

# VÝVOJ A PILOTÁŽ PROGRAMŮ PROTI STIGMATIZACI V ČESKÉ REPUBLICE

původní práce

Zoe Guerrero<sup>1</sup>  
Tereza Blažejovská<sup>1</sup>  
Hana Kafková<sup>1</sup>  
Marcela Macháčková<sup>1</sup>  
Matyáš Müller<sup>1</sup>  
Michal Nesládek<sup>1</sup>  
Slavomíra Pukanová<sup>1</sup>  
Zbyněk Roboch<sup>1</sup>  
Alena Skopcová<sup>1</sup>  
Andrea Včeláková<sup>1,3</sup>  
Michal Veselský<sup>1</sup>  
Markéta Vítková<sup>1</sup>  
Petr Winkler<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Výzkumný program sociální psychiatrie, Národní ústav duševního zdraví, Klecany, Česká republika

<sup>2</sup>Health Service and Population Research Department, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College London, United Kingdom

<sup>3</sup>Katedra psychologie FF UK v Praze, Česká republika.

## Kontaktní adresa:

Zoe Guerrero, MSc, AKC  
Národní ústav duševního zdraví  
Topolová 748  
250 67 Klecany  
e-mail: zoe.guerrero@nudz.cz

## SOUHRN

**Guerrero Z, Blažejovská T, Kafková H, Macháčková M, Müller M, Nesládek M, Pukanová S, Roboch Z, Skopcová A, Včeláková A, Veselský M, Vítková M, Winkler P. Vývoj a pilotáž programů proti stigmatizaci v České republice**

Stigma vztahující se k duševnímu zdraví je v České republice stále rozšířené. Iniciativa NA ROVINU vznikla v rámci implementace reformy péče o duševní zdraví a zaměřuje se na vytvoření destigmatizačních vzdělávacích programů pro šest předdefinovaných cílových skupin: uživatelé služeb péče o duševní zdraví, jejich rodinní příslušníci, zdravotníci, poskytovatelé sociálních služeb, úřady veřejné správy a komunity, které jsou v těsné blízkosti nově vybudovaných komunitních center pro duševní zdraví.

Pro vytvoření konkrétních programů byla provedena situační analýza. Ta zahrnovala prozkoumání potřeb u každé cílové skupiny, mapování současných a minulých destigmatizačních programů v České republice a přehled světové literatury. Na základě tohoto byly vytvořeny a následně pilotovány programy pro každou cílovou skupinu. Zároveň byla sbírána kvalitativní a kvantitativní data.

Kvalitativní data ve formě fokusních skupin ukázala, že programy jsou přijatelné a použitelné pro dané cílové skupiny. Také na základě shromážděných kvalitativních údajů byly do programů implementovány změny. Implementace programů probíhá i nadále.

**Klíčová slova:** destigmatizace, pilot, stigma, vzdělávací programy, duševní zdraví.

## SUMMARY

**Guerrero Z, Blažejovská T, Kafková H, Macháčková M, Müller M, Nesládek M, Pukanová S, Roboch Z, Skopcová A, Včeláková A, Veselský M, Vítková M, Winkler P. Development and piloting of anti-stigma programs in the Czech Republic**

Stigma related to mental health is still widespread in the Czech Republic. The ON THE LEVEL initiative was created as part of the ongoing implementation of the mental health care reform in the Czech Republic and focuses on creating destigmatizing educational programs for six pre-defined target groups: users of mental health services, their family members, health professionals, social service providers, public office employees and communities that are in close proximity to the newly built community mental health centers.

A situational analysis was undertaken to create the specific programs. This included an examination of the needs of each target group, a mapping of current and past destigmatization programs in the Czech Republic, and an overview of world literature. Based on this, programs were created and subsequently piloted for each target group. At the same time, qualitative and quantitative data were collected for evaluation purposes.

Qualitative data in the form of focus group observations showed that the programs are acceptable and applicable to the target groups. On the basis of collected qualitative data, necessary changes were made to the programs. Implementation of programs is still ongoing.

**Key words:** educational program, destigmatization, pilot, stigma, mental health.

## ÚVOD

Stigma duševních onemocnění představuje velkou zátěž pro osoby žijící s duševním onemocněním, jejich rodiny a společnost. Stigma duševního zdraví tvoří velkou bariéru ve společenském životě, přístupu ke zdravotní péči, šancích na zaměstnání a dalších.<sup>1–3</sup> Stigma lze konceptualizovat jako problém znalostí, postojů a chování.<sup>4,5</sup>

Stigma duševního zdraví je v České republice stále velmi rozšířené a nevyskytuje se pouze na interpersonální úrovni ve formě negativních postojů nebo aktivní diskriminace, ale je často patrné také v nedostatečné vládní podpoře nebo negativních zprávách v médiích.<sup>6</sup> Stigmatizace v České republice je také mnohem častější ve srovnání s ostatními zeměmi, Winkler et al.<sup>7</sup> toto potvrzují ve své studii porovnávací úroveň stigmatizace mezi Anglií a Českou republikou. Nicméně, v posledním období došlo v ČR k mírnému zlepšení populačních postojů, také díky reformě péče o duševní zdraví a jednomu z jejich projektů zaměřenému právě na destigmatizaci.<sup>8</sup>

V České republice existuje několik soukromých a veřejných organizací, které vytvářejí destigmatizační programy. Tyto programy se z větší části zaměřují spíše na malé oblasti zájmu, jako jsou například komunikace, koncepce zotavení nebo zplnomocnění klientů. Většina těchto programů však není hodnocena z hlediska jejich účinnosti ani popsána v literatuře. Kromě toho tyto programy často fungují na místní úrovni a nedosahují celostátního dopadu.

S financováním z grantů EU od roku 2016 probíhá v České republice reforma péče o duševní zdraví. Jejím cílem jsou zlepšení kvality života uživatelů služeb prostřednictvím deinstitucionalizace péče o duševní zdraví a přechodem na komunitní péči; zvýšením dostupnosti a návaznosti služeb; zvýšením multidisciplinarity v jednotlivých službách; posílením systému rozvoje péče založeným na evidenci atd. Iniciativa NA ROVINU je jedním z projektů, které jsou součástí rozsáhlejší reformy. Hlavním cílem iniciativy je snížit stigma související s duševním zdravím a zvýšit duševní gramotnost. Iniciativa se zaměřuje na 6 cílových skupin – uživatelé služeb péče o duševní zdraví, jejich rodinní příslušníci, zdravotníci, poskytovatelé sociálních služeb, úřady veřejné správy, komunity (které jsou v těsné blízkosti nově vybudovaných komunitních center pro duševní zdraví).

