

EVALUACE PROGRAMU BLÁZNÍŠ? NO A!

(ZPRÁVA Z VÝZKUMU)
2018

Mgr. Miroslava Janoušková, PhD
Mgr. Aneta Weissová
Bc. Tomáš Formánek
Mgr. Eva Tušková



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



OBSAH

Úvod	4
Děti, mladiství a duševní zdraví	4
Blázníš? No a!	5
Metodologie výzkumu	6
Výsledky	8
Jaký vliv měl program BNA! na účastníky?	8
Sociální distance	8
Postoje	9
Ochota vyhledat odbornou pomoc	10
Soudržnost kolektivu	10
Jaký vliv měl program BNA! na různé skupiny účastníků?	11
Studenti s horším počátečními hodnotami	11
Dívky a chlapci	12
Studenti gymnázií, zdravotnických oborů a ostatních oborů	12
Závěry	13
Reference	14
Přílohy	15

Výzkum byl realizován v rámci projektu „Blázníš? No a! – rozvoj a podpora národní sítě programu včasné prevence sociálního vyloučení“ č. CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_023/0001302 financovaným z Operačního programu Zaměstnanost.

ÚVOD

DĚTI, MLADISTVÍ A DUŠEVNÍ ZDRAVÍ

Dle mezinárodních rešerší se 20% dětí a mládeže (0-18 let) na světě potýká s duševními problémy (Kessler, Berglund et al. 2005, Kieling, Baker-Henningham et al. 2011). V Evropě se odhaduje, že duševní onemocnění by mohlo být diagnostikováno 12,8% dětí a mládeže (jde o souhrn dat z šesti zemí Evropy) (Kovess-Masfety, Husky et al. 2016).

Data o prevalenci duševních onemocnění u dětí a mládeže v ČR bohužel nemáme, můžeme ale uvést výsledky mezinárodní retrospektivní studie ACEs (WHO 2017), která zjišťovala, s jakými negativními zážitky v dětství a adolescenci, jež mohou být považovány za rizikové faktory rozvoje duševních onemocnění, se setkali čeští univerzitní studenti. Na základě průřezové studie u studentů pěti českých univerzit (n=1681) autoři zjistili, že 37,8% studentů se nesetkalo s žádným z rizikových faktorů, 24,9% s jedním, 27,4% se dvěma až třemi a 9,9% s více než čtyřmi rizikovými faktory. Téměř čtvrtina studentů (23%) zažila rozchod rodičů, 22,1% bylo přítomno u bití matky a 20,7% bylo psychicky zneužíváno. Dále studenti zmiňovali fyzické zneužívání (17,1%), zneužívání alkoholu příslušníkem rodiny (15,3%), duševní onemocnění v rodině (13,4%), fyzické zanedbávání (8,0%), sexuální zneužívání (6,4%) a užívání drog členem rodiny (4,9%).

Mladiství a mladí dospělí mají v České republice významně vyšší riziko sebevraždy v porovnání s dospělými. U dokonaných sebevražd mají muži ve věku 15-24 let 2,5x vyšší riziko nežli starší muži, u žen je toto riziko dokonce 4x vyšší (Dzúrová, Vevera et al. 2008). Čtvrtina těch, kdo spáchali sebevraždu a zároveň se již v minulosti o sebevraždu pokusili, nedostala žádnou psychiatrickou péči a největší šanci nedostat léčbu měli mladí muži (15-24 let) (tamtéž).

Edukace a podpora neodmítnutelného přístupu k problematice duševního zdraví je u mladistvých velmi důležitá, protože z odborných zdrojů víme, že přibližně polovina duševních onemocnění začíná ve věku 14 let, 75% pak začne do 20. roku života (Kim-Cohen, Caspi et al. 2003, Kessler, Berglund et al. 2005). Důležité je také zmírňovat stigma, spjaté s duševními problémy, které může být pro mladé lidi často bariérou pro vyhledání pomoci. Jedním z mála evaluovaných programů, které se tímto zabývají, je seminář Mindset pro střední zdravotní školy, který zvyšuje znalosti v oblasti duševního zdraví pomocí vyvracení mýtů spojených s duševní nemocí, a také zlepšuje postoje a snižuje sociální distanci (odstup) studentů vůči lidem s duševním onemocněním prostřednictvím přímého kontaktu s člověkem s vlastní zkušeností s psychickým onemocněním. Z výsledků je patrné, že pozitivní efekt, který měl seminář na postoje a jednání studentů, byl stabilní a významný i po třech měsících od absolvování programu (Winkler, Janoušková et al. 2017). Podobně zaměřeným programem je i Blázníš? No a! (dále jen BNA!) a lze tedy očekávat, že i tento projekt dosahuje pozitivních výsledků. Efekt programu je vyhodnocen v následujících kapitolách.

¹Adverse Child Experiences; studii v angličtině lze nalézt zde: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/332906/ACE-Czh-survey.pdf

BLÁZNÍŠ? NO A!

- Je primárním preventivním programem pro školní třídy, žáky a studenty ve věku 15 - 20 let.
- Věnuje se duševnímu zdraví i nemoci.
- V jeho průběhu se následně vystřídá vzdělávací, interaktivní i zážitková část

Projekt BNA! vznikl na základě mezinárodní spolupráce s německými partnery Irrsinig Menschlich e.v., Univerzita v Lipsku a navazuje na dobrou praxi německého projektu „Verrückt? Na und!“.

Od roku 2005 realizuje Fokus Praha mezinárodní zážitkový a vzdělávací projekt BNA! určený pro mladé lidi od 15 let fungující na principu posilování životních kompetencí a ochrany duševního zdraví.

