojů z jedné skupiny i na skupiny cizí, nezúčastněné kontaktu (Pettigrew, 1998, s. 70)

Každý typ zobecnění určuje, jakým způsobem dochází ke generalizaci kontaktní zkušenosti (Dvořáková 2007). Pettigrew (1998) předpokládá, že meziskupinový kontakt může mít příznivý vliv na snižování předsudků a podporu sociální soudržnosti. Teorie stojí na zjištěních dokazujících, že když se jedinci z různých sociálních skupin, například odlišující se rasou, náboženstvím nebo etnickým původem, dostanou do vzájemného kontaktu, může kontakt postupně dospět do vzájemného porozumění, empatie a pozitivních postojů vůči „outsiderům“. Faktory, které napomáhají snižování předsudků mohou být například rovné postavení, spolupráce a podpora ze strany autorit, vzájemná spolupráce mezi skupinami a v neposlední řadě společné cíle. V podstatě je teorie meziskupinového kontaktu představena jako jistý přesvědčivý rámeček, který zdůrazňuje hodnotu mezilidského kontaktu

jako prostředku ke zlepšení meziskupinových vztahů a zmírnění předsudků (Pettigrew, 1998).

Kontaktní hypotéza tedy předpokládá, že setkání s lidmi, kteří se od nás liší a jsou členy stigmatizované skupiny, může vést k redukci předsudků a zlepšení vztahů mezi různými skupinami. Pokud toto aplikujeme na sféru duševních poruch, kontaktní hypotéza by mohla vést k tomu, že setkání s lidmi trpícími duševním onemocněním povede k redukci stigmatizace a zlepšení postojů vůči této skupině.

Úspěšnost kontaktní hypotézy může ovlivnit sociální vliv konformity hned v několika směrech. **Normativní konformita** může vést k odmítání setkání s lidmi s duševními poruchami. Pokud se vrátíme k definici třech základních elementů přispívajících stigmatizaci od Thornicrofta a kol. (2007), normativní vliv se často může pojit s předsudky a diskriminací. Pokud v členské skupině jedince panují stigmatizující názory, stereotypy a někdy až třeba nenávislné představy a akty vůči duševně nemocným, je pravděpodobné, že jedinci vyskytující se v okolí takovéto skupiny tyto postoje přijmou. Pokud jsou ale lidé s duševními poruchami většinou vnímáni pozitivně, normativní konformita může vést k přijímání této skupiny. Programy využívající normativního vlivu tak mohou využít vnímanou normu, kdy například zviditelní pozitivní příklady autorit a známých osobností, jež se k duševním problémům otevřeně hlásí a přispívají tak k normalizaci duševních onemocnění. V České republice může být snaha o dosažení destigmatizace pomocí normativního vlivu obtížnější. Přetrvávají zde silné předsudky a stigma vůči duševně nemocným, že lidé si kolikrát své duševní obtíže nepřipouští či je záměrně skrývají. Přesto posiluje snaha o normalizaci duševních problémů skrze postupné zlepšování psychiatrické péče a práci organizací, které zvyšují o duševním zdraví povědomí a z jeho podpory utváří normu.

Informační konformita může být důležitá v případě kontaktní hypotézy, kdy lze využít vliv příslušné osoby, která má s onemocněním vlastní zkušenost a je schopna ji předat dál. Zde dle Thornicroftova a kol. (2007) vymezení hraje roli nevědomost. Setkání s lidmi, kteří trpí duševními onemocněními, může pomoci rozšířit povědomí a znalosti o této skupině. Tyto osoby mohou aktivně předávat informace o duševních onemocnění, které jsou podloženy odborníky. Tento kontakt s veřejností může ukázat, že nemocných se není třeba bát, přičemž celá skutečnost stojí na základě předložených relevantních dat. Programy tak mohou stavět právě na tomto kontaktu a následně vést k lepšímu porozumění problematice a fungovat tak jakožto nástroj destigmatizace. Informační vliv má v současné době v České

republice pravděpodobně větší potenciál. Dostupnost ověřených informací je na dobré úrovni. Zároveň funguje v ČR šíření informací skrze kampaně a weby.

Programy ke svým cílům mohou využít různé strategie vlivu. Jaké programy zabývající se destigmatizací v České republice vůbec existují a jací aktéři za nimi stojí přiblížím v následující podkapitole.

1.2 Destigmatizační programy v České republice

Přestože v České republice prozatím neexistuje dost dlouhodobých výzkumů zabývajících se snižováním stigmatu v oblasti duševního zdraví, existují programy jak intervenční, tak preventivní, které se tuto problematiku skrze své aktivity snaží přivést do popředí a postupně destigmatizovat. Jak uvádí Destigmatizační manuál (NUDZ, 2018a, s. 16):

„Různé druhy intervencí a kampaní jsou běžně používanými nástroji podpory duševního zdraví a odstraňování negativních stereotypů a mýtů o duševní nemoci, přičemž cílené intervence (např. pro zdravotníky, studenty, sociální pracovníky, veřejnou správu, zaměstnavatele a další) obsahující jasná sdělení jsou efektivnější nežli obecně zaměřené kampaně. Pro další rozvoj intervencí je přínosné také hodnocení jejich účinku.“

V následujícím oddíle budou blíže přiblíženy hlavní aktéři stojící za destigmatizací v České republice.

1.2.1 Aktéři destigmatizace

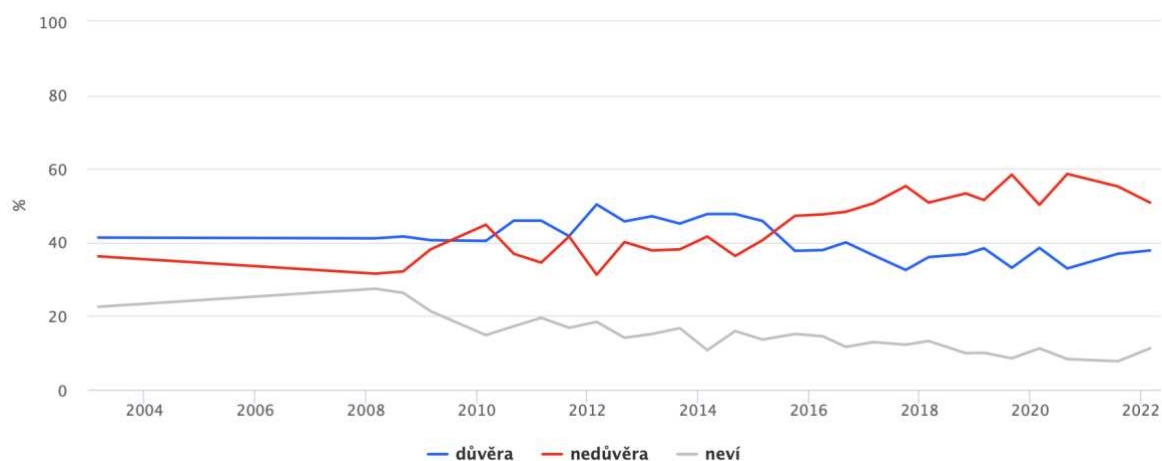
V České republice existuje vícero osob a organizací usilujících o destigmatizaci panující nad tématem duševního zdraví. Jedná se jak o výzkumné instituce a odborníky v oblasti duševního zdraví, tak o nejrůznější hnutí, nadační fondy, kampaně jako Nevypusť duši či projekt Spolu a neziskové organizace jako Fokus nebo Green Doors.

Jedním z klíčových aktérů usilujících o destigmatizaci duševních onemocnění je Národní ústav duševního zdraví. V roce 2017 vznikl v rámci ústavu **projekt Destigmatizace lidí s duševním onemocněním v ČR**, vymezen na 5 let. Mezi hlavní aktivity projektu Destigmatizace, jak NUDZ (2021) uvádí, spadá: vytvoření metodiky destigmatizace, v rámci, níž bude vyvinut plán destigmatizace duševně nemocných a psychiatrické péče v ČR, tvorba destigmatizačních opatření, podpora destigmatizace v regionech, podpora uživatelů a rodinných příslušníků a v neposlední řadě evaluace, v rámci které bude zmapován a vyhodnocen průběh realizace a efektivity projektu (NUDZ, 2021).

V rámci programu vznikla Iniciativa **Na rovinu**, která si klade za cíl pozvednout úroveň přístupu k duševnímu zdraví a destigmatizovat osoby s psychickým onemocněním. Na základě dostupných dat byly v rámci programu vytvořeny vzdělávací programy pro stanovené cílové skupiny, které pak iniciativa Na rovinu měla za úkol šířit po republice a mapovat jejich dopady (Winkler, 2022).

Neziskové organizace jsou neopomenutelnými aktéry, působícími pozitivně na destigmatizaci. Pro to, aby organizace mohly co nejefektivněji fungovat je třeba vybudovat u populace dostatečnou důvěru vůči nim samotným a jejich počínání. Jak ovšem ukazuje časová řada CVVM (2023) vyobrazující důvěru k neziskovým organizacím (Graf 4), k roku 2022 nedůvěra v ně stále převyšuje. Z 839 tázaných se k nedůvěře přiklonilo 50,8 % respondentů, k důvěře pak 37,8 % (CVVM, 2023).

Graf 1 Odpovědi na otázku: „Řekněte prosím, důvěřujete, nebo nedůvěřujete neziskovým organizacím: rozhodně důvěřujete, spíše důvěřujete, spíše nedůvěřujete, rozhodně nedůvěřujete?“



(CVVM, 2023)

S vyšším vzděláním se propast mezi křivkami důvěry a nedůvěry rapidně snižuje. Přestože nedůvěra ve většině případů převažuje, u vysokoškolsky vzdělaných respondentů jsou odpovědi vyvážené. Překvapivým zjištěním je velká proměna nedůvěry v důvěru u lidí se základním vzděláním. Mezi lety 2020 a 2022 se nedůvěra u této skupiny snížila o necelých 30 % (CVVM, 2023). Obecně výsledky měření s převyšující nedůvěrou v organizace by mohly naznačovat sníženou účinnost programů neziskových organizací. U neziskových organizací zaměřujících se na duševní zdraví tuto domněnku nelze jednoznačně potvrdit. Na jednu stranu programy organizací, dle evaluací, dobře fungují, zároveň však je oblast duševního zdraví stále poměrně omezenou oblastí a programy nejsou dostatečně rozšířeny (NUDZ 2021b).

Ve sféře neziskových organizací se stigmatem ohledně duševního zdraví zabývá především organizace **Nevypusť duši**. Dle jejich stanovených cílů usilují o to, aby se o duševním zdraví více mluvilo a nebylo tabuizováno, aby děti v tomto ohledu byly více vzdělávány a aby psychiatrická péče byla vždy v souladu s lidskými právy. Cílovou skupinou organizace nejsou pouze děti, Nevypusť duši vede kromě programů pro studenty a školy rovněž programy pro pracovníky a firmy. Přestože se jedná o poměrně mladou organizaci s počátky v roce 2015, kdy první iniciativou byla osvětová kampaň na Facebooku, jedná se nyní o organizaci značně se podílející na reformě péče o duševní zdraví (Nevypusť duši, 2023).

Další neziskovou organizací působící v této oblasti je **Fokus**. Vznikla v roce 1990 a jedná se tak o jednu z prvních neziskových organizací. Fokus si klade za cíle vzdělávání odborné i laické veřejnosti, pomoc lidem ve zdravotnických a sociálních centrech a podnikání v sociálních firmách za účelem vytvoření smysluplných pracovních příležitostí pro pracovníky handicapované (Fokus, 2023).

Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2021) je další neziskovou organizací, která vznikla v roce 1995 s cílem iniciativy velkých změn v psychiatrické péči. Organizace aktuálně podporuje rozvoj komunitní péče pro osoby trpící duševním onemocněním. Pod záštitou organizace vznikl program **Stopstigma**, který si klade za cíl zvýšení povědomí o duševních chorobách, snížit negativní labelling pojící se s duševním zdravím obecně.

V oblasti destigmatizace duševního zdraví však nehrají roli pouze státní a neziskové organizace. Vhodného předání informací širší veřejnosti lze docílit i skrze kulturní programy. Právě problematiku tabuizovaného prostředí a důležitost duševního zdraví pomáhá veřejnosti představit **festival Mezi ploty**, ve spolupráci s psychiatrickou nemocnicí Bohnice. Jedná se o akci, která v České republice pravidelně probíhá již od roku 1992, a to v areálu psychiatrické léčebny Bohnice. Nejedná se však o pouhou přehlídku muziky a zábavy. Festival je již od svého počátku spojen s problematikou duševního zdraví, kdy skrze svou inovativní podobu umožňuje otevření dveří tabuizované psychiatrické léčebny a širší veřejnosti tak pomoci překonat bariéry, které ji běžně dělí od světa duševně nemocných (Meziploty, 2023)

Další festival, který je v České republice již 7. rokem pravidelně realizován, je **festival Na hlavu**. Pořádá ho Národní ústav duševního zdraví, přičemž cílí na veřejný prostor, jenž se snaží obohatit a vzdělat v oblastech psychologické a psychiatrické péče.

Zároveň se z dlouhodobého hlediska snaží o zlepšení kvality života osob s duševním onemocněním (Festival Na Hlavu, n.d.).

