Metodika PREPO CS
Lidé v riziku zhoršení duševního zdraví

Projekt PREPO a iniciativa NA ROVINU

Metodika pro program cílové skupiny Lidé v riziku zhoršení duševního zdraví je dokument, který informuje o kontextu, vývoji průběhu a výsledcích pilotních programů zaměřených na prevenci a podporu v duševním zdraví, které vznikly v rámci projektu se zkratkou PREPO pod oficiálním názvem Prevence a podpora duševního zdraví dospělé populace v ČR.

Cílem projektu PREPO je:

- Zvýšit úroveň zdravotní gramotnosti v oblasti duševního zdraví u dospělé populace v České republice.
- Snížit stigma a diskriminaci spojenou s duševním onemocněním.
- Zlepšit kvalitu života lidí s duševním onemocněním a v riziku rozvoje duševního onemocnění

K dosažení těchto cílů projekt PREPO realizuje následující aktivity:

- Aktivizace a spolupráce s odborníky z oblasti duševního zdraví a klíčovými stakeholdery na sociálně zdravotním pomezí.
- Vývoj a realizace vzdělávacích programů zaměřených na duševní zdraví pro různé cílové skupiny, včetně programů zaměřených na gramotnost v oblasti duševního zdraví, duševní zdraví v kontextu zaměstnání, vyškolení osob s duševním onemocněním v roli ambasadora a vzdělávání směrem k mediím.
- Rozvoj výzkumu a evaluace v oblasti prevence a podpory duševního zdraví, primárně zaměřené na dopady projektu.

Funkce metodiky

Tato metodika poskytuje praktický návod, jak programy uskutečnit. Ve fázi projektu (2023 - 2026) je metodika určena především internímu a regionálnímu týmu specialistů prevence a podpory v duševním zdraví a jejich spolupracovníkům jako návod k realizaci pilotních programů PREPO pod značkou iniciativy NA ROVINU.
Ve fázi navazující udržitelnosti po skončení projektu (od roku 2026) je v plánu upravenou Metodiku zpřístupnit široké veřejnosti, včetně dalších materiálů.

Iniciativa NA ROVINU

Iniciativa Na rovinu působí v rámci Výzkumného programu Veřejné duševní zdraví v NUDZ. Tvoří ji odborný tým pracovní skupiny Prevence a výzkum stigmatu, širší síť externích spolupracovníků z řad odborné veřejnosti, dobrovolníci i lidi s vlastní zkušeností s duševním onemocněním.

Verze metodiky:

Únor 2026

Autoři metodiky:

Tým projektu PREPO/ Iniciativy NA ROVINU

Garant projektu:

PhDr. Petr Winkler, Ph.D.

Web projektu:

www.narovinu.net

Obsah

Metodika PREPO CS Lidé v riziku zhoršení duševního zdraví....1
Projekt PREPO a iniciativa NA ROVINU....2
Funkce metodiky....2
Iniciativa NA ROVINU....2
Obsah....3
Úvod....7
Analýza potřeb....8
Znalosti a dovednosti k získání a udržení si dobrého duševního zdraví:....8
Porozumění aspektům duševních onemocnění a jejich léčbě:....9
Odstranění stigmat souvisejících s duševním zdravím:....9
Účinné vyhledání pomoci:....9
Jak by měl program vypadat?....9
Souhrn klíčových zjištění....9
Cílová skupina....9
Rozdělení cílové skupiny na 2 podskupiny....9
Cíle a změna, které má program přinést....10
Vývoj programu V POHODĚ....11
Vývoj programu....12
Interní expertiza: tým PREPO v NUDZ....12
Externí expertiza v konzultaci vývoje....12
Odborné vzdělávání jako zdroje k vývoji programu....13
Principy PREPO....15
Hlavní moduly a odborné koncepty vybrané pro naplnění cílů programu....16
Čtyři pilíře gramotnosti v duševním zdraví....16
Tematické celky pro moduly společné všem cílovým skupinám a zvolené hlavní koncepty....18
E-Learning: vývoj formy pro všechny CS....28
Program V POHODĚ *Podskupina* Lidé v riziku....29
Úvod....30
Anotace....31
Anotace pro web narovinu.net:....31
Cíl programu: Cesta účastníka programem....31
Forma programu....32
Časový harmonogram....33
Dvoudenní varianta:....33
Třídenní varianta:....34
Obsah: Moduly programu pro podskupinu Lidé v riziku....35
MODUL 1. Úvod do kontextu duševního zdraví....35
MODUL 2. Sebepoznání a sebepojetí (důraz na de-stigmatizaci)....35

MODUL 3. Emoce, myšlenky, fyziologické prožitky, a chování 35
MODUL 4. Kontinuum duševního zdraví a zotavení (a., b.) 36
MODUL 5. Vztah k sobě a ostatním 36
MODUL 6. Zplnomocnění 36
MODUL 7. Odolnost a well-being 37
MODUL 8. Zdroje podpory a pomoci 37
Lektoři 37
Charakteristiky lektorů a kompetence 37
Odborný lektor a současně facilitátor skupiny 38
Peer lektor 38
Příprava lektorů 39
Základní zásady vedení programů – komunikační a facilitační principy 39
Jak reagovat na různé náročné situace během programů 40
Účastníci a nábor 41
Náborový proces 42
Popis komunikačních kanálů 43
Letáček: všechny obrazové variace letáku viz v příloze 43
Logistika a organizace programů 44
Program V POHODĚ *Podskupina* Lidé se zkušeností s SMI 45
Úvod 46
Anotace 46
Anotace pro web narovinu.net 46
Cíl programu: Cesta účastníka programem 47
Forma programu 48
Časový harmonogram 49
Dvoudenní varianta: 49
Třídenní varianta: 50
Obsah: Moduly programu pro *Lidé s SMI* 51
MODUL 1. Úvod do kontextu duševního zdraví 51
MODUL 2. Sebepoznání a sebepojetí (důraz na de-stigmatizaci) 51
MODUL 3. Emoce, myšlenky, fyziologické prožitky, a chování 51
MODUL 4. Kontinuum duševního zdraví a zotavení (a., b.) 52
MODUL 5. Vztah k sobě a ostatním 52
MODUL 6. Zplnomocnění 52
MODUL 7. Odolnost a well-being 53
MODUL 8. Zdroje podpory a pomoci 53
Lektoři 53
Charakteristiky lektorů a kompetence 53
Odborný lektor a současně facilitátor skupiny 53
Peer lektor 54
Příprava lektorů 55

Základní zásady vedení programů – komunikační a facilitační principy....55
Jak reagovat na různé náročné situace během programů....56
Účastníci a nábor....57
Náborový proces....58
Popis komunikačních kanálů....59
Letáček: všechny obrazové variace letáku viz v příloze....59
Logistika a organizace programů....59
Průběh pilotáže....62
Pilotáže 2025-2026....62
Evaluace pilotáží....62
Vybrané metody a výsledky....62
Škála PREPO....62
Kvantitativní data....62
Kvalitativní data....62
Fokusní skupiny....63
Zpětno-vazební dotazník....63
Změny v podobě programu po pilotáži a doporučení na základě pilotáží....63
Bariéry a facilitátory v realizaci programu....64
Bariéra: délka programu, změna: zkrácení programu na 1denní variantu....64
Harmonogram nové jednodenní varianty využité v pilotních programech:....64
Doporučení směrem k realizaci programů....64
Závěr....67
Seznam použité literatury....68
Příloha 1: Pyramida WHO....70
Optimální kombinace služeb v péči o duševní zdraví: WHO Pyramida....70
Příloha 2: Příručka pro lektory programů pro podskupinu Lidé se zkušeností s SMI....73
Co je stigmatizace a proč je důležité se jí zabývat?....73
3 elementy stigmatizace – zásadní je zlepšit znalosti o duševním onemocnění....73
Cílová skupina Lidé v riziku zhoršení duševního zdraví se zkušeností s SMI....73
Proč vzdělávat lidi se zkušeností s duševním onemocněním se zaměřením na destigmatizaci?....74
Stigma, sebestigmatizace a zotavení....74
Principy vedení programu a jeho účinku na účastníky....76
1. Naděje na zotavení zprostředkovaná setkáním se zotaveným peer lektorem....76
2. Peer lektor je odborník, protože sám jde cestou zotavení....76
3. Informace o konceptu zotavení a o tom, jak se projevuje v životě....76
Co rozumíme pod pojmem zotavení v projektech Destigmatizace a návazně PREPO:....77
4. Tipy pro dobrý život s duševním onemocněním a pro zotavení....77
5. Zážitek sdílení ve skupině a vědomí, že v situaci duševního onemocnění není člověk sám/jediný; sdílení příběhů a dobré praxe mezi účastníky....77
6. Interaktivita s účastníky – diskuze, zapojení, pracovní listy....78
Práce s vlastním příběhem lektora (lektor si svůj příběh připraví předem)....78

Principy komunikace a vedení skupiny v programech projektů Destigmatizace a návazně PREPO: podrobně 78
Reference k této příloze: 82
Příloha 3: Obrazové varianty letáčků k programům 83
Varianty pro pod-skupinu Lidé v riziku 83
Varianty pro pod-skupinu Lidé s SMI 84

Úvod

V kontextu zdravotní péče je pojem zdravotní gramotnost široce používaný termín. Podle dostupných údajů má 59,4 % populace v ČR neadekvátní úroveň zdravotní gramotnosti (Kučera et al., 2016). Zdravotní gramotnost je definována jako schopnost obdržet si přístup k informacím a službám, které jsou zdraví prospěšné, porozumět jejich náplni, vyhodnotit je a využívat je ve svůj prospěch tak, aby podporovaly celkové zdraví jedince a jeho well-being (Apfel & Tsouros, 2013). V systému péče o duševní zdraví se tento pojem často nevyskytuje. Zdravotní gramotnost je silně spojena se schopností jedinců interpretovat informace související se zdravím, rozpoznat včasné varovné signály a v případě potřeby, vyhledat pomoc (Aaby et al., 2017; Hahn et al., 2015). U lidí, kteří nejsou dostatečně gramotní v oblasti zdraví, se zvyšuje riziko výskytu onemocnění, počet hospitalizací a dochází k vyšší úmrtnosti (Aaby et al., 2017). Zároveň také častěji využívají zdravotnickou záchrannou službu pro primární péči než lidé, kteří jsou více gramotní v oblasti zdraví.
Současný projekt Prevence a podpora duševního zdraví u dospělé populace v ČR (PREPO) řeší závažná témata z oblasti duševního zdraví populace v ČR, definovaná ve strategickém dokumentu Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030, schváleném Vládou ČR. Zároveň tak reaguje na současnou praxi, kdy se dostávají lidé s příznaky duševního onemocnění do lékařské péče až ve chvíli, kdy jsou symptomy jejich onemocnění rozvinuté. To zvyšuje náklady na zdravotní péči a vede k horší prognóze duševního onemocnění. Projekt PREPO řeší téma prevenci a podporu duševního zdraví. Jeho zaměření je konkrétně na čtyři pilíře duševní gramotnosti definovanými Kutcherem et al. (2016), mezi které patří:

- Znalosti a dovednosti k získání a udržení dobrého duševního zdraví
- Porozumění aspektům duševních onemocnění a jejich léčbě
- Odstranění stigmat souvisejících s duševním zdravím
- Účinné vyhledávání pomoci

Jednou z možností, jak zlepšit stávající situaci, je systematické vzdělávání populace, tedy navýšení zdravotní gramotnosti a přesun těžiště péče o lidi s duševními problémy z institucionálního prostředí směrem k primární péči. Projekt PREPO se zaměřuje na vzdělávání populace v oblasti duševní gramotnosti, a tedy také na vzdělávání populace v aspektech sebe-péče a neformální komunitní péče jako je například znalost sítě služeb nebo první pomoc duševního zdraví. Aby toto vzdělávání bylo efektivní a dostalo se k většině populace, je potřeba, aby se odehrávalo v kontextech, kde se většina populace sdružuje. Současný projekt cílí na 6 cílových skupin. Jedna z nich jsou **osoby s duševním onemocněním nebo v riziku rozvoje duševního onemocnění.**

Pro jazykovou úspornost v této metodice si pro tuto cílovou skupinu stanovme zkratku *„Lidé v riziku zhoršení duševního zdraví“, resp.* ***„Lidé v riziku zhoršení d. z.“***. Pod tímto označením rozumíme dvě hlavní podskupiny, jak vystihuje oficiální název výše (**osoby s duševním onemocněním nebo v riziku rozvoje duševního onemocnění), u kterých opět pro účely jazykové úspornosti v této metodice pracujme s následujícími zkratkovitými označeními:**

1. **„Lidé v riziku“:** Lidé, kteří jsou v riziku rozvoje duševního onemocnění poprvé, tj. zatím s duševním onemocněním neměli přímou osobní zkušenost, nebo mají zkušenost s duševními obtížemi lehkého rázu, neobdrželi psychiatrickou diagnózu závažného duševního onemocnění (SMI).
2. **„Lidé s SMI“**, kteří již mají zkušenost s duševním onemocněním a nacházejí se v riziku přítomnosti špatného duševního zdraví z důvodu probíhajícího duševního onemocnění, anebo jeho znovu-propuknutí v případě, že aktuálně žijí v remisi, resp. jejich stav duševního zdraví je dlouhodobě stabilizován na dobré úrovni. Zkratka SMI zde označuje anglický termín Severe Mental Illenss, neboli závažné duševní onemocnění.

Cílový počet daných osob, kteří absolvují vybrané moduly, byl stanoven na 200 účastníků.
Dle definice MPSV, se jedná o osoby vyčleněné nebo ohrožené vyčleněním mimo běžný život společnosti, které se do něj v důsledku nepříznivé sociální situace nemohou zapojit.
V projektu PREPO tento okruh CS zahrnuje následující podkategorie:

- Lidé bez přítomných potíží v oblasti duševního zdraví
- Lidé s lehkými obtížemi v oblasti duševního zdraví bez lékařem stanovené diagnózy psychiatrického onemocnění
- Lidé s lékařem stanovenou diagnózou psychiatrického onemocnění, které spadá mezi nejrozšířenější duševní onemocnění méně závažného rázu: např. úzkostné poruchy, lehké afektivní poruchy (např. lehká deprese), problematika vyhoření, chronický stres, apod. (nespadá sem kategorie závažných duševních onemocnění, SMI, viz následující bod).
- Lidé s lékařem stanovenou diagnózou závažného psychiatrického onemocnění (tzv. SMI, “severe mental illness”): sem spadají závažné úzkostné poruchy, těžká obsedantně-kompulzivní porucha, závažné afektivní poruchy (bipolární afektivní porucha, těžká deprese apod.), psychotické poruchy a schizofrenie, těžké formy poruch osobnosti a další.

- Lidé v životní situaci, která svou povahou či závažností představuje riziko pro jejich duševní zdraví, ačkoliv aktuálně nemusí prožívat potíže v duševním zdraví Mezi osoby v takové rizikové životní situaci patří:
  - Imigranti a azylanti
  - Oběti domácího násilí
  - Oběti obchodu s lidmi
  - Oběti trestné činnosti
  - Osoby bez přístřeší
  - Osoby do 26 let věku opouštějící školská zařízení pro výkon ústavní péče
  - Osoby komerčně zneužívané
  - Osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách
  - Osoby s chronickým duševním onemocněním
  - Osoby s chronickým onemocněním
  - Osoby s jiným zdravotním postižením
  - Osoby s kombinovaným postižením
  - Osoby s mentálním postižením
  - Osoby s tělesným postižením
  - Osoby se sluchovým postižením
  - Osoby se zdravotním postižením
  - Osoby se zrakovým postižením
  - Osoby v krizi v důsledku následujících situací (zde čerpáme z definice dle Holmes a Rahe, 1967), respektive osoby takovouto situací zasažené v současnosti či blízké minulosti:
  - Úmrtí partnera, partnerky
  - Rozvod
  - Rozvrat manželství
  - Uvěznění
  - Smrt blízkého člena rodiny
  - Úraz nebo nemoc
  - Sňatek
  - Propuštění z práce
  - Usmíření v manželství
  - Odchod do důchodu
  - Změna zdravotního stavu člena rodiny
  - Těhotenství
  - Sexuální obtíže
  - Přírůstek v rodině
  - Změna zaměstnání
  - Změna finančního stavu
  - Úmrtí blízkého přítele
  - Zahájení nebo ukončení studia
  - Změna životních podmínek
  - Změna životních zvyklostí
  - Problémy se nadřízeným
  - Změna pracovní doby nebo pracovních podmínek
  - Změna bydliště
  - Změna školy
  - Osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách
  - Osoby, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy
  - Pachatelé trestné činnosti
  - Rodiny s dítětem/dětmi
  - Senioři
  - Etnické menšiny

Na základě definice WHO, do kategorie osob, které se nacházejí v riziku duševního onemocnění či duševní nepohody také patří (WHO, 2012):

- Osoby zasažené nevyvážeností v oblasti work-life balance; extenzivně dlouhá pracovní doba; pečující profese; absence jistoty a bezpečí na pracovišti
- Osoby nezaměstnané
- Osoby zasažené sociálním vyloučením / osoby nezapojené do komunitní práce (z důvodu nepřístupnosti, nebezpečnosti komunitního okolí, zločinu, absence podpory, nemožnosti uplatnit svá práva)
- Osoby s jakýmikoliv zdravotními komplikacemi: absence dobrého zdraví jako takového (viz výše zdravotní postižení, tělesné postižení)
- Osoby s onemocněním, které zasahuje neurologickou soustavu přímo (HIV/AIDS, demence, mrtvice, zneužívání návykových látek), nebo které představuje psychickou zátěž vzhledem k překážkám, které s sebou nese (odlišný životní styl, předčasné úmrtí apod.)
- Osoby zasažené stigmatem a diskriminací z jakéhokoliv důvodu (např. HIV/AIDS)
- U osob vyššího věku:
  - Sociální izolace (spojená i s koncem pracovní aktivity; ztrátou druha/družky a přátel, truchlení; absence péče rodiny)
  - Chronické onemocnění (např. snižuje mobilitu, nezávislost, kognitivní schopnosti)
  - Náchylnost k fyzickému zneužití nebo zanedbání pečovateli formálními i neformálními

Analýza potřeb

V první fázi projektu byla provedena napříč všemi cílovými skupinami komplexní analýza potřeb. Hlavním cílem analýzy potřeb bylo zjistit a popsat zkušenosti cílových skupin s ohledem na prevenci a podporu duševního zdraví a definovat jejich vzdělávací potřeby. Toto bylo provedeno prostřednictvím hloubkových polostrukturovaných rozhovorů nebo fokusních skupin s klíčovými představiteli z každé skupiny. Na základě analýzy rozhovorů se zástupci lidí v riziku zhoršení duševního zdraví bylo zjištěno, že:

Znalosti a dovednosti k získání a udržení si dobrého duševního zdraví:

Osoby s duševním onemocněním nejčastěji popisují duševní pohodu jako zvládání každodenních rutin nebo emocí. Je zde

patrné že ví, jak se jejich vlastní duševní pohoda mění a umí vlastní duševní stavy sledovat. Zároveň také sledují a aktivně se vyhýbají hrozbám pro narušení jejich duševní pohody, jedná se o různé zdroje, jak osobní jako jsou například vztahy v rodině, tak celospolečenské jako jsou například média Na základě rozhovorů je patrné, že účastníci znají základní metody sebepéče, které jim pomáhají, zároveň ale někteří uznávají, že neví, kdy je vhodné různé formy sebepéče využívat tak, aby byly efektivní. Co se týče otázek na téma sebepéče účastníci rozhovorů měli různé dotazy, převážně na téma sebe-medikace, ale také třeba zvládání emocí v každodenním životě.

Porozumění aspektům duševních onemocnění a jejich léčbě:

Účastníci rozhovorů si myslí, že většinou duševní onemocnění u ostatních nebo zhoršení duševního onemocnění u sebe, poznají. Někteří ale uznávají, že je pro ně občas obtížné včas rozpoznat příznaky zhoršení duševního zdraví. Co se týče léčby vnímají potřebu více informací, co se týče možných typů a alternativ léčby a jak léčba probíhá.

Odstranění stigmat souvisejících s duševním zdravím:

Účastníci potvrzují, že stále pociťují nepochopení ze strany společnosti či blízkých, avšak věří, že v tomto ohledu jim nejvíce pomáhá sdílení s jinými osobami s duševním onemocněním. Zároveň také hovoří o stigmatizaci spojené s vyhledáním profesionální pomoci.

Účinné vyhledání pomoci:

Většinou účastníci vědí kde vyhledat pomoc, avšak často by si přáli první pomoc od blízké osoby, spíše, než od odborníků specializované péče jako jsou například psychologové. Rádi by se pak dozvěděli více o tom, jak efektivně odborné služby využívat.

Jak by měl program vypadat?

Účastníci se shodují, že by si přáli mít program formou prezenčního semináře či přednášky spojené s online materiály pro prohloubení znalostí. Zároveň účastníci potvrzují zájem o sdílení s peer lektorem nebo v podpůrné skupině.

Souhrn klíčových zjištění

Osoby s duševním onemocněním jsou zvyklé sledovat své duševní zdraví a mají extenzivní znalost sebepéče. Rády by se dozvěděli více o různých formách léčby, kdy a jak správně využít příslušných služeb. Uvítaly by prezenční program doplněný online materiály.

Cílová skupina

Rozdělení cílové skupiny na 2 podskupiny

Cílová skupina *Lidé v riziku zhoršení duševního zdraví* byla rozdělena na 2 specifické podskupiny. Na základě formálních náležitostí projektu PREPO byla jejich definice následující:

Lidé v riziku zhoršení duševního zdraví (bez zkušenosti s duševním onemocněním)

- Osoby, které jsou ohrožené vyloučením ze společnosti v důsledku raných projevů psychických potíží či zhoršeného duševního stavu z důvodu rizika chronifikace těchto potíží
- Osoby z nejbližšího neformálního okolí lidí s duševním onemocněním (širší rodinní příslušníci) čelící veřejné a přenesené stigmatizaci v důsledku nepříznivé sociální a zdravotní situace člena své rodiny
- Osoby s potřebou včasné intervence, tzn. osoby s rizikem rozvoje duševního onemocnění

Lidé se zkušeností s duševním onemocněním, neboli Lidé s SMI

- (...) osoby s duševním onemocněním, uživatelé psychiatrické péče, osoby s akutními psychickými obtížemi, osoby v krizových situacích – z okruhu SMI, s dalšími častými duš. onemocněními mimo SMI (úzkosti, deprese), s poruchami osobnosti, s demencemi

Za účelem designu, vývoje a pilotování programů jsme definovali následující specifické potřeby, respektive jejich naplňování ve formě programové intervence, u těchto dvou podskupin takto:

Lidé v riziku zhoršení duševního zdraví (bez zkušenosti s duševním onemocněním)

- důraz na prevenci, posilování dovedností udržet si dobré duševní zdraví, předejít prvnímu propadu/nemoci
- zaměření na snížení obav a stigmatu spojeného s představou prvního vyhledání odborné pomoci
- informace s důrazem na orientaci v prvních zkušenostech
- bez zkušenosti s SMI, v riziku na základě:
    - lehčí obtíže nebo bez obtíží:
    - zkušenost s kratší, lehčí depresí, úzkostí, krizí, vyhořením apod.;
    - bez zkušenosti na základě např. životní situace

Specifika programu:

- Původní preferované pořadí modulů:
    1. ACT /+ Sebepéče = otázka překryvu těchto témat mezi sebou, během vývoje byla integrována
    2. Destigmatizace
    3. Duševní gramotnost
    4. Síť služeb

Lidé se zkušeností s duševním onemocněním, nebo Lidé s SMI

- důraz na podporu udržení dobrého dušeního zdraví a pohody
- využití zkušeností z projektu Destigmatizace (zaměřen na osoby s dg. SMI) ve vývoji i realizaci pilotů
- sdílení ve skupině lidí s podobnou zkušeností (dg. nemoci)
- vzájemné předávání naděje v zotavení (recovery)
- vzájemná destigmatizace, zkušenosti peer lektora
- podobné tempo, důraz na bezpečí, možnost přizpůsobení objemu informací a formy předání
- využívání již nabytých zkušeností s životem s onemocněním a systémem péče o duševní zdraví
- destigmatizace života s nemocí, lidí a jejich vlastních zkušeností; snižování vzniklé sebe-stigmatizace
- důraz na práva, sebeobhájství/sebeprosazení (self-advocacy), zplnomocnění (empowerment)…

Specificka programu:

- Ideálně přítomen zkušenější odborný lektor, musí mít profesní zkušenost s lidmi s SMI
- Musí být přítomen peer lektor se zkušeností s diagnózou z SMI
- Příklady zaměřené na zkušenosti SMI
- Pořadí programu:
    1. Duševní gramotnost: první protože všechna témata jsou v kontextu jejich SMI zkušenosti
    2. navazují Sebepéče, Destigmatizace, Síť služeb
    3. zarámováno v přístupu ACT
- toto pořadí bylo během procesu vývoje programu značně změněno na základě interní i externí expertízy a konzultací s českou expertní platformou; finální podobu viz v příslušné kapitole o programu pro podskupinu programu V POHODĚ pro lidi s SMI.

Cíle a změna, které má program přinést

Za účelem naplnění záměrů projektu PREOP definujeme jako hlavní záměr pro cíle a změny, které má intervence přinést, takto: zvýšení informovanosti a dále zvýšení zdravotní gramotnosti v oblasti duševního zdraví, které zahrnují:

- včasné rozpoznání prvních příznaků duševního onemocnění
- využití dostupných možností sebepéče
- znalost dostupných služeb v oblasti péče o duševní zdraví a potažmo vyhledání odborné péče či léčby v situaci, kdy je to potřeba

Pro naplnění tohoto cíle si definujeme jako hlavní náležitosti, které mají účastníci intervencí rozvinout, tyto:

1. ZNALOSTI: porozumění duševnímu zdraví a jeho principům a dále svým (potenciálním) problémům v duševním zdraví
2. POSTOJE: de(sebe)stigmatizace; sebepřijetí; zotavení/posílení zdravé sebeidentity; přijetí faktu, že problémy mohou nastat jako přirozená reakce na náročné situace; zaujetí pro péči o sebe sama namísto identifikace s problémem; orientace na konstruktivní řešení pro posílení duševního zdraví
3. JEDNÁNÍ – DOVEDNOSTI A MOTIVACE: k aplikaci praktických metod:
    - nízkointenzivní techniky pro sebepéči a podporu duševního zdraví
    - vyhledání pomoci v okolí nebo odborné pomoci

Složka jednání – dovednosti a motivace – odkazuje k důležitosti schopnosti aplikovat nabyté znalosti s využitím postoje, který jejich aplikaci umožní. ą

Financováno Evropskou unií

NÁRODNÍ ÚSTAV DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

na rovinu

Vývoj programu V POHODĚ

Vývoj programu

Program V POHODĚ byl vyvinut v Národním ústavu duševního zdraví (NUDZ) v rámci projektu *Prevence a podpora duševního zdraví dospělé populace v ČR* (PREPO). Cílem současného projektu je zvýšit úroveň zdravotní gramotnosti v oblasti duševního zdraví u dospělé populace v České republice; snížit stigma a diskriminaci spojenou s duševním onemocněním; a zlepšit kvalitu života lidí s duševním onemocněním a v riziku rozvoje duševního onemocnění. Tento projekt navazuje na výstupy z projektu *Destigmatizace lidí s duševním onemocněním* a dále na předchozí výzkumy, v rámci kterých bylo zjištěno, že, ve srovnání se západoevropskými zeměmi, panuje v České republice vysoká míra stigmatizace a diskriminace lidí s duševním onemocněním.

Interní expertiza: tým PREPO v NUDZ

V rámci interního týmu PREPO byly v rámci vývoje týmu využity především následující zkušenosti a odbornost členů týmu:

- odbornost klinické psychologie a psychoterapie
- odbornost psychologie se zaměřením a zkušeností ve vzdělávání dospělých a specificky vývoje, realizace i lektorování interaktivních programů pro posílení duševního zdraví dospělých
- odbornost v oboru veřejné duševní zdraví
- odbornost v přístupu ACT (Acceptance and Commitment Therapy; terapie přijetí a odhodlání)
- zkušenosti z projektu Destigmatizace (NUDZ) s vývojem a realizací programů obsahujících výrazné destigmatizační prvky jak v obsahu, tak ve formě realizace vzdělávání
- peer expertiza a peer lektorství; zkušenost se závažným duševním onemocněním a zotavením z něj
- v širší souvislosti tým těží také ze zkušeností oddělení Výzkumný program Veřejné duševní zdraví NUDZ, kterého je tým PREPO součástí
- s ohledem na zahraniční odborné zkušenosti interní tým těží především ze zkušeností v oborech psychologie a duševního zdraví z Anglie, jmenovitě zkušenosti z postupů a programů King's College, NHS, neziskové organizace Talk for Health, a odborného vzdělání v psychologii z několika anglických univerzit.

Vývoj programů PREPO přitom probíhal formou skupinových konzultací interního týmu s využitím multidisciplinárního rámce, který tým svým složením nabízí. Vývoj programů byl současně průběžně konzultován s externími experty:

Externí expertiza v konzultaci vývoje

Česká expertní platforma

Odbornou expertkou pro konzultace v rámci české expertní platformy byla pro CS *Lidé v riziku zhoršení duševního zdraví* byla Mgr. Hana Štěpánková, jejíž expertiza vychází z role peer expertky a peer lektory; odbornosti v oblasti destigmatizace z projektu Destigmatizace (NUDZ); zkušeností z odborného působení v psychiatrické nemocnici Petrohrad; NUDZ; a Ministerstva zdravotnictví ČR. S expertkou Hanou Štěpánkovou byl průběžně konzultován vývoj programu a vhodné postupy pro realizaci pilotáží.

Další expertíza

- Významný vliv na odbornou podobu programu i detailní obsahy měly dále odborné konzultace s expertkami na přístup ACT: Helenou Vontorčíkovou, BA, a Lucií Zernerovou, PhD. Tato spolupráce se odrazila jak v procesu vzdělávání odborného týmu specialistů prevence a podpory, kteří tvořili metodiky a obsah programů, tak také v následujících expertních konzultacích k těmto konkrétním obsahům. Některé části programů, které využívají přístup ACT, vznikly specificky v rámci této expertní spolupráce. Z tohoto důvodu je u programu citován Institut ACT+, v rámci nějž expertky působí a který poskytl jejich prostřednictvím množství odborného materiálu jako inspiraci nebo podklad pro části programů PREPO.
- Další expertní vliv na tento program poskytl PhDr. Jan Soukup PhD., který realizoval vzdělání odborného týmu v přístupu motivačních rozhovorů. Následně v expertních konzultacích poskytl feedback a podněty pro uchopení odborné části tématu komunikace orientované na podporu v duševním zdraví.

Zahraniční expertíza

Ze zahraniční expertizy se na obsahu a formě programu odrazila spolupráce s kanadskou organizací Opening Minds z Mental Health Comission of Canada, se kterou jsme byli během vývoje propojeni:

1. využitím modelu kontinua duševního zdraví, který byl adaptován již v rámci předchozího projektu Destigmatizace a nyní jsme tento model začlenili do programů PREPO ještě výrazněji a více do hloubky;

využili jsme zkušenost využití kontinua duševního zdraví v kanadském programu Opening Minds, který jsme absolvovali online v rámci stáže v dané organizaci.
2. kontaktem se zástupcem a ředitelem Mental Health Comission of Canada Mikem Pietrusem, který je součástí zahraniční expertní platformy PREPO;
3. absolvováním osobní stáže v Ottavě v sídle Opening Minds, kde jsme realizovali detailní konzultace v oboru prevence a podpory v duševním zdraví a vývoje daných programů s interním týmem dané organizace; tak jsme také prošli školením Mental Health First Aid, ze kterého jsme adaptovali přístup k využívání kazuistik o duševních obtížích v kombinaci s podpůrnou komunikací.

Odborné vzdělávání jako zdroje k vývoji programu

V zájmu tvorby obsahu programů prevence a podpory v duševním zdraví dospělé populace v ČR byla identifikována odborná témata, resp. vzdělávací oblasti, v nichž se interní tým vzdělal v minimálním objemu 40 hodin. Pro cílovou skupinu *Lidé v riziku zhoršení duševního zdraví* to byla následující klíčová témata:

ACT: Nízko-intenzivní intervence v modalitě Acceptance and Commitment Therapy (interaktivní trénink s nácvikem, 2 dny)
Self-Help Plus (SH+) a/nebo **Group Problem Management Plus (gPM+)**
Design služeb
Zotavení, empowerment, sebeobhájství/sebeprosazení (self-advocacy)
Komunikace a efektivní nástroje pro komunikaci směrem k duševnímu zdraví: motivační rozhovory (MR); Talk for Health program rozhovorů pro well-being případně jiné modality. Komunikace zaměřená na efektivní sdílení témat směrem k veřejnosti.
Podpora duševního zdraví: pozitivní psychologie, pozitivní duševní zdraví, pozitivní psychiatrie: individuálně vybrané kurzy/školení pro vybrané SP

ACT: ACT je modalita nízko-intenzivní, psychologické terapie, která je široce používaná jako trans-diagnostický přístup pro redukci stresu, zlepšení well-beingu a psychologické flexibility (Eklund et al., 2023). ACT je efektivním nástrojem jak při podpoře lidí s diagnostikovanou poruchou duševního zdraví, tak pro ty, kteří diagnózu nemají, ale jsou vystaveni akutnímu nebo chronickému stresu (A-Tjak et al., 2015). V tomto směru se přístup ACT nabízí i k využití pro šest cílových skupin projektu, do kterých lidé v riziku ohrožení duševního zdraví spadají nebo o které se některé vybrané cílové skupiny přímo starají a mají vliv na jejich duševní zdraví. Přístup ACT je obecně považován za praktický i díky efektivitě, kterou ukazují studie ve kterých je přístup použitý uživateli samostatně, tedy bez nutnosti přítomnosti vysoce kvalifikovaného pracovníka (Wersebe et al., 2018). I to je jeden z důvodů, proč na tomto přístupu Světová zdravotnická organizace (WHO) zakládá své podpůrné programy pro lidi potýkající se s vysokou úrovní adverzity.