Cílem programu je naučit společnost zacházet s duševním onemocněním právě tak otevřeně, jako to dělá s fyzickými nemocemi.

Projekt BNA! je postaven na otevřeném setkání s experty na vlastní zkušenost s psychickým onemocněním a s lidmi pracujícími v oblasti duševního zdraví. Pomáhá studentům hledat cestu k vlastnímu prožívání, pracuje s otázkami strachu a obav, nabízí zdroje jak se vyrovnávat s krizemi a učí porozumět a respektovat druhého.

Tato zpráva shrnuje výsledky evaluační studie programu BNA!. Jejím cílem je na výsledcích dotazníkového šetření ukázat, jak program ovlivňuje účastníky z hlediska sociální distance, postoje, ochoty vyhledat pomoc a soudržnosti kolektivu. Zpráva se také stručně věnuje srovnání výsledků hodnocení programu BNA! v Německu a v ČR z hlediska sociální distance.

METODOLOGIE VÝZKUMU

- Počet respondentů:** Všech tří měření se účastnilo 387 respondentů (170 v intervenční skupině, 217 v kontrolní skupině)².
- Výběr respondentů:** Data sbíralo 5 týmů, které provádí školské dny na různých školách v rámci České republiky. Každý tým sesbíral data na 2 – 4 školách, které si objednaly školský den. Celkově se do výzkumu zapojilo 18 škol. V rámci každé školy proběhl sběr dat jak v intervenční třídě (tedy tam, kde proběhl program BNA!), tak i v kontrolní třídě, aby bylo možné sledovat, zda naměřený efekt programu není pouze obecným trendem, který se u cílové skupiny děje nezávisle na programu. Data byla sbírána ve třech časových obdobích, díky čemuž bylo možné ověřit, jaký je rozdíl mezi počátečními hodnotami a hodnotami po intervencích, a to i z dlouhodobého hlediska.
- 1. měření – 4 týdny před programem
 - 2. měření – ihned po programu
 - 3. měření – 4 týdny po programu
- Termín sběru dat:** listopad 2016 – květen 2018
- Metoda sběru:** Dotazníkové šetření
- Použité škály:**
- Sociální distance** studentů byla měřena škálou Social Distance. Sociální distance je konceptem, který se týká odstupů od určité skupiny. V tomto případě jde o měření toho, jakýsi respondent udržuje odstup od lidí s duševním onemocněním v různých oblastech života (např. škola, přátelství, rodina). Škála má 12 položek, z nichž lze vypočítat celkový skóre. Skóre může nabývat hodnot od 12 do 60, přičemž **vyšší hodnoty znamenají pozitivnější postoj (tzn. méně stigmatizující).**
- Postoje k lidem s duševním onemocněním** byly měřeny pomocí škály Community Attitudes toward Mentally Ill (CAMI). Postoje, které škála měří, se vážou zejména k postavení člověka s duševním onemocněním v komunitě, péči o lidi s duševním onemocněním a právům lidí s duševním onemocněním. Škála má 27 položek, z nichž lze vypočítat sumační skóre. Skóre může nabývat hodnot od 27 až 135, kde **vyšší skóre představují pozitivnější postoj (tzn. méně stigmatizující).**
- Ochota vyhledat odbornou pomoc** byla měřena pomocí škály Inventář postojů k vyhledání odborné péče o duševní zdraví (IATSMHS). Ochota vyhledat odbornou pomoc se váže k otázkám týkajícím se znalostí spojených s vyhledáním pomoci, vůle pomoci vyhledat a skrývání vyhledání pomoci či duševního onemocnění. Škála má 24 položek, z nichž lze vypočítat sumační skóre. Skóre se na IATSMHS škále pohybuje v rozpětí od 0 do 96 bodů, kde **vyšší skóre znamená pozitivnější postoj (tzn. větší ochota vyhledat pomoc).**
- Soudržnost kolektivu** byla měřena pomocí deseti položkového indexu soudržnosti třídního kolektivu. Index měří zejména to, jak se na sebe mohou studenti spolehnout, jak si důvěřují a zda spolu tráví i čas mimo školu. Hodnoty indexu soudržnosti třídy se pohybuje od 10 do 40 bodů, kde **vyšší počet bodů vypovídá o menší soudržnosti kolektivu.**

²Výzkumu se účastnilo celkem 1 092 žáků. Z toho 409 žáků participovalo jenom v jedné vlně výzkumu, 296 žáků alespoň ve dvou vlnách a 387 žáků ve všech třech vlnách. Pro korektní zachycení efektu intervence byli do finální analýzy zahrnuti jenom účastníci s údaji ze všech měření.

Základní popis vzorku: Ve výzkumném souboru bylo 66% dívek. Průměrný věk respondentů byl 17 let. Téměř polovina respondentů navštěvovala gymnázium (49%), pětina navštěvovala nějaký zdravotní obor (21%) a ostatní respondenti navštěvovali jiný obor (31%). Respondenti byli nejčastěji z Plzeňského kraje (30%), Jihočeského kraje (25%) a Středočeského kraje (22%). Respondenti nejčastěji bydleli ve městech s více než 100 000 obyvateli (22%). Kompletní přehled charakteristik respondentů naleznete v Příloze 1.

VÝSLEDKY

JAKÝ VLIV MĚL PROGRAM BNA! NA ÚČASTNÍKY?

Sociální distance

Celkové skóre sociální distance se před intervencí u kontrolní a intervenční skupiny nelišily, jak ale můžeme vidět na Schématu 1, při druhém a třetím měření došlo u intervenční skupiny k jeho statisticky významnému zvýšení (ze 43,04 na 45,95, resp. 45,35), zatímco u kontrolní skupiny se situace nezměnila. To znamená, že u skupiny, která prošla programem BNA!, došlo ke snížení sociální distance vůči lidem s duševním onemocněním a toto snížení bylo s nejvyšší pravděpodobností způsobeno absolvováním programu.