Cílem tohoto článku je popsat vývoj intervencí ke snížení stigmatu a sebestigmatu (u uživatelů) a zvýšení duševní gramotnosti u každé cílové skupiny, a to včetně situační analýzy a následného pilotního testování, jejichž cílem bylo zjistit, zda jsou intervence udržitelné, přijatelné a použitelné v českém kontextu a efektivní pro danou cílovou skupinu.

## METODY

### Situační analýza

Situační analýza zahrnovala posouzení potřeb klíčových skupin účastníků – analýzy potřeb, mapování současných

a minulých destigmatizačních aktivit v České republice a přehled literatury ohledně destigmatizačních intervencí pro každou cílovou skupinu. Hlavním cílem analýzy potřeb bylo popsat zkušenosti cílových skupin s ohledem na stigmatizaci duševního zdraví a definovat jejich vzdělávací potřeby. To bylo provedeno prostřednictvím hloubkových polostrukturovaných rozhovorů nebo fokusních skupin s klíčovými představiteli z každé skupiny. Všechna data byla přepsána a kódována pomocí softwaru Atlas.ti. Cílem mapování bylo prozkoumat současné a minulé destigmatizační aktivity v České republice a vyhodnotit jejich účinnost s cílem identifikovat metody osvědčených postupů. Naopak, rešerše literatury se zaměřila na mezinárodní literaturu popisující destigmatizační intervence.

Na základě situační analýzy byly vytvořeny osnovy pro programy každé cílové skupiny. Celkově situační analýza se svými výstupy byla vedena pod dohledem platformy českých a zahraničních expertů, kteří byli přizváni k účasti na projektu.

### Kvalitativní data

Kvalitativní údaje byly shromážděny prostřednictvím diskusí cílových skupin, které proběhly bezprostředně po programech. Fokusní skupiny byly přepsány pozorovatelem a vedeny moderátorem na základě polostrukturovaného scénáře, který zahrnoval následující klíčové oblasti k diskusi: praktické využití informací získaných v programu, srozumitelnost, zajímavost a novost poskytovaných informací a interaktivita. Pozorovatel poté na základě přepisů vyhodnotil klíčové body ve fokusních skupinách.

### Kvantitativní data

Každá cílová skupina měla specifickou sadu dotazníků (tab. 1). Dotazníky byly účastníkům zaslány jeden týden před tím, než se zúčastnili programu (pre-test), jeden týden po (post-test) a po 3 měsících. K pilotáži byly využity kvantitativní metody, avšak data z nich vyplývající nebudou uvedena, protože vzorky v každé cílové skupině byly příliš malé pro statistickou analýzu.

Tab. 1. Škály použité u každé cílové skupiny

Cílová skupina	Škály
<b>Uživatelé</b>	<b>RAS</b> (Recovery Assessment Scale) <b>ISMI</b> (Internalized Stigma of Mental Illness)
<b>Rodinní příslušníci</b>	<b>DCFS</b> (Devaluation of Consumer and Families Scale) <b>FES</b> (Family Empowerment Scale)
<b>Veřejná správa</b>	<b>RIBS</b> (Reported and Intended Behaviour Scale) <b>CAMI</b> (Community Attitudes towards Mentally Ill)
<b>Zdravotníci</b>	<b>RIBS</b> (Reported and Intended Behaviour Scale) <b>MICA</b> (Mental Illness Clinician's Attitudes) <b>CAMI</b> (shortened version) (Community Attitudes towards Mentally Ill)
<b>Poskytovatelé sociální péče</b>	<b>MICA</b> (Mental Illness Clinician's Attitudes) <b>CAMI</b> (Community Attitudes towards Mentally Ill). <b>RIBS</b> (Reported and Intended Behaviour Scale)
<b>Komunity</b>	<b>RIBS</b> (Reported and Intended Behaviour Scale) <b>CAMI</b> (Community Attitudes towards Mentally Ill)

## ZDRAVOTNÍCI

### Situační analýza

#### Analýza potřeb

U cílové skupiny zdravotníků byly rozhovory provedeny s 5 klinickými psychology, 4 psychiatry, 2 praktickými lékaři, 5 všeobecnými sestrami, 5 sestrami z komunitních center duševního zdraví, 2 zdravotními sestrami primární péče, 4 psychoterapeuty, 1 ředitelem psychiatrické nemocnice a 5 studenty oboru zdravotnictví. V reakci na změnu zaměření z psychiatrické na somatické zdravotníky byly uspořádány další rozhovory se 2 záchranáři, 4 lékaři a 1 vrchní sestrou ze všeobecné nemocnice. Bylo zjištěno, že zdravotničtí pracovníci nemají znalosti o právech pacientů, jako je Úmluva o právech osob se zdravotním postižením (CRPD). Mnoho z nich navíc zastávalo nekorektní paternalistický styl vůči pacientům s duševním onemocněním. Rovněž bylo poukázáno na nedostatek vzdělání poskytovaného zdravotníkům při jejich výcviku týkajícím se stigmatu duševního zdraví, rozdílů mezi duševními onemocněními a konceptu uzdravení. Pokud takový výcvik zdravotníci absolvovali, byl obvykle založen na teorii a postrádal aspekt praxe ze „skutečného života“. Samotní zdravotníci však zdůraznili potřebu dozvědět se o správné komunikaci s pacienty s duševním onemocněním. Rovněž vyjádřili přání dozvědět se více o etice, krizových intervencích, farmakoterapii, a jak mohou více spolupracovat s různými službami, jako jsou komunitní psychologové a týmy.