V neposlední řadě mohou být silným aktérem destigmatizace i **média**. Přestože již byla uvedena výše v práci, jakožto možný faktor napomáhající stigmatizaci, role médií může být i opačná. K tomu, aby se média stala plnohodnotným aktérem destigmatizace mohou docílit skrze správně nastavenou kampaň a pomocí objektivního vyobrazování informací. K tomu, jak správnou mediální kampaň týkající se podpory zdraví nastavit, se vyjadřuje Kelly a kol. (2007), a uvádí sedm důležitých složek, které by kampaň pro svou maximální úspěšnost měla obsahovat. Jedná se prvně o předběžný průzkum cílového skupiny a dostatečné prověření teoretického základu kampaně, dále pak o správné dělení publika a o koncipování cílového sdělení tak, aby správně oslovilo různé skupiny. K tomu se rovněž váže umístění sdělení do vhodných typů médií. V neposlední řadě je klíčové provedení evaluace kampaně k ověření, že cílila na správné publikum a zároveň ověření toho, že kampaň byla úspěšná v předání informací a napomohla ke změně chování a postojů či k dosažení požadovaných cílů (Kelly a kol., 2007).

Organizace zabývající se duševním zdravím často na svých stránkách disponují odkazem „pro média“ kdy zpřístupňují tiskové zprávy, letáky či prezentace, které odpovídají na základní otázky o organizaci a jejím směřování. Jak uvádí organizace Vizdom: „většina médií je otevřená k publikaci článků, které pojednávají o duševním zdraví i přímo o iniciativě projektu, a to zdarma“ (Krupčík a kol., 2022, s. 28). Existence letáků, brožur a tiskových zpráv může napomoci šíření jasných a konkrétních informací o dané problematice a napomoci tak edukaci společnosti či zvýšení gramotnosti v oblasti duševního zdraví.

Po představení hlavních aktérů bych dále ráda představila stanovené cílové skupiny, o které se při analýze programů budu opírat. Jedná se konkrétně o 3 skupiny – děti a mládež, osoby blízké a zdravotníci.

1.2.2 Cílové skupiny

Pro co nejefektivnější zacílení destigmatizačních programů je třeba dát primární důraz na definici cílových skupin, které stigmatizující chování v současnosti produkují či je možnost, že v budoucnu budou. Správné zacílení programů může následně s větší pravděpodobností přinést vyšší efektivitu a pozitivní dopady a výsledky. To může zahrnovat i snížení labellingu, negativních stereotypů a separace.

Dostatek informací a vhodné vzdělání o problematice duševních onemocnění je téma dosahující neustále větší a větší pozornosti. Otázkou zůstává, jakým způsobem předání informací zprostředkovat, aby správně mířilo na vytyčené cílové skupiny.

Co je na stigmatizaci velkým problémem je fakt, že bohužel nestigmatizuje pouze laická veřejnost, ale stigmatizace se často objevuje i u odborníků, jako jsou lékaři a učitelé. Stigmatizaci ze strany autorit potvrzuje například výzkum Janouškové a kol. (2017), kdy bylo sledováno stigma v oblasti duševního zdraví u studentů medicíny a u jejich učitelů. Výzkum prokázal, že výskyt stigmatizujících postojů byl u učitelů vyšší než u studentů. Zde vyplývá problematika možného posilování stigmatizujícího chování ze strany učitelů, kteří pak mohou dále, na studenty, předávat své vlastní předsudky a stereotypy. Je proto i v tomto sektoru klíčové zlepšení komunikace a vzdělávání, aby byly stigmatizující postoje co možná nejvíce omezeny. Zdravotníci a laická veřejnost nejsou jedinými skupinami, v nichž stigmatizace probíhá. Národní ústav pro duševní zdraví v rámci iniciativy Na rovinu (MZČR, 2023) definoval **cílové skupiny**, pro které realizuje řadu destigmatizačních aktivit. Jedná se o následující dělení:

- Rodinní příslušníci lidí s duševním onemocněním
- Zdravotníci
- Pracovníci v sociálních službách
- Veřejná správa
- Komunity kolem Center duševního zdraví a lidí s duševním onemocněním

(MZČR, 2023)

V návaznosti na definované cílové skupiny Národním ústavem duševního zdraví, které byly stanoveny pro realizaci destigmatizačních aktivit, jsem v rámci své bakalářské práce stanovila **vlastní následující dělení cílových skupin**:

- Děti a mládež
- Osoby blízké
- Zdravotníci

Mé dělení se mírně liší od dělení NUDZ, ale spíše tím způsobem, že skupiny více konkretizuje. Například do skupiny *komunity* patří osoby nacházející se v blízkosti Center duševního zdraví, jakožto sousedé lidí s duševním onemocněním, zaměstnanci a žáci (Na rovinu, 2021b). Vzhledem k tomu, že existuje poměrně dost programů cílících na mládež, které je pro cíle mé práce vhodné využít, konkretizovala jsem skupinu komunit na pouze děti a mládež. Národní ústav duševního zdraví (2017) sám uvádí, že neexistuje dostatečná

evidence o efektivních způsobech destigmatizace skupin jako učitelé, školská zařízení, zaměstnanci, zaměstnavatelé či novináři. Zároveň nejsou součástí pilotáží destigmatizačního projektu od NUDZ. Přesto jde nepochybně o důležité skupiny, na které by bylo třeba destigmatizační kampaně taktéž mířit (NUDZ, 2017, s. 8-11).

Skupiny zdravotníků a blízkých byly od dělení NUDZ přebrány především z tohoto důvodu, že mi přijdou jako jedny z nejdůležitějších skupin, na které by destigmatizace měla cílit. Co se týče zdravotníků, tak ať už se jedná o výzkum Janouškové, který jsem výše uvedla, či výzkum Winklera a kol. (2016) ohledně postojů zdravotníků vůči duševně nemocným, který více rozvedu v části týkající se programů zaměřených na zdravotníky, odborníci v České republice jsou skupinou, pro které je stigmatizace zcela běžná.

Pro programy v rámci každé cílové skupiny existují možná rizika realizace. Tato rizika je klíčové předem zmapovat a připravit si strategii jejich minimalizace z hlediska zajištění co nejvyšší efektivity. Iniciativa Na rovinu (2017) tato rizika a způsoby jejich minimalizace podrobně uvádí. Asi největším rizikem jakékoliv kampaně či programu o duševním zdraví je, že o ně nebude v první řadě žádný zájem (NUDZ, 2017, s. 21). To by se ze sociologického hlediska dalo objasnit tím, že vzhledem k nízkému povědomí o duševním zdraví, lidé nemusí vědět, jak se duševní nemoci projevují a zdali se jich třeba také netýkají. Zároveň se stále spousta lidí obává o problémech týkajících se duševního zdraví mluvit a přiznávat je, aby okamžitě nebyli stigmatizováni a považováni za slabé či dokonce nebezpečné. Tyto problematiky by pak mohly vést k nezájmu vůči programům.

Dále jak iniciativa Na rovinu pod záštitou NUDZ (2017) uvádí, intervence mohou vznikat a fungovat, ale pokud o ně nebude zájem či účastníci neabsolvují intervenci celou, nebo naopak bude nedostatek školitelů, ztratí svůj smysl. Tato rizika lze však minimalizovat skrze zapojování lidí se zkušeností, navázání kontaktu s vhodnými poskytovateli péče a pomocí jasné definice délky programu a důležitosti kompletního absolvování. Pokud by se vyskytla rizika jako nesouhlas neformálních pečovatелů s prvky intervence, potíže s organizací skupiny, ve které bude intervence poskytována či nedostatečná ochota zařízení začlenit intervence do pracovního procesu svých zaměstnanců, je třeba se zaměřit na zdůraznění nakládání s citlivými informacemi, zajistit účast neformálních pečovatелů i odborníků vedoucích skupiny doprovázena efektivní komunikací mezi speciality destigmatizace a koordinátory organizací (NUDZ, 2017, s. 21-23).

Po představení aktérů a cílových skupin je nyní třeba představit samotné programy. Na základě stanoveného rozdělení cílových skupin programy kategorizují a základně přiblížím.

1.2.3 Destigmatizační programy a jejich principy

Po představení hlavních aktérů destigmatizace a cílových skupin bych v této podkapitole chtěla představit programy zabývající se destigmatizací duševních poruch v České republice. K destigmatizaci duševních poruch lze přistupovat pomocí dvou strategií – skrze intervenční a preventivní programy. V první řadě bych chtěla přiblížit rozdíly mezi intervenčním a preventivním charakterem programu.

Intervenční programy jsou zaměřeny na osoby, které již mají problémy s duševním zdravím nebo jsou v riziku vzniku problémů s duševním zdravím. Tyto programy mají za cíl poskytnutí podpory, léčby či terapie. Programy se dále také mohou snažit o zlepšení kvality „ochranných faktorů“, jako je gramotnost v oblasti duševního zdraví a další sociální dovednosti zahrnující komunikaci a vhodný jazyk, kdy následně tyto faktory vedou k větší kontrole chování a následnému snížení stigmatizujících postojů (Haggerty a Mrazek, 1994). Dostatečná gramotnost v oblasti duševního zdraví může být, dle Kelly a kol. (2007), klíčovým pomocníkem intervenčních programů. Osobám s duševními onemocněními může napomoci z hlediska včasného uvědomění si potřeby pomoci či z hlediska rozpoznání včasných příznaků u druhých. V současnosti však neexistuje dostatek intervencí zaměřených na zlepšení této gramotnosti (Kelly a kol., 2007). Intervenční programy existují v různých formách. Adekvátní forma programů je důležitá z hlediska vhodnosti a atraktivity pro své publikum, kdy ve správné podobě (video, brožura, kontaktní program, přednáška) mají větší pravděpodobnost dosáhnout požadovaného výsledného efektu.

Preventivní programy jsou zaměřeny na snižování rizika vzniku problémů s duševním zdravím u lidí, kteří zatím žádné duševní problémy nemají. Prevence duševních nemocí spočívá v posilování ochranných faktorů (např. odolnosti, pozitivních mezilidských vztahů, tolerance) a v omezování rizikových faktorů (např. odcizení, násilí, nezaměstnanosti, stresu, přístupu k drogám a alkoholu) (Evropská komise, 2005, s. 8,22). Tyto programy mají za cíl poskytnout informace, dovednosti a nástroje, které pomohou lidem udržet své duševní zdraví a zlepšit kvalitu života. Mohou zahrnovat edukaci, trénink dovedností, osvětu, prevenci stresu nebo zdravý životní styl.

Oba typy programů mohou pomoci destigmatizovat duševní poruchy, ale intervenční programy se zaměřují na řešení existujících problémů s duševním zdravím (Preduka) či na podporu ochranných faktorů (Blázníš? No a!), zatímco preventivní programy se snaží zabránit vzniku problémů s duševním zdravím v budoucnu (Zipyho kamarádi, Nevypusť duši, Projekt Destigmatizace). Konkrétní přehled programů probíhajících v České republice je představen v Tabulce 2.

Tabulka 2: Přehled destigmatizačních programů

Cílová skupina	Název programu	Charakter programu	Forma	Cíl
Děti a mladiství	Blázníš? No a!	preventivní (intervenční) ¹	kontaktní program (programový den s částí edukační, interaktivní a zážitkovou)	<ul style="list-style-type: none"> • snížení stigmatizujících postojů • snížení žádoucího sociálního odstupu od lidí s mentálními postiženími • naučit společnost adekvátně zacházet s duševním onemocněním (jako je to u onemocnění fyzických)
	Zipyho Kamarádi	preventivní	metodika v rámci výuky	<ul style="list-style-type: none"> • podpora sociálních a emočních dovedností u dětí
	Nevypusť duši	preventivní	kontaktní program (workshopy)	<ul style="list-style-type: none"> • edukace o duševním zdraví prostřednictvím workshopů • odstranění tabuizace duševního zdraví
Osoby blízké	Nevypusť duši	preventivní	kontaktní program (workshopy)	<ul style="list-style-type: none"> • edukace o duševním zdraví prostřednictvím workshopů • odstranění tabuizace duševního zdraví
	Preduka	preventivní (intervenční) ²	kontaktní program (prezentace a diskuze)	<ul style="list-style-type: none"> • zvýšení porozumění duševních onemocnění a možnost sdílet obtížnosti, které přináší
	Projekt destigmatizace – komunity a rodinní příslušníci	preventivní	programy a moduly (besedy, přednášky, interaktivní semináře, film + diskuze)	<ul style="list-style-type: none"> • zvýšení kvality života duševně nemocných • vytvoření destigmatizačních opatření na základě analýzy potřeb • snížení sebe-stigmatizace rodinných příslušníků a změna přístupu k jejich blízkým
Zdravotníci	Projekt destigmatizace – zdravotníci	preventivní	kampaň podpořená přednáškami a kontaktními kurzy	<ul style="list-style-type: none"> • omezení stigmatizace nemocných a oboru psychiatrie

¹ Program Blázníš? No a! je dle své definice preventivním programem (Fokus Praha, 2023), ale vzhledem k tomu, že jeho náplní je zlepšení kvality ochranných faktorů, může pro účely této studie být považován i za program intervenční

² Preduka (neboli Preventivně edukační program proti relapsu psychózy) (Preduka, 2023). Z názvu sice plyne preventivní charakter, ale vzhledem k povaze programu a náplně řešení již rozběhlých psychických potíží zúčastněných osob je program zároveň zařazen i mezi programy intervenční

V současnosti vznikají a fungují kromě kontaktních programů a kampaní výše zmíněných i destigmatizační aktivity v online prostoru. Pro ucelenost představy o destigmatizačních způsobech bych tak ráda přiblížila online nástroje, které může kdokoli, kdykoliv využít a následně napomoci jak svému duševnímu zdraví, tak nabití nových informací. To následně může vést k pozvednutí a podpoření destigmatizace. V současné době existují například webové stránky Opatruj.se, zajišťované Národním ústavem duševního zdraví České republiky, jenž spolupracuje s dalšími národními a mezinárodními organizacemi (Aliev a kol., 2020). Web disponuje dotazníky sloužícími k samotestování duševních predispozic a případných poruch, dále pak edukačními články o duševním zdraví, péči o sebe sama a nechybí zde ani odkaz na krizovou a odbornou pomoc, kam se kdokoli může s čímkoliv obrátit.