SCHÉMA 1

ZMĚNY V ČASE U INTERVENČNÍ A KONTROLNÍ SKUPINY NA ŠKÁLE SOCIÁLNÍ DISTANCE

	intervenční skupina	kontrolní skupina
1. měření	43,05	43,24
2. měření	45,95*	42,73
3. měření	45,35*	42,94

Zelená hvězdička* značí, že došlo ke statisticky významné pozitivní změně (zlepšení)

Pokud se podíváme na jednotlivé položky škály sociální distance (viz Schéma 1), k největšímu posunu u intervenční skupiny mezi prvním a třetím měřením došlo u položek „Ten, kdo má duševní onemocnění, by neměl pracovat na pozici, která zahrnuje péči o děti či dospívající“ (zvýšení nesouhlasu s výrokiem o 19%), „Ten, kdo má duševní onemocnění, by neměl chodit do běžné školy“ (zvýšení nesouhlasu o 16%), „Na sraz s kamarády bych nevezal/a někoho, kdo má duševní onemocnění“ (nárůst nesouhlasu o 15%), „Bál/a bych se mluvit s někým, kdo má duševní onemocnění“ (nárůst nesouhlasu o 14%). Podrobné výsledky za jednotlivé položky jsou uvedeny v Příloze 2.

U škály sociální distance je možné srovnat české výsledky hodnocení programu BNA! s výsledky německé studie z roku 2003 (Schulze, Richter Werling et al. 2003), neboť zde byl využit velmi podobný výzkumný design. Na druhou stranu je třeba upozornit na fakt, že v české verzi škály se pracuje s pojmem „duševní onemocnění“, zatímco německá verze zjišťuje sociální odstup studentů vůči lidem se schizofrenií. Můžeme tedy předpokládat, že výsledky německých studentů budou horší, resp. výsledky českých studentů by měli být lepší.

Na rozdíl od české studie v Německu neměřili změnu ihned po programu. Měření ex-post se odehrálo 1 měsíc po realizaci programu, což odpovídá termínu třetího měření u českých studentů. Německá studie je realizována na menším, přibližně polovičním vzorku studentů (n=90).

Pokud se podíváme na rozdíly mezi německými a českými studenty, zachycené při prvním měření (tedy před samotnou realizací programu; viz Přílohu 6), vidíme, že studenti z obou zemí dosahovali nepřilíživě odlišných výsledků, u několika položek škály se ale jejich odpovědi značně lišily. Čeští studenti odpověděli, že by spíše byli schopni navázat osobnější vztahy s člověkem s duševním onemocněním

(v Německu „se schizofrenií“) - 35% českých studentů při prvním měření nesouhlasilo s výrokem, „Nikdy bych se nezamířoval/a do někoho, kdo má duševní onemocnění“, u německých to bylo 22%; 75% českých studentů souhlasilo s výrokem „Dovedu si představit, že bych se skamarádil/a s někým, kdo má duševní onemocnění“, v Německu to bylo 59%; 73% českých a 49% německých studentů nesouhlasilo s výrokem „Ten, kdo má duševní onemocnění, by měl raději zůstat doma, když se jede na školní výlet“).

Je ale patrné, že velmi citlivým tématem pro české studenty, oproti německým, byla péče o děti a mládež ze strany člověka s duševním onemocněním. Pouze 14% českých studentů před programem nesouhlasilo s tvrzením, že „Ten, kdo má duševní onemocnění, by neměl pracovat na pozici, která zahrnuje péči o děti či dospívající“, v Německu to bylo 40%.

Poslední položkou, ve které se čeští a němečtí studenti před programem lišili, je výrok „Nebyl/a bych znepokojen/á nebo neklidný/á, pokud bych měl/a být ve třídě s někým, kdo má duševní onemocnění“, se kterým souhlasilo 53% českých a 63% německých studentů.

Srovnáme-li efekt programu BNA! v ČR a v Německu, můžeme říci, že velikost (převážně) pozitivní změny se u jednotlivých položek příliš nelišila. Podrobně jsou výsledky pro jednotlivé položky a rozdíly mezi měřeními před programem a jeden měsíc po realizaci programu zachyceny v tabulce v Příloze 6.

Postoje

Zatímco u kontrolní skupiny nedošlo v oblasti postojů vůči lidem s duševním onemocněním k výraznému posunu (viz Schéma 2), u intervenční skupiny můžeme mezi prvním a druhým měřením pozorovat statisticky signifikantní nárůst celkového skóru postojů (z 99,57 na 102,75), jež se částečně udržel i do třetích měření (100,86). To znamená, že u skupiny, která prošla programem BNA!, došlo ke zlepšení postojů vůči lidem s duševním onemocněním a dlouhodobému zlepšení.

SCHÉMA 2
ZMĚNY V ČASE U INTERVENČNÍ A KONTROLNÍ SKUPINY NA ŠKÁLE KOMUNITNÍ POSTOJE VŮČI LIDEM S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

	intervenční skupina	kontrolní skupina
1. měření	99,57	97,74
2. měření	102,75*	98,46
3. měření	100,86*	97,47

Zelená hvězdička* značí, že došlo ke statisticky významné pozitivní změně (zlepšení)

K největšímu pozitivnímu posunu mezi prvním a třetím měřením u intervenční skupiny došlo u tří následujících položek. O 22% více studentů odpovědělo, že „Lidé s duševním onemocněním by měli mít stejné právo na zaměstnání jako kdokoli jiný“, o 19% více studentů souhlasilo s tvrzením, že „Lidé s duševním onemocněním jsou mnohem méně nebezpeční, než si většina lidí myslí“ a o 10% více studentů odpovědělo, že „Psychiatrické léčebny představují zastaralý způsob péče o lidi s duševním onemocněním“. Tabulku se všemi výroky, která zobrazuje procenta respondentů, kteří u jednotlivých výroků odpovídali pozitivně (tedy méně stigmatizačně) pro všechny vlny měření, najdete v Příloze 3.