Self-Help Plus (SH+): Nízko intenzivní intervence SH+ byla vyvinutá WHO pro podporu lidí v situaci humanitární krize nebo ohrožení, kde je prevalence psychické tísně vysoká, ale přístup ke službám péče o duševní zdraví je omezený. SH+ je intervence založená na přístupu ACT. Jak již bylo zmíněno, přístup ACT je užitečný pro řadu problémů s duševním zdravím a byl úspěšně používán ve formátu řízené svépomoci (Epping-Jordan et al., 2016). V intervenci SH+ se kombinuje předem nahraný audio kurz a ilustrovaná příručka určená pro populaci s nízkou gramotností tak, aby intervence šla provést s minimálním tréninkem. SH+ je doporučený WHO jako efektivní intervence pro podporu well-beingu a snížení stresu v populaci v riziku výskytu duševního onemocnění.

Group Problem Management Plus (gPM+): Nízko intenzivní intervence PM+ byla, obdobně jako výše zmíněná SH+, vyvinutá WHO pro podporu lidí v situaci humanitární krize nebo ohrožení, nedostatku dostupných odborných služeb péče o duševní zdraví, přičemž aplikace nízko intenzivních psychologických intervencí, které navíc mohou být doručeny laickými facilitátory s minimálním odborným tréninkem, se nabízí jako vhodná a dostupné varianta podpory a prevence v duševním zdraví. PM+ vznikla jako individuální intervence pro dospělé osoby se symptomy běžných duševních obtíží, jako jsou deprese, úzkost, stres nebo truchlení, stejně jako se samostatně definovanými praktickými problémy (např. nezaměstnanost, mezilidský konflikt apod.). PM+ je transdiagnostický přístup a pracuje s principy, které nejsou vázané na žádnou konkrétní diagnózu, tedy nevyžadují diferenciální diagnostiku ani nekladou nároky na specifické manuály léčby pro různé duševní nemoci. PM+ nabízí integrované techniky zaměřené na řešení problémů a na behaviorální postupy založené na silné evidenci. Intervence směřují ke zlepšení dovedností osoby zvládat (namísto apelu “řešit”;) své praktické problémy, které bývají s duševními obtížemi běžně spojené. Podobně jako u SH+, se u programu gPM+ jedná o inovativní na důkazech založený program který v ČR nebyl zatím adaptován. I z toho důvodu je vhodné, aby specialisté prevence si prošli komplexním programem zajišťující facilitátorskou kvalifikaci.

Design služeb: Kurz umožnil internímu týmu získat nové dovednosti a intervence k prevenci a podpoře v duševním zdraví metodou design thinking, a to konkrétně v těchto tématech:

- Inovační design, co to je a kdy má smysl ho použít
- Zadání projektu aneb jak neskončit v pekle
- Výzkum jako základní nástroj, jak nebýt slepý designer
- Ideace aneb jak systematicky generovat nové nápady
- Testování nápadů ještě předtím, než do nich investujete
- Prototypování, co jsou prototypy a k čemu je používat
- Jak to celé odřídit a co dělat, když vám chybí čas

Přístup designového myšlení a jeho aplikace zajistila maximální efektivitu při vytváření nových programů a intervencí pro současnou cílovou skupinu tak, aby jeho výstupy byly cílovým skupinám maximálně přístupné, srozumitelné, prakticky využitelné a adaptovatelné do běžného života.

Zotavení, empowerment, sebeobhájství/sebeprosazení (self-advocacy): Témata zotavení (recovery), zplnomocnění (empowerment) a sebeobhájství/sebeprosazení (self-advocacy) jsou ústřední součástí pilíře destigmatizace v rámci prevence a podpory duševního zdraví. V rámci modulů 6 programů pro 6 CS v rámci opatření prevence a podpory duševního zdraví budou součástí modulu "Duševní zdraví – stigma a diskriminace". Téma self-advocacy patří k podpoře duševního zdraví lidí se zkušeností s duševním onemocněním a podporuje kvalitu jejich života i lepší duševní zdraví jako takové (Jonikas a kol., 2013). Thomas (2022) se věnuje tématům self-advocacy např. v kontextu obhajování lidských práv lidí s mentálním hendikepem - např. jejich právo na kvalitní život v komunitě mimo instituce a další, která patří k podpoře duševního zdraví lidí s duševním onemocněním.

Komunikace: Motivační rozhovory (MR) jsou terapeutickým a komunikačním přístupem zaměřeným na podporu vnitřní motivace lidí vedoucí ke změně chování. Je to kolaborativní, na cíl orientovaný styl komunikace se zvláštním důrazem na jazyk změn. Přístup byl navržen tak, aby posílil osobní motivaci a závazek ke konkrétnímu cíli tím, že vyvolá a prozkoumá vlastní důvody pro změnu v atmosféře přijetí a soucitu (Miller & Rollnick, 2013). V projektu PREPO je znalost motivačních rozhovorů zásadní, protože programy pro cílové skupiny mají za cíl nejen informovat, tedy zvýšit znalost v oblasti zdravotní gramotnosti, ale také předat dovednosti, které je nutné aplikovat v praxi. Častým kamenem úrazu v edukativních programech bývá motivace k použití nabytých znalostí a dovedností v terénu, tedy mimo kontext programu. Současně je vysoká expertiza týmu v této metodě zásadní, protože se nabízí možnost tuto metodu předat cílovým skupinám i jako vlastní kompetenci, protože cílové skupiny mají samy široký vliv na společnost. Motivační rozhovory jsou také mezi behaviorálními intervencemi doporučené Světovou zdravotnickou organizací (WHO) pro podporu zdraví prospěšného chování (WHO, 2005).

Podpora duševního zdraví - pozitivní psychologie, pozitivní duševní zdraví, pozitivní psychiatrie: Tematické zaměření spadá k oblasti pozitivní psychiatrie, neboli vědecké oblasti, která se snaží pochopit a podporovat wellbeing prostřednictvím měření a intervencí zahrnujících pozitivní psychosociální charakteristiky u lidí, kteří trpí nebo jsou ve zvýšeném riziku rozvoje duševních nebo fyzických nemocí; mezi 4 hlavní komponenty spadají pozitivní výstupy v duševním zdraví (např. well-being) a pozitivní psychiatrické intervence včetně těch zaměřených na prevenci a podporu duševního zdraví. Pro naplnění vzdělávacích potřeb interního týmu a umožnění adaptace konceptů a praktických intervencí z oblasti pozitivní psychiatrie a psychologie bylo považováno za důležité, jelikož umožní internímu týmu získat kompetence k implementaci poznatků pro jednotlivé cílové skupiny.

Vytvořené obsahy programu interním týmem byly následně konzultovány s českou expertní platformou. Program je v souladu s principy PREPO uvedenými níže:

Principy PREPO

Obecné principy pro tvorbu a realizaci programů prevence a podpory duševního zdraví u dospělé populace v ČR:

1. Cílem programů je snaha o zvyšování kvality života lidí s duševním onemocněním nebo v riziku jeho rozvoje, snižování diskriminace a stigmatizace, a to zvyšováním gramotnosti v oblasti duševního zdraví.

2. Prevence a podpora duševního zdraví staví na gramotnosti v oblasti duševního zdraví. Programy obsahují jeden a více ze čtyř základních komponentů gramotnosti v oblasti duševního zdraví:
   - znalosti a dovednosti k získání a udržení dobrého duševního zdraví (sebepéče),
   - porozumění aspektům duševních onemocnění a jejich léčbě,
   - odstranění stigmat souvisejících s duševním onemocněním,
   - účinné vyhledávání pomoci.

3. Programy mají definovanou cílovou skupinu a jsou specificky pro ni vytvořeny. Nejsou koncipovány jako jednotné univerzální programy pro "širokou veřejnost".

4. Programy zohledňují potřeby cílových skupin, reagují na český regionální a společenský kontext (vychází z analýzy potřeb cílové skupiny pro kterou jsou určeny).

5. Programy čerpají ze zahraniční i lokální dobré praxe a zohledňují předchozí ověřené a pozitivně hodnocené programy.

6. Programy přihlíží k názorům a zpětné vazbě expertů i cílové skupiny, pro kterou jsou vytvořeny.

7. Programy se zaměřují na pozitivní přístup k tématu duševního zdraví místo poukazování na konkrétní duševní onemocnění. Programy důsledně uplatňují přístup a jazyk orientovaný na člověka v jeho sociálním kontextu, nikoli na diagnózu.

8. Zástupci lidí se zkušeností s duševním onemocněním jsou nezastupitelnými aktéry v celém procesu tvorby a realizace programů pro prevenci a podporu duševního zdraví.

9. Programy staví na dosavadní dobré praxi zprostředkovávání kontaktu s lidmi se zkušeností s duševním onemocněním nebo s potížemi v oblasti duševního zdraví a staví na sociálním kontaktu s těmito lidmi.

Hlavní moduly a odborné koncepty vybrané pro naplnění cílů programu

Čtyři pilíře gramotnosti v duševním zdraví

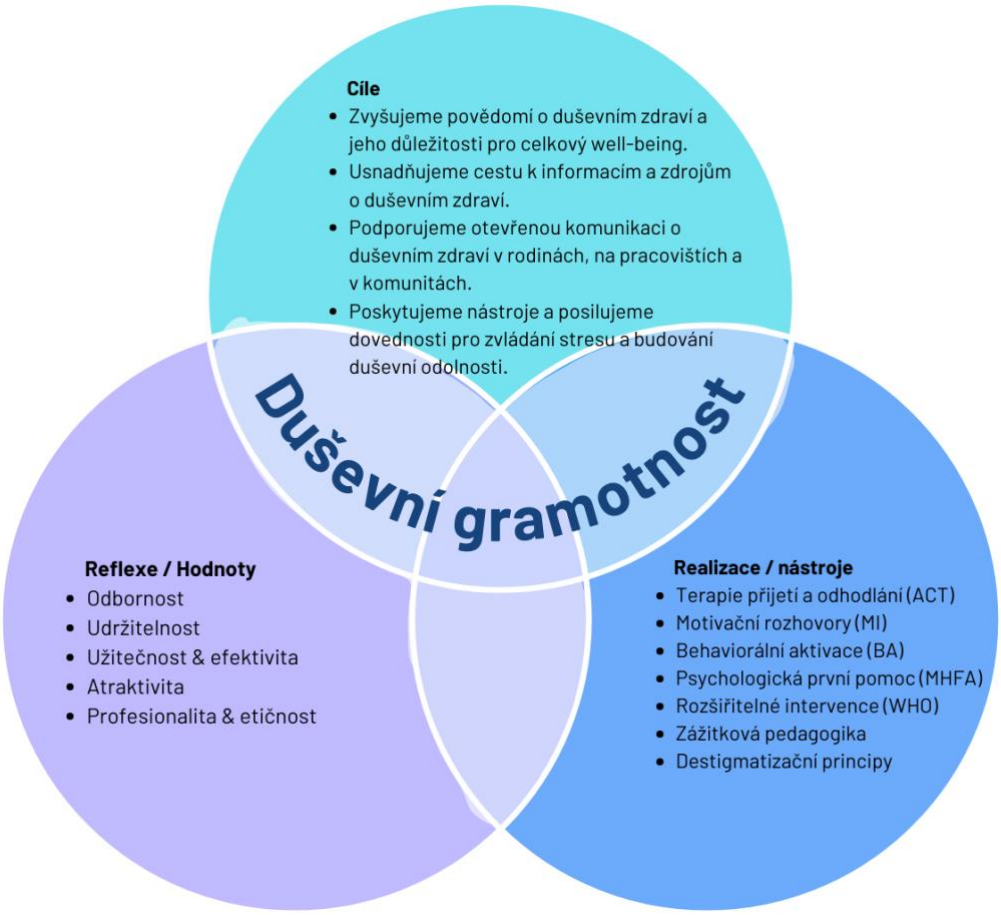
Čtyři pilíře duševní gramotnosti definované Kutcherem et al. (2016) zahrnují:

- Znalosti a dovednosti k získání a udržení dobrého duševního zdraví
- Porozumění aspektům duševních onemocnění a jejich léčbě
- Odstranění stigmat souvisejících s duševním zdravím
- Účinné vyhledávání pomoci

Pro naplnění všech čtyř pilířů gramotnosti v duševním zdraví byl v prvním kroku vývoje program rozdělen na 5 sekcí v rámci následujícího pracovního návrhu:

Pracovní návrh modulů	Forma	Lektor	Cíle modulu
1) ACT: Nízko-intenzivní intervence 1	interaktivní přednáška + e-learning	Specialista prevence / ACT odborník	ACT mindset; psych. flexibilita, aktivní smysluplné jednání. Osobní zplnomocnění, zotavení. Vnitřní locus of control
2) Sebepéče: interaktivní školení s nácvikem situací	interaktivní přednáška	Odborník duševního zdraví, peer lektor	Znalosti a dovednosti aplikovat sebepéči, zdravý životní styl, copingové strategie, hranice, vztahy, zdroje
3) Destigmatizace: Stigma a diskriminace	interaktivní přednáška	Odborník duševního zdraví, peer lektor: sdílení příběhu a vlastní zkušenosti s nemocí	Znalosti o problematice stigmatu a diskriminace. Postoje ne(sebe)stigmatizace Znalosti a dovednosti uplatnit svá práva, sebeobhájství/sebeprosazení (self-advocacy), Zplnomocnění (empowerment)
4) Duševní gramotnost: Základní koncepty duševního zdraví a onemocnění	interaktivní přednáška	Odborník duševního zdraví, peer lektor	Znalosti o duševním zdraví, onemocnění, symptomech nejčastějších potíží. Dovednosti aplikovat copingové strategie, nízko-intenzivní intervence
5) Síť služeb	interaktivní přednáška	Odborník duševního zdraví, peer lektor	Znalosti o síti služeb péče o duševní zdraví v ČR, pyramida WHO. Dovednosti rozeznat, kdy je vhodné vyhledat jakou péči, a učinit tak (bez sebe-stigmatizace)

Na základě odborných konzultací v rámci interního týmu i externích expertů a s využitím přístupu designového myšlení byl následně obsah v druhém kroku rozdělen na 8 ústředních tematických modulů; a dále následující hlavní Cíle, Nástroje realizace a Reflektované hodnotové zaměření pro dodání a realizaci programu:


Cíle
Zvyšujeme povědomí o duševním zdraví a jeho důležitosti pro celkový well-being.
Usnadňujeme cestu k informacím a zdrojům o duševním zdraví.
Podporujeme otevřenou komunikaci o duševním zdraví v rodinách, na pracovištích a v komunitách.
Poskytujeme nástroje a posilujeme dovednosti pro zvládání stresu a budování duševní odolnosti.
Duševní gramotnost
Reflexe / Hodnoty
Odbornost
Udržitelnost
Užitečnost & efektivita
Atraktivita
Profesionalita & etičnost
Realizace / nástroje
Terapie přijetí a odhodlání (ACT)
Motivační rozhovory (MI)
Behaviorální aktivace (BA)
Psychologická první pomoc (MHFA)
Rozšiřitelné intervence (WHO)
Zážitková pedagogika
Destigmatizační principy

Tematické celky pro moduly společné všem cílovým skupinám a zvolené hlavní koncepty

S využitím výše uvedených kroků a pracovních variant bylo formulováno následujících 8 ústředních modulů, které sloužily jako základ pro formulaci programu V POHODĚ shodně pro všechny cílové skupiny. V každé cílové skupině byly následně zohledněny potřeby a specifika dané cílové skupiny a finální podoba a forma modulů byly těmto náležitostem přizpůsobeny. Pro naši CS *Lidé v riziku zhoršení duševního zdraví* budou detaily popsány v odpovídajících pod-kapitolách této metodiky příslušné každé ze 2 pod-skupiny v této CS. V každém z 8mi vybraných hlavních modulů byly identifikovány cíle modulu a vybrány hlavní odborné koncepty, které slouží k předání znalostí, postojů i dovedností k jednání:

1. MODUL Úvod do kontextu duševního zdraví

Cíl: Účastník porozumí faktorům ovlivňujícím duševní zdraví v širokém společenském kontextu a ve specifickém kontextu cílové skupiny. Modul zasazuje program do tohoto kontextu, vysvětluje vyplývající cíle programu, a pracuje s očekáváními, které účastníci od programu mají.

Zaměření:

- Zvědomování faktorů, které ovlivňují duševní zdraví v širokém společenském kontextu a kontextu specifickém pro cílovou skupinu *Lidé v riziku zhoršení duševního zdraví*
- Popis kontextu prevence a podpory v duševním zdraví na různých úrovních a v různých oblastech každodenního života s využitím konceptů Pyramidy WHO a gramotnosti v duševním zdraví.
- Nastavení relevantních a realistických cílů programu; práce s očekáváním

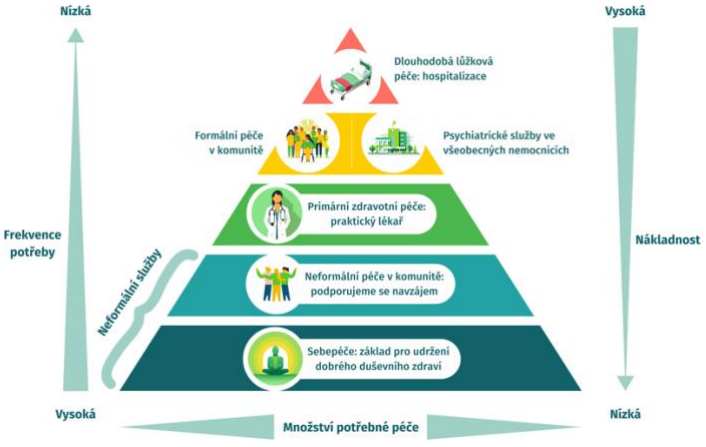
Hlavní zvolené koncepty:

1. ***Pyramida WHO: Optimální kombinace služeb v péči o duševní zdraví***

   Klíčový koncept pro celý program, viz popis konceptu níže, v *Obrázku 2* a **v Příloze 1.**

   - Sebepéče Neformální péče v komunitě: poskytnutí znalostí, postojů a orientace na jednání k prevenci a podpoře v duševním zdraví; zaměření na aplikování zdravých postupů v každodenním životě
   - Primární zdravotní péče (praktický lékař) a vyšší stupně: poskytnutí znalostí, postojů a orientace na jednání k prevenci a podpoře v duševním zdraví; zaměření na adekvátní vyhledávání odborné péče a pomoci v duševním zdraví v situacích, kdy nelze efektivně využívat péči na nižších dvou úrovních pyramidy; rozeznání, kdy již taková situace nastává.

Obrázek 1: Pyramida WHO



Světová zdravotnická organizace (WHO) vyvinula systém pyramidy optimální kombinace služeb v péči o duševní zdraví k tomu, aby nabídla státům vodítka, jak organizovat služby pro duševní zdraví.

Jak ilustruje nákres pyramidy, většina péče o duševní zdraví může být zvládána samostatně (sebepéčí) nebo s pomocí neformálních komunitních služeb péče o duševní zdraví (například komunitní uskupení, školy…). Tam, kde je potřeba větší expertízy a podpory, tam je potřebná více formalizovaná síť služeb. Ta zahrnuje ve vzestupném pořadí primární zdravotní péči (praktický lékař), následovanou specializovanými komunitními službami péče o duševní zdraví, a poté psychiatrickými službami ukotvenými ve všeobecných nemocnicích, a nakonec specializovanými a dlouhotrvajícími pobytovými službami péče o duševní zdraví (psychiatrické nemocnice).

Z WHO Pyramidy můžeme vidět, že psychiatrické nemocnice a specializované (psychiatrické) služby, na příklad, stojí ty nejvyšší náklady, avšak jsou těmi nejméně často potřebnými službami (a přesto jsou to ty nejčastěji poskytované služby v mnoha zemích). To je v kontrastu k sebepéči nebo neformální komunitní péči, které jsou potřeba nejčastěji a mohou být poskytovány na relativně nízké náklady. **Prevence a podpora duševního zdraví směřuje do prvních dvou úrovní pyramidy služeb péče o duševní zdraví: sebepéče a neformální komunitní péče.**

2. ***Gramotnost v oblasti duševního zdraví***

Koncept gramotnosti v duševním zdraví je zásadní pro propojení s konceptem Pyramidy WHO, protože pracuje s kapacitou a možnostmi na spodních dvou patrech pyramidy: Sebepéče a Neformální péče v komunitě. Gramotnost v oblasti duševního zdraví je pohledem projektu PREPO tím hlavním, co umožňuje, aby se na těchto dvou patrech reálně děla prevence a podpora v oblasti duševního zdraví dospělých lidí, tedy aby uplatňovali efektivní techniky pro podporu svého duševního zdraví vůči sami sobě (sebepéče) a vůči svému blízkému sociálnímu okruhu navzájem (neformální péče v komunitě); jakožto aby kromě poskytování byla tato podpora také čerpána.

Obrázek 2: Čtyři pilíře gramotnosti v duševním zdraví

2. MODUL Sebepoznání a sebepojetí (důraz na de-stigmatizaci)

Cíl: Modul vede účastníka k uvědomění vlastních hodnot a potřeb, poznání a porozumění vlastním rolím ve společnosti a kontextu ve kterém se pohybuje, a přijetí své jedinečnosti s laskavostí i zodpovědností za své jednání.

Zaměření:

- Budování postoje k duševnímu zdraví a sebepojetí bez sebestigmatizace
- Budování sebepojetí založeném na poznání vlastního hodnotového systému

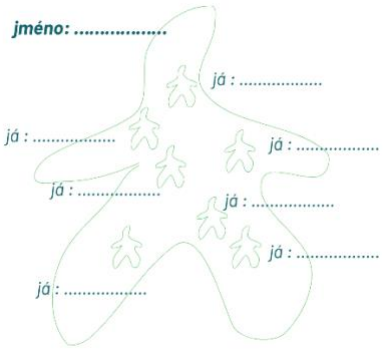
Hlavní zvolené koncepty:

3. ***ACT: Terapie přijetí a odhodlání (Acceptance and Commitment therapy)***
   - ***„Já jako kontext“:*** komplexní sebepojetí a postoj k vlastní identitě (cvičení Big I & little i)
   - **Hodnoty** jako směr k naplnění a eudaimonického wellbeingu v každodenním životě
   - Odhodlané jednání (cvičení **Metafora Autobus**)
   - Rozvíjení všímavého přístupu a odstupu k obsahům vlastní mysli (cvičení založená na všímavosti: **Spuštění kotvy**)

Tyto koncepty byly konzultovány do hloubky s expertkami z institutu ACT Plus Helenou Vontorčíkovou a Lucií Zernerovou.

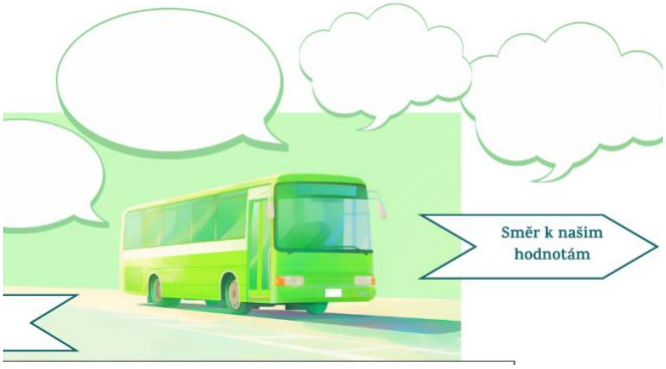
Koncepty vystihují ilustrace, které jsou ostatně pro přístup ACT typické pro jeho práci s odstupem a metaforami:

1. ***„Já jako kontext“:*** *Big I & little i*



2. ***Hodnoty:*** *jako kompas udávající směr*

3. ***Odhodlané jednání***: Metafora Autobus



4. ***Cvičení založená na všímavosti:*** Spuštění kotvy

3. MODUL Emoce, myšlenky, fyziologické prožitky, a chování

Cíl: Modul vysvětlí účastníkům vztah mezi emocemi, myšlenkami, fyziologickými prožitky a chováním. Obeznámí je se základními reakcemi lidského těla na náročné situace, vysvětlí funkci stresu, jeho vlivu na duševní zdraví a způsobům, jak s ním zacházet pomocí copingových strategií.

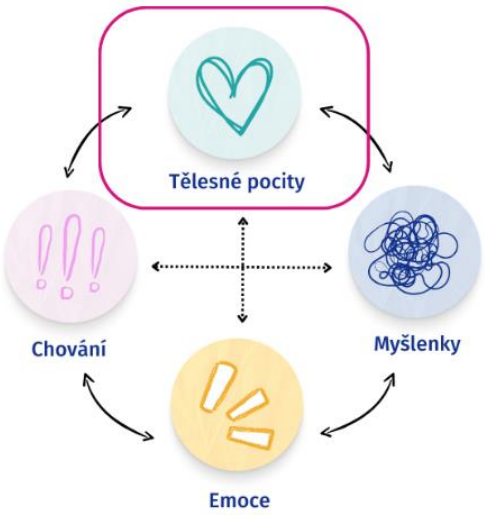
Zaměření:

- Psychoedukace na téma stresu v rámci běžného zdravého fungování člověka
- Definice a vztah mezi emocemi, myšlenkami, fyziologickými prožitky, a chováním.
- Stres a jeho funkce jako základ nervového systému ve zdravém stavu
- Znalosti a dovednosti o roli stresu v každodenním životě a metodách, jak s ním zacházet pro dlouhodobé udržení duševního zdraví

Hlavní zvolené koncepty:

4. ***Bludný kruh podle KBT a ACT terapeutických přístupů***

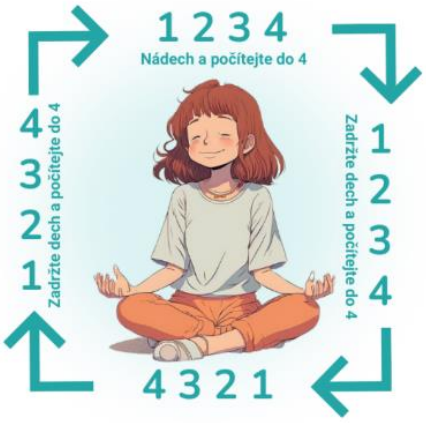
Psychoedukační model hojně využívaný v KBT přístupech o vzájemném propojení emocí, myšlení, prožívání v těle a chování. Pochází z modelu 5 aspektů od Christine Padesky, který je v KBT přístupech silně zakotven (Padesky a Mooney, 1990)



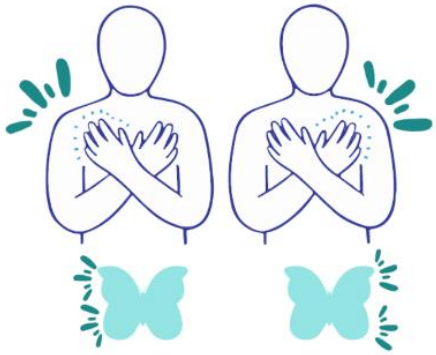
5. ***Funkce mozku a nervové soustavy ve stresové reakci, techniky pro zklidnění autonomního nervového systému***

Psychoedukace o základních reakcích na stres a na tělo zaměřených technikách pro zklidnění stesové reakce: krabicové dýchání a motýlí dotek.

Krabicové dýchání



Motýlí dotek



6. ***Funkce emocí a myšlenek pro naše přežití***

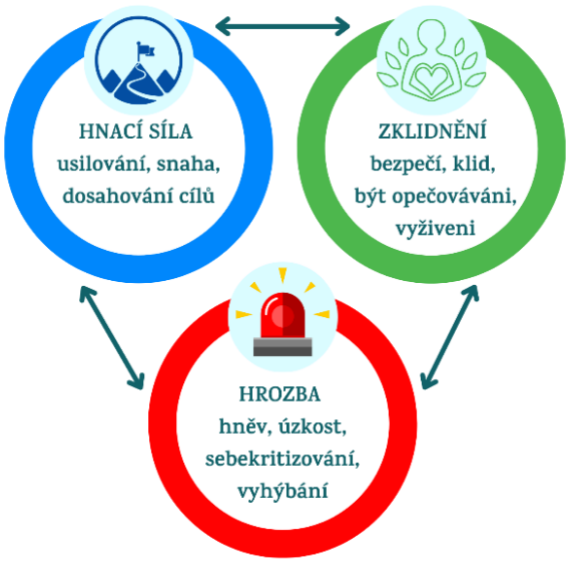
Psychoedukace o funkci emocí a myšlenek zaměřené na zajištění našeho přežití, souvisí s přístupem ACT a informuje účastníky o tom, jaké jsou základní primární funkce emocí i myšlenek v našem životě.

7. ***Tři systémy regulace emocí podle přístupu Terapie zaměřené na soucit***
   (CFT: Compassion Focused Therapy)

Model založený na CFT přístupu, edukuje o třech systémech regulace emocí a vede účastníky k identifikaci jednotlivých aktivit a reakcí ve svém životě s cílem podpořit rovnováhu a zdravou regulaci nervového systému na dlouhodobé bázi.
Protože toto je ústřední koncept tohoto modulu a současně není v českém prostředí zatím tak dobře zaveden, uvádíme zde jeho stručné vysvětlení:

- Náš organismus používá tři systémy pro řízení emocí. Každý systém je spojen s různými oblastmi mozku a odlišnou neurochemií. Stres a nepohodlí jsou způsobeny nerovnováhou mezi těmito systémy.

- Chronický stres a závažnější problémy s duševním zdravím se mohou objevit, pokud ve velké nerovnováze setrváváme delší dobu. Zároveň absolutní a trvalá rovnováha není možná.
- Pokud dominuje **hrozba**, můžeme se často cítit „v pohotovosti“, „ohroženi“ nebo neustále úzkostní. Pokud trávíme většinu času v režimu **hnací síly**, tak když nám něco zabrání dosáhnout cíle (třeba vyčerpání) často se cítíme znepokojeni a sebekritičtí – to nás pak může posunout do režimu hrozby. Pokud bychom trávili veškerý čas v režimu **zklidnění**, nikdy bychom nic nedokončili a ničeho nedosáhli.
- Porozumění třem systémům a okolnostem / vlivům, které je aktivují nám může dopomoci k lepší regulaci emocí, tedy účinnějšímu dosažení rovnováhy mezi nimi a lepšímu well-beingu.
- Model přejímáme a adaptujeme od jeho autora Paula Gilberta (2014).



4. MODUL Kontinuum duševního zdraví

Cíl: *V tomto modulu se účastník seznámí s pojetím duševního zdraví jako dvoudimenzionálního kontinua zahrnujícího nejen duševní zdraví ale i duševní pohodu. Modul současně vysvětlí charakteristiky jednotlivých duševních onemocnění a způsoby léčby, včetně představení procesu zotavení.*

Zaměření:

- Definice duševního zdraví, wellbeingu a zotavení
- Předání knceptu kontinua duševního zdraví o dvou dimenzích (wellbeing a přítomnost duševního onemocnění)
- Nejběžnější duševní onemocnění (projevy, léčba, diagnostika) do lehké míry závažnosti – zvolené s ohledem na potřeby CS; obecně především nejčastější duševní obtíže, kterými jsou úzkost a deprese

Hlavní zvolené koncepty:

8. *Kontinuum duševního zdraví*

Převzaté a upravené podle vzoru kanadské organizace Opening Minds, která využívá kontinuum o jedné dimenzi wellbeingu; NUDZ již od průběhu předchozího projektu Destigmatizace používá kontinuum rozšířené o druhou dimenzi: přítomnost až nepřítomnost duševního onemocnění. Stručný popis kontinua duševního zdraví je následující:

Mezi duševním zdravím a nemocí neexistuje jasná dělící hranice; v posledních letech odborníci stále více o duševním zdraví a nemoci uvažují jako o kontinuu. Podle tohoto přístupu je potřeba nahlížet na duševní zdraví člověka jako na stav, který se mění v závislosti na vnějších i vnitřních podmínkách. Nepracuje jenom se dvěma protikladnými (dichotomickými) kategoriemi ZDRAVÍ – NEMOC, ale s celým spektrem fází definovaných různými změnami ve fungování a prožívání. Každý člověk se během svého života na tomto spektru posouvá v reakci na okolní podněty (stres, trauma, odpočinek, psychohygiena….) i v závislosti na osobní odolnosti a genetických predispozicích. Podle konceptu kontinua je zřejmé, že i člověk, kterému bylo diagnostikováno duševní onemocnění, může opět zažívat duševní pohodu, osobní spokojenost a směřovat k vlastnímu Zotavení.

Naše kontinuum má dvě osy:

1. *Optimální wellbeing – Nízký wellbeing:* Wellbeing můžeme definovat jako souhrn toho, jak se cítíme a jak se nám daří v životě naplňovat naše role a povinnosti.
2. *Bez duševní nemoci – S duševní nemocí:* Druhá osa se týká přítomnosti duševního onemocnění, které může a nemusí být v daný moment doprovázeno symptomy.