Dalším online nástrojem pomáhající lidem s psychickou zátěží je web hedepy.cz, který umožňuje uživatelům propojit se s více jak 100 certifikovanými terapeuty z České republiky (Hedepy, 2020). Mimo přímý odkaz na terapeuty jsou na webu dostupné články týkající se duševního zdraví a nemocí, kde lze nalézt i podrobné vysvětlení symptomů a doporučení, jak s daným onemocněním postupovat. Postupem času by se mohly přesunout do online prostoru i intervenční programy. Intervence založené na aplikacích, ač jsou zatím ve fázi vývoje, tak budou dále v práci okrajově přiblíženy.

Destigmatizaci duševních poruch mohou napomoci správně nastavené programy. Jak jsou programy efektivní, jak probíhají a na jakých principech fungují bude představeno v následující kapitole.

2 Popis programů a jejich efektivita z hlediska potenciálu destigmatizace duševních onemocnění

Následující část práce bude blíže pojednávat o programech zabývajících se destigmatizací duševního zdraví. Cílem je určení, zdali užití metody jsou efektivní a stanovenou cílovou skupinu správně ovlivňují. To bude určováno na základě již existujících studií a evaluací programů. Práce tak hledá odpověď na otázku: *Jaká je efektivita intervencí v oblasti destigmatizace duševních poruch vůči stanoveným cílovým skupinám?*

Nejprve představím programy zabývající se duševním zdravím fungující v České republice. Pro bližší analýzu byly vybrány programy týkající se mládeže, zdravotníků a blízkých osob duševně nemocných. Toto dělení bylo stanoveno především kvůli dostupnosti materiálů a dostatku studií hodnotících tyto programy. Především jsem se chtěla zaměřit na programy týkající se mládeže. NUDZ ve svém projektu destigmatizace mladé osoby opomíjí, přestože programy pro mladší skupinu obyvatel existují a zároveň se jedná o skupinu náchylnou k ovlivnění, jak bude přiblíženo dále v práci. Z těchto důvodů mi přišlo důležité skupinu mladistvých do práce zahrnout. Další dvě skupiny jsou pak již s dělením od NUDZ shodné.

V následující podkapitole prvně přiblížím metodiku výběru vhodných programů a studií do této práce. Dále pak představím konkrétní programy spolu s jejich hodnocením.

2.1 Metodika analýzy

Pro hledání relevantní literatury byl použit především online nástroj Google Scholar a dále pak online databáze včetně Scopus, PubMed a JSTOR. Vyhledávání bylo časově vymezeno na posledních patnáct let. Jako klíčová slova byly použity kombinace termínů spjatých s duševními onemocněními (duševní onemocnění, duševní zdraví), intervencemi (léčba, prevence, destigmatizace, intervenční programy) a evaluacemi programů (evaluace, hodnocení, tiskové zprávy).

Vyhledávání literatury probíhalo jak v českém, tak v anglickém jazyce. Pro maximalizaci relevantních výsledků byly použity vyhledávací operátory AND, OR a Nn. Operátory byly využity především v počátcích hledání, pro vybrání nejadekvátnějšího teoretického rámce. Následně při dohledávání informací o programech bylo vyhledávání prováděno pouze přes klíčová slova a následně skrze podrobné zkoumání webových stránek příslušných organizací.

Kritéria, která jsem si vymezila pro výběr studií do této přehledové studie byla následovná: a) studie zkoumající intervence a preventivní programy týkající se duševních onemocnění u dospělých (konkrétně blízké osoby nemocných a zdravotníci) a b) studie zkoumající intervence a preventivní programy týkající se duševních onemocnění u dětí a mladistvých. Následně byla provedena analýza odpovídajících studií zaměřených na různé cílové skupiny.

Využity byly primárně dílčí studie a metaanalýzy z České republiky a zahraniční převážně z Evropy, USA, UK a Austrálie. Do práce nebyly zahrnuty studie pocházející z Asie, vzhledem k potenciálu možného ovlivnění socio-kulturními faktory a kulturními rozdíly. Tyto rozdíly by mohly následně ovlivnit aplikovatelnost zjištění na stanovené cílové skupiny. Zároveň byly z nalezených výzkumů nevyhovující ty, které se přímo zabývaly (de)stigmatizací konkrétního psychického onemocnění. Různá psychická onemocnění jsou různě vnímána a při zaměření se na jednu diagnózu by mohlo vzniknout omezení aplikovatelnosti zjištění na onemocnění jiná. Zároveň se práce zabývá duševními onemocněními z širšího hlediska a přímé zacílení na konkrétní choroby není pro účely práce potřeba.

Výsledné hodnocení programů bylo provedeno pomocí syntézy dostupné literatury. Data z vybraných studií a analýz byla syntetizována s cílem identifikovat hlavní témata, trendy a výsledky intervencí. Vzhledem k povaze přehledu nebylo třeba brát ohled na etické aspekty, jako je například zachování anonymity, jelikož bylo pracováno již s existující literaturou.

V následující části bych chtěla představit samotné programy, jejich hodnocení spolu se zjištěními týkajícími se jejich efektivity.

2.2 Popis programů a jejich efektivity

Ačkoliv programy zabývající se destigmatizací v oblasti duševního zdraví existují a svou činnost vykonávají, výzkum jejich efektivity a dopadů není stále dostatečně rozvinutý. S tímto problémem se potýkáme především v České republice. Konkrétně intervencí v oblasti duševního zdraví není v České republice prozatím velké množství, fungují tak zde převážně programy prevenčního charakteru.

Důležitost duševního zdraví je v posledních letech více a více diskutována, přesto neexistuje mnoho přístupných výsledků programů, které by podkládaly jejich dopady a efektivity. Studie týkající se českých programů jsem tak propojila i se studii zahraničními, které se zaměřují na obdobné cílové skupiny. Problematika destigmatizace

duševního zdraví je celosvětovou problematikou, přičemž výzkumy prováděné v zahraničí mohou poskytnout důležité poznatky, aplikovatelné i na českou populaci. Zahraniční studie a metaanalýzy tak mohou představit vhled do již osvědčených destigmatizačních postupů. Mohou pomoci přiblížit zcela neprobádané oblasti, na které se domácí programy a výzkumy protazím nezaměřují. Pro účely této studie tak byly použity dostupné dílčí studie, metaanalýzy, přehledy a evaluace stanovených programů, které hodnotí jejich splněné cíle a výsledky.

Jak jsem již zmínila, kromě intervenčních programů hrají v této problematice velkou roli i programy prevenční. Zde nastává ale problém, kdy se právě díky prevenčnímu charakteru potýkáme s minimem výzkumů a jasných dat. Iniciativy organizací mají převážně dlouhodobý charakter, kdy veřejnost edukují o prevenci skrze sociální média, workshopy, a jiné on-line i off-line aktivity. Většinou tak neexistují časově ohraničené programy s jasnými výstupy.

V následujících oddílech budou přiblíženy programy zabývající se destigmatizací duševních poruch v České republice a bude posuzována jejich efektivita. Ta bude posuzována na základě využitých výstupů, se zapojením tematických zahraničních výzkumů, pro ucelení a se snahou o dodání o něco větší objektivitu, Programy jsou členěny na základě toho, na jakou cílovou skupinu se zaměřují. V první řadě přiblížím metody využívané při hodnocení programů a dále pak jejich samotné výsledky.

2.2.1 Metodika evaluací programů

Efektivita destigmatizačních programů je často zkoumána skrze experiment. Účinek destigmatizačních kampaní je analyzován skrze měření kontrolní skupiny spolu se skupinou experimentální. Kromě experimentálního designu studie lze k hodnocení efektivitu užívat i dotazníkové šetření, například formou pre a post testu (např. u programů Blázníš? No a!, Zipyho kamarádi). Experimenty mají několik limitů, které je třeba brát v úvahu. Především samotný experimentální design může být ovlivněn řadou faktorů, které nelze předvídat či následně kontrolovat. Limitem může být i velikost vzorku, která nemusí být dostatečně reprezentativní pro celou populaci, což je typickým limitem právě destigmatizačních programů, které působí jen na malou část vybrané populace.

Ve výzkumech stigmatizace hrají důležitou roli projevy okolí, strach, předsudky či míra ochoty přijetí vůči osobám potýkajícím se s daným problémem, jinak také stigmatizovaným jedincům. Z tohoto hlediska je dotazník často formován tak, že zahrnuje škály sociální distance, které jsou projevy schopny zachytit a následně interpretovat.

Jak uvádí Wark a Galliher (2007), Bogardusova škála sociální distance, ačkoliv je jednou z nejstarších psychologických postojových škál, je hojně využívána i v dnešní době, v současných výzkumech. Měří především míru předsudků. Ve svém základním tvaru se skládá ze sedmi položek (Wark a Galliher, 2007). Dle Ryšavého (2003), asi nejznámější položkou škály je „přijetí příslušníka určité skupiny za souseda“. Vedle ní mohou figurovat podobné otázky, ale nevytvářejí pak spolu kumulativní škálu. S otázkami se následně pracuje odděleně (Ryšavý, 2003). Měření sociální distance se ve výzkumech zabývajících se stigmatizací často vyskytuje. Jeví se tak jako klíčový aspekt při analýze stigmatu a rovněž jako dobrý indikátor toho, zdali destigmatizační kampaň správně na své publikum zapůsobila.

K zjištění míry stigmatizujícího jednání vůči duševně nemocným je často rovněž využíván dotazník RIBS (Reported and Intended Behaviour Scale) (Winkler a kol., 2017). Dotazník byl vytvořen k hodnocení předsudků v chování. Skládá se z osmi položek, kdy první čtyři hodnotí uvedené minulé a současné chování a druhé čtyři poté zajišťují zamýšlené budoucí chování (Winkler a kol., 2017). Jak uvádí Weissová (2015), škála se soustředí na základní čtyři oblasti kontaktu s duševně nemocnými a to – sousedství, zaměstnání, přátelství a společné bydlení. V dotazníku jsou pak zahrnuty výroky týkající se těchto oblastí, nejprve z pohledu současnosti a poté z hlediska možného kontaktu v budoucnosti (Weissová, 2015). Pro názornost je možné znění otázek vycházející z výzkumu Winklera a kol. (2014) uvedeno v Tabulce 3.

Tabulka 3: *Znění položek v dotazníku RIBS*

1. Žijete v současné době, nebo jste někdy v minulosti žil/a spolu s někým, kdo má/měl psychické onemocnění?
2. Pracujete nyní, nebo jste někdy v minulosti pracoval/a spolu s člověkem s psychickým onemocněním?
3. Máte nyní nebo jste někdy v minulosti měl/a souseda/ku s psychickým onemocněním?
4. Máte v současné době, nebo jste někdy v minulosti měl/a blízkého kamaráda/kamarádku s psychickým onemocněním?
5. Do budoucna by mi nevadilo žít společně s někým, kdo má psychické onemocnění.
6. Do budoucna by mi nevadilo pracovat společně s někým, kdo má psychické onemocnění.
7. Do budoucna by mi nevadilo bydlet v sousedství někoho, kdo má psychické onemocnění.
8. Do budoucna by mi nevadilo přátelit se s někým, u koho se objevilo psychické onemocnění.

(Winkler a kol., 2014, s. 57)

Škála zamýšleného chování je ve výzkumech zaměřených na (de)stigmatizaci často užívaným nástrojem. Jak uvádí Winkler a kol. (2014), konkrétně ve výzkumu srovnávající stigmatizující jednání v Česku a Anglii, škála byla použita především kvůli své stručnosti, jednoduché administrovatelnosti a otevřenosti. Dotazník RIBS tak v tomto případě obsahoval škálu zamýšleného jednání (zahrnující míru ochoty akceptovat psychicky nemocného člověka), kdy mohly být následně spojeny sociodemografické charakteristiky se škálou a lze tak sledovat, zdali je základními charakteristikami škála zamýšleného jednání ovlivněna. Winklerův výzkum nebyl rozhodně jediným, ve kterém byl dotazník RIBS a škála zamýšleného chování použity. NUDZ ve spolupráci s výzkumnou agenturou INRES provedl výzkum názorů a postojů občanů ČR k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života v roce 2013, který rovněž stál na RIBS dotazníku (Weissová, 2015). Tento výzkum, respektive jeho hlavní výsledky, poukazující na budoucí ochotu spolupráce s duševně nemocnými, NUDZ prezentuje v rámci představení projektu Destigmatizace (Na rovinu, 2021a).

U dotazníkového šetření je důležité brát rovněž v potaz jak limity týkající se velikosti vzorku, tak možnost ovlivnění odpovědí subjektivním vnímáním účastníků. Dotazníky také mohou být ovlivněny určitými očekáváními, které mohou vést k nesprávnému měření stigmatu. Je důležité před samotnou evaluací zvážit, jaké způsoby použít a metodiku náležitě přizpůsobit kontextu a cílovým skupinám. Vhodné může být i využití smíšené metodologie, pro co nejucelenější a nejobjektivnější pohled. Zahrnutí vícero způsobů plánuje do své evaluace např. program Destigmatizace, který udává tyto vytyčené způsoby: monitorování školení skrze zúčastněné pozorování, hodnotící dotazníky a focus groups (NUDZ, 2018b).

Následující oddíly se budou již zabývat samotnými programy týkajícími se stanovených cílových skupin. První skupinou jsou děti a mladiství.