#### Mapování současných a minulých destigmatizačních aktivit v České republice

Pro cílovou skupinu zdravotníků byly použity tři různé metody k prozkoumání současných a minulých destigmatizačních aktivit v České republice. Nejprve bylo provedeno internetové vyhledávání všech projektů, které v současné době využívají Norské fondy v souvislosti s iniciativou pro malá grantová schémata Programu CZ 11 „Iniciativy v sektoru veřejného zdraví“. Zadržet největší poskytovatelé sociálních služeb v každém regionu a odborníci na výzkum stigmatizace byli požádáni, aby poskytli informace o současných destigmatizačních aktivitách. A konečně, některé informace týkající se současných destigmatizačních aktivit, které jsou součástí větší reformy péče o duševní zdraví, byly získány prostřednictvím komunikace a spolupráce s Ministerstvem zdravotnictví. Na základě výše uvedeného se ukázalo, že v českém prostředí byla provedena pouze jedna destigmatizační intervence zaměřená na zdravotníky – intervence READ v roce 2017, která byla součástí rozsáhlejší mezinárodní studie provedené v síti INDIGO.<sup>9</sup>

### Popis programu

Cílová skupina zdravotníci byla rozdělena do podskupin: záchranáři, zdravotníci ve všeobecných nemocnicích a praktičtí lékaři. Každé podskupině byl nabídnut jiný program.

Tab. 2. Popis programu

Cílová skupina	Moduly			Lektor
Záchranáři	Modul komunikace	Modul reformy duševní péče	Modul práva pacientů	Psychiatr, peer lektor
Všeobecné nemocnice	Modul komunikace	Modul reforma duševní péče	Modul o stigmatizaci	Psychiatr, peer lektor
Praktičtí lékaři	Modul psychiatrické minimum, reforma duševní péče s zaměřením na regionální duševní péči			Psychiatr, peer lektor

### Účastníci

Protože se program pro zdravotníky pro každou z podskupin liší, byla provedena tři různá pilotní testování. Pro každé z pilotních testování byly na základě vlastního zájmu vybrány instituce, kde byla intervence provedena. Účastníci byli informováni o své účasti na studii a byli požádáni, aby podepsali informovaný souhlas. U podskupiny záchranářů byl pilotní program proveden v Jihočeském kraji. Účastníky (n = 12) byli zejména instruktoři záchranářů a zaměstnanci systémů psychosociální intervenční péče. Pilot programu pro zdravotníky veřejné nemocnice byl proveden ve městě České Budějovice. Účastníky (n = 13) byli většinou lékaři a sestry z urgentní péče. Praktičtí lékaři (n = 20) měli pilotní program v Praze, byli osloveni prostřednictvím Sdružení mladých praktických lékařů, které zahrnuje zejména praktické lékaře, kteří jsou v přípravě své atestace nebo do 5 let po ní. Celkově bylo více žen než mužů (78 % žen), věk se pohyboval od 25 do 55 let.

### Výsledky

Obecně byla zpětná vazba z fokusních skupin prováděných se záchranáři pozitivní. Zdálo se, že účastníky nejvíce ovlivnily tři klíčové komponenty – praktičnost poskytovaných informací, skutečnost, že lektoři pocházejí ze stejné linie práce, a životní příběhy kolegů lektorů (nebo lidí se zkušenostmi s duševním onemocněním). Jedním z negativ, které bylo často zmiňováno, je stručnost programu a neschopnost jít do hloubky s informacemi, stejně jako nedostatek času na přemýšlení o nově získaných informacích.

Zpětná vazba od zdravotních sester a lékařů z primární zdravotní péče byla obecně méně pozitivní ve srovnání s podskupinou zdravotníků. Účastníci se domnívali, že informace, které jim byly poskytnuty, nelze použít v jejich každodenní praxi, zejména v případě modulu o komunikaci. Dále se domnívali, že informace byly více zaměřeny na pracovníky v sektoru sociální péče než ve zdravotnictví. Účastníci se však i nadále zajímali o téma komunikace, pokud by byl program více adaptován do jejich kontextu.

Podobně by praktičtí lékaři rádi viděli více praktických příkladů, jak komunikovat s pacienty s duševními

onemocněními. Všichni účastníci se shodli na tom, že program je užitečný, a líbila se jim jeho stručnost, i když pro jejich každodenní praxi potřebovali jasnější příklady a spojení s informacemi o primární péči.

## UŽIVATELÉ

### Situační analýza

#### Analýza potřeb

U cílové skupiny uživatelů služeb péče o duševní zdraví byly provedeny čtyři fokusní skupiny. Účastníci byli získávání prostřednictvím sociálních médií. Jedinou podmínkou účasti ve fokusní skupině byla prožitá zkušenost s nějakým typem duševní nemoci. Každá skupina měla 6 až 9 účastníků, skupinu vedli moderátoři a jeden výzkumník s vlastní zkušeností s SMI. Fokusních skupin se zúčastnilo celkem 25 účastníků. Za účelem shromáždění dalších podrobných údajů o zkušenostech lidí s prožitou zkušeností v České republice byly v letech 2016–2017 shromážděny osobní příběhy lidí se zkušenostmi s duševním onemocněním. Autoři příběhů, všichni samotní uživatelé služeb péče o duševní zdraví, byli přijati prostřednictvím sociálních médií nebo doporučení svým lékařem. Účastníci byli vyzváni, aby napsali a sdíleli svůj příběh podle připravené struktury se seznamem doporučených témat. Navíc jim bylo připomínáno, aby přemýšleli o výzvěch vyplývajících z jejich nemoci. Účastníci také mohli popsat klíčové osoby a aktivity, které jim pomohly se vyrovnat s diagnózou. Celkem byly analyzovány příběhy 26 účastníků.

Výsledky těchto šetření ukázaly, že duševní nemoc je sama o sobě velmi zatěžující, nicméně nejen v jejím důsledku dochází ke zhoršení kvality života lidí s tímto onemocněním. Kvůli stigmatizaci duševních onemocnění dochází u lidí s duševním onemocněním k internalizaci předsudků, tedy k sebestigmatizaci, kterou doprovází řada negativních důsledků pro jejich život. Sebestigmatizace se projevuje ve formě negativních postojů vůči sobě. Tyto postoje mají různou podobu, lidé účastníci se skupinových diskusí nejčastěji mluvili o tom, že ztratili respekt vůči sobě samým, sebevědomí a sebevěru. Ze skupinových diskusí lidí s duševním onemocněním je zřejmé, že existují intervence, které jim jejich situaci usnadnily a pomohly jim se s ní vyrovnat. V první řadě pomáhají terapie, které člověku pomáhají vyrovnávat se s nemocí a životními situacemi, a zejména pak skupinové terapie, díky nimž lidé s duševním onemocněním tuší, že to, co zažívají oni, zažívá i někdo jiný. Neodmyslitelnou součástí procesu jsou pak různé formy psychoedukace, díky nimž člověk získá

potřebné informace a pochopení nemoci, léčby a toho, jak se s nemocí vypořádat. Tyto informace pak dle účastníků skupinových diskusí fungují také preventivně proti relapsu nemoci.