9. *Zotavení*

Zotavení (recovery) je nedílnou součástí přístupu Iniciativy NA ROVINU již od projektu Destigmatizace a i v projektu PREPO je nadále neoddělitelnou součástí jakékoli komunikace a vzdělávání na téma duševního zdraví a duševních onemocnění. Na obsahu Zotavení, jako rovněž také Zplnomocnění, v týmu PREPO vždy pracují primárně peer experti, kteří tato témata rovněž lektorují na programech samotných.

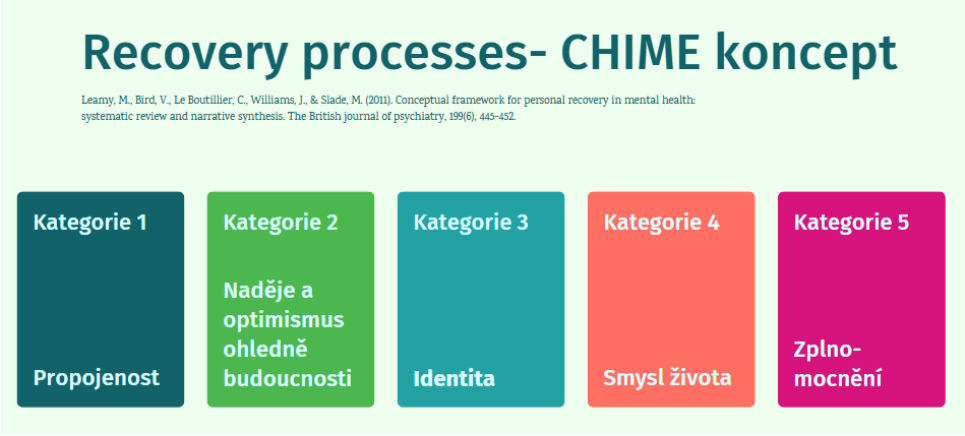
Uvádíme popis konceptu Zotavení, jak ho pojímáme, a níže seznam konkrétních konceptů, jak je Zotavení uchopeno v aktuálních programech PREPO:

> *„Zotavení je hluboce osobní a jedinečný proces změny postojů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a rolí. Je to způsob života, který je uspokojující, nadějný, přínosný, a to dokonce i s omezeními, která nemoc přináší. Uzdravení zahrnuje rozvoj nového smyslu a účelu v životě, jak se člověk vymaňuje z katastrofických dopadů duševní nemoci.“* Bill Anthony, PHD: zakladatel hnutí Recovery
>
> Jak vidíme z definice zotavení od Billa Anthonyho, zotavení je proces, který lidé s duševním onemocněním mimoděk praktikují. Často ale během něho zažívají stigmatizaci, sebe-stigmatizaci, nedostatek příležitostí i nezaměstnanost, tedy jevy, se kterými se musí člověk s duševním onemocněním vyrovnat. Proces zotavení není lineární, zahrnuje propady i vzestupy, někdy nesprávně odbočíme. Zotavení je právem každého člověka s duševním onemocněním. Stejně jako nemůžeme upírat uzdravení člověku se zlomenou nohou, nelze ji odepřít ani lidem s psychickými problémy. Právo na zotavení je jedním ze základních neformálních práv lidí s duševním onemocněním. Mohou tak v jeho rámci uplatňovat například právo na kvalitní zdravotní péči, nediskriminaci, nestigmatizaci a právo zvolit si jakými kroky budou v procesu zotavení za svými sny postupovat.
>
> Pro zotavení je nezbytně nutná propojenost s komunitou, naděje a optimismus do budoucna, znovu vybudování vlastní identity, překonání stigmatu, nalezení smyslu v životě a zmocnění k tomu, vzít svůj život do svých rukou. Je vědomým úsilím daného člověka o uzdravení nebo zlepšení duševní nemoci a života.
>
> Mezi sebe-podpůrné aktivity, které může zakomponovat do svého každodenního života, patří například změna životního stylu a některých návyků, zdravé stravování, pravidelný pohyb, socializace a mnoho dalších. Každý proces zotavení je silně individuální a nikdy nekončí, někdy jde ztuha, jindy tempu sotva stačíme. Je to ale jediná cesta, která vede z duševního onemocnění k plnohodnotnému životu, ve kterém budeme mít bydlení, rodinu, zaměstnání, přátele a ve kterém budeme schopni plnit naše sociální role a rozvíjet sami sebe. Takový život přináší mnoho radosti nejen nám, ale i lidem v našem okolí. Proto je potřeba zotavení lidí s duševním onemocněním jako hlavní cíl lidí s duševním onemocněním, jejich blízkých, ale i pečujících profesionálů, začlenit do destigmatizačních programů. Aby myšlenka zotavení pronikla hluboko do našich životů, je třeba, aby všichni poskytovatelé péče napříč službami porozuměli tomu, co proces zotavení znamená a byli schopni a ochotni ho společně s uživateli péče podporovat.

Konkrétních dílčí koncepty, jak je Zotavení uchopeno v aktuálních programech PREPO:

- **7 poselství: Empirická evidence o zotavení a duševním zdraví** (Slade a Longden, 2015**)**

- **CHIME koncept a procesy zotavení** (Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams a Slade, 2011)



10. ***Kazuistiky nejčastějších duševních onemocnění a zaměření na podpůrnou komunikaci***

Tento koncept jsme navrhli na základě zkušenosti v kanadské organizaci Opening Minds a jejich vzdělávání v přístupu Mental Health First Aid (MHFA). Tento přístup zahrnuje právě ilustrování několika nejčastějších typů obtíží v duševním zdraví, jako jsou úzkost, panická ataka, deprese, potíže se závislostmi apod. formou krátké kazuistiky osoby s tímto problémem. S kazuistikou následně skupina interaktivně pracuje. Tento model jsme shledali jako vhodným z následujících důvodů:

- Ilustrace nejběžnějších duševních onemocnění se zaměřením na člověka, ne na nemoc samotnou.
- Praktičnost vztahování porozumění na běžný život a situace doma, v komunitě, na pracovišti apod., tedy upuštění od teorie, která může být příliš psychiatrizující nebo neuchopitelná pro laickou populaci
- Formování ne-stigmatizujícícho postoje, kultivace empatie a soucitu, rozvíjení dovednosti vcítění do osoby s duševními problémy se zaměřením na jejich řešení a podporu osoby
- Předpokládáme, že v procesu práce s kazuistikami modelových osob s duševními problémy účastník programů současně rozvíjí lepší dovednost jak citlivě si všimnout ve svém okolí, že takovým problémem někdo může aktuálně procházet; tak skrze toto porozumění buduje i vlastní schopnost takové prvky případně rozeznávat sám u sebe, pokud by se někdy dostal do situace prožívání daných duševních obtíží.
- Kromě samotného porozumění duševním obtížím či nemocem zároveň na kazuistiky navazuje část o komunikaci zaměřené na prevenci, podporu a deeskalaci situací.
- Tento koncept tak volně spadá jak k tématu Kontinuum duševního zdraví a zotavení, tak dále i k tématům Vztah k sobě a ostatním (Modul 5); Zplnomocnění (Modul 6) a Zdroje pomoci a podpory (Modul 8)
- Kazuistiky a konstruktivní komunikace se tak vážou k pilířům duševní gramotnosti: primárně porozumění aspektům duševních onemocnění a jejich léčbě; sekundárně také odstranění stigmat souvisejících s duševním onemocněním a účinné vyhledávání pomoci.

Alice, 34

- Alice, 34letá sociální pracovnice, už téměř deset let neúnavně podporuje klienty v krizových situacích. Je známá svou empatií a schopností řešit problémy, a často bývá oporou svého týmu. V posledních několika týdnech se však Alice cítí nezvykle vyčerpaná. Má pocit, že se jí hůře daří zbavovat se emocionální tíhy problémů svých klientů, a její dřívější nadšení pro obhajobu práv ostatních postupně vyhasíná. Kolegové si všimli, že během schůzek často vypadá nepřítomně a začala vynechávat obvyklé přestávky na kávu s týmem. Doma se Alice cítí bez energie, večery tráví bezcílným prohlížením telefonu místo čtení nebo věnování se koníčkům, které ji dříve těšily. Má problémy se spánkem a ve volném čase často přemýšlí o práci a úkolech, které ji čekají. I když stále plní své pracovní povinnosti a dodržuje většinu termínů, pociťuje podprahový pocit nespokojenosti a pochybností o sobě, což ji přivádí k otázce, zda má její práce skutečně smysl.

5. MODUL Vztah k sobě a ostatním

Cíl: *Účastník zjišťuje, jak se stará o svou duševní pohodu a jak o sebe chce pečovat prostřednictvím identifikování vlastních potřeb. Modul zároveň povede k porozumění provázanosti vlastního duševního stavu s životním kontextem (vztahy, práce, volný čas), zamyšlení se nad vnitřními a vnějšími limity, a regulaci očekávání. Účastník identifikuje, jak chce být užitečný druhým a kdy už je to na úkor vlastních potřeb.*

Zaměření:

- Identifikace potřeb
- Jak a proč o sebe pečovat
- Hranice a limity (psychické, fyzické, případně legislativní a další podle kontextu CS)
- Očekávání
- Role v rodině a širší společnosti (zejm. smysluplnost – kde jsem potřeba?)
- Provázání s konceptem hodnot, vyvažování uspokojování potřeb a naplňování hodnot

Hlavní zvolené koncepty:

11. *Maslowova pyramida potřeb*

Pro ilustraci konceptu potřeb člověka jsme zvolili jednoduše srozumitelnou Maslowovu pyramidu, která poskytuje ucelený přehled různých typů životních potřeb člověka a slouží také jako vhodný základní model pro interaktivní cvičení a diskuzi nad individuálními potřebami každého účastníka. Vnímáme jako výhodu, že nabízí příklady různých potřeb na různých úrovních a de-tabuizuje tak některé potřeby, které mohou být zatíženy stigmatem, resp. tabu především v některých specifických situacích života v riziku ohrožení duševního zdraví a souvisejících situacích. Takovým tématem může být např. oblast sexuality v životě s duševním onemocněním a medikací, nebo potřeba sebe-aktualizace v životě neformálních pečovatelů o osoby žijící s duševním onemocněním.

12. *Kolo života – naplnění potřeb v oblastech života*

Pro ilustraci konceptu potřeb člověka v různých oblastech života jsme vybrali Kolo života jednak pro obdobnou šikovnou přehlednost, jakou nabízí i Maslowova pyramida potřeb, a také v souvislosti s osvědčeným využíváním obdobných konceptů v přístupech ACT a dalších, kde se využívá obdoba kruhu např. jako „Bull's Eye" – kruh pro reflexi míry naplněných hodnot v různých oblastech života člověka. Důraz je zde kladen opět na vhodnost pro interaktivitu v rámci používání modelu účastníky a také na potenciál přenositelnosti do každodenního života.

13. *Provázání potřeb a hodnot v kontextu vztahů*

Koncept vztahovosti jsme vybrali na základě významu, jaký mají kvalitní vztahy pro duševní zdraví člověka. Ostatní témata a moduly programu kladou důraz na individuální introspekci a sebepoznání; na psychoedukaci o nervové soustavě a jejím fungování, jakož i psychoedukaci o souvislostech ve zdravém životním stylu; a dále o faktických informacích jako dostupné služby péče o duševní zdraví - vzhledem k tomuto faktu jsme zvolili zacílení specificky na oblast vztahovosti a potřeb ve vztazích pro prohloubení porozumění účastníků programů právě oblasti vztahů. Očekáváme, že další potřeby týkající se jejich individuality nebo naopak faktických potřeb z vnějšího světa jsou zvědomovány kontinuálně během celého programu; zde je proto kladen důraz právě na mezilidské vztahy a jejich význam. Obdobným zacílením na tuto část navazuje ještě následující téma / modul o Zplnomocnění a komunikaci.

6. MODUL Zplnomocnění

Cíl: *Modul zahrnuje základní prostředky vedoucí k převzetí kontroly nad okolnostmi svého života pomocí řešení vlastních problémů a dosažení vlastních cílů. Účastník porozumí a nacvičí komunikaci vlastních potřeb a hranic v běžných situacích i v bodě krize či konfliktu.*

Zaměření:

- Komunikace vlastních potřeb
- Komunikace vlastních hranic
- Případně také Komunikace v bodě konfliktu a krize
- Modelování dobrého vzoru zplnomocnění skrze příklad peer lektora, který modul převážně lektoruje

Hlavní zvolené koncepty:

Na obsahu tématu Zplnomocnění (jakož i u Zotavení,), v týmu PREPO vždy pracují primárně peer experti, kteří tato témata rovněž lektorují na programech samotných.

14. *Zplnomocnění – definice konceptu*

Zplnomocnění (empowerment) v duševním zdraví je proces, který umožňuje jednotlivcům získat kontrolu nad svým životem a pracovat na zlepšení svého duševního zdraví jak v rovině biologické, tak sociální, psychologické, historické, spirituální.

15. *PACE koncept zplnomocnění (Personal Assistence in community Existence)*

Inspirací v tomto konceptu jsou autoři Pat Degan, Dan Fisher, Laurie Ahern, Judi Chamberlaine a jejich heslo *je "Nikdy se nevzdávej".* Představují PACE koncept jako alternativu k tradičním psychiatrickým službám.

7. MODUL Wellbeing, odolnost a zdravý životní styl

Cíl: *Modul se zabývá porozuměním rizikových a protektivních faktorů ovlivňující duševní zdraví jedince i společnosti. Účastník je zároveň veden k nácviku a adopci přístupů a technik vedoucím ke zlepšení well-beingu a resilience.*

Zaměření:

- Rizikové a protektivní faktory
- Rutina, disciplína, a udržitelnost
- Základní techniky podporující wellbeing (e.g. mindfulness)

Hlavní zvolené koncepty:

16. ***3 pilíře odolnosti podle ACT***

17. ***Rizikové a protektivní faktory***
18. ***Psychoedukace o spánku, pohybu a všímavosti (mindfulness)***
19. ***Soucit, soucit se sebou a laskavost***

8. Zdroje podpory a pomoci

Cíl: *Modul představuje komplexní porozumění zdrojů podpory a pomoci opírající se o pyramidu systému služeb WHO. Zahrnuje tedy jak zdroje jedince a jeho nejbližších, tak zdroje komunitní a zdroje formálního charakteru v systému veřejného i soukromého zdravotnictví.*

Zaměření:

- Vnitřní zdroje jedince
- Vnější zdroje za pomoci ostatních, včetně formálních služeb

Hlavní zvolené koncepty:

20. ***Pyramida WHO: Optimální kombinace služeb v péči o duševní zdraví***
    Klíčový koncept pro celý program, viz popis konceptu výše u 1. MODULU, v *Obrázku 2* a **v Příloze 1.**

E-Learning: vývoj formy pro všechny CS

Program V POHODĚ je u všech cílových skupin doplněn E-Learningem, do kterého všichni účastníci programů dostávají vstup online až po absolvování kompletního programu na živo. Struktura E-Learningu byla volně inspirována E-Learningem, který svým klientům nabízí kanadská organizace Opening Minds a se kterým získal tým PREPO zkušenost během stáže v této organizaci. Vliv na podobu a obsah E-learningu měly také další typy absolvovaného vzdělávání interního týmu u externích organizací, které často e-learning obsahovaly; např. od Coursera; Contextual Consulting; Tavistock and Portman NHS Trust.

Struktura E-Learningu PREPO obecně shodná pro všechny cílové skupiny:

- **Sylabus:** online pdf ke stažení
    - Sylabus programu pro účastníky shrnuje nejdůležitější teoretické poznatky a koncepty, které by si z programu měli odnést. Poskytuje jak přehled teorie a možnost osvěžení paměti po absolvování programu, tak zároveň nabízí souhrn vysvětlení k Pracovnímu sešitu, se kterým mají účastníci možnost pracovat individuálně po programu, k čemuž mohou základní přehled teorie a poznatků nevyhnutně potřebovat.
    - Podporujícím dokumentem k Sylabu je Pracovní sešit.
- **Pracovní sešit (Hand-out):** online pdf ke stažení a ve stejné formě tištěný, který obdrželi účastníci na programu osobně
    - Pracovní sešit dostávají účastníci programů již na programu v tištěné podobě a během programu s ním aktivně pracují
    - V E-learningu dostávají jeho online podobu ke stažení a jsou podporováni v tom, aby pracovní listy z něj aktivně používali ve svém každodenním životě pro dlouhodobou podporu a prevenci svého vlastního duševního zdraví a také osob ve svém okolí, ať již se jedná o nejbližší rodinné příslušníky, komunitu nebo pracovní kontext.
    - Podporujícím dokumentem k Pracovnímu sešitu je Sylabus.
- **Extra materiály:** rozděleny podle příslušných modulů/témat a současně seskupené podle typu materiálu
  Extra materiály zahrnují podklady, které:
    - Umožňují jít v konkrétních tématech, konceptech nebo technikách výrazně do hloubky nebo šířky souvislostí tématu
    - Doplňují program V POHODĚ volným způsobem, rozšiřují možnost znalostí a sebestudia pro zájemce s extra motivací se dále vzdělávat
    - Odkazy na materiály na webu NA ROVINU (online pdf ke stažení); https://narovinu.net/materialy/
    - Kazuistiky (online pdf ke stažení)
    - Videa
        - NA ROVINU videa z roku 2025 (3 ks)
        - NA ROVINU videa z projektu Destigmatizace
        - NA ROVINU videa z kampaně Barvy života (produkce 2025)
        - NA ROVINU krátké animace na téma ACT metafor (2025)
        - Možné odkazy na externí videa na jiných platformách, např. YouTube apod.
    - Odkazy další
        - Externí weby
        - další typy materiálů, např. knihy apod.

Financováno Evropskou unií

NÁRODNÍ ÚSTAV DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

na rovinu

Program V POHODĚ *Podskupina* Lidé v riziku

Pilotní program V POHODĚ

Úvod

Pro tuto cílovou skupinu jsme si stanovili zkratku *„Lidé v riziku zhoršení duševního zdraví“, resp.* ***„Lidé v riziku zhoršení d. z.“***. Pod tímto označením rozumíme dvě hlavní podskupiny, jak vystihuje oficiální název výše (**osoby s duševním onemocněním nebo v riziku rozvoje duševního onemocnění), z nichž první je označena následující zkratkou:**

1. „Lidé v riziku“: Lidé, kteří jsou v riziku rozvoje duševního onemocnění poprvé, tj. zatím s duševním onemocněním neměli přímou osobní zkušenost, nebo mají zkušenost s duševními obtížemi lehkého rázu, neobdrželi psychiatrickou diagnózu; nebo mají psychiatrickou diagnózu odpovídající lehkým formám některého z nejběžnějších duševních onemocnění (např. lehké úzkostné nebo depresivní obtíže).

Charakteristika této skupiny je stanovena následujícími prvky:

- lidé v CS jsou z nějakého důvodu v riziku, že se jejich duševní zdraví může zhoršit; toto riziko je dáno
  - skutečností, že se s nějakými prvky zhoršené psychiky již potýkají či potýkali, např. zažívají jemné symptomy jako jsou začínající potíže se spánkem, změny v náladě apod.
  - nebo situací, ve které se nacházejí a která zvyšuje riziko zhoršení jejich duševního zdraví na krátký nebo i delší úsek času
    - takovou situací může být např. krizová výrazná změna v životě nebo přítomnost vážného somatického onemocnění

V nejobecnějším smyslu je tato podskupina reprezentací obecné laické populace obyvatelstva ČR, která

- nemá specifické či přímo odborné znalosti z oblasti gramotnosti v duševním zdraví – nemá důvody je mít (oproti např. CS Zdravotníci či Sociální pracovníci)
- nemá specifické hluboké zkušenosti s duševním onemocněním (oproti např. CS Neformálních pečovatelů)
- je tedy relativně nová tematice duševního zdraví a duševních onemocnění – z tohoto důvodu může vyžadovat širší spektrum i základních informací o duševním zdraví a souvisejících tématech
- na druhou stranu nemusí být žádoucí skupinu zahltit příliš vysokou mírou informací kondenzovaných v jediném setkání

Uvedené charakteristiky jsou reflektovány v těchto charakteristikách programů, kterou jsou pro tuto podskupinu specifické:

- obsahové zaměření programů směrem k budování protektivních prvků v psychice člověka ve všech čtyřech pilířích duševní gramotnosti; zaměření na odolnost, budování silného základu pro aktuální nebo budoucí výzvy a problémy v duševním zdraví (např. všímavosti, orientaci na hodnoty, konstruktivní pochopení nervového systému zaměřené na sebe-regulaci, budování postoje k tématům duševního zdraví bez stigmatu, orientaci na sociální podporu a smysluplné vztahy atd.)
- hodinová dotace 8,25 hodin výukového času modulů doplněná o čas pro úvodní a závěrečnou část programu a dostatečné pauzy mezi moduly
- rozložení hodin do 2 variant: program o dvou setkáních a program o tří setkáních
- důraz na schopnost obou lektorů (odborného lektora i peer lektora) vystoupit před skupinou ve zranitelné poloze, tj. sdílet i své vlastní osobní zkušenosti z oblasti duševního zdraví a tím posilovat shodné pochopení sdílené lidské zkušenosti, realistické nároky na zvládání duševního zdraví a současně modelování destigmatizovaného resilientního postoje vůči vlastním zkušenostem; zahrnující modelaci zotavení, zplnomocnění a psychologické flexibility (v souladu s přístupem ACT) v samotných postavách lektorů
- využívání jazyka zaměřeného na duševní zdraví a pozitivní potenciál, což má umožnit účast v programu i osobám, které z něj mohou čerpat benefit, ale nejsou osobně ztotožněny s narativem problémů nebo onemocnění, tedy nemusí cítit subjektivní potřebu se s tematikou duševních obtíží a onemocnění spojovat (tento postoj lze vnímat jako zatížen stigmatizací, ale současně i jako zdravý sebe-protektivní faktor osob orientovaných na řešení a na identifikaci se zdravím, což je postoj, jaký chceme podpořit).

Anotace

Anotace pro web narovinu.net:

Skupinový vzdělávací program V POHODĚ

Skupinový vzdělávací program zaměřený na posílení duševního zdraví a budování odolnosti v každodenním životě. V ucelené a zážitkové podobě vás provedeme tematikou praktické podpory a sebe-péče o vaše duševní zdraví se zaměřením na znalosti a dovednosti, které můžete ve svém životě aktivně používat. Získáte nový pohled na psychiku, praktické informace a cenné nástroje pro podporu vlastní duševní pohody i odolnosti.

Čeká Vás:
Orientace ve svém nastavení, hodnotách a potřebách
Pomůžeme Vám lépe pochopit, jak fungují vaše myšlenky, emoce a kde leží vaše životní priority.
Techniky posilování psychické odolnosti
Naučíte se efektivní metody zvládání stresu a reakcí na náročné situace.
Sebepéče a wellbeing
Osvojíte si dovednosti, které Vám pomohou udržet si psychickou pohodu.
Dostupné zdroje podpory
Ukážeme, kam se můžete obrátit v případě potřeby odborné pomoci.

V POHODĚ

Jak posilovat své duševní zdraví
Program je vhodný pro lidi, kteří chtějí zlepšit své dovednosti k podpoře vlastního duševního zdraví, zažívají zvýšený stres, duševní nepohodu, či se nachází v náročné životní situaci, a přitom jim nikdy nebylo diagnostikováno vážné duševní onemocnění.
Forma: 2denní seminář (nebo rozdělení do 3 setkání)

Cíl programu: Cesta účastníka programem

Při tvorbě programu byla zohledněna cesta účastníka programem a postupné budování gramotnosti v duševním zdraví, a to s ohledem na informace a znalosti, dovednosti i postoje k tématu duševního zdraví a duševních onemocnění jako takových. Logika cesty účastníka programem je v CS *Lidé v riziku zhoršení duševního zdraví* následující:

1. Kontext a poznání zdravého fungování

1. **Část – Kontext a motivace:** V první části se účastníci zaměřují na orientaci v kontextu duševního zdraví a jsou motivováni k využívání vlastních kapacit a zdrojů na úrovních pyramidy WHO Sebepéče a Neformální komunitní péče
2. **Část – Sebepoznání s všímavým a přijímajícím odstupem a soucitem:** V druhé části na základě motivace a porozumění potřeby fungovat pro podporu a prevenci v duševním zdraví na úrovních Sebepéče se účastník seznamuje nejdříve se zaměřením na sebe sama s běžnými aspekty lidské psychiky ve zdravém stavu: prochází hledáním svého sebepojetí a hodnot (přístup ACT) a zde buduje protektivní faktory jako „Já jako kontext“ (zaměření na všímavý odstup od obsahů vlastní mysli) a orientaci svého směrování tak, aby mu to přinášelo pocit smyslu (eudaimonický wellbeing, který funguje jako protektivní psychologický faktor) v souladu s vlastními hodnotami, zaměření na odhodlané jednání (ACT) zaměřené na hodnoty, s postojem soucitu a laskavosti. Tato část také rozvíjí prvky nehodnocení, a tak přispívá od samého začátku k nestigmatizujícímu postoji vůči všem dalším informacím a obsahům po zbytek programu. Tento proces se dá charakterizovat tak, že díky tomu, že účastník již na začátku programu získá postoj přijímajícího a nehodnotícího odstupu, nemusí mít v nadcházejících tématech více zaměřených na náročnější témata jako stres a duševní onemocnění strach se těmito tématy zabývat, respektive je lépe vybaven k tomu jim čelit – k tomu využívá právě získaný všímavý přijímající odstup se soucitem vůči sobě i druhým. Následně se v dalším modulu vzdělává o stresu a fungování nervového systému se zaměřením na vybudování porozumění a dovedností seberegulace ve stresových situacích.
   V dvoudenní variantě programu navazuje téma vlastních potřeb, vztahu k sobě a potřeb a hodnot ve vztazích s druhými lidmi, což je rovněž součástí běžného zdravého fungování a i v této části programu budujeme v tomto tématu sebepoznání s všímavým a soucitným postojem a zároveň klademe důraz na

význam vztahů a sociální podpory jako protektivního faktoru v duševním zdraví.
V třídenní variantě je téma vztahů přesunuto až za témata o duševním zdraví a nemocech.

2. Duševní zdraví a duševní nemoc

3. **Část – Obtížnější tématika související s duševními obtížemi a duševními onemocněními**
   V této části již účastník využívá znalosti a dovednosti nabyté v předchozích částech programu a předpokládáme, že mu/jí tyto umožní lepší vstřebání dalších informací o duševních onemocněních a zotavení s nestigmatizujícím postojem, tedy bez obavy ze samotného zabývání se těmito tématy a představy, že by eventuálně mohly být v budoucnu součástí jeho života – ačkoliv program sám je pochopitelně zaměřen právě na prevenci takového vývoje. Do této částí spadají témata jako kontinuum duševního zdraví, zotavení, zplnomocnění, kazuistiky o duševních onemocněních a komunikace zaměřená na podporu v duševním zdraví.

3. Orientace na zdravý životní styl a efektivní prevenci a podporu v duševním zdraví

Každá kombinace modulů (dvoudenní i třídenní varianta) je sestavena tak, aby byla náročnější témata zmiňující duševní onemocnění v začátku setkání a na něj navazovala tematika orientovaná na řešení, potenciál každého člověka k wellbeingu a duševnímu zdraví a praktickou prevenci a podporu v duševním zdraví. Cílem tedy je, aby účastník odcházel nejen vybaven informacemi, ale také konstruktivními postupy ke zdraví a motivací je využít bez obav.

4. **Část – Závěr zaměřený na využití všech nabytých znalostí a dovedností směrem k wellbeingu a duševnímu zdraví**
   Celý postup programem v každé variantě uzavírá modul zaměřený na wellbeing a zdravý životní styl, který opět orientuje finální pozornost účastníků právě na efektivní prevenci, udržování zdraví a motivuje je k behaviorální změně směrem právě k udržení wellbeingu a zdraví.

Forma programu

- **Skupinové setkání pro minimálně 8 a maximálně 25 účastníků**
  - Vedené 2 lektory
  - Interaktivní formát: některé části programu jsou kromě získávání informací zaměřeny více na introspekci, jiné naopak využívají silněji skupinovou diskuzi a vzájemné obohacování účastníků skupiny
    - Sdílení podporuje peer lektor, pokud je potřeba, vlastním sdílením svých zkušeností

- **Prezentace s informačním obsahem programu – prezentují lektoři**
  - Zahrnuje teoretické informace a instrukce pro interaktivní cvičení a práci během programu
  - Prezentaci účastníci nedostávají vytištěnou ani po programu online, místo ní využívají následující materiály:

- **Tištěné materiály (tzv. hand-outy)**
  - Pracovní sešit obsahující soubor cvičení
    - Cvičení účastníci plní během programu dle pokynů / pozvání od lektorů
    - Účastníci jsou podporováni v tom s pracovními listy z pracovního sešitu pracovat i po programu a ve svém každodenním životě, najít tedy cestu, jak informace a cvičení z programu začlenit do svého běžného života pro podporu svého duševního zdraví
  - Přehled služeb v péči o duševní zdraví
    - Informativně velmi obsáhlý tištěný materiál se souhrnem potřebných informací o odborných službách o duševní zdraví v ČR a možnostech jejich využívání

- **E-learning**
    - Po absolvování programu účastníci získávají přístup do online e-learningu přes web www.narovinu.cz
    - Zahrnuje online materiály podle struktury popsané výše v kapitole ***E-Learning: vývoj formy pro všechny CS***

Časový harmonogram

Dvoudenní varianta:

Varianta rozložená do dvou dnů má v každém dnu 6 hodin a 30-45 minut včetně pauz. Zahrnuje celkem 495 minut výukového času modulů, tj. 8,25 hodin výukového času modulů. Podrobný rozvrh je následující:

1. Den 10:00 – 16:30 (240 minut výuka modulů)

10:00 – 10:15 (15 min) **Úvod**
- Představení lektorů a účastníků, organizační podrobnosti, informace k evaluaci

10:15 – 10:45 (30 min) **Modul 1: Kontext**
- Kontext duševního zdraví v současné společnosti, očekávání účastníků

10:45 – 11:00 (15 min) Pauza 15

11:00 – 12:15 (75 min) **Modul 2: Sebepojetí**
- Sebepojetí, hodnoty, ACT nastavení

12:15 – 13:30 (75 min) Pauza na oběd

13:30 – 14:45 (75 min) **Modul 3: Stres, emoce, myšlenky a fyziologické prožitky, chování**
- Základní psychoedukace o stresu a jeho funkcích, 3 systémy regulace emocí

14:45 – 15:00 (15 min) Pauza 15 minut

15:00 – 16:00 (60 min) **Modul 5: Potřeby a vztahy**
- Vztah k sobě a k ostatním

16:00 – 16:30 (30 min) **Závěr dne**
- Zpětná vazba na program, rozloučení účastníků

2. Den 10:00 – 16:45 / nejdéle do 17:00 (255 minut výuka modulů)

10:00 – 10:15 (15 min) **Úvod**
- Uvedení dne, sdílení v kolečku mezi účastníky, rekapitulace 1. dne

10:15 – 11:15 (60 min) **Modul 4a: Kontinuum duševního zdraví a zotavení**
- Představení kontinua a konceptu zotavení

11:15 – 11:30 (15 min) Pauza 15

11:00 – 12:15 (45 min) **Modul 8: Pomoc a podpora**
- Pyramida WHO a možnosti vyhledávání pomoci na každé úrovni

12:15 – 13:30 (75 min) Pauza na oběd

13:30 – 14:15 (45 min) **Modul 4b: Modelové příběhy a komunikace**
- Kazuistiky a podpůrná komunikace

14:15 – 14:30 (15 min) Pauza 15 minut

14:30 – 15:15 (45 min) **Modul 6: Zplnomocnění**
- Koncept zplnomocnění a zplnomocněná komunikace

15:15 – 15:30 (15 min) Pauza 15 minut

15:30 – 16:30 (60 min) **Modul 7: Odolnost a wellbeing**

16:30 – 16:45 / nejdéle do 17:00 (30 min) **Závěr dne**
- Zpětná vazba na program, rozloučení účastníků

Třídenní varianta:

Varianta rozložená do tří dnů má v každém dnu 4 hodiny včetně pauz. Zahrnuje celkem 495 minut výukového času modulů, tj. 8,25 hodin výukového času modulů. Podrobný rozvrh je následující:

1. Den 09:00 – 13:00 (180 minut výuka modulů)

09:00 – 09:15 (15 min) **Úvod**
- Představení lektorů a účastníků, organizační podrobnosti, informace k evaluaci

09:15 – 09:45 (30 min) **Modul 1: Kontext**
- Kontext duševního zdraví v současné společnosti, očekávání účastníků

09:45 – 10:00 (15 min) Pauza 15

10:00 – 11:15 (75 min) **Modul 2: Sebepojetí**
- Sebepojetí, hodnoty, ACT nastavení

11:15 – 11:30 (15 min) Pauza 15

11:30 – 12:45 (75 min) **Modul 3: Stres, emoce, myšlenky a fyziologické prožitky, chování**
- Základní psychoedukace o stresu a jeho funkcích, 3 systémy regulace emocí

12:45 – 13:00 (15 min) **Závěr dne**
- Zpětná vazba na program, rozloučení účastníků

2. Den 09:00 – 13:00 (165 minut výuka modulů)

09:00 – 09:30 (30 min) **Úvod**
- Uvedení dne, sdílení v kolečku mezi účastníky, rekapitulace 1. dne

09:30 – 10:30 (60 min) **Modul 4: Kontinuum duševního zdraví a zotavení**
- Představení kontinua a konceptu zotavení

10:30 – 10:45 (15 min) Pauza 15

10:45 – 11:30 (45 min) **Modul 8: Pomoc a podpora**
- Pyramida WHO a možnosti vyhledávání pomoci na každé úrovni

11:30 – 11:45 (15 min) Pauza 15

11:45 – 12:45 (60 min) **Modul 5: Potřeby a vztahy**
- Vztah k sobě a k ostatním

12:45 – 13:00 (15 min) **Závěr dne**
- Zpětná vazba na program, rozloučení účastníků

3. Den 09:00 – 13:00 (150 minut výuka modulů)

09:00 – 09:30 (30 min) **Úvod**
- Uvedení dne, sdílení v kolečku mezi účastníky, rekapitulace 2. dne

09:30 – 10:15 (45 min) **Modul 4b: Modelové příběhy a komunikace**
- Kazuistiky a podpůrná komunikace

10:15 – 10:30 (15 min) Pauza 15

10:30 – 11:15 (45 min) **Modul 6: Zplnomocnění**
- Koncept zplnomocnění a zplnomocněná komunikace

11:15 – 11:30 (15 min) Pauza 15

11:30 – 12:30 (60 min) **Modul 7: Odolnost a wellbeing**

12:30 – 13:00 (30 min) **Závěr dne:** Zpětná vazba na program, rozloučení účastníků

Obsah: Moduly programu pro podskupinu Lidé v riziku

Program je složen z osmi modulů:

MODUL 1. Úvod do kontextu duševního zdraví

Cíl: Účastník porozumí faktorům ovlivňujícím duševní zdraví v širokém společenském kontextu a ve specifickém kontextu cílové skupiny. Modul zasazuje program do tohoto kontextu, vysvětluje vyplývající cíle programu, a pracuje s očekáváními, které účastníci od programu mají.
Forma modulu: osobní skupinové setkání, prezentace a diskuzní zapojení účastníků
Materiály k modulu:
na místě programu: prezentace; tištěný Pracovní sešit;
online v e-learningu: online Pracovní sešit; Sylabus programu;
Lektoři modulu: 1x specialista v duševním zdraví (ideálně psycholog), 1x peer lektor
Délka modulu: 30 minut
Obsah a zaměření modulu: uvedení programu, představení kontextu duševního zdraví v dnešní společnosti s využitím konceptů Pyramida WHO a gramotnost v oblasti duševního zdraví:

- Zvědomování faktorů, které ovlivňují duševní zdraví v širokém společenském kontextu a kontextu specifickém pro cílovou skupinu *Lidé v riziku zhoršení duševního zdraví*
- Popis kontextu prevence a podpory v duševním zdraví na různých úrovních a v různých oblastech každodenního života s využitím konceptů Pyramidy WHO a gramotnosti v duševním zdraví.
- Nastavení relevantních a realistických cílů programu; práce s očekáváními skupiny

MODUL 2. Sebepoznání a sebepojetí (důraz na de-stigmatizaci)

Cíl: Modul vede účastníka k uvědomění vlastních hodnot a potřeb, poznání a porozumění vlastním rolím ve společnosti a kontextu ve kterém se pohybuje, a přijetí své jedinečnosti s laskavostí i zodpovědností za své jednání.
Forma modulu: osobní skupinové setkání, prezentace a diskuzní zapojení účastníků
Materiály k modulu:
na místě programu: prezentace; tištěný Pracovní sešit;
online v e-learningu: online Pracovní sešit; Sylabus programu;
Lektoři modulu: 1x specialista v duševním zdraví (ideálně psycholog), 1x peer lektor
Délka modulu: 75 minut
Obsah a zaměření modulu:

- Budování postoje k duševnímu zdraví a sebepojetí bez sebestigmatizace
- Budování sebepojetí založeném na poznání vlastního hodnotového systému
    - „Já jako kontext“: komplexní sebepojetí a postoj k vlastní identitě (cvičení Big I & little i)
    - Hodnoty jako směr k naplnění a eudaimonického wellbeingu v každodenním životě
    - Odhodlané jednání (cvičení Metafora Autobus)
    - Rozvíjení všímavého přístupu a odstupu k obsahům vlastní mysli (cvičení založená na všímavosti: Spuštění kotvy)

MODUL 3. Emoce, myšlenky, fyziologické prožitky, a chování

Cíl: Modul vysvětlí účastníkům vztah mezi emocemi, myšlenkami, fyziologickými prožitky a chováním. Obeznámí je se základními reakcemi lidského těla na náročné situace, vysvětlí funkci stresu, jeho vlivu na duševní zdraví a způsobům, jak s ním zacházet pomocí copingových strategií.
Forma modulu: osobní skupinové setkání, prezentace a diskuzní zapojení účastníků
Materiály k modulu:
na místě programu: prezentace; tištěný Pracovní sešit;
online v e-learningu: online Pracovní sešit; Sylabus programu; extra materiály (doporučení anglického videa o 3 systémech regulace emocí apod.)
Lektoři modulu: 1x specialista v duševním zdraví (ideálně psycholog), 1x peer lektor
Délka modulu: 75 minut
Obsah a zaměření modulu:

- Psychoedukace na téma stresu v rámci běžného zdravého fungování člověka
- Definice a vztah mezi emocemi, myšlenkami, fyziologickými prožitky, a chováním.