2.2.2 Programy zaměřené na děti a mladistvé

Existuje několik programů zaměřených na děti a mladistvé (převážně prováděných ve školách), které usilují o snížení stigmatu a zvýšení gramotnosti v oblasti duševního zdraví. Nejprve bych ráda přiblížila vybrané programy fungující v České republice a popsala jejich dopady, které načež podpořím podobnými výsledky zahraničních studií.

Preventivní formou, která ukazuje, že vzdělání dětí v oblasti duševního zdraví je efektivní, je **metodika Zipyho kamarádi**. Tato metodika byla vyvinuta charitativní organizací Partnership for Children ve Velké Británii v roce 1998. V současnosti je užívána ve více než 30 zemích světa, kdy Česká republika je jednou z nich. Metodika slouží k práci

s dětskými skupinami, děti pracují pod vedením proškoleného pedagogického pracovníka, a pohybují se ve věkovém rozmezí 5-7 let. Součástí programu je 6 tematických modulů kdy každá z nich dále obsahuje 4 lekce. V rámci programu se učí lépe komunikovat, popisovat své pocity, umět si říct o pomoc či se vyrovnat se ztrátou (Duševní zdraví dětí, 2019).

V řadě zemí, včetně České republiky, byl tento program zaveden a následně evaluován. Výsledky studií byly konzistentní a potvrdily, že program napomohl dětem ve zlepšení sociálních dovedností a emoční gramotnosti, lépe se vyrovnávat s obtížnějšími životními situacemi a zároveň uklidnit třídní klima (Duševní zdraví dětí, 2019). Posun dětí v těchto oblastech, napomáhající jim pracovat se svými pocity, vyjadřovat respekt k druhým a vytvářet zdravé sociální vazby je základ pro optimální duševní zdraví. Program zároveň slouží i jako prevence do budoucna, jak z hlediska snížení rizika vzniku duševních onemocnění (díky práci s vlastními emocemi a pocity), tak jako prevence snížení náchylnosti k budoucí diskriminaci a stigmatizaci (skrze správnou komunikaci a empatii).

Konkrétní data přináší zpráva z evaluace programu Žufníčka a kol. z roku 2016, kdy byl ve školním roce 2015/16 ve 14 českých školách proveden experiment hodnotící účinnost programu Zipyho kamarádi. Výzkumu se zúčastnilo 807 respondentů, z čehož 466 bylo v experimentální skupině a 341 ve skupině kontrolní. Pro srovnání byl na počátku proveden pre-test a následně po ukončení programu post-test. Pro potřeby studie byl sestaven dotazník obsahující 31 otázek s odpověďmi na čtyřbodových škálách hodnotících výskyt zjišťovaného jevu. Dotazník byl vyplňován rodiči a učiteli a mapoval jak projevy chování žáků očima učitelů, tak posun u dětí v akademických dovednostech. Mimo jiné byly do programu zahrnuty i děti se specifickými vzdělávacími potřebami (Žufníček a kol., 2016).

Výsledky evaluace Žufníčka a kol. (2016) přinesly zajímavá fakta. Přestože se neprojevil rozdíl u sledovaných jevů jako: pere se, je impulsivní, působí osaměle a ve skupině dětí je nervózní, rozdíl se projevil ve větší samostatnosti, schopnosti se omluvit a popsat své pocity. Posun k lepšímu byl rovněž zaznamenán u dětí se specifickými vzdělávacími potřebami. Výsledky tak naznačují, i díky rapidnímu nárůstu sledovaného jevu „žák si dokáže říct o pomoc“, že program napomáhá k adaptaci dětí se speciálními vzdělávacími potřebami do chodu třídy a třídního kolektivu. K pozitivnímu posunu došlo v experimentální skupině rovněž i z hlediska studijních výsledků. Toto zjištění tak podporuje předpoklad, že rozvíjení sociálních dovedností pozitivně ovlivňuje akademickou úspěšnost žáků. Pozitivní výsledky dále program přináší zaměříme-li se na pohlaví. Přestože před programem byli chlapci hůře hodnoceni než dívky, po implementaci programu se

ukázalo, že obě pohlaví dosahovala ve sledovaných jevech stejného posunu. Tento fakt značí, že program je správně nastaven jak pro dívky, tak pro chlapce (Žufníček a kol., 2016).

Na otevřeném setkávání s lidmi s vlastní zkušeností s psychickým onemocněním a s lidmi pracujícími v oblasti duševního zdraví stojí **projekt Blázníš? No a!** (BNA!) pod záštitou největší neziskové organizace v České republice podporující lidi se zkušeností s duševním onemocněním – Fokus Praha. Organizace zároveň napomáhá zlepšení kvality života duševně nemocných jedinců. To zajišťuje skrze poskytování psychologických, sociálních a zdravotních služeb. Program **Blázníš? No a!** tvoří prevenční programy zacílené na pedagogy a jejich žáky či studenty ve věku 15 až 20 let. Program se snaží rozvíjet znalosti a dovednosti v oblasti duševního zdraví (Fokus Praha, 2023).

Český projekt BNA! vznikl na základě spolupráce s německou neziskovou organizací Irrsining Menschlich a s Univerzitou v Lipsku a navazuje na německý projekt „Verrückt? Na und!“. BNA! stojí na setkávání a sdílení zkušeností expertů v oboru a lidí s vlastní zkušeností s psychickým onemocněním ve snaze vybudování jistého vzájemného porozumění (Janoušková a kol., 2018).

V roce 2018 proběhl výzkum financovaný z Operačního programu Zaměstnanost, pod záštitou EU (DotaceEU.cz, 2023). To, jak je program BNA! efektivní ukazuje zpráva z výzkumu, která odkazuje na měření před, ihned po a s odstupem po programu, hodnotící jeho efektivitu. Rozsáhlý výzkum, jenž byl v roce 2018 realizován od té doby do současnosti nebyl již zopakován. Výzkum byl financován grantem Evropské unie, díky čemuž mohl dosáhnout takového charakteru.

Program si klade za cíl primární prevenci duševního zdraví a destigmatizaci. Funguje na principu programových dnů, kdy během 6-7 hodin se na škole vystřídá vzdělávací, interaktivní a zážitková aktivita, ze kterých se program skládá. Projekt má na starosti vyškolený tým, jehož součástí jsou osoby mající s duševním onemocněním vlastní zkušenost a zároveň ochotní tuto zkušenost předávat dál (NUDZ, 2017).

Jak sděluje zpráva Janouškové a kol. (2018), výzkum efektivity programu BNA! měl podobu dotazníkového šetření, kdy proběhly 3 vlny měření – 1. 4 týdny před programem, 2. ihned po programu a 3. vlna proběhla 4 týdny po programu. Všechny tři měření se zúčastnilo 387 respondentů. Byly použity celkem 4 škály – sociální distance, postoje k lidem s duševním onemocněním, ochota vyhledat odbornou pomoc a soudržnost kolektivu (Janoušková a kol., 2018).

Ze závěrů zprávy Janouškové a kol. (2018) je zřejmé, že program BNA! měl prokazatelně pozitivní vliv na sociální distanci a odmítavé postoje vůči lidem s duševním onemocněním a na ochotu vyhledat pomoc. Program byl efektivnější z hlediska zmírnění distance a odmítavých postojů pro dívky a studující na školách se zdravotnickým zaměřením. Větší efektivita u dívek znamená, že je pro ně pravděpodobně program lépe nastaven, což může být způsobeno například převahou ženských lektorů. Zároveň byl vysledován pozitivní vliv i u studentů/studentek, jež měli horší vstupní hodnoty. Toto zjištění ilustruje sílu programu a podporuje zaměření se na skupiny, u kterých by byly předpokládány spíše negativní postoje (Janoušková a kol., 2018).

Kontakt se školitelem vyzdvihují i mladiství respondenti na programech neziskové organizace **Nevypust' duši**. Jedná se o nestátní neziskovou organizaci, která skrze šíření ověřených informací o duševním zdraví a prevenci v péči o psychiku usiluje o destigmatizaci témat týkajících se duševního zdraví (Nevypust' duši, 2023).

Nezisková organizace Nevypust' duši již od roku 2017 vydává každoročně výroční zprávy vykazující přehled, jak se organizaci dařilo, statistické přehledy a výhledy do dalších let. Ve výroční zprávě z roku 2021 uvedli, že zprostředkovali duševní zdravotní péči pro středoškoláky (5hodinový interaktivní program, který se zaměřuje na prevenci v oblasti duševního zdraví a je představen lektorem sdílejícím svou osobní zkušenost s onemocněním), dále pak zdravotní péči pro pedagogy (dvoudenní kurz akreditován MŠMT) a samozřejmě i programy pro firmy a širší veřejnost (5 typů workshopů, přednášek a webinářů zaměřené na prevenci, pomoc a destigmatizaci) (Nevypust' duši, 2022).

V roce 2021 byl projekt Duševní zdravotní péče pro středoškoláky oceněn cenou Sozial Marie, udělovanou soukromou organizací Unruhe Privatstiftung. Program stojí na myšlence, že právě školáci jsou ideální cílovou skupinou, na kterou se zaměřit, pokud chceme duševní obtíže zachytit u populace již v samotných počátcích. Program předává prostřednictvím interaktivních seminářů na školách dospívajícím a učitelům bližší informace o tématu duševního zdraví (SozialMarie, 2021)

Informace, které program dále předává jsou šířeny především lektory s vlastní zkušeností s duševním onemocněním. Organizace uvádí na svých stránkách několik heslovitých zpětných vazeb na program zabývající se duševní zdravotní péčí pro středoškoláky*čky, kdy k lektorům byly vzneseny slova chvály. Jeden student konkrétně uvedl: „*Líbilo se mi, že přišel i člověk, který si tím sám prošel, a ví, o čem mluví. Bylo fajn vidět, že to nejsou pouze věty*“ (Nevypust' duši, 2023).

Jak uvádí Painter a kol. (2017) školní intervence a obecně práce s mladistvými může být možností, jak se stigmatem bojovat, ještě před tím, než si ho sami děti osvojí. Lze se tak dostat k jádru problému a snížit tak stigmatizaci duševních poruch v celé populaci. Výzkum Painter a kol. (2017) primárně cílil na žáky šestých tříd, průměrný věk byl 11,5 let a celkem se jednalo o 721 žáků. V hodnocených sociodemografických charakteristikách (jako pohlaví, ekonomické zázemí, rasa a primární jazyk) ve vztahu k intervenci nebyly zjištěny žádné významné rozdíly. Interakce nevykazovaly žádný konzistentní vzorec napříč výsledky. Výzkum posuzoval účinnost kombinace vzdělávacího plánu s kontaktní intervencí a použitím antistigmatizačních materiálů. Bylo zjištěno, že kontaktní intervence jsou méně účinné než vzdělávací plány. Oproti tomu při snižování stigmatizace u dospělých byla kontaktní intervence účinnější než intervence vzdělávací (Painter a kol., 2017).

Účinnost školních intervencí pro destigmatizaci duševních nemocí rovněž dokládají Ma, Anderson a Burn (2022), a to na základě metaanalýzy 22 studií, s respondenty od 4 do 18 let. Jako nejúčinnější typ intervence pro tyto mladistvé se ukázala kombinace vzdělávání v oblasti duševního zdraví a následného kontaktu s osobou mající vlastní zkušenost s psychickým onemocněním. Zároveň bylo zjištěno, že kontakt v rámci intervence má stejný vliv i pokud probíhá jen prostřednictvím videonahrávky. Výsledky přehledové studie Ma, Anderson a Burn (2022) odkazující na fakt, že off-line a on-line kontakt by měl být v případě intervencí stejně efektivní, má zásadní důsledky pro tvorbu digitálních intervencí. Mezi takové lze řadit například videointervence.

Výzkum Janouškové a kol. (2017) přináší přehledovou studii shrnující, jak jsou videointervence efektivní v destigmatizaci duševních onemocnění mezi mladými lidmi. Jednalo se o sekundární analýzu 23 studií, kdy většina byla provedena v USA, šest z nich v Evropě, a jedna v Číně a Austrálii. Testováni byli převážně vysokoškolští studenti, kdy celkový počet zúčastněných studentů byl přibližně 3900. Z hlediska věku se účastníci pohybovali mezi 14 a 26 lety. Většina intervencí se zabývala stigmatizací schizofrenie, konkrétně pět intervencí mířilo na obecnou stigmatizaci duševně nemocných a pár intervencí se zabývalo hledáním pomoci při duševních problémech, závažnými duševními poruchami či depresí. Bylo zjištěno, že videointervence vedly ke zlepšení stigmatizujících postojů. Sociální kontakt skrze video dosáhl podobného destigmatizačního účinku, jako kontakt při živé intervenci. Videem se v tomto případě myslí videospot, film či dokument zaměřen na psychické onemocnění či témata s nimi spjatá. Součástí většiny účinných intervencí byl zapracovaný kontakt s osobou, která zažila duševní onemocnění doplněný o odborné

informace např. od psychiatra (Janoušková a kol. 2017). Mezi limity studie spadá fakt, že intervence byly prováděny ve školním prostředí v zemích s vysokými příjmy a nesledovaly dlouhodobé výsledky a dopady na skutečné chování. Výsledky by se tak mohly lišit od zemí s nižšími příjmy a vzhledem ke školnímu prostředí by bylo v dalších výzkumech vhodné vyhodnotit, jaká je účinnost videointervencí v prostředích, kde by k videím mohli mít přístup mladiství sami a nebyli by zprostředkováni školským zařízením. Výsledky studie přesto naznačují, že video je slibným nástrojem pro snížení stigma mezi mladými lidmi (Janoušková a kol. 2017).