#### Mapování současných a minulých destigmatizačních aktivit v České republice

Bankovská Motlová et al.<sup>10</sup> provedli studii s českým vzorkem osob se zkušenostmi se schizofrenií, z nichž 46 (43,8 %) bylo zařazeno do intervenční skupiny. Intervenční skupina byla rozdělena na polovinu, aby každý dostal jinou intervenci, obě formou psychoedukace: PREDUKA nebo PRELAPSE. Kontrolní skupina (n = 59; 56,2 %) neobdržela žádnou intervenci. Účinek byl zjišťován dotazníkem, fokusní skupinou i individuálními rozhovory s účastníky. Výsledky ukázaly rozdíl mezi kontrolní a intervenčními skupinami a způsobem, jakým účastníci hovořili o své duševní nemoci. Ti, kteří obdrželi psychoedukační program, se zaměřili na témata sociálního kontaktu, profesionální sféry, změny zkušeností; zmínili také život s nemocí včetně pozitivních zkušeností. Kontrolní skupina se zaměřila spíše na své vlastní osobní příběhy, příčiny nemoci a její příznaky. Jejich výraz byl méně strukturovaný a některým chyběl vhled do jejich duševního stavu včetně samotné nemoci.

### Popis programu

Cílová skupina uživatelů byla rovněž rozdělena do různých podskupin, a to dle diagnózy: psychóza, deprese nebo bipolární afektivní porucha (BAP), avšak programy se u těchto podskupin nelišily, pouze poskytované informace byly přizpůsobeny podle duševního onemocnění, které bylo probíráno, a to jen v modulu Psychoedukace, ostatní moduly byly diagnosticky nespecifické. Pilotovaný program byl zaměřen na psychotické onemocnění, což se odrazilo v obsahu modulu Psychoedukace.

### Účastníci

U cílové skupiny uživatelů skupina sestávala z 8 účastníků, kteří program úspěšně dokončili, což znamená, že se zúčastnili alespoň 5 sezení z 8. Nábor účastníků sestával z následujících metod: 1. inzerce programu online prostřednictvím webových stránek a sociálních médií, 2. šíření tištěných letáků v NUDZ, 3. požádání kolegů z psychiatrických léčeben o vystavení letáků na svých odděleních a informování pacientů s psychotickou diagnózou, kteří měli být brzy propuštěni z těchto oddělení; 4. osobní nabídka programu v různých službách, jako jsou denní stacionáře pro uživatele s duševním onemocněním a sociální služby, 5. inzerce programu prostřednictvím

Tab. 3. Popis programu

Moduly						Lektor
Modul Psychoedukace o psychotických poruchách včetně Zotavení	Modul Beseda „Moje jméno není diagnóza“	Modul program HOP (Honest Open Proud)	Modul Práva lidí s duševním onemocněním	Modul Služby pro lidi s duševním onemocněním	Modul reforma Zapojování lidí s duševním onemocněním do reformy	Psychiatr / klinický psycholog, peer lektor, právník, specialista destigmatizace

komunikačních kanálů uživatelských organizací. Nejúčinnějším způsobem náboru se jeví osobní kontakt: 4 z 8 účastníků byli do programu přivedeni díky osobnímu kontaktu se sociálním pracovníkem z jedné konkrétní služby, kterou pravidelně navštěvovali jako klienti; 4 další účastníci byli přijati prostřednictvím letáků, které viděli v jiných službách, online inzerci nebo prostřednictvím e-mailu s informacemi o programu, který obdrželi.

## Výsledky

Program byl hodnocen velmi kladně. Psychoedukace byla účastníky během hodnocení zmiňována velmi často. Účastníci také ocenili moduly, které vedli peer lektoři. Moduly týkající se reformy a práv uživatelů byly považovány za velmi užitečné. Účastníci by všem modulům věnovali více prostoru a delší čas. Také byla poptávka po tom, aby se moduly více zaměřovaly na praktické situace z života. Ocenili organizaci programu a připravenost, hlavně díky obdržným informativním e-mailům a tištěným materiálům. Uvítali informace o tom, jak se aktivně účastnit, a ocenili informace o reformě a o duševním zdraví. Většina souhlasila, že se jim program líbil. Buď se do programu zapsali bez velkých očekávání a pak byli příjemně překvapeni, nebo byla jejich očekávání splněna.

Celková délka 8 týdnů a inzerovaná potřeba zavázat se k celému programu byla překážkou pro potenciální účastníky, kteří by měli zájem o kratší program. Může to být způsobeno praktickými podmínkami, jako jsou pracovní nebo rodinné plány. Den a čas programu diskvalifikoval potenciální účastníky, kteří v té době pracují denně nebo se starají o své rodiny. Limitací byl pro účastníky projektu nelákavý jazyk a vzhled letáku, který obsahoval několik formulací, které se týkaly hodnocení nebo podrobností projektu.