- Stres a jeho funkce jako základ nervového systému ve zdravém stavu
- Znalosti a dovednosti o roli stresu v každodenním životě a metodách, jak s ním zacházet pro dlouhodobé udržení duševního zdraví

MODUL 4. Kontinuum duševního zdraví a zotavení (a., b.)

Cíl: *V tomto modulu se účastník seznámí s pojetím duševního zdraví jako dvoudimenzionálního kontinua zahrnujícího nejen duševní zdraví ale i duševní pohodu. Modul současně vysvětlí charakteristiky jednotlivých duševních onemocnění a způsoby léčby, včetně představení procesu zotavení.*
Forma modulu: osobní skupinové setkání, prezentace a diskuzní zapojení účastníků

Tento modul je v této CS rozdělen na dvě části:
M4a pokrývá témata kontinuum duševního zdraví a zotavení
M4b pokrývá téma kazuistik a podpůrné komunikace

Materiály k modulu:

na místě programu: prezentace; tištěný Pracovní sešit;
online v e-learningu: online Pracovní sešit; Sylabus programu; videa na téma zkušenosti s duševním onemocněním a zotavením (Barvy života); Brožura Příběhy naděje; extra materiály k tématu kazuistiky a komunikace
Lektoři modulu: 1x specialista v duševním zdraví (ideálně psycholog), 1x peer lektor
Délka modulu: 60 minut
Obsah a zaměření modulu:

- Definice duševního zdraví, wellbeingu a zotavení
- Předání konceptu kontinua duševního zdraví o dvou dimenzích (wellbeing a přítomnost duševního onemocnění)
- Kazuistiky: nejběžnější duševní onemocnění (projevy, léčba, diagnostika) do lehké míry závažnosti – zvolené s ohledem na potřeby CS; obecně především nejčastější duševní obtíže, kterými jsou úzkost a deprese
- Podpůrná komunikace navazující na kazuistiky

MODUL 5. Vztah k sobě a ostatním

Cíl: *Účastník zjišťuje jak se stará o svou duševní pohodu a jak o sebe chce pečovat prostřednictvím identifikování vlastních potřeb. Modul zároveň povede k porozumění provázanosti vlastního duševního stavu s životním kontextem (vztahy, práce, volný čas), zamyšlení se nad vnitřními a vnějšími limity, a regulaci očekávání. Účastník identifikuje jak chce být užitečný druhým a kdy už je to na úkor vlastních potřeb.*
Forma modulu: osobní skupinové setkání, prezentace a diskuzní zapojení účastníků;
Materiály k modulu:

na místě programu: prezentace; tištěný Pracovní sešit;
online v e-learningu: online Pracovní sešit; Sylabus programu;
Lektoři modulu: 1x specialista v duševním zdraví (ideálně psycholog), 1x peer lektor
Délka modulu: 60 minut
Obsah a zaměření modulu:

- Identifikace potřeb
- Jak a proč o sebe pečovat
- Hranice a limity (psychické, fyzické, případně legislativní a další podle kontextu CS)
- Očekávání
- Role v rodině a širší společnosti (zejm. smysluplnost – kde jsem potřeba?)
- Provázání s konceptem hodnot, vyvažování uspokojování potřeb a naplňování hodnot

MODUL 6. Zplnomocnění

Cíl: *Modul zahrnuje základní prostředky vedoucí k převzetí kontroly nad okolnostmi svého života pomocí řešení vlastních problémů a dosažení vlastních cílů. Účastník porozumí a nacvičí komunikaci vlastních potřeb a hranic v běžných situacích i v bodě krize či konfliktu.*
Forma modulu: osobní skupinové setkání, prezentace a diskuzní zapojení účastníků
Materiály k modulu:

na místě programu: prezentace; tištěný Pracovní sešit;
online v e-learningu: online Pracovní sešit; Sylabus programu;
Lektoři modulu: 1x peer lektor
Délka modulu: 45 minut
Obsah a zaměření modulu:

- Komunikace vlastních potřeb
- Komunikace vlastních hranic
- Případně také Komunikace v bodě konfliktu a krize

- Modelování dobrého vzoru zplnomocnění skrze příklad peer lektora, který modul převážně lektoruje

MODUL 7. Odolnost a well-being

Cíl: *Modul se zabývá porozuměním rizikových a protektivních faktorů ovlivňující duševní zdraví jedince i společnosti. Účastník je zároveň veden k nácviku a adopci přístupů a technik vedoucím ke zlepšení wellbeingu a resilience.*
Forma modulu: osobní skupinové setkání, prezentace a diskuzní zapojení účastníků
Materiály k modulu:
na místě programu: prezentace; tištěný Pracovní sešit;
online v e-learningu: online Pracovní sešit; Sylabus programu;
Lektoři modulu: 1x specialista v duševním zdraví (ideálně psycholog), 1x peer lektor
Délka modulu: 60 minut
Obsah a zaměření modulu:

- 3 pilíře odolnosti podle ACT
- Rizikové a protektivní faktory
- Psychoedukace o spánku, pohybu a technikách podporujících wellbeing (e.g. mindfulness)
- Soucit, soucit se sebou a laskavost

MODUL 8. Zdroje podpory a pomoci

Cíl: *Modul představuje komplexní porozumění zdrojů podpory a pomoci opírající se o pyramidu systému služeb WHO. Zahrnuje tedy jak zdroje jedince a jeho nejbližších, tak zdroje komunitní a zdroje formálního charakteru v systému veřejného i soukromého zdravotnictví.*
Forma modulu: osobní skupinové setkání, prezentace a diskuzní zapojení účastníků
Materiály k modulu:
na místě programu: prezentace; tištěný Pracovní sešit; extra informativní list o odborných službách péče o duševní zdraví v ČR
online v e-learningu: online Pracovní sešit; Sylabus programu;
Lektoři modulu: 1x specialista v duševním zdraví (ideálně psycholog), 1x peer lektor
Délka modulu: 45 minut
Obsah a zaměření modulu:

- Pyramida WHO
- Vnitřní zdroje jedince
- Vnější zdroje za pomoci ostatních, včetně formálních služeb

Lektoři

Program spolu-lektorují 2 lektoři: odborný lektor a peer lektor. Oba jsou na celém programu přítomni od začátku do konce a účastní se všech částí programu a všech modulů. Následují podrobně instrukce k obsahu programu v souladu s prezentací programu.

Charakteristiky lektorů a kompetence

Všichni lektoři musí splňovat následující charakteristiky:

- je v souladu s vizí iniciativy NA ROVINU
- je destigmatizačne orientovaný a používá jazyk nezatížený stigmatem vůči duševním obtížím; všem lektorům doporučujeme se seznámit s NA ROVINU Mediaguidem, který je na destigmatizující komunikaci zaměřen a je plně online dostupný na odkazu: **https://narovinu.net/odborne-materialy/**
- má výborné komunikační schopnosti (v českém jazyce)
- má výborné prezentační dovednosti a schopnosti pracovat s programem PowerPoint;
- má výborné schopnosti v práci se skupinou dospělých lidí (ideálně kteří mají zkušenost s duševním onemocněním)
- empatie, respekt, bio-psycho-socio-spirituální přístup k duševnímu zdraví a onemocnění
- ideálně je také zkušený v práci s lidmi s duševním onemocněním v rámci své profesní kariéry

Všichni lektoři musejí absolvovat přípravu na lektorování programů PREPO, kterou zajišťuje interní tým PREPO, podrobnosti viz níže.

Odborný lektor a současně facilitátor skupiny

- **psycholog nebo ekvivalentní odborník na duševní zdraví s následujícími charakteristikami:**
  - Mgr. VŠ odbornost v oblasti psychologie a profesní zkušeností (viz níže)
    - výhodou zaměření na některou z oblastí: sociální psychologie; aplikovaná psychologie, prevence a podpora v duševním zdraví; well-being, pozitivní psychologie, organizační/pracovní psychologie
    - případně VŠ odbornost v následujících oborech s prokazatelným zaměřením na duševní zdraví: veřejná politika, veřejné duševní zdraví, sociální práce, andragogika, případně úzce související obor
    - v případě ještě nedokončeného Mgr. vzdělání lze zvážit, zda profesní zkušenost je dostatečná k plné kompetenci lektora vést programy
- **lektorské zkušenosti min. cca 0,5 roku**
  - prokazatelné praktické zkušenosti v lektorování preventivních, osvětových a/nebo destigmatizačních programů v oblasti duševního zdraví, well-beingu a/nebo aplikované psychologie.
- **zkušenost 1 rok v praxi v přímé práci s klienty dospělá populace (ideálně skupina)**
  - zkušenost v přímé práci s dospělými klienty v oblasti podpory duševního zdraví / psychologie / psychoterapie apod. minimálně v délce 1 roku
  - výhodou je zkušenost s prací s dospělými klienty v oblasti nejčastějších duševních potíží (úzkosti, deprese apod.) nebo se závažnými duševními onemocněními
- **skvělé facilitátorské dovednosti a zkušenosti:** interaktivní vedení skupin, lektorování skupin (cca v rozsahu 5 až 25 účastníků), skvělé schopnosti časového managementu programu apod.
  - zkušenost s vedením skupin, nebo lektorováním pro skupiny
  - držet časový formát, odvést všechny části programu a odborné moduly ve stanoveném čase
  - schopnost citlivě držet hranice (např. pokud jeden z účastníků ovládá prostor na úkor ostatních účastníků)
- **destigmatizační jazyk a světonázor ohledně témat duševního zdraví**; respektující přístup, soulad s hodnotovými principy Iniciativy NA ROVINU
- **skvělé komunikační dovednosti a schopnost předat složitá / psychologická témata srozumitelným jazykem laické populaci**

- ***Výhodou:***
  - Započatý nebo absolvovaný psychoterapeutický výcvik
  - Informovanost o / zkušenosti s přístupem ACT (Terapie přijetí a odhodlání / Acceptance and Commitment therapy)
  - Povědomí o problematice stigmatu a destigmatizace v oblasti duševního zdraví
  - Připravenost a ochota v rámci lektorování využít a sdílet vlastní zažitou a zpracovanou zkušenost z oblasti potíží v duševním zdraví (předpokládáme přítomné zotavení a schopnost odstupu a reflexe vlastní zkušenosti, případně zkušenost s peerským kurzem či jinou přípravou)
  - Znalost a/nebo zkušenost s aplikací konceptů zotavení (recovery) a zplnomocnění (empowerment) v oblasti duševního zdraví
  - Znalost a/nebo zkušenost se spoluprací s peer lektory / peer konzultanty, nebo vlastní role peer lektora/konzultanta

Jako příklad vhodné konkrétní skupiny odborníků vhodných pro roli odborného lektora a facilitátora skupiny jsme navrhli poradce z psychologických poraden zvyklé pracovat se skupinami a lektorovat.

Peer lektor

U Peer lektora je hlavní expertizou vlastní žitá zkušenost s obtížemi v duševním zdraví a zotavením z nich. Je důležité, aby byl peer lektor v zotavení, byl se svým duševním onemocněním, nebo s lehčí zkušeností rizika / krize v duševním zdraví, vyrovnán, byl ochoten o něm mluvit s cizími lidmi a měl svou zkušenost co nejlépe zpracovanou. Zároveň by měl mít ostatní lektorské dovednosti, které z něj dělají dobrého skupinového facilitátora pro téma duševního zdraví.

V kontextu této pod-skupiny, tj. ***Lidé v riziku zhoršení duševního zdraví***, je vysoce potřebné, aby měl peer lektor co největší propojení s danou skupinou účastníků skrze podobnost zkušenosti v duševním zdraví, se kterou během programu pracuje a využívá ji jako lektorský nástroj.

Charakteristiky, které by měl splňovat, jsou následující:

- zkušenost s nějakou lehkou formou duševního onemocnění nebo krize v duševním zdraví, případně se situací, která z něj činila osobu v riziku v duševním zdraví
  - pokud je to možné, je vhodné peer lektora vybrat podle charakteristiky konkrétní skupiny, pro kterou se program koná tak, aby měli účastníci

- ideálně mít za sebou nějakou oficiální přípravu pro roli peera / peer lektora, jako např.: peerský kurz (v ČR realizuje typicky CRPDZ), nebo obdobná příprava od Iniciativy NA ROVINU: kurz pro Ambasadory v duševním zdraví, program HOP apod.
- orientaci na zdraví, pozitivní řešení, naději
- lektor by měl mít ve svém životě rozličné role: má rodinu, má práci, má koníčky a zájmy. Není potřeba, aby měl tyto oblasti perfektně vyřešené – smyslem však je to, aby dovedl sdílet své vlastní zralé zkušenosti s mnoha různými oblastmi života s účastníky vzdělávání.
- lektor by měl mít důležité dovednosti:
    - Schopnost a ochota vystupovat na veřejnost a sdílet svou zkušenost
    - Dobré komunikační schopnosti, zřetelná mluva, prezentační dovednosti
    - Dovednost hovořit o jasně vymezeném tématu, nezabíhat
    - Dává prostor k vyjádření ostatním, nezahlcuje vlastními obsahy příliš
    - Je ochotný sdílet osobní zážitky s druhými lidmi a zároveň dokáže nenavádět, nevnucovat vlastní názor a způsoby řešení
- pokud lektor zruší účast na školení krátce před programem – co dělat?
    - tak jako odborní lektoři, také peer lektor může z urgentních důvodů zrušit svou účast na školení
    - peerská zkušenost může být zastoupena odborným lektorem nebo i organizátorem programu, pokud tito mají odpovídající charakteristiky k roli peer lektora – tj. jsou ochotni sdílet svou zkušenost s lehkým duševním onemocněním či krizí v duševním zdraví a naplňují výše popsané požadavky
- odborné znalosti konceptů spadajících do kompetencí peer lektora:
    - vzhledem k nezbytnosti předávání následujících témat a konceptů, peer lektor musí být dostatečně hluboce i odborně seznámen se všemi těmito tématy a koncepty do té míry, aby je dokázal účastníkům předat, tj. teoreticky vysvětlit a také použít příklady ze své vlastní žité zkušenosti
        - kontinuua duševního zdraví,
        - zotavení,
        - zplnomocnění,
        - komunikace zaměřená na zplnomocněný projev
        - podpůrná komunikace
        - pyramidy péče o duševní zdraví a vyhledání odborné pomoci

Příprava lektorů

Před realizací programu i v průběhu byli lektoři proškoleni. Před samotným školením lektoři obdrželi ucelený kompletní program, který si měli individuálně projít. Následně se účastnili jednodenního školení, které bylo uskutečněné v NUDZ. Společně se specialisty prevence prošli jednotlivé moduly programu, tak aby se lektoři mohli v něm usadit a cítili se v něm lektorsky i odborně připraveně.
V případě dotazů či nejasností pro proškolení měli lektoři možnost individuální konzultace. Konzultace probíhaly jak osobně, tak telefonicky nebo po e-mailu.

Základní zásady vedení programů – komunikační a facilitační principy

Tyto zásady vyplývají jak z dobré praxe v oboru vzdělávání dospělých v tématech duševního zdraví, tak také ze zkušeností, které tým PREPO částečně čerpal v předcházejícím projektu Destigmatizace:

Vzdělávací programy o prevenci a podpoře v duševním zdraví nejsou léčba ani psychoterapie

- **Program nemůže v žádném případě nahrazovat psychoterapii**: lektor ani organizátoři nemají kompetence k terapeutickému vedení účastníků ani k terapeutickému řešení situace.
- To je dáno jejich lektorskou rolí v programu, a tedy není závislé na jejich profesních odbornostech či profesní roli jinde mimo kontext programu.
- Situace, která při programu vzniká, neposkytuje žádný prostor k tomu, aby psychoterapeutická výměna nastala, proto ani v případě, že lektorem je profesionální psychoterapeut, není možné terapeutickou práci umožnit.
- Z těchto důvodů je potřeba držet zdravé hranice a při vedení programu nejít příliš do hloubky:
    - vyvarovat se otevírání hlubších psychologických procesů
    - nepokládat rozjitřující otázky – např. ptát se účastníků na emoce, na jejich
    - hlubší psychologické procesy, myšlenky, detailní informace o jejich zážitcích apod.

  - není vhodné se doptávat na detaily prožitků účastníků programu z doby, kdy se u nich duševní onemocnění akutně projevovalo – takovéto vzpomínky mohou vést k flashbackům
- Pokud se u některého z účastníků samovolně objeví otevřená témata a prožitky, které je potřeba řešit psychologicky, psychoterapeuticky anebo lékařskou péči, je nutno tuto situaci řešit tak, že daného účastníka lektor či organizátoři nasměrují na odpovídající odborné služby a poskytnou mu potřebnou podporu k tomu, aby se do takové služby dostal, je-li taková podpora nutná.

Zdravé hranice v komunikaci, času a kompetencích

- V souladu s pravidlem o tom, že program není psychoterapie:
  a) **upozorněte na začátku programu na to, že zde nebude prostor pro řešení individuálních problémů**
  b) nebo tuto informaci sdělte, když si některý účastník programu bude žádat speciální pozornost a prostor pro řešení svých individuálních problémů (pokud tato potřeba vykračuje za hranice naplánovaného obsahu programu)
- Udržujte předem domluvené hranice: pravidla skupiny, časové limity pro hodiny programu i přestávky. Je na organizátorovi dohlédnout na dodržení těchto hranic.
- Nepřekračujte kompetence své role – lektora, organizátora apod. Odkažte účastníky na odpovídající služby, pokud vyžadují jiný či ošetřující přístup

Ustanovená pravidla skupiny vždy respektujte

- **Dodržujte předem domluvená pravidla skupiny**. V případě potřeby doplňte pravidla nová (ve spolupráci se skupinou účastníků a lektory).

Základy v komunikaci v situaci sdílení zážitků

Situace sdílení zkušeností s duševním onemocněním účastníků může být náročná, zejména, pokud nemáte s podobnou situací dosavadní zkušenost. Vyplatí se držet se základních bodů, které napomohou udržet komunikaci v bezpečné rovině:

- **nabídněte přijetí a porozumění prostě tím, že člověka vyslechnete**
- **respektujte, co druhý říká a co prožil**
- jako odpověď často stačí prosté „slyším, že to nebylo lehké“, „představuji si, že to asi bylo náročné“, „díky, že to s námi sdílíš“, nebo jen „děkuji“
- můžete také krátce shrnout, co jste slyšeli – použijte stejná slova a formulace, jako ten, kdo s vámi zkušenost sdílí
- **mluvte o sobě** – neříkejte „my“, „ty“, „člověk“, „lidé“, pokud myslíte sami sebe
- **nedávejte nevyžádané rady** – nejvíce nápomocné je často prosté vyslechnutí
- neinterpretujte podle svého názoru, co vám člověk sděluje: neříkejte druhému, jaká je příčina jeho potíží; nesnažte se odhalit a sdělit podstatu jeho příběhu; nesnažte se sami vymyslet, proč se člověku děje to, co se mu děje – on sám ví nejlépe, co zažil, i události, které tomu předcházely
- **nehodnoťte, nesuďte, nenálepkujte, nepodsouvejte vlastní řešení a návody**
- **nesnažte se vypátrat více detailů** – respektujte, že sdílející říká právě tolik informací, kolik chce. Nedolujte z něj více nebo jiné informace, než které již nabídl.

Jak reagovat na různé náročné situace během programů

Pokud přijde do skupiny účastník, který má viditelné akutní symptomy duševního onemocnění (především psychózy, mánie, hluboké deprese):

- Navažte s účastníkem verbální komunikaci a zjistěte jeho momentální situaci a stav.
- Pokud máte na místě k dispozici psychiatra / psychologa / sociálního pracovníka (lektora/organizátora), požádejte ho o asistenci.
- Domluvte se s účastníkem na tom, že se skupiny nebude tentokrát účastnit – vysvětlete, že pro jeho zdravotní stav by to nebylo momentálně vhodné.
- Doporučte mu služby / lékaře, které může navštívit okamžitě a je v dosahu – krizové centrum, CDZ, psychiatrickou nemocnici, psychiatrickou ambulanci apod.
- Dále se domluvte, že účastník může program navštívit později, až mu bude lépe – vezměte si na něj kontakt a při příštím pořádání programu mu zašlete informace.
- Pokud máte možnost (je vás více RS / organizátorů na místě programu), věnujte účastníkovi zvýšenou

pozornost a čas mimo skupinu až dokud nedosáhnete vzájemné shody a plánu toho, co účastník dále udělá – kde vyhledá pomoc.
- V případě nutnosti (reálně hrozí, že účastník ublíží sobě nebo druhým lidem) zavolejte lékaře / záchranou službu / zkontaktujte rodinné příslušníky či jiné blízké osoby účastníka za jeho spolupráce.

Pokud přijde do skupiny účastník bez zkušenosti / s jinou diagnózou, než pro kterou je program určen:

- Zjistíte-li, že některý účastník buď nemá zkušenost s duševním onemocněním, nebo
- v případě Psychoedukace má jiné onemocnění, než pro které je program určen,
- domluvte se s tímto účastníkem na tom, že program opustí a nebude se jej účastnit.
- Nabídněte mu přitom náhradní řešení: 1) účast na destigmatizačním programu pro
- vhodnou CS (např. rodinní příslušníci), 2) účast na jiném programu – doporučte
- některé vhodné akce nebo služby v regionu, kam se může obrátit, 3) zapojení do
- služby vhodné pro jeho situaci – např. krizová centra, sociální služby, poradenství...

Pokud je ve skupině účastník, který narušuje průběh programu:

- Obecně platí, že zájem celé skupiny má přednost před osobním zájem účastníka, pokud se nejedná o situaci ohrožující jeho duševní zdraví, fyzické zdraví či důstojnost a práva, včetně práv daných skupinou (např. právo říct NE).
- Pokud účastník narušuje svým chováním průběh celého programu a fungování skupiny (např. zabírá příliš mnoho času a prostoru pro povídání vlastních témat, ačkoli nesouvisejí s programem či trvají příliš dlouho), upozorněte účastníka, že jeho chování je narušující a poproste ho o úpravu chování.
- Pokud účastník své chování nechce nebo nedokáže upravit a pokračuje v narušování celého programu, domluvte se s ním, že skupinu opustí a programu se nebude nadále účastnit. Je možné ho přizvat k účasti na programu, až se bude konat příště.
- Zvažte, zda je jeho chování dáno akutně zhoršeným zdravotním stavem – pokud ano, řiďte se pokyny uvedenými výše pro situaci s účastníkem s akutními symptomy.

Otázka tykání:

- Standardně si jako organizátoři a lektoři s účastníky vykejte (profesionální kontakt).
- Peer lektoři a peeři obecně mohou mít větší tendenci nastavit ve skupině tykání pro podporu sdílení zkušeností – to je v pořádku.
- Pokud se s účastníky znáte osobně např. ze služby, kam docházejí, pokračujte v kontaktu tak, jak jej již máte nastavený.

Účastníci a nábor

Jak pojednává dokument „Metodika detekce CS“ (Projekt PREPO), u naší CS byla s pomocí analýzy veřejných dat a zkušeností s realizací minulých projektů identifikována prostředí, ve kterých se nejčastěji osoby z této CS nachází a kde je můžeme kontaktovat. Návrhy zohledňují také diskuzi teorie změny, kterou tým PREPO realizoval s českou expertní platformou. Tato diskuze byla primárně zaměřena na klíčové stakeholdery při komunikaci s okruhy CS. Pro nábor osob z okruhů CS byla identifikována jako klíčová tato prostředí (některé zdroje byly oproti Analýze potřeb doplněny):

- Krizová centra (v závislosti na městech, kde proběhne pilotáž opatření PREPO)
- Centra duševního zdraví (v závislosti na městech, kde proběhne pilotáž opatření PREPO)
- Organizace poskytující psychologické/terapeutické konzultace: Terapie.cz, Terap.io, Hedepy.cz; Soulmio.com (zaměřené na firmy) - skrze které se dá navázat spolupráce a sdílet na jejich sociálních sítích
- Psychiatrické nemocnice a jejich uživatelská sdružení dle místa realizace pilotáží lokální psychiatrické oddělení a ambulance
- Ambulance NUDZ včetně oslovení psychiatrů pro sdílení informací s pacienty
- Sociální služby: Fokus, Ledovec, Práh ad., dále dle regionu, ve kterém by pilotáž probíhala, oslovit lokální soc. služby pro lidi s duševním onemocněním
- Peer a jiné sdružení osob s duševním onemocněním například Dialogos
- Média zaměřená na duševní zdraví například: Psychologie.cz
- Sociální sítě a skupiny na sociálních sítích zaměřené na duševní onemocnění například:
    - Psychické problémy, úzkosti, deprese AGORAFOBIE a jiné.(rady k nezaplacení) (15,8 tis.)
    - Panická porucha, panická ataka - nejste v tom sami (12,4 tis)
    - Deprese, smutky, úzkosti (9,7 tis)

- Deprese, úzkost a další bolesti duše (4,4 tis.)
- Psychické problémy, úzkosti, deprese a jiné… (4,3 tis.)
- Nejsi sám- Úzkost, panika, deprese, sociální fóbie, PPP (1,4 tis.)
- ADHD v dospělosti (2,4 tis)
- Deprese (0,9 tis.)
- uzkosti, panika, deprese - zivot ve strachu (0,9 tis.)

Náborový proces

Obdobně v souladem s dokumentem „Metodika detekce CS“ (Projekt PREPO) a náborovým procesem, který reflektuje cestu účastníka k programu PREPO rozdělenou podle 5 fází procesu, kterým účastník prochází, lze ve stručnosti shrnout ideální náborový proces takto:

1. fáze: Uvědomění si potřeby
- Spouštěč:
  - Osobní zkušenost s duševním onemocněním (vlastní nebo někoho blízkého)
  - Zaměření v práci na duševní zdraví nebo duševní onemocnění
  - Informace z médií, sociálních sítí
- Chování:
  - Hledání informací o duševním zdraví na internetu
  - Konverzace s přáteli, rodinou nebo odborníky
  - Úvaha o možnostech zlepšení své situace
- **Náborový proces:**
  - **Informování o duševním zdraví a programech PREPO na sociálních sítích či médiích**
  - **Dostupnost informací o programech PREPO na internetu při běžném vyhledávání**
  - **Zvyšování povědomí široké veřejnosti včetně odborníků o dostupnosti PREPO programů**

2. fáze: Hledání řešení
- Chování:
  - Vyhledávání různých typů programů a kurzů
  - Porovnávání nabídek různých poskytovatelů
  - Čtení recenzí a hodnocení
  - Zvažování finančních nákladů a časové náročnosti
- **Náborový proces:**
  - **Zvyšování dostupnosti informací o programech PREPO pro internetové a různé další cesty vyhledávání; kvalitní popis programů na webu www.narovinu.net a na sociálních sítích Iniciativy NA ROVINU (Facebook, Instagram, případně LinkedIn)**

3. fáze: Rozhodnutí a registrace
- Spouštěč:
  - Nalezení programu, který odpovídá jejich potřebám a očekáváním
  - Dostupnost programu (čas, místo, cena)
  - Pozitivní reference a doporučení
- Chování:
  - Registrace do programu
  - Příprava na účast (např. přečtení materiálů, vyplnění pre-testu pro evaluaci)
- **Náborový proces:**
  - **Transparentní popis programů v anotaci zohledňující možné potřeby a očekávání CS**
  - **Usilování o dostupnost programů z hlediska času a místa; cenově jsou programy vždy pro účastníky zdarma**
  - **Spolupráce s lokálními odborníky, stakeholdery, peerskými skupinami apod. pro podporu předávání informací o programech PREPO cestou doporučení na komunitní úrovni**
  - **Snadno dostupná registrace do programu**
  - **Dostupná anotace a uživatelsky přístupná evaluace (pre-test)**
  - **Vysoce kvalitní komunikace s každým účastníkem individuálně před programem – na základě e-mailové komunikace; v případě potřeby také s využitím telefonické**

4. fáze: Účast na programu
- Chování:
  - Aktivní účast na jednotlivých lekcích
  - Interakce s lektory a ostatními účastníky
  - Získávání nových znalostí a dovedností

  - Pociťování podpory a sounáležitosti
- **Náborový proces:**
  - **Vysoce kvalitní komunikace s účastníky a podpora v den programu co se týká instrukcí k dopravě na místo; časové náročnosti; nutnosti absolvovat program celý; informací o evaluaci atd.**

Možné překážky a potřeby účastníků a jejich možná řešení ve fázi náboru:

- Strach a stigma: obavy z toho, že se přihlásí a budou označeni za "šílené".
  Náborový proces: výhradní používání nestigmatizující komunikace ve všech textech a související komunikaci; orientaci na zdraví, silné stránky, metody vyrovnávání se se stresem apod.
- Nedostatek času: obtížnost najít si čas na pravidelnou účast v programu.
  Náborový proces: Nabídka různých časů programu; průzkum a reflexe potřeb vybraných skupin v CS před stanovením času programu; sbírání a reflexe zpětné vazby z terénu, od lektorů, expertů apod.; zdůraznění přínosů programu pro každodenní život a duševní pohodu účastníků; důraz na význam a potřebu účastnit se programu celého.
- Finanční omezení: neschopnost uhradit poplatky za program.
  Náborový proces: aktuálně ve fázi pilotáží není relevantní, je otázkou pro fázi udržitelnosti.
- Nedostatek informací: nevědomost o existenci programů nebo o tom, jak si vybrat ten správný.
  Náborový proces: selekce vhodných komunikačních kanálů a spolupráce s lokálními stakeholdery.
- Potřeba anonymity: přání zůstat v anonymitě a neprozradit svou účast v programu.
  Náborový proces: zdůraznění důvěrnosti a mlčenlivosti, která je na programu pravidlem, zdůraznění anonymity evaluace.