O videointervenci, jakožto nástroji vykazujícím se pozitivním vlivem na destigmatizaci lze smýšlet jako o předstupni online intervencí. Ačkoliv se online programy stále vyvíjí, z počátečních studií se prokazují jako potenciální nástroj destigmatizace. Efektivitou online intervencí v oblasti duševního zdraví se zabývala přehledová studie Zhou a kol. (2021), kdy bylo přezkoumáno 45 studií zabývajících se využíváním online intervenčních programů u mladistvých. Konkrétně 82 % účastníků byli studenti. V přezkoumaných studiích byly nejčastěji využívány webové samoobslužní platformy (self-help platforms) (n=35). Většina těchto platform (n=25) patřila k nejčastěji používaným metodám ke zvládnutí úzkosti, deprese a psychologického stresu, zejména pokud využívaly kognitivně behaviorální terapie. Tyto platformy se obvykle skládaly z různých modulů s cílem dosáhnout konkrétních cílů, jako je psychoedukace a trénink dovedností, a být kdykoliv pro uživatele přístupné (Zhou a kol., 2021).

Přehledová studie Zhou a kol. (2021) shrnula způsoby a účinnost online intervencí v oblasti duševního zdraví. Zacielení bylo především na mladistvé, kdy byly analyzovány čtyři formy: webové svépomocné platformy, webové aplikace, webový chat a AI chatboti. Přišla se zjištěním, že 64 % (n = 29) online intervencí bylo účinných při zvládnutí deprese, úzkosti, stresu, nespavosti a zlepšování kvality života. Co se týče aplikací pro duševní zdraví, byl zde zaznamenán snadnější přístup a jejich uživatelsky přívětivější rozhraní, oproti samoobslužným platformám. Nejčastěji užívanou podobou online intervencí byly svépomocné platformy (self-help platforms) a chatboti na bázi umělé inteligence. Je třeba brát ovšem v potaz, že výsledky analýzy mohou být ovlivněny různorodostí studií. Neexistuje tu univerzální vzorek ani stejné kontrolní podmínky. Přestože intervence založené na aplikacích jsou stále ve fázi zrodu a vývoje, mají online intervence potenciál stát se účinným pomocníkem při léčbě duševního zdraví mládeže (Zhou a kol., 2021).

Další skupinou, pro kterou destigmatizační programy fungují jsou osoby blízké.

2.2.3 Programy zaměřené na osoby blízké

Blízké osoby pacientů s duševními onemocněními jsou velmi důležitou, avšak často opomíjenou skupinou. U rodinných příslušníků je časté rozvinutí sebestigmatu, především díky projevům nízkého sebevědomí, pocitů viny a studu. Studie Perlick a kol. (2011) potvrdila přetrvávající stereotypy a diskriminační postoje jak vůči lidem s duševní poruchou, tak také vůči jejich blízkým. Blízké osoby mají tendence k sebeobviňování ve vztahu k nemoci příbuzného a k internalizaci stigmatu souvisejícím s nízkým sebehodnocením a sociálním odcizením. Výzkum přišel s poznatkou, že ke snižování sebestigmatizace u blízkých osob fungují skupinové intervence vedené osobami s vlastní zkušeností s duševním onemocněním, více než formy vzdělání prováděné lékaři (Perlick a kol. 2011).

Intervence zaměřující se na sebestigmatizaci rodinných příslušníků a blízkých osob nemocných nemají početné zastoupení. Pozitivem však je, že Program Destigmatizace tuto cílovou skupinu zařadil. Iniciativou Na rovinu v rámci Národního ústavu duševního zdraví (2017) bylo v případě skupiny rodinných příslušníků stanoveno několik druhů opatření a forem pilotáží, které by měly podpořit efektivitu intervencí. Jedná se o: skupinovou psychoedukaci se sdílením zkušeností jiných s prvky behaviorální rodinné terapie, pod dohledem per lektora (NUDZ, 2017, s. 7).

Tato opatření, která NUDZ stanovil, v praxi představuje preventivně edukační program **Preduka** fungující pro pacienty s psychotickými onemocněními a pro jejich blízké. Jedná se o jednodenní seminář veden klinickým psychologem, kdy probíhá nejprve zaměřením se na pacienty, a poté na osoby blízké s cílem probrat jejich potřeby, problémy a podněty (Preduka, 2023). Cílem programu je zvýšit porozumění duševních onemocnění a zároveň umožnit osobám potýkajícím se s nimi možnost tyto obtíže sdílet (Preduka, 2023). Podle hodnocení z let 2008 a 2009, dle NUDZ (2017), bylo 94,1% pacientů s psychotickým onemocněním a 95,7% jejich blízkých příbuzných spokojeno s novými informacemi, které se během programu naučili. Celkem se hodnocení programu zúčastnilo 430 respondentů, z toho 178 byli pacienti s duševním onemocněním a 252 byli jejich blízcí příbuzní (NUDZ, 2017). Další výzkum ohledně účinnosti Preduky byl proveden v roce 2010 v rámci diplomové práce. Zde Pleštilová (2010) uvádí, že Preduka napomohla větší otevřenosti v případě komunikace ohledně duševních nemocí, blízcí nemocných získali užitečné rady, odprosili se od pocitů viny spjatých s přesvědčením o selhání ve výchově a potkali osoby řešící stejné problémy (Pleštilová, 2010).

V zahraničí je edukace jak blízkých osob, tak širší veřejnosti větším tématem, jak například může ukázat program program Mental Health First Aid, který byl zároveň inspirací pro formulaci opatření v rámci projektu Destigmatizace. V rámci něj vznikl program Youth Mental Health First Aid, kdy se jedná o vzdělávací a školicí program zaměřený na poskytování výuky ohledně duševního zdraví mladých lidí (Kelly a kol., 2011). Tyto programy jsou určeny jak pro profesionály a pracovníky, kteří mají kontakt s mladými lidmi (například pedagogové, zdravotníci a trenéři), tak instruktory mohou být i osoby z širší veřejnosti. Šíření programu mezi širší veřejnost je důležité z hlediska rozšíření povědomí o duševním zdraví.

České programy se již v současnosti v zahraničí inspirují. Na edukaci jak osob blízkých, tak širší veřejnosti odkazují opatření v rámci projektu Destigmatizace, která byla inspirována First aid programem (NUDZ, 2017). Výzkumný program **Mental Health First Aid** v USA, jak popisuje Kelly a kol. (2007), vytvořil školicí kurzy, jejichž cílem je zvýšit úroveň gramotnosti v oblasti duševního zdraví u široké veřejnosti. V roce 2007 by zahájen kurz *The Youth Mental Health First Aid*, který slouží jako podpora lidem pracujícím s dospívajícími. Tyto programy jsou určeny jak pro profesionály a pracovníky, kteří mají kontakt s mladými lidmi (například pedagogové, zdravotníci a trenéři), tak instruktory mohou být i osoby z širší veřejnosti. Program vznik na základě faktu, kdy polovina lidí trpících duševním onemocněním první epizodu nemoci prožila před 18. rokem života. Není ale pravděpodobné, že mladiství a děti vyhledají sami od sebe odbornou pomoc. Kurzy a programy mohou být jak dobrým preventivním nástrojem, tak vhodnou aktivní pomocí. Účastníci tohoto kurzu získávají znalosti a schopnosti potřebné k tomu, aby mohli pomoci mladému člověku, který má problém s duševním zdravím (Kelly a kol., 2007).

Přehledová studie Kelly a kol. (2007) mapovala fungování školicích kurzů Youth Mental Health First Aid. Zájemci, kteří se kurzů účastnili měli z velké části s problematikou duševního zdraví již nějakou zkušenost. Z výzkumu vyplynulo že 72% respondentů mělo zkušenost s duševní nemocí v rodině a 77% respondentů uvedlo, že v posledních 6 měsících mluví s mladistvým ohledně problematiky duševního zdraví. Studie srovnávala intervenční programy původem převážně z Austrálie, Británie, USA a Německa, kdy výsledky programů byly posuzovány na základě jejich evaluací. Evaluace byly povětšinou typu pre- a post- dotazníků, z nichž pak byly vyvozeny závěry týkající se efektivity programů. Závěry povětšinou odkazovaly na zlepšení povědomí o problematice duševního zdraví, snížení stigmatizujících postojů a společenského odstupů či větší důvěry k nabízené

pomoci. Přestože neexistuje dostatek důkazů o tom, co nejlépe funguje na dospívající a dospělé při edukaci ohledně duševního zdraví, za účinný prvek přispívající ke zlepšení gramotnosti v oblasti duševního zdraví při vzdělávání dospívajících byl zařazen kontakt se školitelem, který si sám mentálními problémy prošel. Na druhou stranu u dospělých byl tento kontakt označen za vlivný z hlediska obsahu kurzu nežli z hlediska jeho účinnosti (Kelly a kol., 2007).

Další neméně problematickou skupinou náchylnou ke stigmatizaci je skupina zdravotníků.

2.2.4 Programy zaměřené na zdravotníky

Ačkoliv od zdravotníků očekáváme plnou profesionalitu a pomoc, při problémech s duševním zdravím bohužel často dochází i ke stigmatizaci ze strany odborníků. Stigma se tak objevuje nejen mezi praktikujícími zdravotníky, ale i mezi učiteli na zdravotnických školách a jejich studenty.

Stigmatizaci v oblasti zdravotní péče potvrzuje i již dříve v práci zmíněný výzkum Janouškové a kol. (2017), který přišel se zjištěním, že v porovnání se studenty medicíny, učitelé disponují více stigmatizujícími postoji, což se projevilo i na vyšší míře sociální distance, na základě škály RIBS. Zajímavé je, že studenti, kteří disponovali nižší mírou stigmatizujících postojů byli více empaticky orientováni a volili si obory orientované na lidi (přednostně před obory chirurgickými). Studie doporučuje následující kroky výzkumu stigmatu v České republice ubírat směrem ke srovnání studentů různých lékařských fakult pro bližší zjištění vlivu studijního programu na jejich případné stigmatizující postoje.

Další výzkum zabývající se postoji českých lékařů a běžné populace k lidem s duševním onemocněním je studie Winklera a kol. (2016). Dotazováno bylo 1200 lékařů a 1810 osob z obecné české populace. Studie přišla se zjištěním, že ve srovnání s běžnou populací disponují lékaři nižšími stigmatizujícími postoji vůči duševně nemocným. Na tyto postoje by mohl mít vliv medikalizovaný pohled ze strany lékařů na léčbu duševních onemocnění a přisuzování jim biologických příčin. Zároveň ve výzkumném vzorku ženy vykazovaly méně stigmatizujících postojů nežli muži. Přestože studie přichází s částečně pozitivními zjištěními, stigmatizace v České republice je stále na vysoké úrovni. V obou dotázaných skupinách panovaly nepříznivé postoje týkající se přisuzování nebezpečnosti duševně nemocným. Studie apeluje na důležitost neustálého vzdělávání a školení jak odborníků, tak širší populace, aby bylo dosaženo co nejnižší diskriminace a stigmatizace duševně nemocných jedinců (Winkler a kol. 2016).

V České republice neexistuje prozatím žádný komplexní destigmatizační program cílící na zdravotníky, přestože se jedná o skupinu projevující stigmatizaci duševně nemocných. Na základě analýzy potřeb byly iniciativou Na rovinu stanoveny druhy opatření a formy pilotáží, které mají za úkol podpořit efektivitu intervencí. U skupiny zdravotníků se jedná o tyto opatření: vzdělávací programy zahrnující informace o duševním onemocnění, trénink komunikačních dovedností, informace o možnosti zotavení, vyjasnění práv duševně nemocných, trénink zvyšující ochotu lékařů, mnoho prvků kontaktu a princip person-centred approach související s užitím jazyka. Zdravotníkům je rovněž třeba poskytovat možnost workshopů s technikami wellbeing a prevence syndromu vyhoření. (NUDZ, 2017, s. 10)

Program Destigmatizace na základě těchto opatření a forem pilotáží formuloval programy a moduly pro zdravotníky v podobě přednášek a kontaktních kurzů. Ty se zaměřují na poskytnutí potřebných informací pro efektivní komunikaci a péči o duševně nemocné, na principy a vývoj reformy péče o duševní zdraví či na přímé zkušenosti osob s duševním onemocněním (NUDZ, 2021b).

Ohledně důležitosti a pozitivních dopadů destigmatizačních programů zaměřených na zdravotníky se lze přesvědčit na základě zahraničních výsledků. Čeho by v ideálním případě mohl projekt Destigmatizace se zaměřením na zdravotníky mohl dosáhnout ukazuje zahraniční metaanalýza Brunero a kol. (2012), která hodnotila zahraniční vzdělávací programy, převážně z UK, USA a Austrálie, pro všeobecné zdravotnické pracovníky. Přehled zahrnuje 25 studií, zaměřených na prohloubení znalostí, dovedností a zlepšení postojů zdravotníků k lidem s duševním onemocněním skrze přiblížení různých typů duševních chorob a celkově problémů a situací v oblasti duševního zdraví. Dle výzkumu došlo u většiny studií k požadovanému efektu, tedy ke zlepšení porozumění a postojů zdravotníků k duševním onemocněním a k lepšímu chování vůči psychicky nemocným pacientům (Brunero a kol., 2012).

V následující kapitole programy uceleně shrnu. Mimo jejich cílů, forem a výsledků do interpretace zahrnu i to, na jakém principu sociálního ovlivnění programy fungují a s jakými přítomnými prvky stigmatu, dle dělení Thornicrofta, se potýkají.