Ochota vyhledat odbornou pomoc

Na škále, která měří ochotu vyhledat odbornou pomoc, dosahovali studenti v intervenční a kontrolní skupině před absolvováním programu BNA! téměř shodných hodnot (viz Schéma 3). U intervenční skupiny došlo mezi prvním a druhým měřením ke statisticky významnému nárůstu, který byl částečně udržen i při třetím měření. Naproti tomu u kontrolní skupiny došlo k významnému poklesu ochoty vyhledat odbornou pomoc.

SCHÉMA 3
ZMĚNY V ČASE U INTERVENČNÍ A KONTROLNÍ SKUPINY NA ŠKÁLE OCHOTA VYHLEDAT POMOC

	intervenční skupina	kontrolní skupina
1. měření	56,82	56,79
2. měření	58,80*	55,78*
3. měření	57,81	54,80*

Zelená hvězdička* značí, že došlo ke statisticky významné pozitivní změně (zlepšení)
červená hvězdička* pak indikuje statisticky významnou negativní změnu (zhoršení).

Pokud se podíváme na jednotlivé položky této škály v Příloze 4, k největší pozitivní změně u intervenční skupiny mezi prvním a třetím měřením došlo u položek „Mám docela dobrou představu o tom, co dělat a s kým mluvit, kdybych se rozhodl/a vyhledat odbornou pomoc kvůli psychickým problémům“ (nárůst souhlasu o 15%) a „Pokud bych měl/a dojem, že se psychicky hroutím, můj první krok by bylo vyhledat odbornou pomoc“ (nárůst souhlasu o 7%). Podrobné výsledky pro jednotlivé položky uvádíme v Příloze 4.

Soudržnost kolektivu

Jak v intervenční, tak v kontrolní skupině nedošlo k významné pozitivní změně, u kontrolní skupiny můžeme ale pozorovat statisticky významné zhoršení soudržnosti (viz Schéma 4). Výsledky za jednotlivé položky škály sociální soudržnosti jsou uvedeny v tabulce v Příloze 5.

Schéma 4 Změny v čase u intervenční a kontrolní skupiny na škále Soudržnost kolektivu

SCHÉMA 4
ZMĚNY V ČASE U INTERVENČNÍ A KONTROLNÍ SKUPINY NA ŠKÁLE SOUDRŽNOST KOLEKTIVU

	intervenční skupina	kontrolní skupina
1. měření	25,39	23,15
2. měření	25,01	23,75*
3. měření	25,79	23,74*

Červená hvězdička* pak indikuje statisticky významnou negativní změnu (zhoršení).

JAKÝ VLIV MĚL PROGRAM BNA! NA RŮZNÉ SKUPINY ÚČASTNÍKŮ?

Studenti s horšími počátečními hodnotami

Abychom zjistili, jak program BNA! ovlivnil postoje studentů, kteří na začátku odpovídali z hlediska postojů, sociální distance a ochoty vyhledat odbornou pomoc a soudržnosti nejhůře, srovnali jsme odpovědi čtvrtiny studentů, kteří dosahovali nejslabších výsledků na začátku s ostatními studenty (viz Schéma 5). Je patrné, že se výsledky v oblasti sociální distance této skupiny zlepšily výrazně více než u zbytku souboru, a to o 6,09 bodu u druhého měření (ostatní studenti: zlepšení o 2,90 bodu) a o 4,07 bodu u třetího měření (ostatní studenti: zlepšení o 2,90 bodu). Výrazný rozdíl byl zaznamenán i u ochoty vyhledat odbornou pomoc, kdy u studentů s nejslabšími výsledky došlo ke zvýšení hodnot o to o 5,23 bodu u druhého měření (ostatní studenti: nárůst o 1,98 bodu) a o 3,88 bodu u třetího měření (ostatní studenti: nárůst o 0,98 bodu). U ostatních škál není rozdíl tak patrný.

SCHÉMA 5

ZMĚNY V ČASE U INTERVENČNÍ SKUPINY A 25% RESPONDENTŮ S NEJVÍCE NEGATIVNÍMI POČÁTEČNÍMI HODNOTAMI

	intervenční skupina	25%		intervenční skupina	25%
Sociální distance	43,05	32,59	Postoje	99,57	86,43
	45,95*	38,68*		102,75*	89,50*
	45,35*	36,66*		100,86*	87,79
Ochota vyhledat pomoc	56,82	41,68	Soudržnost	25,39	18,79
	58,80*	46,91*		25,01	18,64
	57,81	45,56*		25,79	19,04

Zelená hvězdička* značí, že došlo ke statisticky významné pozitivní změně (zlepšení)

Dívky a chlapci

Program BNA! více ovlivnil dívky a to z hlediska sociální distance a postojů. Rozdíl v průměrném skóre mezi prvním a třetím měřením byl u dívek 3,05 u sociální distance a 2,6 u postojů (škála CAMI). U chlapců se rozdíl na obou škálách pohyboval kolem +/- 1,00 bod mezi prvním a třetím měřením (viz Tabulku 1).