Popis komunikačních kanálů

- E-mailové kampaně: Personalizované pozvánky, upomínky, informace o programu.
- Sociální sítě: Zveřejňování příspěvků, organizování soutěží, živé přenosy.
- Webová stránka: Detailní informace o programu, registrační formulář, blog.
- Tisk: Letáky, plakáty, brožury.
- Telefonické hovory: Individuální konzultace s potenciálními účastníky.

Letáček: všechny obrazové variace letáku viz v příloze

Logistika a organizace programů

Při výběru místa pro realizování workshopu bylo klíčové, aby místnost byla multifunkční pro porady, semináře či pohybové aktivity s kapacitou cca. 20 lidí. Zároveň bylo potřeba, aby v místnosti byly k dispozici židle, stoly tak, aby bylo možné pracovat ve skupinkách okolo menších stolků, ale také k poradě u jednoho velkého stolu. Mimo jiné bylo také potřeba, aby byl v sále k dispozici dataprojektor.

Kromě 2 lektorů (popsáno výše) je na programu přítomen navíc také jeden organizátor, který zajišťuje:

- veškeré náležitosti organizace a logistiky a průběhu programu na místě;
- odpovídá za vybavení místnosti a jeho přípravu předem;
- zajišťuje orientaci (instrukce k dopravě) účastníků na místo programu;
- hlídá a eviduje prezenci účastníků
- je k dispozici během celého programu jako podpora lektorů co se týká organizace a logistiky
- je k dispozici také účastníkům pro jakékoliv mimořádné situace či potřeby, které mohou mít mimo odbornou stránku programu

Potřebné pomůcky lektora:

- Promítací plátno
- Projektor, kabely k propojení s počítačem
- Počítač + (prezentační ovladač – prezentér)
- Prezentace programu V POHODĚ pro každý daný den – na flash disku + emailu
- Vytištěné podklady pro účastníky –Pracovní listy/Pracovní sešit pro účastníky
- (Vytištěné podklady pro sebe – části vlastního příběhu peer lektora)
- BONUS pokud je k dispozici: Flip chart, min. 3 fixy různých barev

Prostor, kde program probíhá:

- důvěrný neprůchozí uzavíratelný prostor, kde může skupina mít naplněny potřeby bezpečí a důvěrnosti
- ideálně vybaven židlemi s příručními stolečky, případně s malými stoly / lavicemi uzpůsobenými do tvaru polouzavřeného kruhu
- samozřejmostí jsou okna, ideálně která lze otevřít pro větrání během programu
- projekční plátno / zeď uzpůsobené tak, aby všichni účastníci ze všech míst mohli na prezentaci dostatečně dobře vidět
- místnost by měla být dostatečně velká k pojetí velikosti skupiny 8 až 25 osob plus lektorů tak, aby nevznikal pocit stísněnosti, např. tedy aby měl každý jednotlivec možnost sedět a míst kolem sebe určitý osobní prostor (účastníci nejsou zcela natěsnáni na sobě); součástí je možnost vyplňovat si pracovní listy tak, aby měl každý dost vlastního prostoru a nezasahovali si vzájemně do pracovního místa, ideálně aby si ani nenahlíželi přes rameno
- nutností je vybavenost prostor WC v dostatečné blízkosti
- ideální je, aby byla poblíž programu možnost zakoupení malého občerstvení, kávy apod. pro naplňování základních potřeb během programu
- je také vhodné, aby bylo možné během pauz na krátko vyjít ven na čerstvý vzduch i místo umožňující kouření cigaret

Financováno Evropskou unií

NÁRODNÍ ÚSTAV DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

na rovinu

Program V POHODĚ *Podskupina* Lidé se zkušeností s SMI

Pilotní program V POHODĚ při zkušenosti s psychickou nemocí

Úvod

Pro tuto cílovou skupinu jsme si stanovili zkratku *„Lidé v riziku zhoršení duševního zdraví“, resp.* ***„Lidé v riziku zhoršení d. z.“***. Pod tímto označením rozumíme dvě hlavní podskupiny, jak vystihuje oficiální název výše (**osoby s duševním onemocněním nebo v riziku rozvoje duševního onemocnění), z nichž druhá je označena následující zkratkou:**

> **2. „Lidé s SMI“**, kteří již mají zkušenost s duševním onemocněním a nacházejí se v riziku přítomnosti špatného duševního zdraví z důvodu probíhajícího duševního onemocnění, anebo jeho znovu-propuknutí v případě, že aktuálně žijí v remisi, resp. jejich stav duševního zdraví je dlouhodobě stabilizován na dobré úrovni. Zkratka SMI zde označuje anglický termín Severe Mental Illenss, neboli závažné duševní onemocnění.

U této podskupiny oproti první podskupině identifikujeme jako největší rozdíl vlastní žitou zkušenost s duševním onemocněním, která může činit následující rozdíly:

- mají specifické znalosti z oblasti gramotnosti v duševním zdraví – především na základě vlastní žité zkušenosti s onemocněním, vyhledávání pomoci, udržováním wellbeingu v životě s nemocí a v zotavení; v některých případech mohou být tito lidé i vysoce motivovaní se o své nemoci a životě s ní vzdělávat a mohou mít až do jisté míry odborné informace
- mají specifické konkrétní hluboké zkušenosti s duševním onemocněním a životem s ním; tyto mohou zahrnovat a často zahrnují i stigmatizující, sebestigmatizující a / nebo traumatické zkušenosti
- nejsou tedy noví v tematice duševního zdraví a duševních onemocnění, na druhou stranu se jedná o velmi heterogenní skupinu vzhledem k tomu, že onemocnění a zkušenosti každého jsou vysoce individuální. Proto se spektrum i základních informací o duševním zdraví a souvisejících tématech mohou velmi odlišovat, mohou záviset na filtrování informací perspektivou daného onemocnění či konkrétních životních zkušeností; gramotnost každého jednotlivce může být i silně vychýlena na různé směry právě v závislosti na zkušenostech.
- je vysoce žádoucí věnovat dostatek důrazu a prostoru na destigmatizační obsahy, vstupy peer lektora
- je vysoce žádoucí pro každý program obsadit peer lektora s co nejvíce přiléhavou zkušeností v duševním zdraví a onemocnění (SMI) vůči konkrétní skupině účastníků
- není žádoucí skupinu zahltit příliš vysokou mírou informací kondenzovaných v jediném setkání, proto je program opět rozložen do buď dvoudenní nebo třídenní varianty harmonogramu
- je potřebné zohlednit velkou roli, jakou zkušenost s SMI v životě účastníků žije, což bude dopadat na jejich vnímání programu a vybraných modulů; např. kontext péče o duševní zdraví v ČR, motivace k péči o duševní zdraví nebo sebepojetí patří mezi témata, která budou pravděpodobně z hlediska účastníků výrazně obsazena právě již prožitou zkušeností s duševní nemocí – tento fakt zohledňují specifické úpravy jednotlivých modulů a jejich obsahu nebo formy realizace v této podskupině

Anotace

Anotace pro web narovinu.net

Skupinový vzdělávací program V POHODĚ

Skupinový vzdělávací program zaměřený na posílení duševního zdraví a budování odolnosti v každodenním životě. V ucelené a zážitkové podobě vás provedeme tematikou praktické podpory a sebe-péče o vaše duševní zdraví se zaměřením na znalosti a dovednosti, které můžete ve svém životě aktivně používat. Získáte nový pohled na psychiku, praktické informace a cenné nástroje pro podporu vlastní duševní pohody i odolnosti.

Čeká Vás:

Orientace ve svém nastavení, hodnotách a potřebách
Pomůžeme Vám lépe pochopit, jak fungují vaše myšlenky, emoce a kde leží vaše životní priority.

Techniky posilování psychické odolnosti
Naučíte se efektivní metody zvládání stresu a reakcí na náročné situace.

Sebepéče a wellbeing
Osvojíte si dovednosti, které Vám pomohou udržet si psychickou pohodu.

Dostupné zdroje podpory
Ukážeme, kam se můžete obrátit v případě potřeby odborné pomoci.

V POHODĚ při zkušenosti s psychickou nemocí

Jak posilovat své duševní zdraví při zkušenosti s psychickou nemocí
Program je vhodný pro lidi, kteří chtějí zlepšit své dovednosti k podpoře vlastního duševního zdraví a mají zkušenost s diagnózou vážného duševního onemocnění. Aktuálně jsou v relativní duševní pohodě a nehledají v programu léčbu ani krizovou pomoc.
Forma: 2 denní seminář (nebo rozdělení do 3 setkání)

Cíl programu: Cesta účastníka programem

Při tvorbě programu byla zohledněna cesta účastníka programem a postupné budování gramotnosti v duševním zdraví, a to s ohledem na informace a znalosti, dovednosti i postoje k tématu duševního zdraví a duševních onemocnění jako takových. Logika cesty účastníka programem je v CS *Lidé v riziku zhoršení duševního zdraví* následující v podskupině Lidé se zkušeností s SMI:

1. Kontext a poznání zdravého fungování

1. **Část – Kontext a motivace:** V první části se účastníci zaměřují na orientaci v kontextu duševního zdraví a jsou motivováni k využívání vlastních kapacit a zdrojů na úrovních pyramidy WHO Sebepéče a Neformální komunitní péče. *Specificky v této části program nakládá s již žitou zkušeností s SMI a nepředpokládá u nich neznalost, naopak vztahuje se k tomu, že program začínají v pozici člověka výrazně zkušeného v oblasti duševního zdraví*
2. **Část – Sebepoznání s všímavým a přijímajícím odstupem a soucitem:** V druhé části na základě motivace a porozumění potřeby fungovat pro podporu a prevenci v duševním zdraví na úrovních Sebepéče se účastník seznamuje nejdříve se zaměřením na sebe sama s běžnými aspekty lidské psychiky ve zdravém stavu: prochází hledáním svého sebepojetí a hodnot (přístup ACT) a zde buduje protektivní faktory jako „Já jako kontext“ (zaměření na všímavý odstup od obsahů vlastní mysli) a orientaci svého směrování tak, aby mu to přinášelo pocit smyslu (eudaimonický wellbeing, který funguje jako protektivní psychologický faktor) v souladu s vlastními hodnotami, zaměření na odhodlané jednání (ACT) zaměřené na hodnoty, s postojem soucitu a laskavosti. Tato část také rozvíjí prvky nehodnocení, a tak přispívá od samého začátku k nestigmatizujícímu postoji vůči všem dalším informacím a obsahům po zbytek programu. Tento proces se dá charakterizovat tak, že díky tomu, že účastník již na začátku programu získá postoj přijímajícího a nehodnotícího odstupu, nemusí mít v nadcházejících tématech více zaměřených na náročnější témata jako stres a duševní onemocnění strach se těmito tématy zabývat, respektive je lépe vybaven k tomu jim čelit – k tomu využívá právě získaný všímavý přijímající odstup se soucitem vůči sobě i druhým. Následně se v dalším modulu vzdělává o stresu a fungování nervového systému se zaměřením na vybudování porozumění a dovedností seberegulace ve stresových situacích.
   V dvoudenní variantě programu navazuje téma vlastních potřeb, vztahu k sobě a potřeb a hodnot ve vztazích s druhými lidmi, což je rovněž součástí běžného zdravého fungování a i v této části programu budujeme v tomto tématu sebepoznání s všímavým a soucitným postojem a zároveň klademe důraz na význam vztahů a sociální podpory jako protektivního faktoru v duševním zdraví.
   V třídenní variantě je téma vztahů přesunuto až za témata o duševním zdraví a nemocech.
   Specificky v této části program zohledňuje žitou zkušenost s SMI a témata jsou pojímána s vyšší citlivostí: např. u prvků tématu sebepojetí předpokládáme, že budou výrazně obsazeny tematikou nemoci, která výrazně ovlivní také skupinovou diskuzi. Je úkolem lektorů z těchto zkušeností těžit, dokázat pro ně v programu udělat vhodný přijímající prostor (kontejnment) a využít je jako základ pro další rozvoj duševní gramotnosti účastníka. Je velmi důležité nepřistupovat k účastníkům jako k neznalým, ale jejich zkušenosti reflektovat a uznat jejich váhu.
   Současně program klade nárok na lektory ohledně schopnosti udržet hranice programu a případné sdílení v bezpečné rovině.

2. Duševní zdraví a duševní nemoc

3. **Část – Obtížnější tématika související s duševními obtížemi a duševními onemocněními**
   V této části již účastník využívá znalosti a dovednosti nabyté v předchozích částech programu a předpokládáme, že mu/jí tyto umožní lepší reflexi vlastních zkušeností, vystavení zkušenostem dalších účastníků a peer lektora, vstřebání dalších informací o duševních onemocněních a zotavení s nestigmatizujícím postojem, tedy bez obavy ze samotného zabývání se těmito tématy. Do této části spadají témata jako kontinuum duševního zdraví, zotavení, zplnomocnění, kazuistiky o duševních onemocněních a komunikace zaměřená na podporu v duševním zdraví.
   Také v této části program přímo výslovně adresuje a pracuje s žitou zkušeností účastníků s SMI a je úkolem lektorů dokázat je využít jako výukový materiál, respektive účastníky vést ke konstruktivní reflexi svých zkušeností a jejich využití k rozvíjení zdravých strategií k podpoře duševního zdraví při životě s nemocí.
   Je klíčové, aby byl peer lektor schopen dobře sdílet své vlastní zkušenosti s SMI, zotavením a zplnomocněním, dokázal jít příkladem a modelovat zdravé strategie, a dokázal také facilitovat diskuzi a udržovat hranice v rámci skupiny.

3. Orientace na zdravý životní styl a efektivní prevenci a podporu v duševním zdraví

Každá kombinace modulů (dvoudenní i třídenní varianta) je sestavena tak, aby byla náročnější témata zmiňující duševní onemocnění v začátku setkání a na něj navazovala tematika orientovaná na řešení, potenciál každého člověka k wellbeingu a duševnímu zdraví a praktickou prevenci a podporu v duševním zdraví. Cílem tedy je, aby účastník odcházel nejen vybaven informacemi, ale také konstruktivními postupy ke zdraví a motivací je využít bez obav.

4. **Část – Závěr zaměřený na využití všech nabytých znalostí a dovedností směrem k wellbeingu a duševnímu zdraví**
   Celý postup programem v každé variantě uzavírá modul zaměřený na wellbeing a zdravý životní styl, který opět orientuje finální pozornost účastníků právě na efektivní prevenci, udržování zdraví a motivuje je k behaviorální změně směrem právě k udržení wellbeingu a zdraví.

Forma programu

- **Skupinové setkání pro minimálně 8 a maximálně 25 účastníků**
  - Vedené 2 lektory
  - Interaktivní formát: některé části programu jsou kromě získávání informací zaměřeny více na introspekci, jiné naopak využívají silněji skupinovou diskuzi a vzájemné obohacování účastníků skupiny
    - Sdílení podporuje peer lektor, pokud je potřeba, vlastním sdílením svých zkušeností

- **Prezentace s informačním obsahem programu – prezentují lektoři**
  - Zahrnuje teoretické informace a instrukce pro interaktivní cvičení a práci během programu
  - Prezentaci účastníci nedostávají vytištěnou ani po programu online, místo ní využívají následující materiály:

- **Tištěné materiály (tzv. hand-outy)**
  - Pracovní sešit obsahující soubor cvičení
    - Cvičení účastníci plní během programu dle pokynů / pozvání od lektorů
    - Účastníci jsou podporováni v tom s pracovními listy z pracovního sešitu pracovat i po programu a ve svém každodenním životě, najít tedy cestu, jak informace a cvičení z programu začlenit do svého běžného života pro podporu svého duševního zdraví
  - Přehled služeb v péči o duševní zdraví
    - Informativně velmi obsáhlý tištěný materiál se souhrnem potřebných informací o odborných službách o duševní zdraví v ČR a možnostech jejich využívání

- **E-learning**
    - Po absolvování programu účastníci získávají přístup do online e-lerarningu přes web www.narovinu.cz
    - Zahrnuje online materiály podle struktury popsané výše v kapitole ***E-Learning: vývoj formy pro všechny CS***

Časový harmonogram

Dvoudenní varianta:

Varianta rozložená do dvou dnů má v každém dnu 6 hodin a 30-45 minut včetně pauz. Zahrnuje celkem 495 minut výukového času modulů, tj. 8,25 hodin výukového času modulů. Podrobný rozvrh je následující:

1. Den 10:00 – 16:30 (240 minut výuka modulů)

10:00 – 10:15 (15 min) **Úvod**
- Představení lektorů a účastníků, organizační podrobnosti, informace k evaluaci

10:15 – 10:45 (30 min) **Modul 1: Kontext**
- Kontext duševního zdraví v současné společnosti, očekávání účastníků

10:45 – 11:00 (15 min) Pauza 15

11:00 – 12:15 (75 min) **Modul 2: Sebepojetí**
- Sebepojetí, hodnoty, ACT nastavení

12:15 – 13:30 (75 min) Pauza na oběd

13:30 – 14:45 (75 min) **Modul 3: Stres, emoce, myšlenky a fyziologické prožitky, chování**
- Základní psychoedukace o stresu a jeho funkcích, 3 systémy regulace emocí

14:45 – 15:00 (15 min) Pauza 15 minut

15:00 – 16:00 (60 min) **Modul 5: Potřeby a vztahy**
- Vztah k sobě a k ostatním

16:00 – 16:30 (30 min) **Závěr dne**
- Zpětná vazba na program, rozloučení účastníků

2. Den 10:00 – 16:45 / nejdéle do 17:00 (255 minut výuka modulů)

10:00 – 10:15 (15 min) **Úvod**
- Uvedení dne, sdílení v kolečku mezi účastníky, rekapitulace 1. dne

10:15 – 11:15 (60 min) **Modul 4a: Kontinuum duševního zdraví a zotavení**
- Představení kontinua a konceptu zotavení

11:15 – 11:30 (15 min) Pauza 15

11:00 – 12:15 (45 min) **Modul 8: Pomoc a podpora**
- Pyramida WHO a možnosti vyhledávání pomoci na každé úrovni

12:15 – 13:30 (75 min) Pauza na oběd

13:30 – 14:15 (45 min) **Modul 4b: Modelové příběhy a komunikace**
- Kazuistiky a podpůrná komunikace

14:15 – 14:30 (15 min) Pauza 15 minut

14:30 – 15:15 (45 min) **Modul 6: Zplnomocnění**
- Koncept zplnomocnění a zplnomocněná komunikace

15:15 – 15:30 (15 min) Pauza 15 minut

15:30 – 16:30 (60 min) **Modul 7: Odolnost a wellbeing**

16:30 – 16:45 / nejdéle do 17:00 (30 min) **Závěr dne**
- Zpětná vazba na program, rozloučení účastníků

Třídenní varianta:

Varianta rozložená do tří dnů má v každém dnu 4 hodiny včetně pauz. Zahrnuje celkem 495 minut výukového času modulů, tj. 8,25 hodin výukového času modulů. Podrobný rozvrh je následující:

1. Den 09:00 – 13:00 (180 minut výuka modulů)

09:00 – 09:15 (15 min) **Úvod**
- Představení lektorů a účastníků, organizační podrobnosti, informace k evaluaci

09:15 – 09:45 (30 min) **Modul 1: Kontext**
- Kontext duševního zdraví v současné společnosti, očekávání účastníků

09:45 – 10:00 (15 min) Pauza 15

10:00 – 11:15 (75 min) **Modul 2: Sebepojetí**
- Sebepojetí, hodnoty, ACT nastavení

11:15 – 11:30 (15 min) Pauza 15

11:30 – 12:45 (75 min) **Modul 3: Stres, emoce, myšlenky a fyziologické prožitky, chování**
- Základní psychoedukace o stresu a jeho funkcích, 3 systémy regulace emocí

12:45 – 13:00 (15 min) **Závěr dne**
- Zpětná vazba na program, rozloučení účastníků

2. Den 09:00 – 13:00 (165 minut výuka modulů)

09:00 – 09:30 (30 min) **Úvod**
- Uvedení dne, sdílení v kolečku mezi účastníky, rekapitulace 1. dne

09:30 – 10:30 (60 min) **Modul 4: Kontinuum duševního zdraví a zotavení**
- Představení kontinua a konceptu zotavení

10:30 – 10:45 (15 min) Pauza 15

10:45 – 11:30 (45 min) **Modul 8: Pomoc a podpora**
- Pyramida WHO a možnosti vyhledávání pomoci na každé úrovni

11:30 – 11:45 (15 min) Pauza 15

11:45 – 12:45 (60 min) **Modul 5: Potřeby a vztahy**
- Vztah k sobě a k ostatním

12:45 – 13:00 (15 min) **Závěr dne**
- Zpětná vazba na program, rozloučení účastníků

3. Den 09:00 – 13:00 (150 minut výuka modulů)

09:00 – 09:30 (30 min) **Úvod**
- Uvedení dne, sdílení v kolečku mezi účastníky, rekapitulace 2. dne

09:30 – 10:15 (45 min) **Modul 4b: Modelové příběhy a komunikace**
- Kazuistiky a podpůrná komunikace

10:15 – 10:30 (15 min) Pauza 15

10:30 – 11:15 (45 min) **Modul 6: Zplnomocnění**
- Koncept zplnomocnění a zplnomocněná komunikace

11:15 – 11:30 (15 min) Pauza 15

11:30 – 12:30 (60 min) **Modul 7: Odolnost a wellbeing**

12:30 – 13:00 (30 min) **Závěr dne:** Zpětná vazba na program, rozloučení účastníků

Obsah: Moduly programu pro *Lidé s SMI*

Program je složen z osmi modulů:

MODUL 1. Úvod do kontextu duševního zdraví

Cíl: Účastník porozumí faktorům ovlivňujícím duševní zdraví v širokém společenském kontextu a ve specifickém kontextu cílové skupiny. Modul zasazuje program do tohoto kontextu, vysvětluje vyplývající cíle programu, a pracuje s očekáváními, které účastníci od programu mají.
Forma modulu: osobní skupinové setkání, prezentace a diskuzní zapojení účastníků
Materiály k modulu:
na místě programu: prezentace; tištěný Pracovní sešit;
online v e-learningu: online Pracovní sešit; Sylabus programu;
Lektoři modulu: 1x specialista v duševním zdraví (ideálně psycholog), 1x peer lektor
Délka modulu: 30 minut
Obsah a zaměření modulu: uvedení programu, představení kontextu duševního zdraví v dnešní společnosti s využitím konceptů Pyramida WHO a gramotnost v oblasti duševního zdraví:

- Zvědomování faktorů, které ovlivňují duševní zdraví v širokém společenském kontextu a kontextu specifickém pro cílovou skupinu *Lidé v riziku zhoršení duševního zdraví*
- Popis kontextu prevence a podpory v duševním zdraví na různých úrovních a v různých oblastech každodenního života s využitím konceptů Pyramidy WHO a gramotnosti v duševním zdraví.
- Nastavení relevantních a realistických cílů programu; práce s očekáváními skupiny

MODUL 2. Sebepoznání a sebepojetí (důraz na de-stigmatizaci)

Cíl: Modul vede účastníka k uvědomění vlastních hodnot a potřeb, poznání a porozumění vlastním rolím ve společnosti a kontextu ve kterém se pohybuje, a přijetí své jedinečnosti s laskavostí i zodpovědností za své jednání.
Forma modulu: osobní skupinové setkání, prezentace a diskuzní zapojení účastníků
Materiály k modulu:
na místě programu: prezentace; tištěný Pracovní sešit;
online v e-learningu: online Pracovní sešit; Sylabus programu;
Lektoři modulu: 1x specialista v duševním zdraví (ideálně psycholog), 1x peer lektor
Délka modulu: 75 minut
Obsah a zaměření modulu:

- Budování postoje k duševnímu zdraví a sebepojetí bez sebestigmatizace
- Budování sebepojetí založeném na poznání vlastního hodnotového systému
    - „Já jako kontext“: komplexní sebepojetí a postoj k vlastní identitě (cvičení Big I & little i)
    - Hodnoty jako směr k naplnění a eudaimonického wellbeingu v každodenním životě
    - Odhodlané jednání (cvičení Metafora Autobus)
    - Rozvíjení všímavého přístupu a odstupu k obsahům vlastní mysli (cvičení založená na všímavosti: Spuštění kotvy)

MODUL 3. Emoce, myšlenky, fyziologické prožitky, a chování

Cíl: Modul vysvětlí účastníkům vztah mezi emocemi, myšlenkami, fyziologickými prožitky a chováním. Obeznámí je se základními reakcemi lidského těla na náročné situace, vysvětlí funkci stresu, jeho vlivu na duševní zdraví a způsobům, jak s ním zacházet pomocí copingových strategií.
Forma modulu: osobní skupinové setkání, prezentace a diskuzní zapojení účastníků
Materiály k modulu:
na místě programu: prezentace; tištěný Pracovní sešit;
online v e-learningu: online Pracovní sešit; Sylabus programu; extra materiály (doporučení anglického videa o 3 systémech regulace emocí apod.)
Lektoři modulu: 1x specialista v duševním zdraví (ideálně psycholog), 1x peer lektor
Délka modulu: 75 minut
Obsah a zaměření modulu:

- Psychoedukace na téma stresu v rámci běžného zdravého fungování člověka
- Definice a vztah mezi emocemi, myšlenkami, fyziologickými prožitky, a chováním.
- Stres a jeho funkce jako základ nervového systému ve zdravém stavu
- Znalosti a dovednosti o roli stresu v každodenním životě a metodách, jak s ním zacházet pro dlouhodobé udržení

duševního zdraví

MODUL 4. Kontinuum duševního zdraví a zotavení (a., b.)

Cíl: *V tomto modulu se účastník seznámí s pojetím duševního zdraví jako dvoudimenzionálního kontinua zahrnujícího nejen duševní zdraví ale i duševní pohodu. Modul současně vysvětlí charakteristiky jednotlivých duševních onemocnění a způsoby léčby, včetně představení procesu zotavení.*
Forma modulu: osobní skupinové setkání, prezentace a diskuzní zapojení účastníků

Tento modul je v této CS rozdělen na dvě části:
M4a pokrývá témata kontinuum duševního zdraví a zotavení
M4b pokrývá téma kazuistik a podpůrné komunikace

Materiály k modulu:

na místě programu: prezentace; tištěný Pracovní sešit;
online v e-learningu: online Pracovní sešit; Sylabus programu; videa na téma zkušenosti s duševním onemocněním a zotavením (Barvy života); Brožura Příběhy naděje; extra materiály k tématu kazuistiky a komunikace

Lektoři modulu: 1x specialista v duševním zdraví (ideálně psycholog), 1x peer lektor
Délka modulu: 60 minut
Obsah a zaměření modulu:

- Definice duševního zdraví, wellbeingu a zotavení
- Předání konceptu kontinua duševního zdraví o dvou dimenzích (wellbeing a přítomnost duševního onemocnění)
- Kazuistiky: nejběžnější duševní onemocnění (projevy, léčba, diagnostika) do lehké míry závažnosti – zvolené s ohledem na potřeby CS; obecně především nejčastější duševní obtíže, kterými jsou úzkost a deprese
- Podpůrná komunikace navazující na kazuistiky

MODUL 5. Vztah k sobě a ostatním

Cíl: *Účastník zjišťuje jak se stará o svou duševní pohodu a jak o sebe chce pečovat prostřednictvím identifikování vlastních potřeb. Modul zároveň povede k porozumění provázanosti vlastního duševního stavu s životním kontextem (vztahy, práce, volný čas), zamyšlení se nad vnitřními a vnějšími limity, a regulaci očekávání. Účastník identifikuje jak chce být užitečný druhým a kdy už je to na úkor vlastních potřeb.*
Forma modulu: osobní skupinové setkání, prezentace a diskuzní zapojení účastníků;
Materiály k modulu:

na místě programu: prezentace; tištěný Pracovní sešit;
online v e-learningu: online Pracovní sešit; Sylabus programu;

Lektoři modulu: 1x specialista v duševním zdraví (ideálně psycholog), 1x peer lektor
Délka modulu: 60 minut
Obsah a zaměření modulu:

- Identifikace potřeb
- Jak a proč o sebe pečovat
- Hranice a limity (psychické, fyzické, případně legislativní a další podle kontextu CS)
- Očekávání
- Role v rodině a širší společnosti (zejm. smysluplnost – kde jsem potřeba?)
- Provázání s konceptem hodnot, vyvažování uspokojování potřeb a naplňování hodnot

MODUL 6. Zplnomocnění

Cíl: *Modul zahrnuje základní prostředky vedoucí k převzetí kontroly nad okolnostmi svého života pomocí řešení vlastních problémů a dosažení vlastních cílů. Účastník porozumí a nacvičí komunikaci vlastních potřeb a hranic v běžných situacích i v bodě krize či konfliktu.*
Forma modulu: osobní skupinové setkání, prezentace a diskuzní zapojení účastníků
Materiály k modulu:

na místě programu: prezentace; tištěný Pracovní sešit;
online v e-learningu: online Pracovní sešit; Sylabus programu;

Lektoři modulu: 1x peer lektor
Délka modulu: 45 minut
Obsah a zaměření modulu:

- Komunikace vlastních potřeb
- Komunikace vlastních hranic
- Případně také Komunikace v bodě konfliktu a krize
- Modelování dobrého vzoru zplnomocnění skrze příklad peer lektora, který modul převážně lektoruje

MODUL 7. Odolnost a well-being

Cíl: *Modul se zabývá porozuměním rizikových a protektivních faktorů ovlivňující duševní zdraví jedince i společnosti. Účastník je zároveň veden k nácviku a adopci přístupů a technik vedoucím ke zlepšení wellbeingu a resilience.*
Forma modulu: osobní skupinové setkání, prezentace a diskuzní zapojení účastníků
Materiály k modulu:
na místě programu: prezentace; tištěný Pracovní sešit;
online v e-learningu: online Pracovní sešit; Sylabus programu;
Lektoři modulu: 1x specialista v duševním zdraví (ideálně psycholog), 1x peer lektor
Délka modulu: 60 minut
Obsah a zaměření modulu:

- 3 pilíře odolnosti podle ACT
- Rizikové a protektivní faktory
- Psychoedukace o spánku, pohybu a technikách podporujících wellbeing (e.g. mindfulness)
- Soucit, soucit se sebou a laskavost

MODUL 8. Zdroje podpory a pomoci

Cíl: *Modul představuje komplexní porozumění zdrojů podpory a pomoci opírající se o pyramidu systému služeb WHO. Zahrnuje tedy jak zdroje jedince a jeho nejbližších, tak zdroje komunitní a zdroje formálního charakteru v systému veřejného i soukromého zdravotnictví.*
Forma modulu: osobní skupinové setkání, prezentace a diskuzní zapojení účastníků
Materiály k modulu:
na místě programu: prezentace; tištěný Pracovní sešit; extra informativní list o odborných službách péče o duševní zdraví v ČR
online v e-learningu: online Pracovní sešit; Sylabus programu;
Lektoři modulu: 1x specialista v duševním zdraví (ideálně psycholog), 1x peer lektor
Délka modulu: 45 minut
Obsah a zaměření modulu:

- Pyramida WHO
- Vnitřní zdroje jedince
- Vnější zdroje za pomoci ostatních, včetně formálních služeb

Lektoři

Program spolu-lektorují 2 lektoři: odborný lektor a peer lektor. Oba jsou na celém programu přítomni od začátku do konce a účastní se všech částí programu a všech modulů. Následují podrobně instrukce k obsahu programu v souladu s prezentací programu.

Charakteristiky lektorů a kompetence

Všichni lektoři musí splňovat následující charakteristiky:

- je v souladu s vizí iniciativy NA ROVINU
- je destigmatizačne orientovaný a používá jazyk nezatížený stigmatem vůči duševním obtížím; všem lektorům doporučujeme se seznámit s NA ROVINU Mediaguidem, který je na destigmatizující komunikaci zaměřen a je plně online dostupný na odkazu: **https://narovinu.net/odborne-materialy/**
- má výborné komunikační schopnosti (v českém jazyce)
- má výborné prezentační dovednosti a schopnosti pracovat s programem PowerPoint;
- má výborné schopnosti v práci se skupinou dospělých lidí (ideálně kteří mají zkušenost s duševním onemocněním)
- empatie, respekt, bio-psycho-socio-spirituální přístup k duševnímu zdraví a onemocnění
- ideálně je také zkušený v práci s lidmi s duševním onemocněním v rámci své profesní kariéry

Všichni lektoři musejí absolvovat přípravu na lektorování programů PREPO, kterou zajišťuje interní tým PREPO, podrobnosti viz níže.