## RODINNÍ PŘÍSLUŠNÍCI

### Situační analýza

#### Analýza potřeb

V rámci cílové skupiny rodinných příslušníků byly výsledky analýzy potřeb shromážděny z různých zdrojů. Na prvním místě byly provedeny hloubkové rozhovory se čtyřmi rodinnými příslušníky lidí s duševním onemocněním. Poté byly provedeny fokusní skupiny se dvěma partnery lidí s duševním onemocněním. Účastníci byli kontaktováni prostřednictvím komunitních skupin z místních organizací. Hloubkové rozhovory s rodinnými příslušníky lidí s duševním onemocněním odhalily hlavně všudypřítomné problémy členů rodiny se zažitou kulturou a pracovníky psychiatrických zařízení, stejně jako nedostatek denní péče a psychotherapeutické péče. Rodinní příslušníci zdůrazňovali význam a potřebu psychoedukace pro pracovníky veřejné správy a policie, a to například ve vztahu k administrativním procesům spojeným s invalidními důchody. Rodinní příslušníci rovněž vnímali negativně předpřijaté informace v médiích a nízké vzdělání

Tab. 4. Popis programu

Moduly			Lektor
Modul psychoedukace	Modul stigmatizace a reforma duševní péče	Diskuse „Nejsme v tom sami“	Psychiatr / klinický psycholog, peer lektor

obecné populace v oblasti duševního zdraví. Pokud jde o jejich vlastní zátěž, rodinní příslušníci často zmiňovali vysokou finanční a časovou zátěž i psychologickou zátěž, kterou péče o jejich příbuzné přináší. Samotní rodinní příslušníci však vykazovali vysokou míru sebestigmatizace, která se projevovala hlavně pocitem viny, strachu a hanby. Rodinní příslušníci navíc často vykazovali hyperkorekční chování (zejména pokud byli rodiči). Tento typ chování je založen na pocitu odpovědnosti za členy rodiny a na předpokladu nedostatečných schopností lidí s duševním onemocněním postarat se o sebe sama. Je možné, že jedním z důvodů tohoto chování je skutečnost, že systém péče poskytované lidem s duševním onemocněním je považován za nedokonalý. Fokusní skupiny s partnery ukázaly, že tato skupina lidí se obává relapsu svých blízkých. Negativně také vnímají postoje široké veřejnosti k duševnímu onemocnění. Navíc toto také vede k tomu, že mnozí z nich nesdílejí své zkušenosti, přestože by chtěli.

### Popis programu

Cílová skupina rodinných příslušníků byla rovněž rozdělena do různých podskupin, a to dle diagnózy: psychóza, deprese nebo bipolární afektivní porucha (BAP), avšak programy se u těchto podskupin nelišily, pouze poskytované informace byly přizpůsobeny podle duševního onemocnění, které bylo probíráno.

### Účastníci

K náboru účastníků pro cílovou skupinu rodinní příslušníci byly použity různé formy náboru. Nejprve jsme požádali rodinné příslušníky a pečovatelské organizace (například Sympatheia nebo Ondrej). Náš program jsme také nabízeli v psychiatrických léčebnách a centrech denní péče a konkrétních psychiatrických ambulancích v každém českém regionu. Navíc jsme oslovili poskytovatele služeb sociální péče, aby program propagovali. Nakonec jsme použili sociální média (Facebook). Nejúčinnější metodou náboru byl přímý kontakt prostřednictvím služeb sociální péče, následovaný rodinnými příslušníky a pečovatelskými organizacemi. Nábor byl proveden v časovém rozpětí 3 měsíců před programem a byl proveden v několika vlnách. Zatímco většina náborů probíhala prostřednictvím e-mailu nebo telefonického kontaktu, upřednostňovanou (a nejúčinnější) metodou byl osobní kontakt, který účastníkům umožňoval klást otázky kolem programu a určovat, zda je pro ně vhodný. Konečné číslo účastníků pro skupinu s psychózou bylo  $n = 32$  a pro skupinu BAP to bylo  $n = 16$ . Celkově tvořily většinu účastníků ženy (90 %), věkové rozpětí bylo od 18 do 68 let, většina měla stabilní zaměstnání na plný úvazek a péči o svého příbuzného strávila většinou jeden až dva roky.

## Výsledky

Obecná zpětná vazba od fokusních skupin s rodinnými příslušníky byla pozitivní. Program obecně splnil očekávání účastníků. Nejzajímavějšími moduly pro účastníky byly moduly o stigmatizaci a diskusní modul. Schopnost sdílet podobné zkušenosti s ostatními byla vnímána jako nejvzácnější součást programu. Účastníci navíc vnímali schopnost sdílet stejné cesty a vize. Někteří účastníci by ocenili podrobnější informace o správné komunikaci. Účastníci by také ocenili pokračování programu například v podobě svépomocného kurzu.

## VEŘEJNÁ SPRÁVA

### Situační analýza

#### Analýza potřeb

Se zaměstnanci veřejné správy bylo realizováno pět polostrukturovaných fokusních skupin s celkově 25 účastníky. Účastníci byli zaměstnanci na vedoucích pozicích Českého úřadu práce. Tyto rozhovory odhalily potřebu vzdělávacího programu zaměřeného na komunikaci, typy poruch a řešení krizových situací. Z rozhovorů rovněž vyplynulo, že zaměstnanci veřejné správy přicházejí často do styku s lidmi s duševním onemocněním, uvítali by tedy informace o tom, jak odkázat klienty na vhodnou komunitní péči, pokud ji potřebují. Fokusní skupiny prováděné s lidmi s duševním onemocněním také ukázaly, že pro lidi s duševním onemocněním návštěva státních úřadů podněcuje stres. Výsledkem je zabránění kontaktu s úřady, a tedy ztráta možností pobírat sociální dávky. Proces přiznávání invalidních důchodů je vnímán jako další velký problém pro lidi s duševními onemocněními, považují ho za často diskriminační z důvodu nedostatečného vzdělání hodnotících komisařů v oblasti duševního zdraví.

#### Mapování současných a minulých destigmatizačních aktivit v České republice

Byla provedena rešerše stávajících programů, českých i mezinárodních, se zaměřením na veřejnou správu. V České republice bylo realizováno několik destigmatizačních programů zaměřených na tuto cílovou skupinu. Tyto programy byly většinou lokálně zaměřené, několik z nich bylo zaměřeno na širší skupiny (zdravotníci, nevládní organizace, veřejnost). Dalším velmi důležitým zjištěním bylo, že tyto programy nebyly hodnoceny. Recenze rovněž poukázala na zahraniční příklady dobré praxe v podobě programu první pomoci v oblasti duševního zdraví.