TABULKA 1
ROZDÍLY V PRŮMĚRNÝCH SKÓRE MEZI PRVNÍ A TŘETÍ VLNOU MĚŘENÍ Z HLEDISKA POHLAVÍ

	Chlapci	Dívky
Sociální distance	1,0555	3,0516*
Postoje	-0,9796	2,5532*
Ochota vyhledat pomoc	0,2143	1,1915

Zelená hvězdička* značí, že došlo ke statisticky významné pozitivní změně (zlepšení)

Studenti gymnázií, zdravotnických oborů a ostatních oborů

Dále nás také zajímalo, jak na program BNA! reagují studenti na různých typech škol. Z výsledků v Tabulce 2 je zřejmé, že největší změny v sociální distanci i postojích byly zaznamenány u studentů zdravotnických oborů, kde mezi prvním a třetím měřením došlo k nárůstu okolo 3,5 bodu (3,54 u sociální distance a 3,69 u postojů). U gymnázií i ostatních oborů byla změna mezi prvním a třetím měřením nižší.

TABULKA 2
ROZDÍLY V PRŮMĚRNÝCH SKÓRE MEZI PRVNÍ A TŘETÍ VLNOU MĚŘENÍ Z HLEDISKA POHLAVÍ

	Gymnázia	Zdravotní obory	Jiné obory
Sociální distance	1,946*	3,5405*	1,8333*
Postoje	0,8378	3,6857*	-0,1429
Ochota vyhledat pomoc	2,000	-0,0295	0

Zelená hvězdička* značí, že došlo ke statisticky významné pozitivní změně (zlepšení)

Sebraná data nebylo z metodologických důvodů možné srovnat dle regionů a konkrétních tříd.

ZÁVĚRY

1. Program BNA! má prokazatelně pozitivní vliv na:

- **sociální distanci vůči lidem (kamarádům/spolužákům) s duševním onemocněním,**
- **postoje vůči lidem s duševním onemocněním,**
- **ochotu vyhledat pomoc.**

Tyto výsledky poukazují na to, že program BNA! obsahuje silné destigmatizační a preventivní prvky.

Pro další zkoumání se otevírají otázky, zda by studenti opravdu byli schopni a ochotni vyhledat pomoc pro sebe či svého kamaráda a zda mají dostatek praktických dovedností, jak pomoci sobě či druhému. To by vyžadovalo hloubkové zkoumání, např. realizaci case study na vybrané škole.

Preventivní charakter programu a to, jak program BNA! prakticky působí na schopnosti a dovednosti studentů v tomto ohledu by bylo možné dále zkoumat např. prostřednictvím testu vědomostí, zaměřeného např. na rozpoznávání psychických problémů, příčiny a symptomy, konkrétní metody péče o vlastní duševní zdraví a znalost služeb, na které se při potížích obrátit.

2. Pozitivní vliv byl největší u těch studentů, kteří měli horší vstupní hodnoty.

Toto zjištění je velmi pozitivní, ilustruje sílu programu BNA! a ospravedlňuje zaměřit se i na ty skupiny studentů, u kterých předpokládáme spíše negativní postoje.

3. Program je z hlediska distance a postojů efektivnější pro:

- **Dívky**
- **Studenty zdravotních oborů**

Zde jde o velmi pozitivní zjištění, neboť budoucí zdravotníci (a z hlediska frekvence přímého kontaktu zejména nelékařští zdravotní pracovníci) jsou významnou cílovou skupinou, která bude mít vliv na kvalitu života lidí s duševními problémy. Mají-li budoucí zdravotníci pozitivní postoje vůči lidem s duševním onemocněním, je pravděpodobné, že budou také schopni zajistit včasnou intervenci v případě rozpoznání duševních problémů.

Pokud bychom měli komentovat rozdílné výsledky u dívek a chlapců, je možné, že program BNA! je svým obsahem nastaven spíše pro dívky (může jít např. o převahu lektorů-žen apod.). Rozlousknutí příčin tohoto rozdílu by ale vyžadovalo další zkoumání.

4. Z hlediska soudržnosti kolektivu nedošlo u intervenční skupiny k pozitivním změnám

S ohledem na tento výsledek je nutné se soustředit na obsah programu a zvážit, zda adekvátně cílí na zvyšování soudržnosti studentského kolektivu.

5. Čeští studenti v předkládané studii vykazují větší ochotu navázat bližší vztahy s člověkem s duševním onemocněním. Velikost efektu programu BNA! u jednotlivých položek škály sociální distance byla u českých a německých studentů (ze studie z roku 2003) srovnatelná.

Větší ochota u českých studentů může být ale dána tím, že v německé studii se výzkumníci studentů dotazovali na jejich sociální distanci vůči lidem se schizofrenií, zatímco v ČR šlo o sociální distanci vůči lidem s duševním onemocněním obecně.

REFERENCE

Dzúrová, D., et al. (2008). „Analysis of parasuicide, psychiatric care and completed suicides, implications for intervention strategy (Czech Republic, 1996–2000).“ *International journal of public health* 53(3): 139-149.

Kessler, R. C., et al. (2005). „Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication.“ *Archives of general psychiatry* 62(6): 593-602.

Kieling, C., et al. (2011). „Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action.“ *The Lancet* 378(9801): 1515-1525.

Kim-Cohen, J., et al. (2003). „Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort.“ *Archives of general psychiatry* 60(7): 709-717.

Kovess-Masfety, V., et al. (2016). „Comparing the prevalence of mental health problems in children 6–11 across Europe.“ *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 51(8): 1093-1103.

Schulze, B., et al. (2003). „Crazy? So what! Effects of a school project on students' attitudes towards people with schizophrenia.“ *Acta Psychiatrica Scandinavica* 107(2): 142-150.

WHO (2017). „Survey of adverse childhood experiences in the Czech Republic.“

Winkler, P., et al. (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(12): 1549-1557.