Odborný lektor a současně facilitátor skupiny

- **psycholog nebo ekvivalentní odborník na duševní zdraví s následujícími charakteristikami:**

- Mgr. VŠ odbornost v oblasti psychologie a profesní zkušeností (viz níže)
  - výhodou zaměření na některou z oblastí: sociální psychologie; aplikovaná psychologie, prevence a podpora v duševním zdraví; well-being, pozitivní psychologie, organizační/pracovní psychologie
  - případně VŠ odbornost v následujících oborech s prokazatelným zaměřením na duševní zdraví: veřejná politika, veřejné duševní zdraví, sociální práce, andragogika, případně úzce související obor
  - v případě ještě nedokončeného Mgr. vzdělání lze zvážit, zda profesní zkušenost je dostatečná k plné kompetenci lektora vést programy

- **lektorské zkušenosti min. cca 0,5 roku**
  - prokazatelné praktické zkušenosti v lektorování preventivních, osvětových a/nebo destigmatizačních programů v oblasti duševního zdraví, well-beingu a/nebo aplikované psychologie.
- **zkušenost 1 rok v praxi v přímé práci s klienty dospělá populace (ideálně skupina)**
  - zkušenost v přímé práci s dospělými klienty v oblasti podpory duševního zdraví / psychologie / psychoterapie apod. minimálně v délce 1 roku
  - výhodou je zkušenost s prací s dospělými klienty v oblasti nejčastějších duševních potíží (úzkosti, deprese apod.) nebo se závažnými duševními onemocněními
- **skvělé facilitátorské dovednosti a zkušenosti:** interaktivní vedení skupin, lektorování skupin (cca v rozsahu 5 až 25 účastníků), skvělé schopnosti časového managementu programu apod.
  - zkušenost s vedením skupin, nebo lektorováním pro skupiny
  - držet časový formát, odvést všechny části programu a odborné moduly ve stanoveném čase
  - schopnost citlivě držet hranice (např. pokud jeden z účastníků ovládá prostor na úkor ostatních účastníků)
- **destigmatizační jazyk a světonázor ohledně témat duševního zdraví**; respektující přístup, soulad s hodnotovými principy Iniciativy NA ROVINU
- **skvělé komunikační dovednosti a schopnost předat složitá / psychologická témata srozumitelným jazykem laické populaci**
- Výhodou:
  - Informovanost o / zkušenosti s přístupem ACT (Terapie přijetí a odhodlání / Acceptance and Commitment therapy)
  - Povědomí o problematice stigmatu a destigmatizace v oblasti duševního zdraví
  - Připravenost a ochota v rámci lektorování využít a sdílet vlastní zažitou a zpracovanou zkušenost z oblasti potíží v duševním zdraví (předpokládáme přítomné zotavení a schopnost odstupu a reflexe vlastní zkušenosti, případně zkušenost s peerským kurzem či jinou přípravou)
  - Znalost a/nebo zkušenost s aplikací konceptů zotavení (recovery) a zplnomocnění (empowerment) v oblasti duševního zdraví
  - Znalost a/nebo zkušenost se spoluprací s peer lektory / peer konzultanty, nebo vlastní role peer lektora/konzultanta

Peer lektor

U Peer lektora je hlavní expertizou vlastní žitá zkušenost s obtížemi v duševním zdraví a zotavením z nich. Je důležité, aby byl peer lektor v zotavení, byl se svým duševním onemocněním vyrovnán, byl ochoten o něm mluvit s cizími lidmi a měl svou zkušenost co nejlépe zpracovanou (v této podskupině dušení onemocnění z kategorie závažných duševních onemocnění; SMI). Zároveň by měl mít ostatní lektorské dovednosti, které z něj dělají dobrého skupinového facilitátora pro téma duševního zdraví.

V kontextu této pod-skupiny, tj. ***Lidé se zkušeností s SMI (závažným duševním onemocněním)***, je vysoce potřebné, aby měl peer lektor co největší propojení s danou skupinou účastníků skrze podobnost zkušenosti v duševním zdraví, se kterou během programu pracuje a využívá ji jako lektorský nástroj.

Charakteristiky, které by měl splňovat, jsou následující:

- **zkušenost se závažnou formou duševního onemocnění a zotavením z něj**
  - pokud je to možné, je vhodné peer lektora vybrat podle charakteristiky konkrétní skupiny, pro kterou se program koná tak, aby měli účastníci
  - **Peer lektor by měl v době lektorování programu mít alespoň šesti měsíční časový odstup od své poslední hospitalizace v psychiatrickém zařízení, či od poslední závažné ataky/epizody duševního onemocněním – důvodem je potřeba mít tuto zkušenost dostatečně zpracovanou.**
- ideálně mít za sebou nějakou oficiální přípravu pro roli peera / peer lektora, jako např.: peerský kurz (v ČR realizuje typicky CRPDZ), nebo obdobná příprava od Iniciativy NA ROVINU: kurz pro Ambasadory v duševním zdraví, program HOP apod.
- orientaci na zdraví, pozitivní řešení, naději

- lektor by měl mít ve svém životě rozličné role: má rodinu, má práci, má koníčky a zájmy. Není potřeba, aby měl tyto oblasti perfektně vyřešené – smyslem však je to, aby dovedl sdílet své vlastní zralé zkušenosti s mnoha různými oblastmi života s účastníky vzdělávání.
- lektor by měl mít důležité dovednosti:
    - Schopnost a ochota vystupovat na veřejnost a sdílet svou zkušenost
    - Dobré komunikační schopnosti, zřetelná mluva, prezentační dovednosti
    - Dovednost hovořit o jasně vymezeném tématu, nezabíhat
    - Dává prostor k vyjádření ostatním, nezahlcuje vlastními obsahy příliš
    - Je ochotný sdílet osobní zážitky s druhými lidmi a zároveň dokáže nenavádět, nevnucovat vlastní názor a způsoby řešení
- pokud lektor zruší účast na školení krátce před programem – co dělat?
    - tak jako odborní lektoři, také peer lektor může z urgentních důvodů zrušit svou účast na školení
    - peerská zkušenost může být zastoupena odborným lektorem nebo i organizátorem programu, pokud tito mají odpovídající charakteristiky k roli peer lektora – tj. jsou ochotni sdílet svou zkušenost s lehkým duševním onemocněním či krizí v duševním zdraví a naplňují výše popsané požadavky
- odborné znalosti konceptů spadajících do kompetencí peer lektora:
    - vzhledem k nezbytnosti předávání následujících témat a konceptů, peer lektor musí být dostatečně hluboce i odborně seznámen se všemi těmito tématy a koncepty do té míry, aby je dokázal účastníkům předat, tj. teoreticky vysvětlit a také použít příklady ze své vlastní žité zkušenosti
        - kontinuua duševního zdraví,
        - zotavení,
        - zplnomocnění,
        - komunikace zaměřená na zplnomocněný projev
        - podpůrná komunikace
        - pyramidy péče o duševní zdraví a vyhledání odborné pomoci

Příprava lektorů

Před realizací programu i v průběhu byli lektoři proškoleni. Před samotným školením lektoři obdrželi ucelený kompletní program, který si měli individuálně projít. Následně se účastnili jednodenního školení, které bylo uskutečněné v NUDZ. Společně se specialisty prevence prošli jednotlivé moduly programu, tak aby se lektoři mohli v něm usadit a cítili se v něm lektorsky i odborně připraveně.
V případě dotazů či nejasností pro proškolení měli lektoři možnost individuální konzultace. Konzultace probíhaly jak osobně, tak telefonicky nebo po e-mailu.

Základní zásady vedení programů – komunikační a facilitační principy

Tyto zásady vyplývají jak z dobré praxe v oboru vzdělávání dospělých v tématech duševního zdraví, tak také ze zkušeností, které tým PREPO částečně čerpal v předcházejícím projektu Destigmatizace:

Vzdělávací programy o prevenci a podpoře v duševním zdraví nejsou léčba ani psychoterapie

- **Program nemůže v žádném případě nahrazovat psychoterapii**: lektor ani organizátoři nemají kompetence k terapeutickému vedení účastníků ani k terapeutickému řešení situace.
- To je dáno jejich lektorskou rolí v programu, a tedy není závislé na jejich profesních odbornostech či profesní roli jinde mimo kontext programu.
- Situace, která při programu vzniká, neposkytuje žádný prostor k tomu, aby psychoterapeutická výměna nastala, proto ani v případě, že lektorem je profesionální psychoterapeut, není možné terapeutickou práci umožnit.
- Z těchto důvodů je potřeba držet zdravé hranice a při vedení programu nejít příliš do hloubky:
    - vyvarovat se otevírání hlubších psychologických procesů
    - nepokládat rozjitřující otázky – např. ptát se účastníků na emoce, na jejich
    - hlubší psychologické procesy, myšlenky, detailní informace o jejich zážitcích apod.
    - není vhodné se doptávat na detaily prožitků účastníků programu z doby, kdy se u nich duševní onemocnění akutně projevovalo – takovéto vzpomínky mohou vést k flashbackům
- Pokud se u některého z účastníků samovolně objeví otevřená témata a prožitky, které je potřeba řešit psychologicky, psychoterapeuticky anebo lékařskou péči, je nutno tuto situaci řešit tak, že daného účastníka

lektor či organizátoři nasměrují na odpovídající odborné služby a poskytnou mu potřebnou podporu k tomu, aby se do takové služby dostal, je-li taková podpora nutná.

Zdravé hranice v komunikaci, času a kompetencích

- V souladu s pravidlem o tom, že program není psychoterapie:
  a) **upozorněte na začátku programu na to, že zde nebude prostor pro řešení individuálních problémů**
  b) nebo tuto informaci sdělte, když si některý účastník programu bude žádat speciální pozornost a prostor pro řešení svých individuálních problémů (pokud tato potřeba vykračuje za hranice naplánovaného obsahu programu)
- Udržujte předem domluvené hranice: pravidla skupiny, časové limity pro hodiny programu i přestávky. Je na organizátorovi dohlédnout na dodržení těchto hranic.
- Nepřekračujte kompetence své role – lektora, organizátora apod. Odkažte účastníky na odpovídající služby, pokud vyžadují jiný či ošetřující přístup

Ustanovená pravidla skupiny vždy respektujte

- **Dodržujte předem domluvená pravidla skupiny**. V případě potřeby doplňte pravidla nová (ve spolupráci se skupinou účastníků a lektory).

Základy v komunikaci v situaci sdílení zážitků

Situace sdílení zkušeností s duševním onemocněním účastníků může být náročná, zejména, pokud nemáte s podobnou situací dosavadní zkušenost. Vyplatí se držet se základních bodů, které napomohou udržet komunikaci v bezpečné rovině:

- **nabídněte přijetí a porozumění prostě tím, že člověka vyslechnete**
- **respektujte, co druhý říká a co prožil**
- jako odpověď často stačí prosté „slyším, že to nebylo lehké“, „představuji si, že to asi bylo náročné“, „díky, že to s námi sdílíš“, nebo jen „děkuji“
- můžete také krátce shrnout, co jste slyšeli – použijte stejná slova a formulace, jako ten, kdo s vámi zkušenost sdílí
- **mluvte o sobě** – neříkejte „my“, „ty“, „člověk“, „lidé“, pokud myslíte sami sebe
- **nedávejte nevyžádané rady** – nejvíce nápomocné je často prosté vyslechnutí
- neinterpretujte podle svého názoru, co vám člověk sděluje: neříkejte druhému, jaká je příčina jeho potíží; nesnažte se odhalit a sdělit podstatu jeho příběhu; nesnažte se sami vymyslet, proč se člověku děje to, co se mu děje – on sám ví nejlépe, co zažil, i události, které tomu předcházely
- **nehodnoťte, nesuďte, nenálepkujte, nepodsouvejte vlastní řešení a návody**
- **nesnažte se vypátrat více detailů** – respektujte, že sdílející říká právě tolik informací, kolik chce. Nedolujte z něj více nebo jiné informace, než které již nabídl.

Před realizací programu i v průběhu byli lektoři proškoleni. Před samotným školením lektoři obdrželi ucelený kompletní program, který si měli individuálně projít. Následně se účastnili jednodenního školení, které bylo uskutečněné v NUDZ. Společně se specialisty prevence prošli jednotlivé moduly programu, tak aby se lektoři mohli v něm usadit a cítili se v něm lektorsky i odborně připraveně.
V případě dotazů či nejasností pro proškolení měli lektoři možnost individuální konzultace. Konzultace probíhaly jak osobně, tak telefonicky nebo po e-mailu.

Jak reagovat na různé náročné situace během programů

Pokud přijde do skupiny účastník, který má viditelné akutní symptomy duševního onemocnění (především psychózy, mánie, hluboké deprese):

- Navažte s účastníkem verbální komunikaci a zjistěte jeho momentální situaci a stav.
- Pokud máte na místě k dispozici psychiatra / psychologa / sociálního pracovníka (lektora/organizátora), požádejte ho o asistenci.
- Domluvte se s účastníkem na tom, že se skupiny nebude tentokrát účastnit – vysvětlete, že pro jeho zdravotní stav by to nebylo momentálně vhodné.
- Doporučte mu služby / lékaře, které může navštívit okamžitě a je v dosahu – krizové centrum, CDZ,

psychiatrickou nemocnici, psychiatrickou ambulanci apod.
- Dále se domluvte, že účastník může program navštívit později, až mu bude lépe – vezměte si na něj kontakt a při příštím pořádání programu mu zašlete informace.
- Pokud máte možnost (je vás více RS / organizátorů na místě programu), věnujte účastníkovi zvýšenou pozornost a čas mimo skupinu až dokud nedosáhnete vzájemné shody a plánu toho, co účastník dále udělá – kde vyhledá pomoc.
- V případě nutnosti (reálně hrozí, že účastník ublíží sobě nebo druhým lidem) zavolejte lékaře / záchranou službu / zkontaktujte rodinné příslušníky či jiné blízké osoby účastníka za jeho spolupráce.

Pokud přijde do skupiny účastník bez zkušenosti / s jinou diagnózou, než pro kterou je program určen:

- Zjistíte-li, že některý účastník buď nemá zkušenost s duševním onemocněním, nebo
- v případě Psychoedukace má jiné onemocnění, než pro které je program určen,
- domluvte se s tímto účastníkem na tom, že program opustí a nebude se jej účastnit.
- Nabídněte mu přitom náhradní řešení: 1) účast na destigmatizačním programu pro
- vhodnou CS (např. rodinní příslušníci), 2) účast na jiném programu – doporučte
- některé vhodné akce nebo služby v regionu, kam se může obrátit, 3) zapojení do
- služby vhodné pro jeho situaci – např. krizová centra, sociální služby, poradenství...

Pokud je ve skupině účastník, který narušuje průběh programu:

- Obecně platí, že zájem celé skupiny má přednost před osobním zájem účastníka, pokud se nejedná o situaci ohrožující jeho duševní zdraví, fyzické zdraví či důstojnost a práva, včetně práv daných skupinou (např. právo říct NE).
- Pokud účastník narušuje svým chováním průběh celého programu a fungování skupiny (např. zabírá příliš mnoho času a prostoru pro povídání vlastních témat, ačkoli nesouvisejí s programem či trvají příliš dlouho), upozorněte účastníka, že jeho chování je narušující a poproste ho o úpravu chování.
- Pokud účastník své chování nechce nebo nedokáže upravit a pokračuje v narušování celého programu, domluvte se s ním, že skupinu opustí a programu se nebude nadále účastnit. Je možné ho přizvat k účasti na programu, až se bude konat příště.
- Zvažte, zda je jeho chování dáno akutně zhoršeným zdravotním stavem – pokud ano, řiďte se pokyny uvedenými výše pro situaci s účastníkem s akutními symptomy.

Otázka tykání:

- Standardně si jako organizátoři a lektoři s účastníky vykejte (profesionální kontakt).
- Peer lektoři a peeři obecně mohou mít větší tendenci nastavit ve skupině tykání pro podporu sdílení zkušeností – to je v pořádku.
- Pokud se s účastníky znáte osobně např. ze služby, kam docházejí, pokračujte v kontaktu tak, jak jej již máte nastavený.

Účastníci a nábor

Jak pojednává dokument „Metodika detekce CS“ (Projekt PREPO), u naší CS byla s pomocí analýzy veřejných dat a zkušeností s realizací minulých projektů identifikována prostředí, ve kterých se nejčastěji osoby z této CS nachází a kde je můžeme kontaktovat. Návrhy zohledňují také diskuzi teorie změny, kterou tým PREPO realizoval s českou expertní platformou. Tato diskuze byla primárně zaměřena na klíčové stakeholdery při komunikaci s okruhy CS. Pro nábor osob z okruhů CS byla identifikována jako klíčová tato prostředí (některé zdroje byly oproti Analýze potřeb doplněny):

- Krizová centra (v závislosti na městech, kde proběhne pilotáž opatření PREPO)
- Centra duševního zdraví (v závislosti na městech, kde proběhne pilotáž opatření PREPO)
- Organizace poskytující psychologické/terapeutické konzultace: Terapie.cz, Terap.io, Hedepy.cz; Soulmio.com (zaměřené na firmy) - skrze které se dá navázat spolupráce a sdílet na jejich sociálních sítích
- Psychiatrické nemocnice a jejich uživatelská sdružení dle místa realizace pilotáží lokální psychiatrické oddělení a ambulance
- Ambulance NUDZ včetně oslovení psychiatrů pro sdílení informací s pacienty
- Sociální služby: Fokus, Ledovec, Práh ad., dále dle regionu, ve kterém by pilotáž probíhala, oslovit lokální soc. služby pro lidi s duševním onemocněním
- Peer a jiné sdružení osob s duševním onemocněním například Dialogos

- Média zaměřená na duševní zdraví například: Psychologie.cz
- Sociální sítě a skupiny na sociálních sítích zaměřené na duševní onemocnění například:
  - Psychické problémy, úzkosti, deprese AGORAFOBIE a jiné.(rady k nezaplacení) (15,8 tis.)
  - Panická porucha, panická ataka - nejste v tom sami (12,4 tis)
  - Deprese, smutky, úzkosti (9,7 tis)
  - Deprese, úzkost a další bolesti duše (4,4 tis.)
  - Psychické problémy, úzkosti, deprese a jiné… (4,3 tis.)
  - Nejsi sám- Úzkost, panika, deprese, sociální fóbie, PPP (1,4 tis.)
  - ADHD v dospělosti (2,4 tis)
  - Deprese (0,9 tis.)
  - uzkosti, panika, deprese - zivot ve strachu (0,9 tis.)

Náborový proces

Obdobně v souladem s dokumentem „Metodika detekce CS“ (Projekt PREPO) a náborovým procesem, který reflektuje cestu účastníka k programu PREPO rozdělenou podle 5 fází procesu, kterým účastník prochází, lze ve stručnosti shrnout ideální náborový proces takto:

1. fáze: Uvědomění si potřeby
- Spouštěč:
  - Osobní zkušenost s duševním onemocněním (vlastní nebo někoho blízkého)
  - Zaměření v práci na duševní zdraví nebo duševní onemocnění
  - Informace z médií, sociálních sítí
- Chování:
  - Hledání informací o duševním zdraví na internetu
  - Konverzace s přáteli, rodinou nebo odborníky
  - Úvaha o možnostech zlepšení své situace
- **Náborový proces:**
  - **Informování o duševním zdraví a programech PREPO na sociálních sítích či médiích**
  - **Dostupnost informací o programech PREPO na internetu při běžném vyhledávání**
  - **Zvyšování povědomí široké veřejnosti včetně odborníků o dostupnosti PREPO programů**

2. fáze: Hledání řešení
- Chování:
  - Vyhledávání různých typů programů a kurzů
  - Porovnávání nabídek různých poskytovatelů
  - Čtení recenzí a hodnocení
  - Zvažování finančních nákladů a časové náročnosti
- **Náborový proces:**
  - **Zvyšování dostupnosti informací o programech PREPO pro internetové a různé další cesty vyhledávání; kvalitní popis programů na webu www.narovinu.net a na sociálních sítích Iniciativy NA ROVINU (Facebook, Instagram, případně LinkedIn)**

3. fáze: Rozhodnutí a registrace
- Spouštěč:
  - Nalezení programu, který odpovídá jejich potřebám a očekáváním
  - Dostupnost programu (čas, místo, cena)
  - Pozitivní reference a doporučení
- Chování:
  - Registrace do programu
  - Příprava na účast (např. přečtení materiálů, vyplnění pre-testu pro evaluaci)
- **Náborový proces:**
  - **Transparentní popis programů v anotaci zohledňující možné potřeby a očekávání CS**
  - **Usilování o dostupnost programů z hlediska času a místa; cenově jsou programy vždy pro účastníky zdarma**
  - **Spolupráce s lokálními odborníky, stakeholdery, peerskými skupinami apod. pro podporu předávání informací o programech PREPO cestou doporučení na komunitní úrovni**
  - **Snadno dostupná registrace do programu**
  - **Dostupná anotace a uživatelsky přístupná evaluace (pre-test)**
  - **Vysoce kvalitní komunikace s každým účastníkem individuálně před programem – na základě e-mailové komunikace; v případě potřeby také s využitím telefonické**

4. fáze: Účast na programu

- Chování:
  - Aktivní účast na jednotlivých lekcích
  - Interakce s lektory a ostatními účastníky
  - Získávání nových znalostí a dovedností
  - Pociťování podpory a sounáležitosti
- **Náborový proces:**
  - **Vysoce kvalitní komunikace s účastníky a podpora v den programu co se týká instrukcí k dopravě na místo; časové náročnosti; nutnosti absolvovat program celý; informací o evaluaci atd.**

Možné překážky a potřeby účastníků a jejich možná řešení ve fázi náboru:

- Strach a stigma: obavy z toho, že se přihlásí a budou označeni za "šílené".
  Náborový proces: výhradní používání nestigmatizující komunikace ve všech textech a související komunikaci; orientaci na zdraví, silné stránky, metody vyrovnávání se se stresem apod.
- Nedostatek času: obtížnost najít si čas na pravidelnou účast v programu.
  Náborový proces: Nabídka různých časů programu; průzkum a reflexe potřeb vybraných skupin v CS před stanovením času programu; sbírání a reflexe zpětné vazby z terénu, od lektorů, expertů apod.; zdůraznění přínosů programu pro každodenní život a duševní pohodu účastníků; důraz na význam a potřebu účastnit se programu celého.
- Finanční omezení: neschopnost uhradit poplatky za program.
  Náborový proces: aktuálně ve fázi pilotáží není relevantní, je otázkou pro fázi udržitelnosti.
- Nedostatek informací: nevědomost o existenci programů nebo o tom, jak si vybrat ten správný.
  Náborový proces: selekce vhodných komunikačních kanálů a spolupráce s lokálními stakeholdery.
- Potřeba anonymity: přání zůstat v anonymitě a neprozradit svou účast v programu.
  Náborový proces: zdůraznění důvěrnosti a mlčenlivosti, která je na programu pravidlem, zdůraznění anonymity evaluace.

Popis komunikačních kanálů

- E-mailové kampaně: Personalizované pozvánky, upomínky, informace o programu.
- Sociální sítě: Zveřejňování příspěvků, organizování soutěží, živé přenosy.
- Webová stránka: Detailní informace o programu, registrační formulář, blog.
- Tisk: Letáky, plakáty, brožury.
- Telefonické hovory: Individuální konzultace s potenciálními účastníky.

Letáček: všechny obrazové variace letáku viz v příloze

Logistika a organizace programů

Při výběru místa pro realizování workshopu bylo klíčové, aby místnost byla multifunkční pro porady, semináře či pohybové aktivity s kapacitou cca. 20 lidí. Zároveň bylo potřeba, aby v místnosti byly k dispozici židle, stoly tak, aby bylo možné pracovat ve skupinkách okolo menších stolků, ale také k poradě u jednoho velkého stolu. Mimo jiné bylo také potřeba, aby byl v sále k dispozici dataprojektor.

Kromě 2 lektorů (popsáno výše) je na programu přítomen navíc také jeden organizátor, který zajišťuje:

- veškeré náležitosti organizace a logistiky a průběhu programu na místě;
- odpovídá za vybavení místnosti a jeho přípravu předem;
- zajišťuje orientaci účastníků na místo programu;
- hlídá a eviduje prezenci účastníků
- je k dispozici během celého programu jako podpora lektorů co se týká organizace a logistiky
- je k dispozici také účastníkům pro jakékoliv mimořádné situace či potřeby, které mohou mít mimo odbornou stránku programu

Potřebné pomůcky lektora:

- Promítací plátno
- Projektor, kabely k propojení s počítačem
- Počítač + (prezentační ovladač – prezentér)
- Prezentace programu V POHODĚ pro každý daný den – na flash disku + emailu
- Vytištěné podklady pro účastníky –Pracovní listy/Pracovní sešit pro účastníky
- (Vytištěné podklady pro sebe – části vlastního příběhu peer lektora)
- BONUS pokud je k dispozici: Flip chart, min. 3 fixy různých barev

Prostor, kde program probíhá:

- důvěrný neprůchozí uzavíratelný prostor, kde může skupina mít naplněny potřeby bezpečí a důvěrnosti
- ideálně vybaven židlemi s příručními stolečky, případně s malými stoly / lavicemi uzpůsobenými do tvaru polouzavřeného kruhu
- samozřejmostí jsou okna, ideálně která lze otevřít pro větrání během programu
- projekční plátno / zeď uzpůsobené tak, aby všichni účastníci ze všech míst mohli na prezentaci dostatečně dobře vidět
- místnost by měla být dostatečně velká k pojetí velikosti skupiny 8 až 25 osob plus lektorů tak, aby nevznikal pocit stísněnosti, např. tedy aby měl každý jednotlivec možnost sedět a míst kolem sebe určitý osobní prostor (účastníci nejsou zcela natěsnáni na sobě); součástí je možnost vyplňovat si pracovní listy tak, aby měl každý dost vlastního prostoru a nezasahovali si vzájemně do pracovního místa, ideálně aby si ani nenahlíželi přes rameno
- nutností je vybavenost prostor WC v dostatečné blízkosti
- ideální je, aby byla poblíž programu možnost zakoupení malého občerstvení, kávy apod. pro naplňování základních potřeb během programu
- je také vhodné, aby bylo možné během pauz na krátko vyjít ven na čerstvý vzduch i místo umožňující kouření cigaret

Průběh pilotáží a evaluace

Průběh pilotáže

Pilotáže 2025-2026

Během let 2025 až 2026 proběhlo 7 školení pro cílovou skupinu Lidé v riziku:

- dvoudenní varianta školení 3 x v květnu až září 2025
- jednodenní varianta školení 14 x v období září 2025 až únor 2026

Evaluace pilotáží

Evaluace pilotáže programu probíhala přímým sběrem dat od účastníků pro evaluaci dopadu programu a zpětnou vazbu, dále také proběhl sběr zpětné vazby organizátorů a lektorů pro reflexi organizace a průběhu školení. Sběr dat od těchto skupin umožnil triangulaci informací a docílení objektivní evaluace procesu pilotáže programu.

Vybrané metody a výsledky

Pro sběr dat od účastníků programu byly využity kvalitativní i kvantitativní metody.

Škála PREPO

Pro sběr kvantitativních dat byla využita škála PREPO (jeji vývoj, validace a pilotáž jsou popsány ve Vstupní evaluační zprávě a Průběžné evaluační zprávě). Tato škála měla za cíl zjistit dopad a efektivnost opatření na účastníky co se týče posunu v gramotnosti v oblasti duševního zdraví (4 pilíře: sebe-péče, znalost duševních onemocnění, stigmatizace, vyhledání pomoci).

Kvantitativní data

Kvantitativní data pro pre-test byla sbírána online přes platformu NUDZ Forms, kde byl účastníkům zaslán dotazník (s výše zmíněnou škálou) formou emailové rozesílky týden před školením. Webové rozhraní NUDZ Forms, vyvinuté týmem v rámci Národního ústavu duševního zdraví, umožňuje komplexní a systematické dotazování účastníků školení. Systém automaticky rozešle účastníkům školení pozvánky dle předem nastaveného harmonogramu. Ihned po školení byly odpovědi na stejnou škálu měřící gramotnost v oblasti duševního zdraví sbírány podruhé (post-test). Data byla následně exportována a spárována pro každého účastníka individuálně. Dále pak zpracována ve statistickém softwaru, pro analýzu posunu mezi pre-testem a post-testem. V rámci zpracování dat došlo rovněž k anonymizaci respondentů. Všechna data byla sbírána a zpracována s informovaným souhlasem účastníků a dle směrnic Etické komise NUDZ.

Data pro cílovou skupinu lidí v riziku duševního onemocnění nebo s duševním onemocněním tvořilo celkem 106 účastníků, což z ní činí s průměrným věkem 35,2 let druhou nejmladší skupinu v celém vzorku projektu PREPO. V této skupině výrazně převažovaly ženy (85,8 %) nad muži (11,3 %), přičemž 2,8 % osob spadalo do kategorie „jiné“ pohlaví. Z hlediska nejvyššího dosaženého vzdělání bylo nejčastější středoškolské (41,5 %), následované vysokoškolským magisterským (33 %) a základním vzděláním (10,4 %). Školení mělo na účastníky ze této cílové skupiny prokazatelně pozitivní vliv. Výsledky vícenásobné regrese potvrdily, že po absolvování programu došlo u této skupiny ke statisticky významnému zlepšení v duševní gramotnosti ($p < 0,001$). Ze všech analyzovaných cílových skupin zaznamenala tato cílová skupina dokonce druhé nejvyšší celkové zlepšení skóre.

Kvalitativní data

Kvalitativní šetření, mělo za cíl zjistit přijatelnost obsahu a formy školení. Kvalitativní data byla sbírána v rámci dotazníku po školení s otevřeným dotazováním na obsah i formu školení. Tato zpětná vazba byla zpracována ihned po školení

interním evaluátorem a předána organizátorům a lektorům programu tak aby mohly být reflektovány požadované změny.

Fokusní skupiny

Na závěr, pro zjištění dlouhodobého dopadu po školení, bylo provedeno kvalitativní šetření s vybranými účastníky z každé CS projektu, a to po skončení všech pilotů. Fokusní skupiny se zaměřily na to jak a kdy využili účastníci poznatky ze školení. Nábor účastníků těchto fokusních skupin byl na základě deklarovaného zájmu ze strany účastníků a důsledného kontaktování ze strany interního týmu.

Zpětno-vazební dotazník

Pro evaluaci procesu realizace pilotů programu byl taktéž sbírán zpětno-vazební dotazník od organizátorů a lektorů programu. V dotazníku reflektovali organizaci školení, a průběh jak po stránce logistického zabezpečení tak po stránce interakce s účastníky. Tento dotazník byl sbírán po každém školení, data byla zpracována interním evaluátorem a okamžitě předána organizátorům a lektorům pro reflexi a případnou změnu přístupu pro další školení.

Kvalitativní zpětná vazba od účastníků školení je velmi pozitivní, což potvrdilo 165 vyplněných dotazníků. Průměrné hodnocení školení dosáhlo 4,63 z 5 a ochota k doporučení činila 4,64 z 5, což indikuje vysokou míru spokojenosti, která splnila nebo překročila očekávání účastníků. Mezi nejvíce oceňované silné stránky patřila především kvalita a přístup lektorů. Účastníci vyzdvihovali lidský, laskavý a empatický projev lektorů, jejich profesionalitu a schopnost vytvořit přátelskou a bezpečnou atmosféru pro sdílení a sebereflexi. Kromě toho byla velmi pozitivně hodnocena forma školení, zejména praktické techniky, cvičení a užitečné metafory, které pomohly k novému náhledu na duševní zdraví a péči o sebe. Účastníci si ze školení odnášejí konkrétní nástroje, jako jsou relaxační techniky a metody pro uspořádání emocí, a hlubší uvědomění si důležitosti péče o vlastní duševní pohodu, včetně nutnosti najít si čas pro sebe. Přesto že byla zpětná vazba převážně kladná, objevila se jedna dominantní oblast pro zlepšení: časová náročnost a délka školení. Nejčastějším negativním komentářem byla stížnost na to, že je školení příliš dlouhé nebo že obsahuje hodně obsahu na krátkou dobu (např. jeden den), což u některých vedlo k problémům s udržením pozornosti. V menší míře se objevila i kritika směřující k potřebě více konkrétních praktických návodů a méně obecné teorie.

Změny v podobě programu po pilotáži a doporučení na základě pilotáží

Změny v podobě programu

Již v první fázi pilotáže, po realizaci prvních školeních, bylo na základě výsledků evaluace přistoupeno k úpravě programu. Konkrétně byly uskutečněny tyto kroky:

- Zredukování celkového obsahu ve formě prezentací. Na základě reálného odzkoušení programu pak došlo k redukci obsahu na úrovni odstranění některých nadbytečných slidů a současně posílení důrazu na výběr důležitých prvků, které nadále zůstaly součástí tohoto programu.
- Došlo k úpravě části, která se týkala tématu **Zotavení a Zplnomocnění.** Tato část byla více přizpůsobena tématu zotavení se z "běžných" životních situací, nikoliv z duševního onemocnění.
- Úprava v modulu **Odolnost a well-being**: namísto původního seznamu všech významných oblastí pro well-being a psychickou pohodu (slide s názvem *Základní techniky pro well-being*), které měli lektoři zmínit, jsme v tomto modulu přistoupili k nové formě podání: účastníci se mají nově v tomto závěrečném modulu rozdělit do malých skupinek, v každé si zvolit jedno téma z uvedeného seznamu (např. spánek, sport, všímavost, smysluplné naplňující vztahy…) a to v dané skupince rozpracovat do hloubky. Tento přístup umožňuje namísto širokého zmínění všech podnětů povrchně naopak jít v jednom tématu do hloubky. Zároveň, a především však přenáší zplnomocnění a odpovědnost za to, jak danou oblast pojmout, zpět na samotné účastníky namísto lektorů – tímto přístupem v závěru programu uvádíme účastníky do pozice zplnomocnění a rozpoznání, že za vlastní well-being jsou odpovědní především sami – a to jak v rámci tohoto modulu, tak především v rámci svého života.
- V délce celého programu byly doplněny animace pro ilustraci a vysvětlení významných metafor, oživení obsahu a posílení možnosti navnímání důležitých konceptů audiovizuální formou.