2.3 Interpretace výsledků a doporučení

Cílem práce je zhodnocení účinnosti intervenčních a preventivních programů v oblasti duševního zdraví. V této kapitole interpretuji výsledky programů a uvedu případná doporučení, kterými by se další výzkum a praxe mohly zabývat.

Vybrané české programy jsou pro účely práce rozděleny z hlediska zaměření na cílové skupiny, tedy do tří kategorií, jak podrobně ukazuje Tabulka 4:

- **děti a mladiství** (Blázníš? No a!, Zipyho kamarádi a Nevypust' duši)
- **osoby blízké** (opět Nevypust' duši, Preduka a projekt Destigmatizace)
- **zdravotníci** (projekt Destigmatizace)

Tabulka 4: Srovnání českých programů

cílová skupina	Název programu	cílová skupina	charakter programu	forma	cíle	sociální vliv	přítomný aspekt stigmatu	principy ověřování	způsob vyhodnocení	výstředek
Děti a mládež	Blažný? No a!	děti a mládež v (žáci 1.-3. třídy ZŠ)	preventivní (interventní)	kontaktní program (programový den s částí edukace, interaktivní a zážitkovou)	• snížení stigmatizujících postojů • snížení záudného sociálního odstupu od lidí s mentálním postižením • naučit společenost adekvátně zacházet s duševním onemocněním (jako je to u onemocnění fyzických)	informační	nevědomost	metodika je aplikována pedagogickým pracovníkem na žáky během celého školního roku (6 tematických modulů zahrnujících 24 lekcí)	1. měření: 4 týdny před programem 2. měření: ihned po programu 3. měření: 4 týdny po programu Metoda sběru: dotazníkové šetření	• snížení stigmatizujících a diskriminačních postojů vůči duševně nemocným • zlepšení postojů vůči lidem s duševním onemocněním • zvýšení ochoty vyhledat pomoc • efektivita více prokázána u dívek a studentů zdravotnických oborů
	Zpýchlo kamarádi	děti ve věku 5-7 let (žáci 1.-3. třídy ZŠ)	preventivní	metodika v rámci výuky	podpora sociálních a emočních dovedností u dětí	normativní/ informační	nevědomost	interaktivní program s lektorem popisujícím vlastní zkušenost s duševním onemocněním	pre a post test – dotazník vyplňovaný učiteli a rodiči dětí	• statistické zlepšení v oblastech: dovednosti sebeovládání, sociální dovednosti
	Nevypust duši	středoskoláci	preventivní	kontaktní program (workshopy)	• edukace o duševním zdraví/ • prostřednictvím workshopů • odstranění tabuizace duševního zdraví	informační	nevědomost, předsudky (diskriminace)	edukativní program s lektorem popisujícím vlastní zkušenost s duševním onemocněním	vyhledám k preventivnímu charakteru programu organizace nedostupuje výzkumnými daty popisujícími efektivity	k roku 2021 absolvovalo 9 458 studentů programy začleňené pro středoskoláky
Osoby blízké	Nevypust duši	• pedagogové • firmy a sítě • veřejnost	preventivní	kontaktní program (workshopy)	• edukace o duševním zdraví/ • prostřednictvím workshopů • odstranění tabuizace duševního zdraví	informační	nevědomost, předsudky (diskriminace)	podání základních informací o oblasti duševního zdraví, představení típá vhodných pro každodenní život a zaměřením se na syndrom vyhoření, motivaci a adaptaci na změny	vyhledám k preventivnímu charakteru programu organizace nedostupuje výzkumnými daty popisujícími efektivity	k roku 2021 absolvovalo 6559 zájemců programů pro veřejnost a 669 programů pro pedagogy
	Preduka	• lidé s duševním onemocněním • rodinní příslušníci	preventivní (interventní)	kontaktní program (prezentace a diskuze)	• zvýšení porozumění duševních onemocnění • možnost sdílet obtížnosti, které onemocnění přináší	informační/ normativní	nevědomost	edukativní program vedený terapeutickým týmem, jehož součástí je prezentace a následná diskuze	zhodnocení programu na základě výzkumu DP z roku 2010 (dotazníkové šetření mezi absolventy Předuky) a výzkumu z roku 2008-2009	• přínos blízkým v podobě větší otevřenosti k duševním onemocněním • získání nových informací • setkání a podpora lidí se stejným osudem
	Projekt Destigmatizace	• lidé s duševním onemocněním • rodinní příslušníci • komunity	preventivní	programy a moduly (Desedy, přednášky, interaktivní semináře, film + diskuze)	• zvýšení kvality života duševně nemocných • vytvoření destigmatizačních opatření na základě analýzy potřeb	normativní/ informační	nevědomost, předsudky	implementace vzdělávacích programů širze tím iniciativy Na rovnou po celé ČR	monitorování školení širze zúčastněné pozorování, hodnotící dotazníky a focus groups	Program byl dokončen v listopadu 2022 a zatím není dostupná jeho evaluace. Lze předpokládat rozšíření povědomí o duševním zdraví.
Zdravotníci	Projekt Destigmatizace	• zdravotníci	preventivní	kampaň podpořená přednáškami a kontaktními kurzy	• omezení stigmatizace nemocných a oborů psychiatrie	informační	předsudky, diskriminace	edukativní programy a moduly pro zdravotníky jak v offline tak v online podobě zaměřeny na správnou práci a komunikaci s nemocnými, s využitím kontaktu s nemocnými	monitorování školení širze zúčastněné pozorování, hodnotící dotazníky a focus groups	Lze předpokládat lepší přístup k duševně nemocným a omezení stigmatizace ze strany odborníků

Do analýzy byly zahrnuty primárně programy preventivního charakteru z důvodu dostupnosti a fungování v České republice. Na programech byla sledována jejich forma, přičemž se nejčastěji jednalo o programy založené na kontaktu s člověkem s duševním onemocněním. Náplní programů je často předávání jedincům nové informace a návody k jednání v neznámých či nepřehledných situacích. Zároveň k tomuto předávání informací programy často využívají přímého kontaktu. Jak vypovídají evaluace, výzkumy či samotní účastníci programů, osoba s vlastní zkušeností s duševním onemocněním pravděpodobně zapříčiňuje jak zajímavost, tak efektivitu programu. Zde hraje velkou roli informační sociální vliv, kdy cílové skupiny přijímají skutečnosti, o kterých jim druzí (tj. osoby se zkušeností) poskytly důkazy. Jedná se v podstatě o všechny vymezené programy. Ti „druzí“, od kterých jsou fakta přejímána, jsou často i odborníci. Je pak často jednodušší projevít těmto lidem důvěru a nechat své názory a postoje do jisté míry ovlivnit. Z hlediska této důvěry v odborníky či autority (jako např. u programu Zipyho kamarádi, kde je autoritou učitel) důležitě působí i vliv normativní. Principy sociálního ovlivnění, na kterých programy fungují nejsou striktně vymezeny, prolínají se a program může pro maximalizaci své efektivity využívat principy oba. Tuto skutečnost přibližuje i např. program Preduka. Program funguje primárně na informačním vlivu z hlediska předávání informací vedoucích ke zvyšování porozumění. Zároveň tu však účastníci sdílí své zkušenosti s nemocí, léčbou či péčí o nemocného a navzájem se podporují a utvrzují v tom, že to, co prožívají je zcela běžné a v situaci nejsou sami. Zde můžeme spatřovat prvky normativního vlivu.

U programů byl sledován i možný přítomný aspekt stigmatu, opírající se o rozdělení Thornicrofta a kol. (2007). Tyto aspekty jsou provázány s využitím vhodného typu sociálního ovlivnění. Pokud jde o nevědomost, programy často stojí na informačním ovlivnění. Lidé mohou být náchylní k osvojení si mylných představ kvůli nedostatku informací. Pokud jde o předsudky a diskriminaci, programy se mohou snažit o změnu těchto norem skrze normativní ovlivnění, usilující o změnu společenských norem a hodnot. O zboření předsudků např. projekt Destigmatizace usiluje skrze snahu implementovat vzdělávací programy po celé ČR. Nevědomost se snaží vymýtit např. organizace Nevypušť duši a program BNA! skrze interaktivní vzdělávací programy vedené školitelem s vlastní zkušeností s duševním onemocněním.

Dalším pozitivem na programech vedených člověkem trpícím duševním onemocněním je samovolné přispívání k udržení stigmatizujícího jazyka na uzdě. Zároveň ten fakt, že nemocní mohou plnit funkci lektora v programech, podporuje princip jazyka „nic

o nás bez nás“ (MZČR, 2020b), který apeluje na to, že není větší odborník na danou problematiku než ten, kdo se s ní sám potýká. Často preferované výrazy v programech jsou *zdraví, pomoc a síla*. Např. na stránkách programu BNA! najdeme slogany „Primární prevence zkracuje cestu k duševnímu zdraví nám všem“, „Naučila jsem se, že říct si O POMOC, není známkou slabosti, ALE SÍLY“ (Blázníš? No a!, 2023). Nevypust' duši se pak na svém webu často zmiňuje rovněž o *zdraví, o pomoci a respektu* „Chceme, aby byla konverzace o duševním zdraví součástí každodenního života každého z nás“, „Chceme, aby se stejného respektu a péče dostávalo všem bez ohledu na gender, národnost nebo sexuální orientaci“, „Proto se nebojíme o duševním zdraví mluvit, sdílíme osobní příběhy a podporujeme živý dialog“ (Nevypust' duši, 2023). Slogany a cíle organizací jsou tak nejčastěji formulovány jasně a srozumitelně, se zaměřením se na jedinečnost každého z nás a zároveň se v nich může vyskytnout podpora v cílech, které na člověku vystihují jeho silné stránky.

Na základě výsledků plynoucích z hodnocení uvedených programů lze vznést několik doporučení. Sledované programy byly častěji přínosnější pro ženy. Jak jsem již zmínila, konkrétně program BNA! se projevil jakožto efektivnější pro dívky. Zároveň zde byla ojedinělá zmínka týkající se pohlaví školitelů. Je tak u programů třeba myslet na to, zdali může mít na efektivitu dopad i původ školitelů či jednoduše jejich pohlaví. Větší ovlivnění dívek naznačuje, že program pravděpodobně zatím není optimálně genderově nastaven. Pro chlapce by program měl být stejně přínosný, další výzkum by si tak měl klást za cíl zjistit, proč je program lépe nastaven pro výsledně efektivnější ovlivnění dívek. Z tohoto důvodu by pro budoucí výzkum a přípravu programů bylo vhodné dát větší důraz na osoby mužského pohlaví.

Závěrem, v práci jsem dospěla ke zjištění, že absolventi programů zaměřených na stigmatizaci v oblasti duševního zdraví mají nižší míru stigmatizujících postojů. Žádný program uvedený v práci se neprokázal zcela neefektivně, každý přinesl výsledky buď v podobě vyššího povědomí o duševním zdraví, zlepšení gramotnosti v této oblasti či snížení stigmatizačních postojů. Tyto výsledky značí, že se programy v České republice ubírají správným směrem. Programy by však bylo třeba nadále šířit, udržovat a dotovat, aby osvětu mohly nadále provádět dál.

Diskuze

V České republice stále přetrvává vysoké stigma spojené s duševním zdravím. Na základě výsledků evaluací programů a studií má oblast duševního zdraví pozitivní aspirace k budoucímu vývoji. Vyvstalo zde ale několik návrhů na změny, které by do budoucna mohly vést k zefektivnění programů a větší propagaci duševního zdraví, která je bezpochyby vždy žádaná.

Výsledky práce ukazují, že intervenční a preventivní programy mohou mít pozitivní vliv na snížení stigmatizace duševních poruch. Analýza dat ukázala, že lidé, kteří absolvovali intervenční či preventivní programy zaměřené na edukaci v oblasti duševního zdraví a stigmatizaci, vykazují nižší míru stigmatizačních postojů a měli větší povědomí o duševním zdraví než lidé, kteří se programů neúčastnili. Tento výsledek naznačuje, že intervenční a preventivní programy mohou být účinným nástrojem v boji proti stigmatizaci duševních poruch.

Je třeba neopomínat, že stigmatizace duševních poruch je komplexní problém, který vyžaduje komplexní řešení. Není zde jeden pouhý faktor, který by stigmatizaci způsoboval, nelze tak usilovat o vyřešení problematiky jedním způsobem či programem. I z tohoto hlediska je důležité do programů zahrnout co nejvíce cílových skupin, aby tak cílená destigmatizace mohla probíhat všude tam, kde je potřeba a problém stigmatizace by tak mohl být komplexně řešen. V budoucích výzkumech by bylo vhodné zaměřit se na faktory, které přispívají ke stigmatizaci (pohlaví, jazyk, věk), a posílit tak snahu o vytvoření nebo přizpůsobení již existujících programů, které by k těmto faktorům efektivněji přistupovaly. Intervence by se v budoucnu zároveň z hlediska primární prevence mohly více zaměřovat na široké spektrum rizikových faktorů, jako jsou odcizení, násilí, nezaměstnanost či stres (Evropská komise, 2005), které ovlivňují prevenci duševních nemocí.

Budoucí rozvoj a rozšíření programů může probíhat, bude-li tento sektor dostatečně financován. Obecně je velkým problémem v sektoru psychiatrické péče dlouhodobé podfinancování. Vzhledem k tomu, že většina aktivit v oblasti duševního zdraví je zajišťována neziskovými organizacemi, jedná se o zdroj nestabilní a limitovaný, což neumožňuje rozmach a zacílení aktivit, který by byl v ideálním případě potřeba.