### Popis programu (tab. 5)

Tab. 5. Popis programu

Moduly					Lektor
Modul psychiatrické minimum a korektní komunikace	Modul reforma duševní péče a systém služeb	Modul stigma a stigmatizace	Modul bariéry z pohledu osoby s duševním onemocněním	Modul práva lidí s duševním onemocněním	Psychiatr, peer lektor

## Účastníci

Do pilotního programu cílové skupiny veřejné správy byli přijati zaměstnanci pracující v oblasti rodinné, zdravotní a sociální politiky na úrovni státní správy a regionální správy. Pilotní testování byla realizována ve dvou částech. První část se konala v červenci 2018 na Úřadu práce Prahy 10 a studie se zúčastnilo 14 zaměstnanců veřejné správy. Druhá část se konala v září 2018 na ředitelství Úřadu práce pro zaměstnance Středočeského kraje, zaměstnanců městských zastupitelstev v Praze 3, 4, 6 a 8 a zaměstnanců Ministerstva práce a sociálních věcí, celkem se účastnilo 16 lidí. Celkový počet účastníků pilotního testování byl  $n = 30$ .

### Výsledky

Výsledky diskusí fokusních skupin byly celkově pozitivní. Účastníci se shodli na celkovém příspěvku programu k jejich práci, jakož i na užitečnosti a zajímavosti poskytnutých informací.

Atmosféra programu byla vnímána jako přátelská a otevřená. Účastníci projevíli zájem o téma duševních onemocnění a jejich dílčích problémů. Zároveň však z diskusí vyplynuly některé návrhy na zlepšení programu. Vyhodnocení novosti informací přineslo nejednotné výsledky. To bylo způsobeno zejména faktorem předchozích zkušeností nebo obeznámeností s diskutovanými problémy. Zkušenější účastníci nevnímali informační obsah vzdělávacího programu jako velmi náročný a inovativní. Naopak zaměstnanci s menšími zkušenostmi popsali program jako příliš informativní. Obě skupiny se však shodly, že program byl velmi inovativní a poskytl dostatek praktických informací pro budoucí jednání zaměstnanců úřadů veřejné správy s jejich klienty.

## POSKYTOVATELÉ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

### Situační analýza

#### Analýza potřeb

Se zástupci poskytovatelů sociálních služeb byly výzkumným týmem provedeny polostrukturované hloubkové rozhovory. Celkový počet účastníků byl 18 a byli vybráni ve dvou vlnách. V první vlně bylo přijato 12 sociálních pracovníků, kteří pracovali v komunitní péči, psychiatrické péči a ve veřejné správě. Účastníci pocházeli z několika českých regionů, aby umožnili prozkoumání různých zkušeností. Ve druhé vlně bylo přijato dalších 5 účastníků, kteří pracovali v domovech se zvláštním režimem,

Tab. 6. Destigmatizační programy (projekty) realizované v České republice, kterých se účastnili také sociální pracovníci a studenti sociální práce<sup>11</sup>

Organizace	Název programu	Obsah	Cílová skupina	Období
Centrum podpory transformace, o.p.s. & Liga lidských práv, z.s.	Na vlastní kůži	semináře za účasti osob s duševním onemocněním a zážitkový program LARP, v jehož rámci si účastníci vyzkoušeli situaci hospitalizace na psychiatrickém oddělení	uživatelé soc. služeb a jejich rodinní příslušníci, pracovníci soc. a zdrav. služeb, pracovníci státní a místní správy (Jihomoravský kraj a Praha)	2015–16
Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, z.s.	Peer lektoři – výuka na vysokých školách	4 šestihodinové bloky, které se zabývaly tématy zotavení, self-management, stigma a diskriminace, peer programy	studenti psychologie Pražské vysoké školy psychosociálních studií a studenti sociální práce na Karlově univerzitě	2014–16
Sdružení Práh, z.s.	Peter Bullimore	přednášky a workshopy	sociální pracovníci, pracovníci NNO a lidé se zkušeností s DO	říjen 2016
VIDA, z.s. & Iskérka, o.p.s.	Chcete vědět, jak se žije s duševním onemocněním? Zeptejte se nás...	workshopy za účasti člověka s vlastní zkušeností s DO	široká veřejnost, studenti, zdravotníci a pracovníci pomáhajících profesí (Praha a Zlínský kraj)	2015

přechodným bydlením, v přístřeších pro bezdomovce a opět pocházeli z různých regionů České republiky. Všichni účastníci museli pracovat v přímém kontaktu s klienty nebo pracovat jako supervizoři jiných poskytovatelů sociálních služeb. V rozhovorech byla identifikována tři klíčová témata: potřeba informací, přímé kontakty s klienty a spolupráce s dalšími odborníky a službami, nakonec potřeba destigmatizačních programů. Zprvu, účastníci obecně cítili potřebu více základních informací o organizaci a fungování sociálních a zdravotnických služeb. Kromě toho by rádi porozuměli úloze a působnosti každé profese zapojené do těchto systémů. Účastníci by také rádi věděli více o právních informacích, například o odpovědnosti každé instituce nebo poskytovatele služeb. Dále by také chtěli vědět více o oboru psychiatrie: popisy diagnóz, symptomů, možností léčby, cestě k zotavení. Z druhého, účastníci často zmiňovali potřebu trénovat specifické dovednosti spojené s péčí o klienty s duševním onemocněním, dále by také chtěli získat dovednosti v řešení problémů pro obtížné situace. Zdůraznili však také, že si přejí naučit se přiměřené míře péče, která by měla být věnována, obavy se týkaly hlavně hyperprotektivního chování nebo převzetí příliš mnoha odpovědností. Dalším tématem, které bylo pro účastníky důležité, byla správná komunikace s klienty, specialisty (například zdravotníky nebo psychology, psychiatry) a dalšími lidmi ze sociálního okruhu klienta. Za třetí se účastníci zajímali o aspekty destigmatizačního programu zaměřeného na pracovníky sociálních služeb. Účastníci popsali klíčové komponenty, jako dlouhodobý program (nikoli jednorázovou akci) a individualizovaný program pro konkrétní typy sociálních služeb. Aby sociální pracovníci byli motivováni k účasti na programu, účastníci navrhli, aby program měl hmatatelné výsledky, jako je akreditace.

### Mapování současných a minulých destigmatizačních aktivit v České republice

V minulosti existovalo v České republice několik destigmatizačních programů zaměřených na poskytovatele sociálních služeb. Úplný seznam programů je uveden v tab. 1. Žádný z níže uvedených programů však nebyl zaměřen pouze na sociální pracovníky nebo jejich konkrétní potřeby.