PŘÍLOHY

PŘÍLOHA 1

CHARAKTERISTIKY VÝZKUMNÉHO SOUBORU

		N	%	Průměr
Pohlaví	Chlapec	129	34%	
	Dívka	254	66%	
Věk				
Studovaný obor	Gymnázium	187	49%	
	Zdravotní obor	80	21%	
	Jiný obor	118	31%	
Kraj	Hl. město Praha	56	14%	
	Středočeský	84	22%	
	Jihočeský	96	25%	
	Plzeňský	117	30%	
	Karlovarský	6	2%	
	Ústecký	0	0%	
	Liberecký	4	1%	
	Královéhradecký	9	2%	
	Pardubický	4	1%	
	Vysočina	10	3%	
	Jihomoravský	0	0%	
	Olomoucký	0	0%	
	Zlínský	0	0%	
	Moravskoslezský	1	0%	
Velikost místa bydliště	do 499 obyvatel	64	17%	
	500 – 1 999 obyvatel	52	14%	
	2 000 – 4 999 obyvatel	55	14%	
	5 000 – 19 999 obyvatel	73	19%	
	20 000 – 99 999 obyvatel	55	14%	
	nad 100 000 obyvatel	86	22%	

PŘÍLOHA 2

PROCENTA POZITIVNÍCH ODPOVĚDÍ NA ŠKÁLE SOCIÁLNÍ DISTANCE V ČASE

	1. měření % pozitivních odpovědí	2. měření % pozitivních odpovědí	3. měření % pozitivních odpovědí
Bál/a bych se mluvit s někým, kdo má duševní onemocnění.¹	63%	82%	77%
Byl/a bych v rozpacích nebo bych se styděl/a, kdyby moji kamarádi věděli, že někdo v mé rodině má duševní onemocnění. ¹	61%	54%	61%
Kdyby se u člověka, který se mnou sedí v lavici, rozvinulo duševní onemocnění, raději bych si přisedl/a. ¹	73%	79%	79%
Na svoji narozeninovou oslavu bych nepozval/a někoho, kdo má duševní onemocnění. ¹	63%	72%	67%
Na sraz s kamarády bych nevzal/a někoho, kdo má duševní onemocnění.¹	54%	71%	69%
Ten, kdo má duševní onemocnění, by měl raději zůstat doma, když se jede na školní výlet. ¹	73%	84%	81%
Nikdy bych se nezamíloval/a do někoho, kdo má duševní onemocnění. ¹	35%	46%	42%
Ten, kdo má duševní onemocnění, by neměl pracovat na pozici, která zahrnuje péči o děti či dospívající.¹	14%	29%	33%
Ten, kdo má duševní onemocnění, by neměl chodit do běžné školy.¹	55%	71%	71%
Nebyl/a bych znepokojen/á nebo neklidný/á, pokud bych měl/a být ve třídě s někým, kdo má duševní onemocnění. ²	53%	60%	61%
Dovedu si představit, že bych se skamarádil/a s někým, kdo má duševní onemocnění. ²	75%	78%	73%
Kdyby se u mého kamaráda/ky rozvinulo duševní onemocnění, navštívil/a bych jej/ji v nemocnici. ²	93%	93%	90%

¹ pozitivní odpověď je „nesouhlasím“

² pozitivní odpověď je „souhlasím“

Tučně jsou zvýrazněny výroky, u kterých došlo k největší pozitivní změně mezi prvním a třetím měřením.

PŘÍLOHA 3

PROCENTA POZITIVNÍCH ODPOVĚDÍ NA ŠKÁLE KOMUNITNÍ POSTOJE K LIDEM S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM V ČASE

	1. měření % pozitivních odpovědí	2. měření % pozitivních odpovědí	3. měření % pozitivních odpovědí
Umístění služeb pro lidi s duševním onemocněním do obytných čtvrtí snižuje hodnotu dané lokality. ¹	82%	74%	73%
Pomyšlení na to, že lidé s duševním onemocněním žijí v obytných čtvrtích, je děsivé. ¹	78%	82%	82%
Nikomu, kdo měl v minulosti duševní problémy, by neměla být svěřena veřejná funkce.¹	63%	59%	52%
Nechtěl/a bych bydlet vedle někoho, kdo je duševně nemocný. ¹	60%	61%	56%
Od ženy by bylo pošetilé provdat se za muže trpícího duševním onemocněním, i kdyby se zdálo, že se již plně uzdravil. ¹	74%	71%	67%
Lidem s duševním onemocněním by neměla být svěřována jakákoli zodpovědnost. ¹	66%	72%	70%
Existuje dostatek služeb pro lidi s duševním onemocněním. ¹	20%	27%	24%
Zvýšení výdajů na služby pro duševně nemocné je plýtvání penězi. ¹	74%	86%	74%
Lidé s duševním onemocněním představují zátěž pro společnost. ¹	74%	78%	75%
Lidé s duševním onemocněním si nezaslouží náš soucit. ¹	76%	78%	73%
Jakmile se u člověka objeví známky duševní poruchy, měl by být hospitalizován. ¹	47%	51%	51%
Na lidech s duševním onemocněním je něco, podle čeho je lze snadno odlišit od normálních lidí. ¹	38%	51%	42%
Jednou z hlavních příčin duševního onemocnění je nedostatek sebekázně a slabá vůle. ¹	51%	57%	53%
Lidé s duševním onemocněním by měli mít stejné právo na zaměstnání jako kdokoli jiný.²	52%	72%	74%