Bariéry a facilitátory v realizaci programu

Bariéra: délka programu, změna: zkrácení programu na 1denní variantu

Vzhledem k obtížím s náborem účastníků na 2denní variantu programu jsme vyhodnotili, že je nevyhnutné pro samotnou realizaci pilotáží program z původní 2denní nebo 3denní verze zkrátit na 1denní kompaktní model. Během pilotáží proběhly tři 2denní verze a poté již 14 dalších školení proběhlo jako 1denní verze.

Harmonogram nové jednodenní varianty využité v pilotních programech:

Den 9:00 – 17:00

9:00 – 9:30 (30 min) **Úvod**
- Představení lektorů a účastníků, organizační podrobnosti, informace k evaluaci

9:30 – 9:45 (15 min) **Modul 1: Kontext**
- Kontext duševního zdraví v současné společnosti, očekávání účastníků

9:45 – 10:30 (45 min) **Modul 2: Sebepojetí**
- Sebepojetí, hodnoty, ACT nastavení

10:30 – 10:45 (15 min) Pauza

10:45 – 11:30 (45 min) **Modul 3: Stres, emoce, myšlenky a fyziologické prožitky, chování**
- Základní psychoedukace o stresu a jeho funkcích, 3 systémy regulace emocí

11:30 – 12:30 (60 min) Pauza na oběd

12:30 – 13:15 (45 min) **Modul 5: Potřeby a vztahy**
- Vztah k sobě a k ostatním

13:15 – 13:30 (15 min) Pauza

13:30 – 14:15 (45 min) **Modul 4a: Kontinuum duševního zdraví a zotavení**
- Představení kontinua a konceptu zotavení

14:15 – 14:30 (15 min) Pauza 15

14:30 – 14:50 (45 min) **Modul 8: Pomoc a podpora**
- Pyramida WHO a možnosti vyhledávání pomoci na každé úrovni

14:50 – 15:30 (45 min) **Modul 4b:**
- Kazuistiky a podpůrná komunikace

15:30 – 15:45 (15 min) Pauza 15 minut

15:45 – 16:05 (20 min) **Modul 6: Zplnomocnění**
- Koncept zplnomocnění a zplnomocněná komunikace

16:05 – 16:45 (40 min) **Modul 7: Odolnost a wellbeing**

16:45 – 17:00 (15 min) **Závěr dne**
- Zpětná vazba na program, rozloučení účastníků

Doporučení směrem k realizaci programů

Po pilotních realizacích programu V POHODĚ lze pojmenovat následující hlavní doporučení:

Výběr a zaškolení lektorů programu

Evaluace programů ukázala velký důraz účastníků na kvalitu lektorů, kteří byli v pilotní fázi velmi oceňováni. Všichni lektoři byli před začátkem pilotáží důkladně vyškoleni v tom, jak program obsahově i procesně realizovat. Důležitou složkou tohoto zaškolení bylo předání všech hlavních konceptů programu včetně přístupu ACT (terapie přijetím a odhodláním). Jako výzva se při zaškolování a následné realizaci ukázal zejména právě přístup ACT, který byl obtížný především pro lektory, kteří byli již před zapojením do projektu vycvičení a praktikující v jiném odlišném terapeutickém směru, což mohlo znesnadnit akceptaci a aplikaci potenciálně zcela nového nebo dokonce výrazně odlišného až protichůdného směru ACT (např. oproti přístupu PCA nebo psychoanalýzy). Vedle přístupu ACT byl pro některé lektory výzvou také přístup zaměřený na zotavení a zplnomocnění, případně i samotná kombinace těchto dvou přístupů v rámci jednoho koherentního programu tak, aby se vzájemně podporovaly a lektor je svým podáním vzájemně nevyvracel. K výběru a zaškolení lektorů tedy formulujeme doporučení:

- Věnovat velkou pozornost a význam **výběru lektorů**, kteří jsou schopni adekvátně předat a vysvětlit koncepty použité v rámci programu – a to v souladu s **požadavky na odbornost a zkušenosti lektorů** popsaných v kapitolách Lektoři v této metodice
- Všechny lektory bez výjimky **pečlivě zaškolit do obsahu i stylu předání programu**
- Klíčovým prvkem je udržení dvou složek v rámci lektorské dvojice nebo v případě obsazení pouze jednoho samostatného lektora:
    - **odbornost v oblasti duševního zdraví** (psychologie, …)
    - **peerská/ambasadorská odborná zkušenost** (žitá zkušenost s vlastními obtížemi v duševním zdraví)
        - Účastníci opakovaně vyzdvihují „autenticitu" a „osobní příběh" jako moment, který jim otevřel oči a dodal naději. Příběh peera boří bariéry a předsudky efektivněji než teoretická přednáška. Zpětná vazba potvrzuje, že právě sdílení zkušenosti (např. o syndromu vyhoření nebo depresi) téma účastníkům zprostředkovává přijatelnou formou, kterou pak pro své další pochopení i životní zkušenost mohou využít.
        - Je nezbytné, aby budoucí realizátor dbal na **kvalitní výběr a supervizi peer lektorů**. Peer musí mít svou zkušenost zpracovanou a musí být schopen o ní mluvit v kontextu pracovního výkonu a zotavení, nikoliv jako „terapeutické sdílení". Pro veřejnou správu je klíčové, aby peer působil profesionálně a stabilně.
- Metodika počítá se třemi rolemi na místě (odborný lektor, peer lektor, organizátor). Obsazení role organizátora můžeme vřele doporučit pro podporu hladkého průběhu celého programu i komfortu lektorů – řeší místnost, prezenci, orientaci, krizové situace mimo odbornou část…
- Ve zpětných vazbách účastníci oceňovali citelný zájem lektorů o téma programu, profesionalitu, vlídný přístup a otevřenost v ohledu sdílení jejich vlastních zkušeností v oblasti duševního zdraví. Otevřenost byla chápána také jako kvalita, kterou lektorující uplatňovali i vůči výrokům účastníků – ti se cítili, že jejich pohled a zkušenosti jsou vítány a oceňovány a diskuse je tak vítanou součástí programu.

Počet účastníků na programu v jedné skupině a interaktivita

Ze zpětných vazeb účastníků programů vyplynulo, že příliš malá skupina (cca 5 osob) neposkytuje dostatečně silný efekt vzájemného sdílení zkušeností a podnětů mezi účastníky a také vyvolává dojem, že je během programu příliš volného času (což se objevilo zejména v případě 2denních verzí). Na druhé straně se jeví, že vyšší počet účastníků než 15 omezuje interaktivitu. Ač je někdy vyžadována účast více lidí, doporučení je zachovat menší skupiny a raději domluvit více školení. Případně je možné velkou skupinu rozdělit na paralelně běžící dvě skupiny v počtu do 20 osob, každá s vlastním lektorským obsazením a vedením.

- **Interaktivitu a dobrovolnost:** Účastníci kvitují možnost diskutovat během programu probíraná témata, ale současně když nejsou do sdílení nuceni. Osvědčil se přístup „nabízíme, nenutíme", dobrovolnost zapojení do diskuse i sdílení během programu je důležitým prvkem bezpečí účastníků.
- **Dobře se osvědčila sebezkušenost na individuální úrovni:** Účastníci si mohou mnoho témat zažít sami na sobě během interaktivních a sebezážitkových cvičení, s využitím pracovních listů a s pomocí animací během programu. Tato sebezkušenost pak může být v diskusích nabídnuta, ale může velmi dobře fungovat i samostatně jako prvek, který si účastníci sami o sobě odnášejí z programu domů, aniž by bylo nutno tam vlastní zkušenosti velmi řešit na úrovni celé skupiny.
- **Nutnost facilitace**: na základě zpětných vazeb a zkušeností z realizací programů lze konstatovat, že je nutné, aby lektoři průběh skupin vhodně facilitovali – nabízeli prostor pro zpětnou vazbu nebo diskusi, ale dokázali současně diskuse ukončovat, hraničit a limitovat účastníky sdílející své názory nebo zkušenosti mimo témata anebo mimo časový rámec. Ačkoliv jsou diskuse během programu vítané a oceňované, současně jsou účastníci senzitivní a citliví na to, aby vybraní jednotlivci nebo nesouvisející témata nezabírala prostor, který oni sami a většina skupiny chce trávit samotným programem a výkladem lektorů, ne diskusí na nesouvisející témata.

Zachování prioritních konceptů v programu

V jednotlivých modulech se během pilotáží dobře osvědčili předem vybrané prioritní koncepty (WHO pyramida rozložení péče o duševní zdraví, ACT obsahy a metafory včetně zaměřené na své hodnoty a smysluplnost v životě, bludný kruh a 3 systémy regulace emocí, vztahy a pyramida potřeb, laskavost a soucit, kontinuum duševního zdraví, zotavení a CHIME, kazuistiky a prvky Mental Health First Aid, zplnomocnění, pojetí well-beingu založené na ACT přístupu, odolnosti a využití již získaných nástrojů z programu). Na základě toho doporučujeme, aby byly v programu ponechány a v případě úprav se hledala spíše úprava ve formě podání (např. harmonogram, časová dotace), nežli vyřazování některých konceptů z programu.

- **Koncept Kontinua duševního zdraví:** Barevná škála (zelená-červená) je pro účastníky srozumitelným a užitečným nástrojem. Umožňuje jim „zaškatulkovat" svůj stav bez pocitu viny a často jej po kurzu využívají i pro komunikaci v rodině.

- **Hodnoty v životě a prožívaná smysluplnost (ACT):** účastníci na programech i ve fokusních skupinách zmiňovali hodnoty jako jednu z nejsilnějších částí programu a současně jako první moment v životě, kdy se nad svými hodnotami vůbec zamysleli, což hodnotili jako velmi přínosné.
- **Práce s metaforami (ACT):** Metafory jako „Autobus“ (myšlenky jako otravní cestující) nebo „Obloha a počasí“, „Batoh nenaplněných potřeb“ mají vysokou zapamatovatelnost a účastníci se k nim vrací i měsíce po kurzu. V fokusních skupinách byly často jmenovány jako jedny z nejpřínosnějších z celého progrmau.
- **Nácvik technik**: Velmi pozitivně účastníci hodnotili konkrétní nástroje pro práci se stresem a udržování svého duševního zdraví (metafory, dechová cvičení, relaxační techniky, „mapa pomoci“).
- **E-learning a materiály**: Doporučujeme zachovat a propagovat návazné materiály (animace, e-learning), které slouží k ukotvení znalostí po školení. Ve fokusní skupině zaznělo, že materiály pomáhají „zvednout energii“ i s odstupem času.
    - Je dobré e-learning využít již od samého začátku realizace. Zmínit možnost již v průběhu školení. Je také dobré účastníkům tuto možnost po ukončení programu, s odstupem doby, připomenout.
    - Z naší zkušenosti, kdy byl e-learning vyvinut až po prvních kurzech pilotáže se toto ukazuje jako důležitý podpůrný prvek.

Prostředí pro pořádání programů

Ohledně volby vhodného prostředí pro pořádání programu jsme zaznamenali různé preference. Ve všech platí, že je optimální mířit na co nejvyšší kvalitu prostředí co se týká bezpečí a důvěrnosti, jakož i míry pohodlí účastníků na programu. Dva obecně rozlišitelné typy prostředí jsou následující:

- **Prostředí typu volnočasová místnost:** mimo běžné prostředí účastníků – mimo kanceláře, školy, rodinné prostředí apod. aby se účastníci mohli skutečně mentálně odpojit od svého každodenního života a měli možnost se zaměřit jen na obsah školení a případně nahlížet svůj život s mírným odstupem z neutrálního místa programu.
- **Prostředí v přirozeném každodenním životě: na** druhou stranu se objevil také poznatek, že i v kontextu pracoviště – když je program v 1denní podobě organizován přímo na pracovišti v konkrétní organizaci pro její zaměstnance, tak je velmi přínosný a výhodou je, že účastníci mají pro účast minimální bariéry a navíc také vyhrazený pracovní čas. Pro tuto variantu se jeví jako vhodné, pokud je dostupná školící místnost mimo budovu, ve které přímo pracují, ale je v dosahu sídla organizace.

Vizuální stránka programu a grafika

Kladně bylo hodnoceno zpracování materiálů programu (vizuální podoba prezentace, využité animace či pracovní listy) - někteří účastníci oceňovali přehlednost těchto materiálů. Program byl hodnocen jako velmi dobře srozumitelný, ucelený, a že vhodně propojuje teorii s praxí. Program se osvědčil díky své komplexnosti, srozumitelnosti a také logické návaznosti témat. Ta činila program atraktivní, dostatečně “nový” a nabízela odlišné úhly pohledu na duševní zdraví a podporu. Doporučujeme zachovat vizuální styl programu včetně animovaných prvků apod., který zprostředkovával srozumitelnost, ale i již zmiňovanou atraktivitu programu i jednotlivých aktivit. Účastníkům příjemná vizuální stránka poskytovala zřejmě také komfort během celého programu, a navíc byla svou grafickou stránkou dost atraktivní k tomu, aby pomáhala účastníkům udržovat pozornost a vstřebávat komunikovaná témata i během dlouhého a tematicky nabitého dne.

Harmonogram a časové rozložení témat

Program byl ve zpětných vazbách hodnocen jako velmi obsahově nabitý, především ve vztahu k velmi omezené časové dotaci. Na druhou stranu účastníci nevyjadřovali zájem, aby byla konkrétní témata nebo kvantum obsahu z programu ubráno. Požadavek tedy směřuje k rozšíření časové dotace, nicméně zde opět existuje problém toho, že mnoho lidí nemá zájem se na delší programy hlásit. Na základě pilotních běhů lze doporučit při další realizaci zvážit rozdělení obsahu opět zpět na několik setkání, nicméně v tomto režimu se dá očekávat, že část potenciálních účastníků odradí právě tento faktor, že školení není realizováno v jednom dni, který pro ně byl výraznou preferencí.

Doporučujeme účastníky před přihlášením na program seznámit s videem z online webináře BUĎ V POHODĚ, který shrnuje některá témata programu formou hrané konverzace ve videu. Touto formou si účastníci mohou udělat představu o části obsahu a probíraných tématech jakožto i o stylu školení dříve, než musejí přistoupit k závaznému přihlášení. Očekáváme, že by to mohlo pomoci zvýšit množství přihlášek a případně podpořit i delší formáty – 2denní, 3 setkání, či jiné. **Jako nejsilnější doporučení lze tedy v této sekci pojmenovat nutnost pracovat s danou konkrétní skupinou, podmínkami situace a preferencemi účastníků a v tomto smyslu jim časovou dotaci a harmonogram „ušít na míru“.**

Závěr

Závěrem je možné konstatovat, že program V POHODĚ se ve své stávající podobě výrazně dobře osvědčil a je možné ho zcela jednoznačně doporučit pro další implementaci v podobě, jakou má nyní. Zkušenosti z realizace pilotáží a velmi dobrá hodnocení ze strany účastníků včetně evaluace program prověřily jako vysoce kvalitní.

Pro ještě silnější podporu kvality realizace a jeho dopadu lze doporučit mimo zachování všech jeho stávajících vlastností popsaných v této metodice právě hledání způsobu, jak pracovat s harmonogramem školení a časovou dotací, která zůstává hlavní výzvou pro navazující implementaci programu.

Seznam použité literatury

A-tjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A., & Emmelkamp, P. M. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *84*(1), 30-36.

Aaby, A., Friis, K., Christensen, B., Rowlands, G., & Maindal, H. T. (2017). Health literacy is associated with health behaviour and self-reported health: A large population-based study in individuals with cardiovascular disease. *European journal of preventive cardiology*, *24*(17), 1880-1888.

Apfel, F., & Tsouros, A. D. (2013). Health literacy: the solid facts. *Copenhagen: World Health Organization*, *15*(1), 3-26.

Eklund, M., Kiritsis, C., Livheim, F., & Ghaderi, A. (2023). ACT-based self-help for perceived stress and its mental health implications without therapist support: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *27*, 98-106.

Epping-Jordan, J. E., Harris, R., Brown, F. L., Carswell, K., Foley, C., García-Moreno, C., ... & van Ommeren, M. (2016). Self-Help Plus (SH+): a new WHO stress management package. *World Psychiatry*, *15*(3), 295.

Gilbert P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *The British journal of clinical psychology*, *53*(1), 6–41. https://doi.org/10.1111/bjc.12043

Hahn, E. A., Burns, J. L., Jacobs, E. A., Ganschow, P. S., Garcia, S. F., Rutsohn, J. P., & Baker, D. W. (2015). Health literacy and patient-reported outcomes: a cross-sectional study of underserved English-and Spanish-speaking patients with type 2 diabetes. *Journal of health communication*, *20*(sup2), 4-15.

Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental Health Literacy: Past, Present, and Future. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, *61*(3), 154–158. https://doi.org/10.1177/0706743715616609

Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British journal of psychiatry, 199*(6), 445-452.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2009). Ten things that motivational interviewing is not. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, *37*(2), 129-140.

Padesky, C.A. & Mooney, K.A. (1990). Presenting the cognitive model to clients. *International Cognitive Therapy Newsletter, 6*, 13-14. Retrieved from https://www.padesky.com/

Slade, M., & Longden, E. (2015). Empirical evidence about recovery and mental health. *BMC psychiatry, 15*, 1-14.

Thomas, C. (2022). Austrálie: Zaclenovani lidi s mentalnim handicapem do zajmovych aktivit. In M. Votoupal, H. van Ewijk, & L. Musil (Eds.), *Podpora příležitostí lidí s mentálním handicapem* (pp. 207-222). Univerzita Karlova. Advance online publication.

Wersebe, H., Lieb, R., Meyer, A. H., Hofer, P., & Gloster, A. T. (2018). The link between stress, well-being, and psychological flexibility during an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention. *International journal of clinical and health psychology*, *18*(1), 60-68.

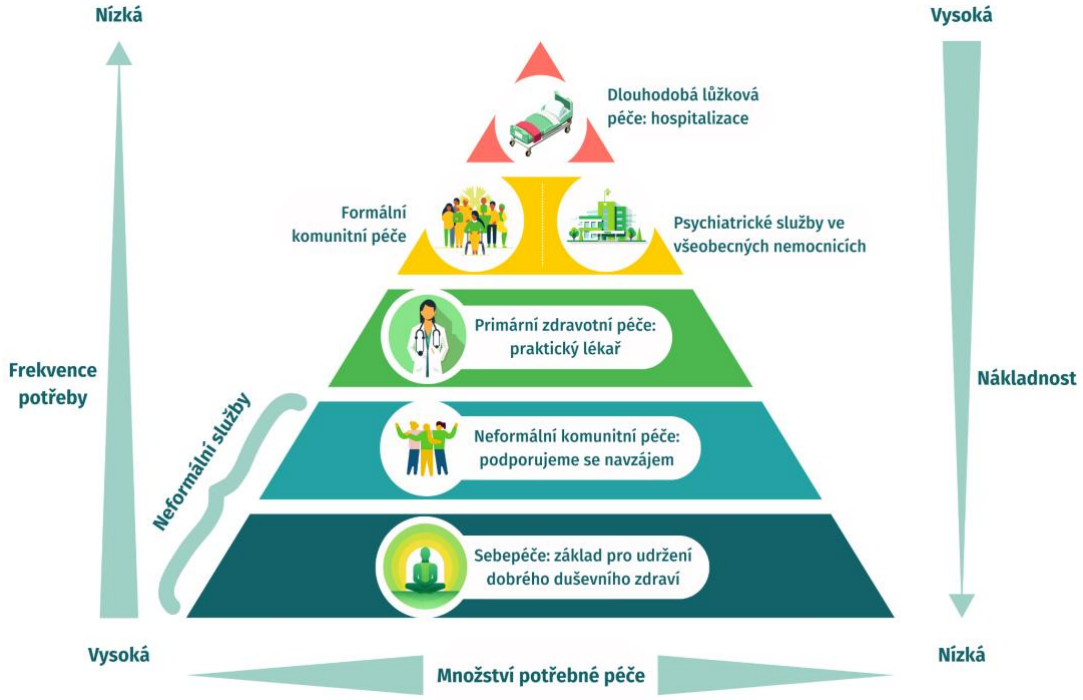
World Health Organization. (2005). Preparing a health care workforce for the 21st century : the challenge of chronic conditions. World Health Organization. https://iris.who.int/handle/10665/43044

PŘÍLOHY

Příloha 1: Pyramida WHO

Česká adaptace Iniciativy NA ROVINU, leden 2024

Optimální kombinace služeb v péči o duševní zdraví: WHO Pyramida



"Systém péče o duševní zdraví je pyramida. Čím více nahoru jdete, tím je péče nákladnější, ale zároveň tím méně lidí ji potřebuje. *Psychiatrické nemocnice by měly být jen pro lidi, kteří mají závažné duševní onemocnění, těžkou schizofrenii, kombinovanou třeba ještě s kognitivním deficitem a třeba ještě s komplikovaným chronickým fyzickým onemocněním.*

Psychiatrických nemocnic a lůžek v nich je dost. Chybí ale spodní patra pyramidy péče o duševní zdraví. *Proto jsou psychiatrické nemocnice přetížené. Měla by být spíše dostupná krizová lůžka a lůžka na psychiatrických odděleních ve všeobecných nemocnicích.*
Pokud je to jen trochu možné, lidé i se závažným duševním onemocněním by neměli žít mimo svůj přirozený svět.

Musíme se soustředit na všechna patra pyramidy. ***A daleko víc práce a přidané hodnoty uděláme v současném stavu v těch spodních. Včasná detekce, včasná intervence, efektivní prevence, efektivní podpora lidí v jejich přirozeném prostředí****."*

PhDr. Petr Winkler, Ph.D., odborný garant iniciativy Na rovinu
ředitel Národního ústavu duševního zdraví (v rozhovoru pro Deník N, 3. ledna 2024)

Význam konceptu pyramidy

Světová zdravotnická organizace (WHO) vyvinula systém pyramidy optimální kombinace služeb v péči o duševní zdraví k tomu, aby nabídla státům vodítka, jak organizovat služby pro duševní zdraví.
Jak ilustruje nákres pyramidy, většina péče o duševní zdraví může být zvládána samostatně (sebepéčí) nebo s pomocí neformálních komunitních služeb péče o duševní zdraví (například komunitní uskupení, školy…). Tam, kde je potřeba větší expertízy a podpory, tam je potřebná více formalizovaná síť služeb. Ta zahrnuje ve vzestupném pořadí primární zdravotní péči (praktický lékař), následovanou specializovanými komunitními službami péče o duševní zdraví, a poté psychiatrickými službami ukotvenými ve všeobecných nemocnicích, a nakonec specializovanými a dlouhotrvajícími pobytovými službami péče o duševní zdraví (psychiatrické nemocnice).

Z WHO Pyramidy můžeme vidět, že psychiatrické nemocnice a specializované (psychiatrické) služby, na příklad, stojí ty nejvyšší náklady, avšak jsou těmi nejméně často potřebnými službami (a přesto jsou to ty nejčastěji poskytované služby v mnoha zemích). To je v kontrastu k sebepéči nebo neformální komunitní péči, které jsou potřeba nejčastěji a mohou být poskytovány na relativně nízké náklady.

Prevence a podpora duševního zdraví směřuje do prvních dvou úrovní pyramidy služeb péče o duševní zdraví: sebepéče a neformální komunitní péče.

Vysvětlení jednotlivých úrovní pyramidy od spodních pater k vyšším

Sebepéče

Nejrozšířenější formou péče o duševní zdraví by měla být sebepéče.

Sebepéče jsou aktivity a dovednosti, kdy lidé zvládají své vlastní problémy v duševním zdraví samostatně nebo s pomocí své rodiny či přátel. K tomu, aby byla možná, potřebujeme:

- vědět, jak v našich životech omezit vysoce rizikové situace, které by na naše duševní zdraví měly velmi pravděpodobně negativní dopad;
- rozvinout své dovednosti a schopnosti zvládání stresu;
- umět mluvit o emocionálních problémech a zvládat je, když se objeví;
- a vědět, kdy je třeba vyhledat pomoc a také kde a od koho.

K podpoře samostatnosti a schopnosti lidí pečovat sami o sebe je potřeba lidem poskytnout ty správné informace, které by měly být dostupné všem.

Neformální komunitní péče

Neformální komunitní služby péče o duševní zdraví jsou poskytované v komunitě a nejsou součástí formálního zdravotního či sociálního systému. Mohou je poskytovat například učitelé, policisté, vesničtí zdravotníci a jiní; nevládní organizace; asociace uživatelů péče o duševní zdraví a rodin; laikové a tak dále.

Služby na této úrovni jsou důležité, aby lidé, o které je možné na této úrovni pečovat s dobrými výsledky, nemuseli pokračovat do formálních služeb na vyšších úrovních pyramidy. Jsou také extrémně důležité pro lidi, kteří ve formálních službách péče o duševní zdraví již péči přijímali a vracejí se do běžného života: například lidé, kteří byli v péči nemocnice a jsou propuštěni z léčby, často potřebují neformální podporu, aby se vyhnuli návratu špatného psychického stavu (relapsu) a nemuseli se do služeb na vyšší úrovni pyramidy vracet, pokud tomu lze předejít.

Neformální služby jsou obvykle přístupné a v komunitě přijatelné jako její součást. S většinou duševních onemocnění je možné se takto vyrovnávat i mimo zdravotnický systém. Neformální komunitní služby péče o duševní zdraví by neměly být “ústředním” poskytovatelem služeb pro duševní zdraví, představují užitečný doplněk k formálním službám a mohou vznikat i užitečná propojení a spolupráce s formálními službami. Je také potřeba mít na zřeteli jejich kvalitu a vždy dbát na dodržování lidských práv.

Primární zdravotní péče (praktický lékař)

Integrace služeb péče o duševní zdraví do primární zdravotní péče je zásadní složkou komplexní péče o duševní zdraví. Esenciální služby na této úrovni zahrnují brzkou identifikaci duševních onemocnění, dlouhodobou péči a podporu pro stabilní pacienty psychiatrický onemocněním, odkazování na další úrovně péče, jak je potřeba, a také aktivity podpory a prevence.

Služby zde mohou být vykonávány praktickými lékaři, zdravotními sestrami nebo jiným personálem, který poskytuje posouzení stavu, léčbu a odkazuje na další služby.

Výhodou je zde dostupnost, protože praktický lékař je obvykle blízko k bydlišti lidí. Je zde možné člověka léčit celistvě, tedy zohlednit zároveň fyzické a duševní zdravotní problémy. Vyhledání a využívání léčby ve všeobecné primární zdravotní péči může být také méně stigmatizující. Jak uvádí WHO, z klinické perspektivy je známo, že nejčastější duševní onemocnění mohou být léčeny na úrovni primární péče. Zvláště, pokud je k dispozici malé množství profesionálů specializovaných v oblasti duševního zdraví, pak integrovaný přístup podstatně zvyšuje šance, že se člověk dostane k léčbě duševního onemocnění.

Formální komunitní péče

Formální komunitní služby péče o duševní zdraví jsou denní centra, rehabilitační služby, programy umístěné mimo nemocnice, mobilní krizové týmy, terapeutické a pobytové služby s dohledem, podporované bydlení, asistence rodinám a další. Kombinace vybraných služeb, které jsou zdravotnické nebo sociální formální služby schopny poskytnout na základě potřeb a požadavků svých klientů, je esenciální pro úspěšnou péči o duševní zdraví.

Komunitní služby podporují a umožňují dobrý přechod od péče v nemocnicích a dalších pobytových zařízeních do běžného života. Někteří lidé s duševním onemocněním se právě díky využití komunitní péče mohou vyhnout hospitalizaci, která nemusí být vždy nutná – pokud jim komunitní služby jsou dostupné. Komunitní péče také v některých případech umožňuje vyhnout se životu v nouzi nebo dokonce bez domova. Lidé, kteří přijímají dobrou komunitní péči, mají podle výzkumné evidence (WHO) lepší zdraví a duševní zdraví a lepší kvalitu života než lidé, kteří jsou léčeni v institucích (1).
V systému péče o duševní zdraví, který ukazuje pyramida péče, je důležité, aby komunitní služby péče o duševní zdraví měly silné napojení na ostatní služby jako je primární zdravotní péče, neformální a všeobecné zdravotnické služby.

Psychiatrické služby ve všeobecných nemocnicích

Rozvoj služeb péče o duševní zdraví ve všeobecných nemocnicích je zásadní v organizaci služeb. Na základě povahy duševních onemocnění může být pro mnoho lidí dočasná hospitalizace během akutních fází jejich onemocnění nezbytná, a navíc jakékoliv souběžné fyzické onemocnění může být ve všeobecné nemocnici lépe současně léčeno. Spolu s těmito pozitivními aspekty jsou zde také omezení: v mnoha případech mohou služby ve všeobecných nemocnicích zvládnout akutní epizody duševních onemocnění poměrně dobře, ale neposkytují řešení pro lidi s chronickými duševními nemocemi, kteří se mohou ocitnout v koloběhu opakovaného přijetí – propuštění – přijetí do psychiatrické hospitalizace, pokud jim nejsou poskytnuty i komplexní služby v primární zdravotní péči nebo v komunitních službách.

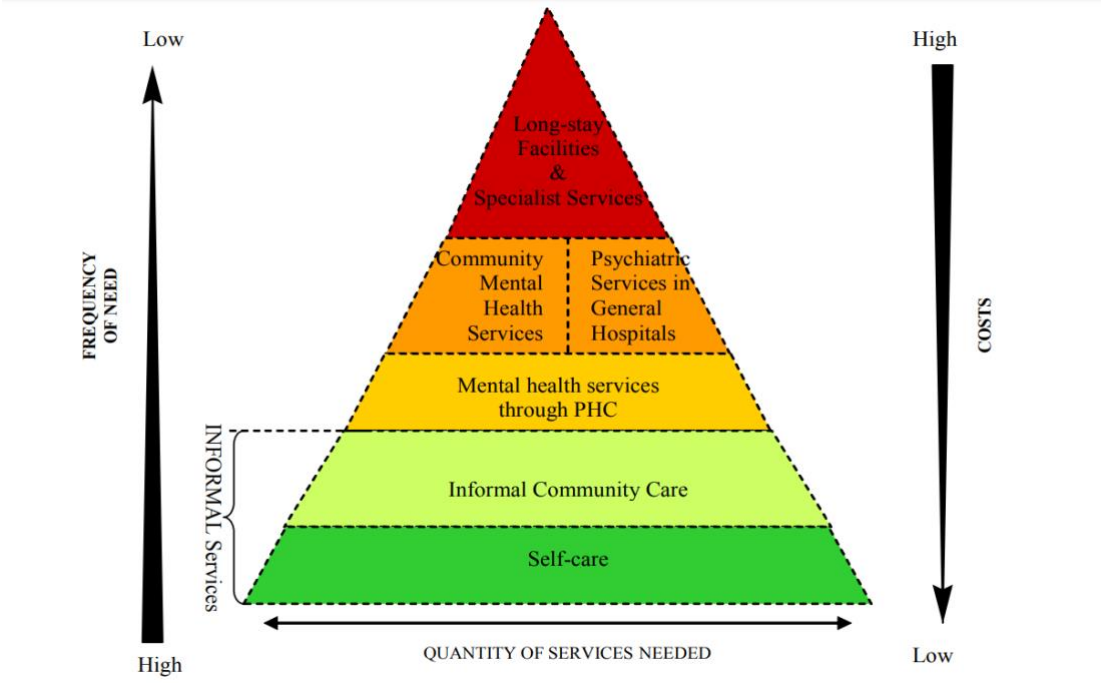
Dlouhodobá lůžková péče: hospitalizace a specializované služby (psychiatrické nemocnice)

Psychiatrické nemocnice s dlouhodobou lůžkovou péčí reprezentují tu nejméně žádoucí formu služeb péče o duševní zdraví, protože mají vysoké náklady, slabé klinické výsledky a může se zde vyskytnout porušování lidských práv. Proto WHO doporučuje omezování psychiatrických nemocnic a proces deinstitucionalizace, neboli plánovaný a postupný přechod z modelu služeb péče o duševní zdraví zakotveného hlavně v pobytových institucích k modelu, který poskytuje léčbu a péči prostřednictvím komunitních služeb, všeobecných nemocnic, a nejvýznamněji skrze primární zdravotní péči, které přitom musejí být dostupné dříve, než začne proces deinstitucionalizace.

Anglický zdroj, který sloužil jako podklad k tomuto dokumentu, najdete na:

The optimal mix of services for mental health: The Optimal Mix of Services: WHO Pyramid Framework

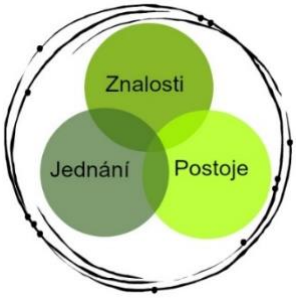
Anglická předloha schématu pyramidy (z výše uvedeného dokumentu):



Příloha 2: Příručka pro lektory programů pro podskupinu Lidé se zkušeností s SMI

Vzhledem k bohatému know-how, které bylo vyvinuto v projektu Destigmatizace (NUDZ), přikládáme v této příloze materiál ***Příručka pro lektory*** zaměřený na nejdůležitější znalosti a postupy nutné pro lektorování programů orientovaných na destigmatizaci, zotavení a zplnomocnění, pro osoby se zkušeností se závažným duševním onemocněním.