### Popis programu (tab. 7)

#### Účastníci

U cílové skupiny poskytovatelů sociálních služeb byli pilotními účastníky zaměstnanci domova se zvláštním režimem v Letinách. Celkem bylo  $n = 11$  zaměstnanců. Zaměstnanci pracovali hlavně s geriatrickými psychiatrickými pacienty.

#### Výsledky

Celkově byl program hodnocen pozitivně, co se týče obsahu a realizace. Přednášející byli účastníky hodnoceni kladně, jako velmi profesionální, komunikativní a aktivní. Účastníci dále uvedli, že nabyté zkušenosti mohou dále využít ve své praxi sociálních služeb.

Tab. 7. Popis programu

Moduly							Lektor
Modul reforma duševní péče a systém služeb	Modul stigma a stigmatizace	Modul práva lidí s duševním onemocněním v rezidenční péči	Modul pomáhat ostatním	Modul komunikace	Modul koncept zotavení	Diskuze kauzistik a aplikování konceptu recovery v praxi	Právník, ředitel sociálních služeb psycholog, sociální pracovník se zkušeností v rezidenčních zařízeních

## KOMUNITY

### Situační analýza

#### Mapování současných a minulých destigmatizačních aktivit v České republice

Rešerše současných a minulých destigmatizačních aktivit pro cílovou skupinu komunity byla provedena ve třech různých krocích. Nejprve jsme provedli obecné vyhledávání na internetu v kombinaci s konkrétním vyhledáváním informací o projektech realizovaných s financováním z Fondů EHP a Norska. Zadruhé jsme se zeptali největších poskytovatelů služeb v oblasti duševního zdraví a sociální péče a vybraných odborníků v oblasti destigmatizace. Zatřetí jsme komunikovali a spolupracovali s pracovní skupinou Ministerstva zdravotnictví pro destigmatizaci a komunikaci, která byla vytvořena spolu s reformou péče duševního zdraví. Konkrétní informace o projektech a jejich hodnocení byly převzaty z veřejně dostupných materiálů nebo materiálů přímo zaslaných konkrétními organizacemi. Výsledky výše uvedeného mapovacího hodnocení ukázaly, že destigmatizující intervence pro širokou veřejnost mají často podobu kulturních akcí (výstavy, festivaly, koncerty), které jsou pak doplněny vzdělávacími intervencemi, jako jsou přednášky, diskusní panely s odborníky, projekce dokumentárních filmů, distribuce informačních materiálů nebo videí. V České republice byly větší mediální kampaně prováděny primárně v televizi a rozhlasu (projekt Změna) nebo prostřednictvím billboardů (projekt Neviditelní Lidé). Některé organizace se také snaží provádět destigmatizační kampaně prostřednictvím internetu. Webové stránky často obsahují informace o duševních poruchách nebo příběhy lidí s duševním onemocněním a jejich zážitky. Některé stránky dokonce nabízejí anonymní pomoc. Od roku 1990 organizuje organizace Fokus Praha každý rok Týdny pro duševní zdraví. Cílem této akce je informovat širokou veřejnost o poruchách duševního zdraví a aktuální práci různých organizací. Výše uvedené intervence jsou nejčastěji hodnoceny na základě indikátorů počtu návštěvníků akce nebo webové stránky, počtu uživatelů služby (pokud existuje služba jako anonymní chat) nebo evidence počtu billboardů, seminářů, přednášek atd. Hodnocení změny postojů se neprovádí často (Stigmatizace v ČR, 2016).

### Popis programu (tab. 8)

#### Účastníci a metody

Účastníky pilotního testování cílové skupiny komunit byli návštěvníci festivalu NA HLAVU. Celkový počet

Tab. 8. Popis programu

Moduly		Lektor
Panelová diskuse „Moje jméno není diagnóza“	Promítání filmu následované panelovou diskusí na téma reforma péče o duševní zdraví	Experti v oblasti duševního zdraví, peer lektor

účastníků byl  $n = 154$ . Pilotní testování byla připojena k jedné z akcí pořádaných v rámci festivalu NA HLAVU ve dvou různých městech (Praha a Havlíčkův Brod) v roce 2019. Festival je multižánrový a jeho hlavním cílem je popularizovat výzkum a zvyšovat úroveň duševní gramotnosti. Účastníci byli kontaktováni prostřednictvím sociálních médií, internetových portálů, online a offline reklamy, informačních letáků ponechaných v kancelářích poskytovatelů služeb, jako jsou zdravotnické služby a služby sociální péče, a nakonec informačních prodejen partnerských organizací.

Pro cílovou skupinu komunit nebyla tato metoda sběru dat možná kvůli velkému počtu účastníků. Místo toho byly odtrhávací karty vytištěny s přídatnými jmény (jako ohromující, inspirativní, praktické, nepraktické, zábavné, podivné, srozumitelné, podivné, depresivní, interaktivní, zajímavé). Když účastníci odcházeli, mohli odtrhnout kartu se slovem, které dle jejich mínění co nejvíce program popsalo/ohodnotilo, a vhodit ji do hlasovací nádoby. Podobným způsobem také mohli hlasovat o tom, zda by program doporučili přáteli (od málo pravděpodobně po velmi pravděpodobně).

### Výsledky

Podle hlasování trhacích karet většina účastníků shledala modul s promítáním filmů následovaný panelovou diskusí inspirativním, zajímavým a srozumitelným. Pro panelovou diskusi „Moje jméno není diagnóza“ většina účastníků shledala program inspirativním, praktickým a zábavným. 98 ze 120 účastníků, kteří hlasovali, by program doporučilo přáteli.

### DISKUSE

Stigma duševního zdraví zůstává v České republice vysoké. Projekt destigmatizace umožnil vyvinout a pilotovat destigmatizační programy pro různé cílové skupiny v českém kontextu. Na základě kvalitativních zjištění byly jednotlivé školicí programy shledány přijatelnými a použitelnými pro každou cílovou skupinu. Zároveň se objevilo několik návrhů na změny, na jejichž základě byly provedeny drobné úpravy.