V rámci reformy psychiatrie je jedním ze zformulovaných cílů příprava nového modelu financování psychiatrické péče. Je tak velkým pozitivem, že se na tuto problematiku klade důraz a jsou plány ji povznést na lepší úroveň. V současné době se však stále jedná pouze o plánovaný cíl. Pokud se ale podaří zajistit stabilnější financování sektoru, jsou zde

pozitivní vyhlídky na dlouhodobé zlepšení psychiatrické péče a obecně povznesení úrovně péče o duševní zdraví.

Myslím ale, že k vyřešení otázky financování je třeba se této problematiky neobávat a vložit do ní svou důvěru, aby se sektor mohl nadále rozvíjet. Tato jistota je získávána díky destigmatizaci a většímu pochopení systému péče o duševní zdraví. Ocitáme se tak v poměrně začarovaném kruhu. Oblast duševní péče má nad sebou stigma, jenž zapříčiňuje malý zájem a neochotu s problematikou pracovat. Z tohoto důvodu je důležité stigma snižovat, aby sféra duševního zdraví docílila dostatečného zájmu, který jí náleží. Požadované destigmatizace lze jednodušeji dosáhnout, budou-li dostatečné prostředky, především finanční, k její realizaci, přičemž primárně se financují problematiky, ve kterých již určitá jistota panuje a nepochybuje se o jejich důležitosti. Což nás opět přivádí k otázce důvěry.

Myslím si, že pro její vybudování je důležité povědomí a zahnání strachu z neznámého. Pro větší propagaci duševního zdraví a snížení stigmatizace je třeba tuto problematiku více z dostupnit. K tomu by mohlo dojít, posune-li se i do online prostoru. Jak samotné destigmatizační programy, tak možnost pomoci duševně nemocným. V současnosti již existují aplikace, online workshopy a online intervence jsou ve svém počátku. Konkrétně programy cílené na mladistvé by mohly efektivně posílit svůj potenciál skrze online prostor. Současné videointervence by mohly být do jisté míry považovány jako jistý předstupeň online intervencí. Sociální média jsou stále doménou primárně mladistvých, kdy v současnosti již nejsou využívána pouze pro zábavu, ale i edukaci. Zároveň je online prostor využívám ve všech sférách života, ať už z hlediska školy, zaměstnání či volnočasových aktivit. Výuková videa, interaktivní aplikace či vzdělávací profily mohou být pozitivními nástroji, jak povědomí o problematice duševního zdraví nadále rozšiřovat.

Mladiství a děti jsou rozhodně skupinou, na kterou by se budoucí programy měly více zaměřovat. Jak na základě uvedených programů můžeme vidět, programy existují, zaměřují se na děti v různých věkových skupinách a cíle se jim poměrně daří plnit. I přesto však není, největším aktérem v České republice, Národním ústavem duševního zdraví, na programy pro děti kladen přílišný důraz. To lze pozorovat i na faktu, že do destigmatizačního programu, probíhajícího v letech 2019-2022 nebyla čistě skupina mladistvých, jako cílová skupina, zařazena. Jak je uvedeno v Akčním plánu destigmatizace (NUDZ, 2017), není v současnosti dostupná dostatečná evidence způsobů destigmatizace

u skupin, kam spadají i učitelé a školská zařízení. Avšak akční plán zároveň odkazuje na potřebu pilotáže intervencí v ČR, kdy lze hledat inspiraci v zahraničí.

Zahraniční studie jsou jistě klíčovým odrazovým můstkem pro výzkum v České republice. Lze se v nich inspirovat jak k tomu, co dělat, využít pozitivních prvků a zefektivnit momentálně probíhající programy, tak se díky nim lze vyvarovat toho, do čeho není ideální se pouštět. Pozitivním zjištěním může být stav, ve kterém se jak domácí, tak zahraniční studie sejdou. Stejně výsledky se objevily u otázky pohlaví (viz Shandley a kol., 2010; Janoušková a kol., 2017). Došlo ke zjištění, že ženy v oblasti duševních onemocnění mají nižší míru stigmatizačních postojů než muži. V tomto případě se pravděpodobně jedná o další hluboce zakořeněný faktor, který nelze jednoduše ovlivnit. Je možné, že programy jsou schopny ovlivnit obě pohlaví nastejno, ale ženy projevují již před samotným programem nižší míru stigmatizujících postojů (Shandley a kol., 2010). Co se týče vstupních hodnot, zde bychom museli pravděpodobně zabrousit do výchovy a přístupu k mužům od útlého věku a sledovat, kde se stigmatizující postoje začínají utvářet. Dalším vysvětlením zjištěného rozdílu mezi ženami a muži by pravděpodobně mohla být větší otevřenost žen k hledání podpory než mužů, či zaměření programů na problematiku, které jsou častější u žen.

Pohlaví by tak mělo být zahrnuto do dalších analýz a označeno jako jeden z faktorů, na kterém by destigmatizační programy měly stát a brát jej v potaz. Zároveň by výzkum kolem otázky pohlaví bylo možné zacílit rovněž na to, zdali ke snižování stigmatizujících postojů může napomáhat i pohlaví osoby provádějící intervenci a jeho (či její) cílové publikum a navázat tak na domněnku v evaluaci programu BNA! Janouškové a kol. (2018). Hledat bližší souvislosti, zdali existuje vztah například mezi školitelkou ženou před pánským publikem a následně školitelem mužem před pánským publikem a naopak. Programy běžící v České republice na oddělení pohlaví při výkonu programu nijak nelpí a ani to prozatím nevykonávají. Přesto fungují efektivně. Za efektivitou zde pravděpodobně primárně stojí vzájemný kontakt. Intervence založená na setkávání s osobou se zkušeností s duševním onemocněním se projevuje jako jedna z nejvíce efektivních.

Efektivitě programů pozitivně přispíval kontakt s osobami majícími s onemocněními zkušenost, který napomáhal k řádnému předávání a přijímání informací. V programech usilujících o destigmatizaci hrál primárně roli informační sociální vliv k ovlivnění cílové populace. Zároveň se ale v programu Zipyho kamarádi, cílícího na malé děti, se projevil efektivně vliv normativní. V tomto případě metodika stojí na tom, že učitel děti programem provází. Pro děti autorita, vzor, jedná jakýmsi způsobem, který napomáhá zviditelnění

normálního chování, které děti následně přejímají. Zde tak nebylo zapotřebí osoby s vlastní zkušeností, aby program byl efektivní. Nelze však vyloučit, že by případně tato osoba na děti a efektivitu programu neměla dobrý vliv. Pravděpodobně u dětí v předškolním či mladším školním věku, stačí taktiky napomáhající duševnímu zdraví zařadit do prosté výuky. Roli zde může hrát i autorita učitele, kterého děti respektují a informace jím zprostředkované bez problému přijímají. Na druhou stranu u dospělých, kteří nejsou pod každodenním vlivem školních programů, které by teoreticky mohly být srovnávány se vzdělávacími intervencemi, se projevil typ kontaktní intervence jako účinnější. Do budoucna by tak mohlo být předmětem výzkumu určení, zdali u malých dětí lze podporu emočních dovedností docílit pouze výukovými moduly, či zdali existuje jiný efektivní způsob, jako například spolupráce s duševně nemocným.

Pokud se vrátíme zpět k sociálnímu vlivu, dalo by se polemizovat i o tom, zdali normativní vliv samotnou stigmatizací právě neplodí. Lidé mají přirozenou potřebu se veřejnosti přizpůsobit, nechtějí dospět do situace, kdy by okolí neschvalovalo jejich jednání. Společnost v současnosti není destigmatizací nastavená. Lidé se v oblasti duševního zdraví sami nevzdělávají tak, aby uspokojili touhu po naplnění očekávání druhých a zisku uznání. Ačkoliv může stigmatizace využívat normativního ovlivnění, na stejném principu může fungovat i destigmatizace. Ve společnosti existují vnímané normy, kdy se destigmatizační programy a kampaně snaží o poukázání na běžnost duševních onemocnění. Této otevřenosti a snaze o dokázání normality přispívají v dnešní době, dle mého názoru, seriály, filmy, knihy dotýkající se problematiky duševního zdraví a ukazující jako běžnou součást života či dokonce slavné osobnosti k onemocněním se hlásící.

Tato otevřenost ale pravděpodobně není stále na takové úrovni, že by normativní sociální vliv posiloval pouze destigmatizaci. V tomto případě se vracíme opět k tomu, že povědomí o problematice duševního zdraví je stále na poměrně nízké úrovni. Myslím si, že pokud se dospěje k dostatečné osvětě a edukaci, rozšíří se víc současné vnímané normy týkající se pozitivního přístupu k duševnímu zdraví, mohl by normativní sociální vliv posílit a společenské destigmatizaci značně napomoci. Pokud bude většinová společnost vykazovat destigmatizující postoje, je zde možnost, že společnost menšinovou bude pohánět touha po zisku uznání a naplnění očekávání, kdy výsledkem bude osvojení si destigmatizačních postojů. Zároveň by tato touha mohla napomoci chuti se vzdělat v této problematice, čímž by dalším pozitivním dopadem mohlo být zvýšení gramotnosti v oblasti duševních poruch.

Gramotnost zároveň může napomáhat prevenci duševních poruch (Kelly a kol., 2007). Nápomocná může být i při intervencích, kdy, pokud společnost disponuje dostatečnou úrovní gramotnosti, budou lidé schopni rozeznat, že potřebují vyhledat odbornou pomoc a co hlavně, tato potřeba nebude stigmatizována. Do budoucna je tak třeba posílit intervence zacílené na zvýšení této gramotnosti, protože v současnosti, ač se jedná o programy s potenciálem, jich je nedostatek.

Domnívám se, že gramotnost v oblasti duševního zdraví je vzájemně provázána s destigmatizačními postoji. Zlepší-li se jedno, je tak velká pravděpodobnost, že pozitivně vzroste i druhé. Obojí se může zvyšovat podobnými způsoby. Školní či firemní intervence skrze vzdělání zvyšují gramotnost a následným očekávaným výsledkem je snížení stigmatizačních postojů. Pokud je aktivita správně nastavena, měla by automaticky přinést pozitivní vývoj v obou zmiňovaných složkách souvisejících s destigmatizací. Budoucí výzkum by se tak mohl zaměřit na určení případných souvislostí mezi gramotností a nižšími stigmatizujícími postoji.

Na celé problematice stigmatizace duševního zdraví je pozitivním výchozím bodem už vůbec jen to, že zde existují programy usilující o destigmatizaci a nějakým způsobem fungují. Pokud budou efektivní i nadále, myslím, že by mohly být do budoucna silným nástrojem destigmatizace. Programy ovlivňující děti směrem k větší gramotnosti v oblasti duševního zdraví, k inkluzi či adekvátnímu vysvětlení psychických onemocnění, jsou teoreticky jedny z nejsilnějších a nejefektivnějších programů. Pokud je program správně nastaven pro děti v určitém věku, aby byly schopny pojmout informace, stejně jako jsou sestavována kurikula ve škole, lze z dlouhodobého hlediska stigmatizaci podchytit a tímto způsobem stigmatizující postoje odbourávat, případně při nejlepším zcela zamezit jejich vzniku.

Závěr

Problematika stigmatizace duševního zdraví, diskriminace, stigmatu a odmítavých postojů je stále velkým a aktuálním tématem. Na základě této přehledové studie lze ale konstatovat, že v současné době existují efektivní způsoby, které jsou schopny proti této problematice bojovat. Jakožto efektivní způsob destigmatizace se prokázaly programy, ať už intervenční či prevenční, zabývající se problematikou duševního zdraví. Programy fungující v České republice byly v práci zhodnoceny a na základě výsledků studií lze konstatovat, že intervence a preventivní programy zaměřené na duševní zdraví jsou efektivní z hlediska zlepšování postojů a sociální distance. Zároveň napomáhají zvýšení gramotnosti v oblasti duševního zdraví u osob, jež se programů účastnili.

U cílových skupin, na které byly programy zaměřeny (mladiství, zdravotníci a osoby blízké), se prokázala účinnost programů z hlediska snižování stigmatizujících postojů. Nejvíce účinné byly ty programy, jež stály na předávání informací skrze školitele, který sám má osobní zkušenost s duševním onemocněním. Kde je v současnosti jistá mezera, je otázka pohlaví. Na základě zahrnutých studií lze konstatovat, že v současnosti jsou programy v oblasti duševního zdraví o něco efektivnější u žen. Často jsou to ale právě ženy, které do programů vstupují již s vyššími vstupními hodnotami nežli muži. Programy tak tyto hodnoty mohou adekvátně u obou pohlaví navýšit, nicméně u žen se programy ve výsledku budou vykazovat jako o něco efektivnější. Na otázku efektivity u jednotlivých pohlaví by mohl směřovat budoucí výzkum.

V rámci přehledu ale existují jistá omezení, kdy vzhledem k nedostatku hodnocení programů byl zahrnut malý počet studií. Byla zde snaha zahrnout všechny existující relevantní studie, avšak i přesto nemusí být poskytnut zcela nezaujatý přehled. Především z toho hlediska, že pro práci byly využity převážně evropské a severoamerické studie, což znamená, že výsledky tohoto přehledu se nedají zcela generalizovat. V rámci této přehledové studie nebyly použity primární zdroje jako dotazníková šetření či rozhovory, ale pracovalo se pouze se sekundárními zdroji, jako jsou evaluace programů a vědecké články. Dalším limitem této práce je omezení cílových skupin. Práce se zaměřuje na programy týkající se destigmatizace dětí a mladistvých, osob blízkých a zdravotníků, nezahrnuje tak další cílové skupiny jako například přímo osoby s jistou diagnózou.