	1. měření % pozitivních odpovědí	2. měření % pozitivních odpovědí	3. měření % pozitivních odpovědí
Obyvatelé se nemusí bát lidí, kteří přicházejí do jejich čtvrti využívat služby péče o duševní zdraví. ²	76%	74%	72%
Pokud je to možné, služby péče o duševní zdraví by měly být poskytovány prostřednictvím zařízení komunitní péče (v přirozeném prostředí dané osoby). ²	72%	75%	74%
Nejlepší terapií pro mnoho lidí s duševním onemocněním je být součástí normální společnosti. ²	76%	75%	76%
Většině žen, které byly v minulosti pacientkami v psychiatrické léčebně, může být s důvěrou svěřeno dítě na hlídání. ²	27%	38%	35%
Lidé s duševním onemocněním jsou mnohem méně nebezpeční, než si většina lidí myslí.²	44%	71%	63%
Nikdo nemá právo vylučovat lidi s duševním onemocněním z jejich čtvrti. ²	92%	86%	85%
Máme povinnost poskytovat lidem s duševním onemocněním co nejlepší možnou péči. ²	60%	63%	67%
V naší společnosti si potřebujeme osvojit mnohem tolerantnější přístup k lidem s duševním onemocněním.	76%	82%	80%
Lidé s duševním onemocněním jsou příliš dlouho terčem posměchu. ²	70%	69%	66%
V podstatě u každého může propuknout duševní onemocnění. ²	92%	83%	89%
Psychiatrické léčebny představují zastaralý způsob péče o lidi s duševním onemocněním.²	18%	28%	28%
Na ochranu veřejnosti před lidmi s duševním onemocněním by měl být kladen menší důraz.²	20%	33%	31%
Duševní nemoc je nemoc jako každá jiná. ²	41%	45%	46%

¹ pozitivní odpověď je „nesouhlasím“

² pozitivní odpověď je „souhlasím“

Tučně jsou zvýrazněny výroky, u kterých došlo k největší pozitivní změně mezi prvním a třetím měřením.

PŘÍLOHA 4

PROCENTA POZITIVNÍCH ODPOVĚDÍ NA ŠKÁLE OCHOTY VYHLEDAT ODBORNOU POMOC V ČASE

	1. měření % pozitivních odpovědí	2. měření % pozitivních odpovědí	3. měření % pozitivních odpovědí
Mám docela dobrou představu o tom, co dělat a s kým mluvit, kdybych se rozhodl/a vyhledat odbornou pomoc kvůli psychickým problémům.²	66%	75%	80%
Kdyby se mě moji dobří kamarádi zeptali na radu ohledně psychických problémů, asi bych jim doporučil/a návštěvu odborníka. ²	70%	68%	66%
Kdybych v současné době prožíval/a závažné psychické problémy, byl/a bych si jistý/á, že mi psychoterapie může ulevit. ²	53%	57%	54%
Kdybych měl/a psychický problém, dostalo by se mi odborné pomoci, pokud bych chtěl/a. ²	81%	88%	88%
Bylo by pro mě poměrně jednoduché najít si čas na to, abych navštívil/a odborníka kvůli psychickým problémům. ²	56%	49%	52%
Přál/a bych si, aby se mi dostalo odborné pomoci, pokud bych se delší dobu cítil/a ustaraný/á nebo rozrušený/á. ²	50%	60%	48%
Pokud bych měl/a dojem, že se psychicky hroutím, můj první krok by bylo vyhledat odbornou pomoc.²	25%	30%	33%
Byl/a bych ochotný/á se svěřit s důvěrnými záležitostmi vhodné osobě, pokud bych měl/a pocit, že to pomůže mně, anebo některému z členů mé rodiny. ²	88%	87%	84%
Pokud bych se léčil/a s psychickými problémy, neměl/a bych pocit, že bych to měl/a skrývat. ²	30%	39%	36%
Existují problémy, které by neměly být rozebírány mimo nejbližší rodinu. ¹	22%	28%	18%
Nechtěl/a bych, aby můj blízký (manžel/ka, partner/ka atd.) věděl/a, že mám psychické problémy. ¹	75%	78%	70%
Soustředit se na práci je dobrý způsob, jak se vyhnout osobním obavám a starostem. ¹	31%	30%	28%

	1. měření % pozitivních odpovědí	2. měření % pozitivních odpovědí	3. měření % pozitivních odpovědí
Mít duševní onemocnění s sebou nese hanbu. ¹	80%	85%	79%
Pravděpodobně je nejlepší nevědět o sobě vše.¹	62%	59%	50%
Lidé by si měli své problémy vyřešit sami; odborná pomoc by měla být až posledním řešením. ¹	59%	65%	60%
Důležití lidé v mém životě by o mně smýšleli hůř, kdyby zjistili, že mám psychické problémy. ¹	63%	54%	57%
Psychické problémy, stejně jako jiné věci, mají tendenci se vyřešit samy. ¹	83%	85%	80%
Mám i takové životní zkušenosti, které bych s nikým neprobíral/a. ¹	43%	41%	35%
Nebylo by mi příjemné vyhledat odbornou pomoc kvůli psychickým problémům, protože by to lidé z mého okolí či práce mohli zjistit. ¹	55%	58%	59%
Mít diagnostikované duševní onemocnění poskvrní život člověka.¹	37%	43%	46%
Postoj lidí, kteří jsou ochotni vyrovnat se se svými konflikty a obavami bez vyhledání profesionální pomoci, je obdivuhodný. ¹	11%	14%	13%
Kdybych chodil/a k odborníkovi se svými psychickými problémy, obával/a bych se, co si o tom budou někteří lidé myslet. ¹	49%	48%	51%
Lidé se silnou osobností mohou překonat psychické problémy sami a mají menší potřebu vyhledat profesionální pomoc. ¹	26%	40%	28%
Styděl/a bych se, kdyby mě můj soused viděl vcházet do ordinace odborníka na psychické problémy. ¹	63%	58%	59%

¹ pozitivní odpověď je „nesouhlasím“;

² pozitivní odpověď je „souhlasím“

Tučně jsou zvýrazněny výroky, u kterých došlo k největší pozitivní změně mezi prvním a třetím měřením.