U programů zdravotníků bylo u všech podskupin změněno pořadí modulů a byl zkrácen modul o reformě. Dále moduly zaměřené více na praktické dovednosti a komunikaci byly prodlouženy. Krátkost programu poskytovaného praktickým lékařům byla velmi vítána, proto byl tento program ponechán ve stávající délce. Program poskytovaný záchranářům musel být zkrácen, aby bylo možné se více zaměřit na komunikační dovednosti, které účastníci považovali za nejdůležitější. Nakonec modul pro stigmatizaci pro zdravotníky z všeobecné nemocnice musel být odstraněn a implementován do modulu o psychiatrické reformě. To bylo provedeno, aby se zkrátil čas strávený výukou teoretických konceptů ve prospěch diskutování příkladů z aktivní praxe.

Pro cílovou skupinu uživatelů byla častá žádost delší časové dotace, proto byl modul Psychoedukace prodloužen na 3 sezení. Nově je Psychoedukace spolektektorovaná



jak psychiatrem (nebo ekvivalentním odborníkem), tak peer lektorem společně, a to v roli rovnocenně důležitých odborných lektorů. Z Psychoedukace bylo zároveň vyčleněno téma zotavení jako nový samostatný modul (čtvrté setkání), vedený peer lektorem samostatně. Téma uživatelských práv bylo také vyžadováno v delším formátu. V tomto případě jsme program prodloužili z původních 45 minut na 60 minut a přidali jsme možnost organizovat tento modul flexibilním způsobem, a to možnostmi přizpůsobit modul buď na 90, nebo 120 minut. Nakonec byl výjimkou modul o dostupných službách a péči, protože skupina vyjádřila, že by měl mít přidělenou kratší dobu. Proto jsme začlenili dvě změny: prezentace pro modul bude obohacena o další podrobnosti o službách a péči aktuálně dostupné v regionu, kde se program koná. Úprava prezentace by měla být provedena před dodáním každého modulu lektorem, odborníkem na místní systém služeb a péče. Zadruhé jsme zahrnuli verze modulu s 30 minutami nebo jen 15 minutami.

Pro cílovou skupinu rodinných příslušníků jsme angažovali ještě jednoho peer lektora, aby lektoři byli vyvázeni dle pohlaví a dalších charakteristik, jako je fáze, ve které se ocitli na cestě za zotavením. Peer lektoři byli rovněž zahrnuti do modulu psychoedukace, kterého se dříve neúčastnili. Nabídli jsme také novou formu načasování programu, kdy byla všechna setkání spojena do jednoho víkendu za účelem úspory času.

Na základě zpětné vazby z pilotních testování pro cílovou skupinu veřejné správy byly v programu provedeny následující změny. Nejprve jsme zkrátili modul o právech lidí s duševními onemocněními. Dále jsme také změnil

zaměření poskytovaných informací. Původní verze modulu byla zaměřena hlavně na témata týkající se nedobrovolné léčby a hospitalizace. Téma nedobrovolné léčby a hospitalizace však nesouvisí s žádným z praktických zaměření veřejné správy, proto jsme téma školení změnili tak, aby odraželo podněty, s nimiž se účastníci ve své sféře setkávají. Za třetí jsme připravili více variant programu, které závisí na zaměření a délce času, který chtějí účastníci na programu strávit, proto nyní existuje krátký program pouze s prioritními moduly – modul o stigmatu a stigmatizaci a modul o bariérách z pohledu osoby s duševním onemocněním (méně než 8 hodin). K dispozici je také jednodenní program, který může být realizován třemi způsoby: zkrácené psychiatrické minimum a bariéry z pohledu osoby s duševním onemocněním, nebo všechny moduly kromě psychiatrického minima, nebo všechny moduly kromě dvouhodinového bloku o komunikaci v rámci modulu psychiatrického minima. Nakonec jsme vysokou poptávku po tomto programu zohlednili zvýšením cílového počtu proškolených účastníků ze 72 na 300.

Programy pro komunity a poskytovatele sociálních služeb zůstaly beze změn.

## ZÁVĚR

Programy byly shledány jako přijatelné a použitelné v českém kontextu a pro dané cílové skupiny. Byly zahrnuty některé drobné změny programů, aby odražely výsledky z fokusních skupin popsanych v této studii. Implementace programů právě probíhá.

## LITERATURA

1. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry* 2002 Feb; 1 (1): 16.
2. Rüsç N, Angermeyer MC, Corrigan PW. The stigma of mental illness: concepts, forms, and consequences. *Psychiatrische Praxis* 2005 Jul 1; 32 (5): 221–232.
3. Thornicroft G, Mehta N, Clement S, Evans-Lacko S, Doherty M, Rose D, Koschorke M, Shidhaye R, O'Reilly C, Henderson C. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *The Lancet* 2016 Mar 12; 387 (10023): 1123–1132.
4. Sheehan L, Niewegłowski K, Corrigan PW. Structures and types of stigma. In Gaebel W, Rössler W, Sartorius N (eds.). *The stigma of mental illness-end of the story?* Springer 2017: 43–66.
5. Thornicroft G. *Shunned: Discrimination against people with mental illness.* Oxford: Oxford university press 2006.
6. Krupchanka D, Chrtková D, Vítková M, Munzel D, Čihařová M, Růžicková T, Winkler P, Janoušková M, Albanese E, Sartorius N. Experience of stigma and discrimination in families of persons with schizophrenia in the Czech Republic. *Social Science & Medicine* 2018 Sep 1; 212: 129–135.
7. Winkler P, Csémy L, Janoušková M, Mladá K, Motlová LB, Evans-Lacko S. Reported and intended behaviour towards those with mental health problems in the Czech Republic and England. *European Psychiatry* 2015 Sep; 30 (6): 801–806.
8. Winkler P, Formánek T, Mladá K, Lacko SE. Development of public stigma towards people with mental health problems in Czechia 2013–2019. *European Psychiatry* 2021 Aug 16: 1–5.
9. Janoušková M, Formánek T, Zrnecková M, Alexová A, Hejzlar M, Chrtková D, Vítková M, Roboch Z, Motlová LB. Jak omezovat stigmatizaci lidí s duševním onemocněním při výuce lékařství: intervence READ. *Cas Lek Cesk* 2019: 151–155.
10. Bankovská Motlová L, Španiel F. Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, Terapie pro 21. století. *Mladá fronta* 2013.
11. Janoušková M, Weissová A, Tušková E, Šouláková B, Mladá K, Pasz J, Chrtková D, Růžicková T, Winkler P. Stigmatizace v České republice; výzkumná zpráva. Klecany: Národní ústav duševního zdraví 2016.