Intervence a preventivní programy zaměřené na destigmatizaci duševních poruch fungující v České republice jsou důležitou a efektivní podporou jak samotného duševního zdraví, tak přijetí osob trpících duševními nemocemi. Ačkoliv již teď programy efektivně fungují, je zde stále prostor k jejich zlepšení a navýšení efektivity. V budoucnu by tak programy mohly být více finančně podpořeny a rozšířeny mezi více cílových skupin, aby se tak dosáhlo co nejvíce tolerantního prostředí ve společnosti pro všechny osoby s duševními poruchami.

Seznam použité literatury:

Alexová, A., Kågström, A., Winkler, P., Kondrátová, L., & Janoušková, M. (2019). Correlates of internalized stigma levels in people with psychosis in the Czech Republic. *International Journal of Social Psychiatry*, 65(5), 347-353. <https://doi.org/10.1177/0020764019850204>

Aliev, A., Bechyňová, L., Blažejovská, T., Fajnerová, I., Francová, A., Janků, K., Kagstrom, A., Kasal, A., Kolenič, M., Lukasová, M., Macháčková, M., Pešout, O., Pitoňák, M., Sýkorová, E., Šeniglová, K., Tomášková, H., Winkler, P. on behalf of MyMentalHealth.Guide consortium. (2020). Self-care in mental health. National Institute of Mental Health, Czech Republic. Získáno z: <https://www.opatruj.se>

Allport, G. W., Clark, K., & Pettigrew, T. (1954). The nature of prejudice. Addison-Wesley publishing company, inc.

Blázníš? No a! (2023). *Úvod*. Získáno 7. dubna 2023 z: <https://www.blaznis-no-a.cz>

Brunero, S., Jeon, Y. H., & Foster, K. (2012). Mental health education programmes for generalist health professionals: An integrative review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(5), 428-444. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00802.x>

Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. (2021). *Úvod*. Získáno 2. března 2023 z: <http://www.cmhcd.cz/centrum/uvod/>

Centrum pro výzkum veřejného mínění. (2023). *Strategie AV21: Časové řady vybraných otázek z výzkumu Naše společnost pro rok 2022*. Získáno 22. dubna 2023 z: <https://cvvmapp.soc.cas.cz/#question24>.

Chandler, George. (1982). International and national library and information services: a review of some recent developments 1970-80. Oxford: Pergamon Press. ISBN 0-08-025793-3

Corrigan, P. (2021). Projekt Destigmatizace: Stigma a stigmatizace. In: Narovinu.net Získáno 6. května 2023 z: <https://narovinu.net>

DotaceEU.cz. (2023). Blázníš? No a! – rozvoj a podpora národní sítě programu včasné prevence sociálního vyloučení. Ministerstvo pro místní rozvoj ČR. Získáno 15. dubna 2023 z: www.dotaceeu.cz

Duševní zdraví dětí. (2019). *Zipyho kamarádi*. Získáno 1. března 2023 z: <https://zipyhokamaradi.cz/zipyho-kamaradi/>

Dvořáková, K. (2007). Kontaktní hypotéza v odborné literatuře pojednávající o interetnických vztazích. *Rexter*, 2, 57-67. Získáno z: <http://www.rexter.cz/kategorie/022007/>

Evropská komise (2005, 14. říjen). Zelená kniha: Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva, Na cestě ke strategii duševního zdraví pro Evropskou unii. Získáno 6. května 2023 z: https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_cs.pdf

Festival Na hlavu. (n.d.). *O Festivalu*. Získáno 1. března 2023 z: <https://festivalnahlavu.cz/#festival>

Fiske, S. T. (2016). *Prejudice, discrimination, and stereotyping*. NOBA Project. Získáno z: <https://nobaproject.com/modules/prejudice-discrimination-and-stereotyping>

Fokus Praha. (2023). *O nás*. Získáno 1. března 2023 z: <https://www.fokus-praha.cz/o-nas>

Goffman, E. (1963). *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Simon & Schuster.

Haggerty, R. J., & Mrazek, P. J. (Eds.). (1994). Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. National academy press.

Hansson, L., Stjernswärd, S., & Svensson, B. (2016). Changes in attitudes, intended behaviour, and mental health literacy in the Swedish population 2009–2014: an evaluation of a national antistigma programme. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134, 71-79. <https://doi.org/10.1111/acps.12609>

Hedepy. (2020). *O nás*. Získáno 25. března 2023 z: <https://hedepy.cz>.

Janoušková, M., Tušková, E., Weissová, A., Trančík, P., Pasz, J., Evans-Lacko, S., & Winkler, P. (2017). Can video interventions be used to effectively destigmatize mental illness among young people? A systematic review. *European Psychiatry*, 41(1), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.09.008>

Janoušková, M., Weissová, A., Formánek, T., & Tušková, E. (2018). Evaluace programu Blázníš? No a!. Získáno z: <https://www.blaznis-no-a.cz/wp-content/uploads/2021/03/Zvren-zprva-z-vzkumu-BNA-2018.pdf>

Kelly, C. M., Jorm, A. F., & Wright, A. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *Medical Journal of Australia*, 187(S7), S26-S30. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01332.x>

Kelly, C. M., Mithen, J. M., Fischer, J. A., Kitchener, B. A., Jorm, A. F., Lowe, A., & Scanlan, C. (2011). Youth mental health first aid: a description of the program and an initial evaluation. *International Journal of Mental Health Systems*, 5, 1-9. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-5-4>

Kočvarová, I., & Machů, E. (2017). Sklony ke konformitě jako potenciální sociální limit rozvoje nadání žáků. *Sociální Pedagogika*, 5(1), 63-75. <https://doi.org/10.7441/soced.2017.05.01.04>

Krupčík, O., Kondrátová, L., Kuklová, M., Říčan, P., Tomášková, H., Matoušek, S., & Kučera, M. (2022). Včasná intervence u osob se závažným duševním onemocněním. Získáno z: https://vizdom.cz/wp-content/uploads/2022/11/METODIKA_VIZDOM_pro_online.pdf

Ma, K. K. Y., Anderson, J. K., & Burn, A. M. (2022). School-based interventions to improve mental health literacy and reduce mental health stigma—a systematic review. *Child and Adolescent Mental Health*. <https://doi.org/10.1111/camh.12543>

Ministerstvo zdravotnictví ČR. (2013, 8. října). *Strategie reformy psychiatrické péče*. Verze 1.0. Získáno z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Strategie%20reformy%20psychiatrické%20péče.pdf>

Ministerstvo zdravotnictví ČR. (2020a). Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030. Získáno 5. dubna 2023 z: <https://www.mzcr.cz/narodni-akcni-plan-pro-dusevni-zdravi-2020-2030/>.

Ministerstvo zdravotnictví ČR. (2020b, 21. prosince). Příručka jazyka zotavení. Získáno 5. dubna 2023 z: https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/202/06/Prirucka_jazyka_zotaveni.pdf.

Ministerstvo zdravotnictví ČR. (2023). Projekt Destigmatizace (NUDZ). Reforma péče o duševní zdraví. Získáno z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/projekty/destigmatizace-nudz>

Myers, D.G. (2008). *Social Psychology*. Ninth Edition. New York, NY: McGraw-Hill Companies, Inc.

Národní ústav duševního zdraví (2017). *Akční plán destigmatizace pro rok 2018*. Získáno z: https://narovinu.org/wp-content/uploads/2020/06/SAP2019-2022_projekt_Destigmatizace1.pdf

Národní ústav duševního zdraví. (2018a). *Destigmatizační manuál*. Získáno z: <https://narovinu.org/wp-content/uploads/2018/11/destigmatizační-manuál-1.pdf>

Národní ústav duševního zdraví. (2018b). Střednědobý akční plán destigmatizace 2019–2022. Získáno z: https://narovinu.org/wp-content/uploads/2020/06/SAP2019-2022_projekt_Destigmatizace1.pdf

Národní ústav duševního zdraví. (2021a) Stigma a stigmatizace. Narovinu.net. Získáno 5. dubna 2023 z: <https://narovinu.net/stigma/>

Národní ústav duševního zdraví. (2021b). Destigmatizace lidí s duševním onemocněním v ČR: Projekt Destigmatizace. Narovinu.net. Získáno 1. března 2023 z: <https://narovinu.net/projekt-destigmatizace/>

Na rovinu. (2021a). *Projekt Destigmatizace: Stigma a diskriminace*. Získáno 6. května 2023 z: <https://narovinu.net>

Na rovinu. (2021b). *Projekt Destigmatizace: Cílové skupiny*. Získáno 6. května 2023 z: <https://narovinu.net>

Nevypušt' duši. (2022). Výroční zpráva za rok 2021. In (pp. 2-39). Získáno z: <https://nevypustdusi.cz/o-nas/>

Nevypušt' duši. (2023). O nás. Získáno 4. března 2023 z: <https://nevypustdusi.cz/o-nas/>

Ondráčková, S. (2017). *Problematika duševního zdraví populace České republiky*. (diplomová práce, Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích). Repozitář závěrečných prací. Získáno z: <https://dspace.jcu.cz/handle/123456789/34984>

Painter, K., Phelan, J. C., DuPont-Reyes, M. J., Barkin, K. F., Villatoro, A. P., & Link, B. G. (2017). Evaluation of antistigma interventions with sixth-grade students: A school-based field experiment. *Psychiatric services*, 68(4), 345-352. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600052>

Perlick, D. A., Nelson, A. H., Mattias, K., Selzer, J., Kalvin, C., Wilber, C. H., Huntington, B., Holman, C. S., & Corrigan, P. W. (2011). In our own voice-family companion: reducing self-stigma of family members of persons with serious mental illness. *Psychiatric services*, 62(12), 1456-1462. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.001222011>

Pettigrew, T. F. (1998). Intergroup contact theory. *Annual review of psychology*, 49(1), 65-85. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.001222011>

Pleštilová, L. (2010). Význam rodinné psychoedukace v prevenci relapsu psychotického onemocnění. Získáno z: <http://hdl.handle.net/20.500.11956/25662>

Preduka. (2023). Preduka aneb jak neonemocnět znovu. Získáno z: http://www.pnkm.cz/soubory/preduka_20230203.pdf

Ryšavý, D. (2003). Sociální distance vůči Romům. Případ vysokoškolských studentů/Social Distance towards the Roma. The Case of University Students. *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*, 55-77. <https://www.jstor.org/stable/41131891>

Shandley, K., Austin, D., Klein, B., & Kyrios, M. (2010). An evaluation of 'Reach Out Central': an online gaming program for supporting the mental health of young people. *Health education research*, 25(4), 563-574. <https://doi.org/10.1093/her/cyq002>

SozialMarie. (2021). Price for social Innovation: Duševní zdravověda pro středoškoláky. Získáno 3. března 2023 z: <https://www.sozialmarie.org/cs/projects/8356>

Škoda, M. (2016). Předsudky, diskriminace a stigmatizace jako závažné etické problémy spojené s léčbou psychicky nemocných. *Psychiatrie pro praxi*, 17(2), 24-34. <https://doi.org/10.36290/psy.2016.042>

Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A., & Sartorius, N. (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination?. *The British Journal of Psychiatry*, 190(3), 192-193. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.025791>

Wark, C., & Galliher, J. F. (2007). Emory Bogardus and the origins of the social distance scale. *The American Sociologist*, 38, 383-395. <https://doi.org/10.1007/s12108-007-9023-9>

Weissová, A. (2015). *Stigmatizace osob s duševním onemocněním*. (diplomová práce, Fakulta sociálních věd Univerzity Karlovy). Repozitář závěrečných prací. Získáno 7. května 2023 z: <http://hdl.handle.net/20.500.11956/70424>

Winkler, P., Csémy, L., Janoušková, M., & Bankovská Motlová, L. (2014). Stigmatizující jednání vůči duševně nemocným v Česku a Anglii: dotazníkové šetření na reprezentativním vzorku populace. *Psychiatrie*, (2).

Winkler, P., Janoušková, M., Kožený, J., Pasz, J., Mladá, K., Weissová, A., Tušková, E. & Evans-Lacko, S. (2017). Short video interventions to reduce mental health stigma: a multi-centre randomised controlled trial in nursing high schools. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 52, 1549-1557. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1449-y>

Winkler, P., Mladá, K., Janoušková, M., Weissová, A., Tušková, E., Csémy, L., & Evans-Lacko, S. (2016). Attitudes towards the people with mental illness: comparison between Czech medical doctors and general population. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 51, 1265-1273. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1263-y>

Winkler, P. (2022). Destigmatizace lidí s duševním onemocněním v ČR: Destigmatizace. Získáno 1. března 2023 z: <https://www.nudz.cz/vyzkum/vyzkumny-program-verejne-dusevni-zdravi/granty-a-projekty/destigmatizace-lidi-s-dusevnim-onemocnenim-v-cr-destigmatizace>

Zhou, X., Edirippulige, S., Bai, X., & Bambling, M. (2021). Are online mental health interventions for youth effective? A systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 27(10), 638-666. <https://doi.org/10.1177/1357633X211047285>

Žufníček, J., Gricová, J., Běláček, J., Dosoudil, P., Čermáková, M., & Papežová, H. (2016). Zpráva z evaluace programu Zipyho kamarádi v ČR. Získáno z: <https://zipyhokamaradi.cz/vyzkumne-studie-ucinnosti/>

Seznam zkratk:

CDZ	Centrum duševního zdraví
CVVM	Centrum pro výzkum veřejného mínění
ČR	Česká republika
EU	Evropská unie
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NUDZ	Národní ústav duševního zdraví
RIBS	Reported and Intended Behaviour Scale
UK	United Kingdom
USA	United States of America