PŘÍLOHA 5

PROCENTA POZITIVNÍCH ODPOVĚDÍ NA ŠKÁLE SOUDRŽNOST KOLEKTIVU V ČASE

	1. měření % pozitivních odpovědí	2. měření % pozitivních odpovědí	3. měření % pozitivních odpovědí
Když je potřeba vyřešit nějaký problém (třeba co dát třídnímu profesorovi k narozeninám), účastní se debaty celá třída, ne jen úzká skupinka. ²	45%	47%	44%
Když se na něčem domluvíme, dohodu respektujeme.²	59%	56%	52%
Jsme schopni a ochotni poslouchat, když nám potřebuje někdo z nás něco říct.²	67%	63%	58%
Lidé ve třídě si vzájemně důvěřují. ²	44%	46%	40%
Naše třída by se dala charakterizovat heslem „Jeden za všechny, všichni za jednoho“. ²	30%	29%	30%
Často vyrážíme jako třída na nějakou mimoškolní akci. ²	21%	26%	23%
Jsem rád/a, že jsem zrovna v této třídě. ²	73%	72%	72%
Cítím se být pevnou součástí třídy jako kolektivu. ²	62%	64%	63%
Při řešení jednorázových úkolů (zalít květiny, stěhovat lavice) se těžko hledá dobrovolník, který by se jich ujal.¹	50%	44%	38%
Nikdy se mimo školu jako třída nestýkáme. ¹	51%	56%	51%

¹ pozitivní odpověď je „nesouhlasím“;

² pozitivní odpověď je „souhlasím“;

Tučně jsou zvýrazněny výroky, u kterých došlo k největší pozitivní změně mezi prvním a třetím měřením.

PŘÍLOHA 6

SROVNÁNÍ VÝSLEDKŮ NA ŠKÁLE SOCIÁLNÍ DISTANCE ČR–NĚMECKO.

	Měření před programem % pozitivních odpovědí	Měření 1 měsíc po programu % pozitivních odpovědí	Změna Procentní body
Bál/a bych se mluvit s někým, kdo má duševní onemocnění. ¹	63%	77%	+14
I would be afraid to talk to someone who had schizophrenia . ¹	63%	80%	+17
Byl/a bych v rozpacích nebo bych se styděl/a, kdyby moji kamarádi věděli, že někdo v mé rodině má duševní onemocnění. ¹	61%	61%	-
I would feel embarrassed or ashamed if my friends knew that someone in my family had schizophrenia . ¹	62%	64%	+2
Kdyby se u člověka, který se mnou sedí v lavici, rozvinulo duševní onemocnění, raději bych si přisedl/a. ¹	73%	79%	+6
If the person sitting next to me in class developed schizophrenia , I would rather sit somewhere else. ¹	70%	74%	+4
Na svoji narozeninovou oslavu bych nepozval/a někoho, kdo má duševní onemocnění. ¹	63%	67%	+4
I would not invite someone who has had schizophrenia to my birthday party. ¹	63%	70%	+7
Na sraz s kamarády bych nevezl/a někoho, kdo má duševní onemocnění. ¹	54%	69%	+15
I would not bring along someone who has had schizophrenia when I meet my friends. ¹	52%	66%	+14
Ten, kdo má duševní onemocnění, by měl raději zůstat doma, když se jede na školní výlet. ¹	73%	81%	+8
When going on a class outing, someone who has had schizophrenia should rather stay at home. ¹	49%	59%	+10

	Měření před programem % pozitivních odpovědí	Měření 1 měsíc po programu % pozitivních odpovědí	Změna Procentní body
Nikdy bych se nezamíloval/a do někoho, kdo má duševní onemocnění. ¹	35%	42%	+7
I would never fall in love with someone who has had schizophrenia . ¹	22%	34%	+12
Ten, kdo má duševní onemocnění, by neměl pracovat na pozici, která zahrnuje péči o děti či dospívající. ¹	14%	33%	+19
Someone who has had schizophrenia should not work in jobs that involve taking care of children or young people. ¹	40%	58%	18
Ten, kdo má duševní onemocnění, by neměl chodit do běžné školy. ¹	55%	71%	+16
Someone who has had schizophrenia should not go to regular school. ¹	58%	71%	+13
Nebyl/a bych znepokojen/á nebo neklidný/á, pokud bych měl/a být ve třídě s někým, kdo má duševní onemocnění. ²	53%	61%	+8
I would not be upset or disturbed to be in the same class with someone who has had schizophrenia . ²	63%	71%	+8
Dovedu si představit, že bych se skamarádil/a s někým, kdo má duševní onemocnění. ²	75%	73%	-2
I could imagine making friends with someone who has had schizophrenia . ²	59%	68%	+9
Kdyby se u mého kamaráda/ky rozvinulo duševní onemocnění, navštívil/a bych jej/ji v nemocnici. ²	93%	90%	-3
If one of my friends developed schizophrenia , I would go and see him/her at the hospital. ²	89%	93%	+4

¹ pozitivní odpověď je „nesouhlasím“/“disagree“

² pozitivní odpověď je „souhlasím“/“agree“

Tučně jsou zvýrazněny rozdíly ve formulaci výroků v české a německé studii (Schulze et al. 2003)

Tučně a kurzívou je označen vždy ten výrok, u kterého došlo k větší pozitivní změně ve srovnání se zahraničím.

Počet respondentů v intervenční skupině: ČR - 170, GER - 90.