Co je stigmatizace a proč je důležité se jí zabývat?



Stigma lze charakterizovat jako odsuzující označování druhého na základě jeho jednání, vzhledu nebo zdravotního stavu. Toto označování vede k předsudkům a diskriminujícímu jednání v různých oblastech života (Gaebel, Rössler, & Sartorius, 2017).

„Příkladem racionální ochrany společnosti může být situace, kdy je zcela zdravý lékař, který se vrací do České republiky z mise v Sierra Leone, podroben preventivní izolaci a sérii vyšetření, neboť aktuálně existuje vysoké riziko, že by mohl být nakažen ebolou. Naopak příkladem stigmatizace může být situace, kdy je člověku s depresí odepřen vstup na palubu letadla, neboť byl v minulosti hospitalizován pro psychiatrickou diagnózu, bere psychofarmaka a letecká společnost má iracionální obavy, že by mohl ohrozit spolucestující.“ (Janoušková et al., 2016, s. 4).

3 elementy stigmatizace – zásadní je zlepšit znalosti o duševním onemocnění

Stigma v souvislosti s duševním onemocněním má svá specifika a jeho konceptualizace dle Thornicrofta (2006) zahrnuje tři základní elementy:

1) nevědomost (problém znalostí),
2) předsudky (problém postojů) a
3) diskriminace (problém jednání)

Typickými příklady neinformovanosti, stereotypů, mýtů a zkreslených představ spojených s duševními onemocněními a možnostmi léčby jsou přesvědčení, že lidé se schizofrenií jsou násilničtí a nebezpeční svému okolí a že lidé s depresí jsou zodpovědní za svoji nemoc (Crisp, Gelder, Rix, Meltzer, & Rowlands, 2000). Zkreslené znalosti o duševním onemocnění vytváří postoje, kvůli kterým jsou lidé s duševním onemocněním diskriminováni v oblasti zaměstnání, bydlení, života v komunitě a ve snaze žít spokojený a smysluplný život (Janoušková et al., 2016).

Některé mýty, které v oblasti duševního onemocnění přetrvávají, jsou např. tyto:

- *Lidé s duševním onemocněním mají sklony k násilnému chování.*
- *Z duševního onemocnění se nelze uzdravit.*
- *Duševní onemocnění mají jednoznačný původ.*
- *Duševně nemocní lidé jsou méně inteligentní.*
- *To, že má člověk duševní onemocnění, se dá poznat.*
- *Člověk s duševním onemocněním nemůže pracovat.*
- *Lidé s duševním onemocněním nejsou v naší společnosti diskriminováni.*
- *Lidé s duševním onemocněním jsou pořád mimo sebe.*
- *Existují psychotičtí a nepsychotičtí lidé.*

Rozšiřování kvalitních a na důkazech založených informací a de-mytizace je jednou z hlavních metod, jak elementy stigmatizace nabourávat a snižovat.

Cílová skupina Lidé v riziku zhoršení duševního zdraví se zkušeností s SMI

Lidí, kteří mají vlastní zkušenost s duševním onemocněním, se stigmatizace přímo dotýká. Buď jako vnější vliv, kdy na ně dopadá **stigmatizace a diskriminace od druhých** lidí, anebo formou **sebestigmatizace**, kdy i člověk s duševním onemocněním drží negativní postoje vůči lidem s duševním onemocněním, a tím pádem také **sám proti sobě**. Oba tyto vlivy mohou významně snižovat jak šance na kvalitní život, tak vlastní duševní pohodu člověka a jeho míru zotavení.

Pro představu o rozšíření vlivu stigma, např. z britské studie o destigmatizační kampani Time to Change víme, že s nějakou formou stigmatizace či diskriminace se během života potkalo 91 % respondentů této studie, kterými byli lidé s duševním onemocněním v Británii (Corker et al., 2013).

V tomto projektu se v rámci této podskupiny soustředíme především na skupinu lidí, kteří zažili některý typ závažného duševního onemocnění (pod zkratkou **SMI** z anglického *Severe Mental Illness*). Mezi SMI pak patří především schizofrenie a psychotické poruchy, těžká deprese, bipolární afektivní porucha a případně jiná závažná onemocnění. Tyto osoby jsou nejvíce ohrožené vyčleněním mimo běžný život společnosti, ať už v důsledku diskriminace a stigmatizace, anebo kvůli jejich zdravotnímu stavu samotnému.

Proč vzdělávat lidi se zkušeností s duševním onemocněním se zaměřením na destigmatizaci?

Analýza potřeb již z projektu Destigmatizace (2018), ukázala následující skutečnosti, které jsou zároveň důvody pro vzdělávání lidí sse zkušeností s SMI s cílem snížení dopadů stigmatizace a míry sebestigmatizace. Tyto body zahrnují vodítka k tomu, proč a jak destigmatizační programy zaměřit, aby si jeho účastníci odnesli maximální užitek:

1) **Reakce okolí lidí s duševním onemocněním a diskriminace:**
   - Rodinné a přátelské vazby se často rozpadají po diagnostikování duševního onemocnění. Největší problémy se objevují v tom, že rodina a přátelé často věří v mýty spojené s onemocněním, neumí o nemoci správně komunikovat a občas odrazují své blízké uživatele od dodržování léčby.
   - Lidé se zkušeností s SMI vnímají, že je lékaři občas neberou vážně a rovnocenně.
   - Zaměstnavatelé jsou také zdrojem stigmatizace a diskriminace, která má často formu zhoršení pozice v zaměstnání/výpovědi.
2) **Sebestigmatizace:**
   - **Značná část lidí se zkušeností s SMI v ČR vykazuje vysokou míru sebestigmatizace.**
   - Často pociťují **ztrátu sebedůvěry, sebevědomí a respektu vůči sobě**.
   - Potřebují znát **informace** o své nemoci, díky nim se lépe s nemocí vypořádávají.
   - Lidem se zkušeností s SMI prospívá, když **mluví o svém onemocnění otevřeně** se svým okolím.
3) **Vyhledávání odborné péče a pomoci**
   - Existují velké rozdíly v tom, zda člověk vyhledá odbornou péči v případě vážných problémů s tělesným zdravím a u problémů s duševním zdravím.
   - Tento rozdíl se ještě zvyšuje v případě mužů.
   - Vliv může mít právě stigmatizace ve společnosti a sebestigmatizace.
4) **Destigmatizační intervence pro lidi se zkušeností s SMI v zahraničí**
   - Psychoedukace jsou velmi důležitým prvkem intervencí. Mezi jejich hlavní témata patří: onemocnění, léčba, prevence relapsu, stigma a jeho zvládání.
   - Důraz je kladen i na komunikační dovednosti a vytváření identity skrze vyprávění vlastního příběhu.
   - Studie ukazují, že **intervence vedené lidmi s vlastní zkušeností s duševním onemocněním a zotavením z něj jsou velmi přínosné**.
   - Ukazuje se také, že velmi přínosné je pořádat **program v malé skupině.**
   - Intervence je vždy nutné kulturně přizpůsobit tomu, kde a pro koho jsou pořádány.
5) **Destigmatizační intervence pro lidi se zkušeností s SMI v České republice**
   - Nejčastější formou jsou psychoedukace a skupiny zaměřené na nácvik dovedností.
   - Výzkum profesorky Bankovské Motlové et al. (2013) zjistil pozitivní vliv psychoedukačních intervencí na znalosti, postoje i chování účastníků.
   - Užitečná témata v psychoedukaci jsou příznaky, průběh a léčba onemocnění, dále kontakt s rodinou a přáteli, **podpora sebevědomí a sebeprezentace**, nácviky dovedností potřebných v běžném životě.
   - Oceňován je i zde samotný **fakt, že je člověk během intervence součástí skupiny.**

Stigma, sebestigmatizace a zotavení

Rešerše zahraniční odborné literatury v Analýze ukázala, že vysoká míra sebestigmatizace se často pojí s nižší kvalitou života uživatelů a se zhoršenou prognózou (předpokládaným dalším vývojem) jak jejich zdravotního stavu, tak i jejich cesty k zotavení. Studie Ociskové et al. (2014), která se věnovala sebestigmatizaci mezi lidmi s duševním onemocněním v ČR, uvádí, že míra sebestigmatizace se mezi lidmi s různými diagnózami významně neliší. Sebestigmatizace je tedy rozšířený jev, který zasahuje do života většině lidí, kteří se s duševním onemocněním setkali/setkají. Více o stigma lze najít např. na našem webu: https://narovinu.net/stigma/

Jak spolu souvisejí stigma, sebestigmatizace a zotavení? Následující informace vycházejí z Analýzy potřeb

z projektu Destigmatizace (2018):

Mnoho lidí napadají první negativní myšlenky, které již můžeme chápat jak součást stigmatu, respektive sebestigmatizace, již ve chvíli, kdy se poprvé setkají s psychiatrickou péčí a kdy poprvé uslyší svoji diagnózu duševního onemocnění. Velmi často mají strach z toho, co si bude myslet jejich okolí. Nebo mají představu a strach, že jejich diagnóza znamená „konec". Pro určitou část lidí však může psychiatrická diagnóza znamenat i úlevu a určitou naději, že je možné jejich situaci řešit.

Samotná sebestigmatizace se projevuje ve formě negativních postojů vůči sobě. Ty mají různou podobu: patří sem ztráta respektu vůči sobě samé/mu, ztráta sebevědomí a sebedůvěry; pocity ponížení a studu (za nemoc samotnou nebo např. za vyhledání odborné pomoci). Duševní onemocnění pro uživatele často symbolizuje „konečnou" a osobní selhání. Tyto negativní postoje mohou vést k pocitům viny, že si dotyčný člověk za nemoc může sám, že si nezaslouží být šťastný, nebo že onemocněním jeho život vlastně skončil.

Sebestigmatizace může v důsledku vést k tomu, že člověk s duševním onemocněním významně omezí svoje sociální interakce s druhými lidmi. Může také vést k tomu, že nedodržuje předepsanou léčbu (zejména braní léků), nebo se bojí pomoc a léčbu vůbec vyhledat.

Všechny tyto negativní postoje, pocity a myšlenky mohou být velkou překážkou jak z hlediska zdravotního stavu samotného, tak z hlediska zotavování a dosahování takové kvality života, na jakou by i lidé s duševním onemocněním mohli dosáhnout, pokud by naplno využili své šance, schopnosti a dovednosti, které měli před onemocněním a které mají také nadále (ať již s menším či větším omezením daným nemocí, nebo bez). Jejich využívání jim však ztěžuje stigma, sebestigmatizace, a případně diskriminace v různých oblastech života.

Co podle Analýzy potřeb z projektu Destigmatizace (2018) a účastníků průzkumu pomáhá ke snížení stigma a sebestigmatizace a k posílení zotavení?

Existují intervence, které uživatelům pomohly lépe se vyrovnávat s nemocí a životními situacemi. Pomáhají terapie, zejména skupinové terapie, díky nimž lidé s duševním onemocněním ví, že to, co zažívají oni, zažívá i někdo jiný, a nemají pocit, že „v tom jsou sami". Nápomocnou součástí procesu vyrovnání se se onemocněním jsou různé formy psychoedukace, díky nimž člověk získá tolik potřebné informace a pochopení svého onemocnění, včetně léčby a toho, jak se s nemocí dobře vypořádat. Tyto informace fungují i preventivně proti relapsu nemoci – navrácení do akutní fáze se zhoršením symptomů.

Podle zkušeností uživatelů z Analýzy velmi pomáhá mít možnost sdílet s okolím svoji diagnózu i těžkosti s ní spojené. Tato otevřenost pomáhá na více rovinách. V první řadě přináší úlevu tomu, kdo se s nemocí jinému svěří. Může ale pomoci i tomu, komu se uživatel svěřuje – jelikož i on může potřebovat nějakou pomoc a třeba se bojí si o ni říct, nebo například nemá o nemocích dost informací a kvůli tomu má stereotypní postoje, které je možné takto změnit.

Při pohledu na zahraniční zkušenosti, popsané v Analýze, můžeme říct, že intervence pro snížení stigma a sebestigmatizace jsou poměrně nové a často zahrnují jako klíčové prvky psychoedukaci, prvky terapie a nácvik sociálních dovedností. Obvykle se intervence soustředí kromě sebestigmatizace také na **pozitivní aspekty**, ke kterým směřovat chceme – a těmi jsou právě **zotavení, zplnomocnění (*empowement*) a sebedůvěra**. Patří sem kromě informací o onemocnění a možnostech zotavení také vyvracení různých mýtů a nepravd; techniky pro redukování negativních myšlenek o sobě samém; nebo třeba soustředění se na nalézání smyslu v předchozích zkušenostech. K tomu napomáhá využití formulování a sdílení vlastních příběhů jako prostředku k utřídění vlastních zkušeností, nalezení jejich smyslu a také pro pojmenování pozitivních aspektů současné situace.

Důležité je, že k úspěchu destigmatizační intervence výrazně přispívá, pokud ji vede jako lektor člověk, který sám má svou vlastní zkušenost s duševním onemocněním a zotavením z něj. Podle studie Tsang et al. (2016) ze 14 studií, které zahrnul do své rešerše, sebestigmatizaci efektivně snižovalo devět intervencí, přičemž pouze dvě intervence byly efektivní i při následném měření (ověření účinku intervence po delší době). Zajímavé je, že **obě tyto intervence byly vedeny člověkem, který měl sám zkušenost s duševním onemocněním.**

Závěrem můžeme říct, že vyšší míra sebestigmatizace je spojena s horším zdravotním stavem a také delší dobou, kterou uživatel stráví ve službách poskytujících psychiatrickou péči. Lidé s duševním onemocněním často narážejí na to, že nemají dostatek kvalitních informací o onemocnění – ani o zotavení z něj. To jim zabraňuje v tom, aby onemocnění dostatečně porozuměli a cestou zotavení se vydali naplno.

Proto jsme vytvořili program/modul Zotavení (který může i nemusí navazovat na program/modul Psychoedukace). Hlavním smyslem programu o zotavení je podpora zotavení a zplnomocnění lidí s duševním onemocněním, snížení

sebestigmatizace a posílení zvládání důsledků stigma. Patří sem také podpora sebevědomí, respektu k sobě sama, rozvoj sebeprezentace, pohled na význam rolí a kontaktu s druhými lidmi v životě každého člověka a na cesty ke zvýšení kvality života s duševním onemocněním. Také hledání smyslu v prožitém onemocnění, integrace zážitků do smysluplné životní linky, hledání nových perspektiv a motivace do dalšího života. Program se dotýká také podpory léčby a prevence relapsu.

Program probíhá ve skupině o 8 až 20 účastnících. Díky tomu mohou účastníci programu navázat nové sociální vazby a zároveň si uvědomit, že nejsou v takovéto situaci sami.

Program vždy spoul-vede , neboli ko-lektoruje zkušený peer lektor – zkušený člověk s duševním onemocněním, který zároveň disponuje profesionálními lektorskými dovednostmi a umí vést skupinu vhodným a citlivým způsobem. Jeho přítomnost pomáhá zvýšit naději na zotavení a znovuzapojení se do běžného života u účastníků skupiny.

Principy vedení programu a jeho účinku na účastníky

1) Naděje na zotavení zprostředkovaná setkáním se zotaveným peer lektorem
2) Peer lektor je odborník, protože sám jde cestou zotavení
3) Informace o konceptu zotavení a o tom, jak se projevuje v životě
4) Tipy pro dobrý život s duševním onemocněním a pro zotavení
5) Zážitek sdílení ve skupině a vědomí, že v situaci duševního onemocnění není člověk sám/jediný; sdílení příběhů a dobré praxe mezi účastníky
6) Interaktivita s účastníky – diskuze, zapojení, pracovní listy

1. Naděje na zotavení zprostředkovaná setkáním se zotaveným peer lektorem

Osobní setkání s člověkem se zkušeností s duševním onemocněním je na základě odborné literatury z celého světa považováno za nejúčinnější a nejefektivnější způsob pro snížení stigmatizace lidí s duševním onemocněním (Gaebel et al., 2017).
V modulu Zotavení se setkávají lidé, kteří zažili duševní onemocnění, s dalším z nich – s peer lektorem. Peer lektor tedy demonstruje, že i s duševním onemocněním se člověk může stát odborníkem, pracujícím lektorem, a že především právě pro svou zkušenost je tím nejpovolanějším k tomu, aby o zotavení z duševní nemoci mluvil. V modulu peer lektor pracuje s jednoduchou prezentací, kterou doplňuje svými zkušenostmi. Účastníci využívají pracovních listů a jsou přizváni k aktivnímu zapojení. Výsledkem modulu je sdílení nejen peer lektora, ale všech zapojených účastníků. Vzájemně sdílejí zkušenosti s nemocí, a především také zkušenosti se zotavováním.

2. Peer lektor je odborník, protože sám jde cestou zotavení

Lektor modulu Zotavení by měl být člověk, který již s duševním onemocněním zažil různé situace. Mělo by se jednat o zralého člověka s mnoha životními zkušenostmi, který má za sebou delší dobu (více let, např. i více než 10 let), po kterou se mu daří s duševním onemocněním žít plnohodnotný život.
Je užitečné, pokud má zkušenost s psychiatrickou léčbou, medikací a hospitalizací, ale i psychoterapií či různými dalšími způsoby léčby či péče o duševní zdraví. Lektor by měl být člověk, který je zotaven, a plní v životě rozličné role: má rodinu, má práci, má koníčky a své zájmy. Není potřeba, aby měl tyto oblasti perfektně vyřešené (to nemá nikdo) – smyslem však je to, aby dovedl sdílet své vlastní zralé zkušenosti s mnoha různými situacemi a oblastmi života s účastníky programu. (Nemělo by se stát, že nějaké téma, které účastníci vnesou do skupiny, lektora zaskočí do té míry, že nebude schopen dál pokračovat ve výkladu, proto jsou zkušenosti velkou výhodou.)
Tyto životní zkušenosti dělají z peer lektora znalce škály možností, jak se lze s mnoha různými situacemi zdárně vypořádávat. Lektor je hojně využívá a sdílí během výuky, kdy svými zkušenostmi doplňuje prezentaci a představuje konkrétní příklady z vlastního příběhu.
Je však důležité, aby lektor nedával účastníkům žádné striktní rady ani návody na řešení jejich situace. Lektorovy zkušenosti jsou tedy inspirací a příkladem, jak lze k životním situacím přistoupit. Měly by rozšiřovat obzory a představivost účastníků o tom, jak lze život s duševním onemocněním zvládat, jaké jsou možné cesty k zotavení.
Vždy ale platí, že každý člověk je sám expertem na vlastní život a sám si hledá a volí své vlastní cesty, včetně cesty zotavení, které budou fungovat jemu a které jsou pro něj a jeho život originální, jedinečné a charakteristické.

3. Informace o konceptu zotavení a o tom, jak se projevuje v životě

Informace o zotavení představuje prezentace, kterou lektor využívá po celou dobu programu. Patří sem především první polovina programu, tj. od vysvětlení pojmu zotavení, přes role v životě člověka, až po 4 fáze zotavení.
S konceptem zotavení musí být lektor sám seznámen. Je **hlavní úlohou lektora koncept zotavení dostatečně a maximálně srozumitelně vysvětlit a účastníkům programu přiblížit tak, aby byl pro ně jednoduše přístupný a použitelný v různých životních situacích.**

Co rozumíme pod pojmem zotavení v projektech Destigmatizace a návazně PREPO:

Zotavení (angl. *recovery*) je možné definovat jako „hluboce osobní a jedinečný proces změny vlastních postojů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a rolí. Je to způsob, jak žít spokojený, nadějeplný a přínosný život, a to navzdory určitým omezením, která z duševního onemocnění vyplývají. Zároveň pomáhá rozvíjet nový význam a smysl v životě člověka tím, že katastrofické důsledky způsobené duševním onemocněním překoná“ (Anthony, 1993).

Pojem zotavení nemusí nutně znamenat plné uzdravení podle pohledu medicíny, které znamená plné vymizení příznaků, symptomů onemocnění.

Cílem zotavení je především zlepšovat zdraví a celkové prospívání člověka, aby mohl dosáhnout co nejvyššího naplnění svého potenciálu bez ohledu na (přetrvávající) symptomy duševního onemocnění. U každého jedince jde o zcela individuální cestu, která může záviset např. i na jeho zkušenostech, charakteru, blízkém okolí, rodině, práci nebo temperamentu.

Do větší hloubky si lze koncept zotavení nastudovat např. z těchto zdrojů:

- Webová stránka o zotavení: http://www.zotaveni.cz/
- Stručné informace na našich stránkách: https://narovinu.net/o-dusevnich-nemocech/
- Odborný článek Williama A. Anthonyho (v angličtině) z roku 1993: *Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s*: https://recoverydevon.co.uk/wp-content/uploads/2010/01/Recovery_from_Mental_Illness_Anthony_1993.pdf
- Článek o zotavení od Mgr. et Mgr. Martina Fojtíčka (2017) *Co to teda je to zotavení*: http://www.zotaveni.cz/zotaveni-nazivo/15-co-to-teda-je-to-zotaveni
- *Manuál zapojení peer konzultantů do péče o duševní zdraví* od CRPDZ (2014): http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/Manual_ZPK_web.pdf
- Kniha *Cesta k zotavení: Sebrané texty Marka Raginse*, kterou vydal v roce 2018 Fokus Praha, z.s. a lze ji stáhnout na následujícím odkazu http://zotaveni.cz/zotaveni-nazivo/item/download/35_d9a516163f5987dac4c33837bc30891d
- Kniha *Cesty k zotavení* od Priscilly Ridgway. Kniha vyšla v českém překladu, je však bohužel těžce dostupná. Záznam o knize např. zde https://search.mlp.cz/cz/titul/cesty-k-zotaveni/4098881/#book-content
- *Škola Zotavení*, kterou pořádá Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví: http://www.cmhcd.cz/centrum/co-delame/rozvoj-sluzeb-komunitniho-centra/skola-zotaveni-2019-2020/
- *Příručka jazyka zotavení*, vydaná Ministerstvem zdravotnictví ČR: https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/prirucka-jazyka-zotaveni

4. Tipy pro dobrý život s duševním onemocněním a pro zotavení

Část s tipy pro dobrý život s duševním onemocněním a pro zotavení tvoří formálně část prezentace o 3 principech zotavení a 10 tipů pro zotavení.

Je důležité si uvědomit, že po popisu každého principu následuje **otevřená otázka** účastníkům/skupině, ve které mají reflektovat, vzpomínat si a popisovat, jak se v jejich vlastním životě tyto principy projevují nebo mohou projevit. **Aspekt otevřených otázek je významný a je nutné ho udržet právě proto, aby mohli účastníci nalézat vlastní odpovědi.** To zajistí, že program nebude mít formu zadávání striktních doporučení z expertní pozice lektora (té se chceme spíše vyhnout).

Neformálně se pak tipy pro dobrý život a zotavení prolínají přirozeně celým programem, přičemž je nesdílí pouze peer-lektor, ale také účastníci, kteří se skupinou sdílejí své úspěchy a tipy pro zotavení průběžně. To nás přivádí k následujícímu bodu:

5. Zážitek sdílení ve skupině a vědomí, že v situaci duševního onemocnění není člověk sám/jediný; sdílení příběhů a dobré praxe mezi účastníky

To, že má program formu skupinového programu, je odpovědí na výše popsané potřeby lidí s duševním onemocněním, kteří popisují **zážitek bytí ve skupině jako jeden z nejpřínosnějších aspektů**. Skupina dává lidem:

1) uvědomení, že nejsou v obdobné situaci sami
2) možnost sdílet svůj příběh s ostatními (*formulovat své zkušenosti napomáhá např. k získání odstupu, nadhledu a povšimnutí si pozitivních aspektů*).
3) šanci vyměnit si v rámci skupiny tipy na to, co pro zotavení funguje
4) inspiraci a naději na zotavení, kterou reprezentují úspěšné příběhy druhých
5) v neposlední řadě cenný sociální kontakt a možnost seznámit se a udržet nově vzniklé vztahy i po skončení programu

Všechny uvedené aspekty je tedy vhodné a žádoucí maximálně podpořit a dát skupině dostatek času a prostoru pro vzájemnou interakci účastníků.

Diskuze mezi účastníky jsou často velmi obohacující a přináší tolik potřebné aspekty životních zkušeností a zároveň úlevu, kterou sdílení přináší.
POZOR: S aspektem skupinové výměny se pojí nebezpečí, že bude nutno volit mezi rozběhlou diskuzí mezi účastníky/ účastníků s lektorem / a mezi zachováním časového limitu, který je pro program stanoven. **Je úlohou a zodpovědností lektora, aby diskuze a skupinovou dynamiku dokázal šikovně moderovat.**

- **To znamená, že někdy bude na lektorovi, aby účastníky k diskuzi a sdílení vyzval a jejich zapojení podněcoval**
    - K tomu slouží otevřené otázky a také momenty ticha, kdy lektor i skupina mlčí – tento čas poskytuje prostor k tomu, aby se účastníci odhodlali odpovědět nebo přinést vlastní témata / zkušenosti. Ticha se proto nebojte!
- **Jindy však bude NUTNÉ diskuzi ukončit v zájmu zachování časového harmonogramu a přejít k další části prezentace nebo skupinu zakončit**
    - Nebojte se diskuzi ukončit a směrovat ji tak, jak to harmonogram programu vyžaduje.
    - Je na vás, abyste účastníkům především představili celou náplň programu – diskuze, ač vášnivá, by neměla znamenat, že se významná část programu nestihne.
    - V případě velkého zájmu účastníků je možné navrhnout, že další diskuze proběhne na konci programu poté, co lektor skupině představí všechny slidy prezentace – pokud zbyde čas.

Pamatujte, že program o zotavení NENÍ svépomocnou skupinou, ač tento dojem někdy účastníci i lektor mohou mít. Hlavní účel programu je probrat a společně naplnit předem stanovený obsah, za což zodpovídá lektor. Vždy je možné nabídnout skupině, aby si účastníci další zkušenosti vyměnili již neformálně po skončení programu.
Je dokonce dobré a vhodné účastníky informovat, že svépomocné aktivity a skupiny existují a že i oni se mohou rozhodnout novou skupinu společně založit a další zkušenosti se zotavením sdílet v ní již zcela samostatně!

6. Interaktivita s účastníky – diskuze, zapojení, pracovní listy

Interaktivita je u modulu Zotavení velmi důležitá, souvisí úzce s předchozím bodem „Zážitek sdílení ve skupině…“. Lektor má za úkol:

a) prezentovat zadanou prezentaci,
b) vtahovat po celou dobu prezentace účastníky skupiny do diskuze, vyzývat je, aby řekli vlastní názor, zkušenost, klást jim otevřené otázky, a
c) provádět během setkání účastníky tištěnými materiály (pracovními listy), které mají mít k dispozici a které doplňují připravenou prezentaci

Cílem této interaktivity je pro účastníky nejen posílení zážitku sdílení ve skupině, ale navíc také posílení jejich zapamatování toho, co se v programu odehrálo a co se probralo.
Zejména je však aktivní zapojení a interakce během programu to, co napomáhá každému účastníkovi formulovat si své vlastní postoje, myšlenky, názory, pojmenovávat své zážitky, emoce a motivace, stanovovat své cíle, formovat svou sebereflexi, a nakonec si sám pro sebe vytvořit zážitek, který je jeho jedinečným pojetím zotavení a který si z programu odnáší, např. i ve formě poznámek nebo vyplněných cvičení na pracovních listech. Může to být ale také např. dobrý pocit z aktivně stráveného času nebo nové sociální vazby na ostatní účastníky skupiny.

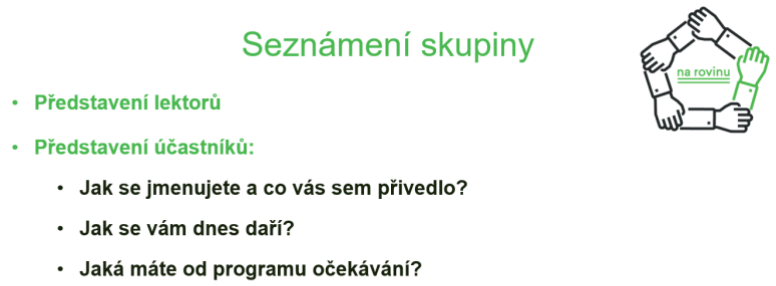
Práce s vlastním příběhem lektora (lektor si svůj příběh připraví předem)

Lektor během programu využívá části vlastního příběhu a své vlastní zkušenosti k tomu, aby účastníkům zotavení co nejlépe přiblížil, přispěl do diskuze, nabídl tipy pro dobrý život a zotavení atd. Lektor také hojně podporuje a rozvíjí diskuzi s účastníky o tom, jak konceptu zotavení sami rozumějí a jaké jsou jejich vlastní zkušenosti v této oblasti. Podporuje tedy, aby v rámci programu pracovali i účastníci se svými vlastními příběhy.

Principy komunikace a vedení skupiny v programech projektů Destigmatizace a návazně PREPO: podrobně

I. Otevření skupiny a seznámení („úvodní kolečko“ a pravidla; 10-15 min)
Podobně jako u jiných skupin, při kterých se scházejí lidé k tomu, aby společně probrali otázky vlastních zážitků s duševním onemocněním a aktivně se zapojili do diskuze a otevřeného sdílení, i v destigmatizačních programech pro cílovou skupinu lidí s duševním onemocněním **začínáme tzv. „úvodním kolečkem“**.
Během úvodního kolečka se každý z přítomných lidí krátce představí – tj. všichni účastníci, lektoři, organizátoři přítomní programu. Kolečko vede buď lektor, nebo regionální specialista/organizátor – dle předchozí domluvy na tom, kdo skupinu tímto způsobem zahájí.
Během úvodního kolečka ten, kdo jej vede, oficiálně zahájí skupinu, představí sám sebe a vyzve přítomné účastníky i lektory / organizátory, aby se každý krátce představil **jménem** (případně i pár dalšími informacemi) a řekl, **jak se mu daří** a co od dnešního setkání **očekává** (kolečko je „povinné“ – každý musí říct něco aspoň pár slovy, či aspoň to, že se mu nic říkat nechce).
Je vhodné dodržet strukturu otázek v kolečku, jak jsou uvedeny na slidu k této fázi. Tento slide využijte – je součástí

prezentace o zotavení:



II. Nastavení pravidel skupiny

Nezbytnou a povinnou součástí programu je také **nastavit ještě před začátkem programu se skupinou základní pravidla**. Pravidla jsou společnou dohodou všech přítomných: lektorů, všech členů skupiny i přítomných organizátorů. Důvodem je, že podstatou diskuzí, které na destigmatizačních programech pro CS Uživatelé probíhají, je často vlastní zkušenost.

Sdělování vlastní zkušenosti, specificky s duševním onemocněním, je velmi intimní a potenciálně zraňující záležitost. Tím více, že účastníci se ocitají ve skupině lidí, se kterými se důvěrně neznají, a že ke sdílení zkušenosti mohou být přímo vyzváni lektorem či jinými účastníky. Proto tuto situaci podpořte a zároveň ošetřete její bezpečnost základními pravidly skupiny.

Základní pravidla, která se ve skupině nastavují, jsou následující:

- **Mlčenlivost, respektive Důvěrnost**

Pravidlo říká, že s čím se účastníci ve skupině svěří, to ve skupině také zůstane. Účastníci se tím zavazují k tomu, že nebudou mimo skupinu s nikým hovořit o zkušenostech jiných účastníků; nebudou cizím lidem sdělovat, co ve skupině viděli a slyšeli od druhých.

- **Vzájemný respekt**

Pravidlo říká, že lidé ve skupině se navzájem respektují. Respekt se projevuje slušným vystupováním či např. tím, že si účastníci neskáčou navzájem do řeči.

- **Názory a zkušenosti každého člověka jsou důležité a vítané**

Na názoru a zkušenosti každého záleží, jsou jedinečné a důležité. Pravidlo říká, že každý člověk má právo vyjádřit svůj názor. Každý názor je důležitý a každý člověk dostane šanci ho projevit.

- **Právo říct NE**

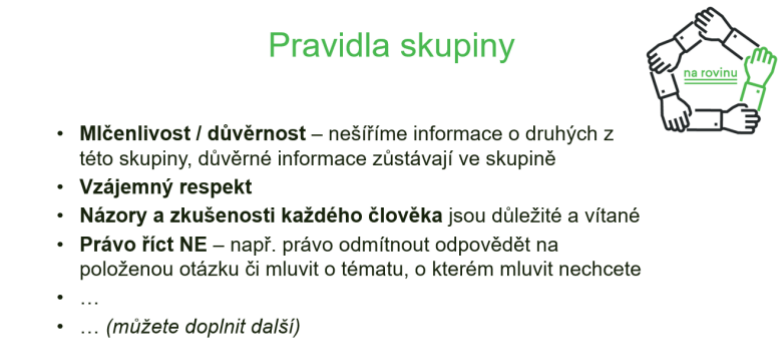
Pravidlo říká, že kdokoliv ve skupině může kdykoliv odmítnout mluvit, dělat, účastnit se čehokoliv, co mu je nepříjemné a čeho se nechce účastnit. Každý může odmítnout odpovídat na otázku, kterou mu někdo jiný (včetně lektora či organizátora) položil, může odmítnout mluvit na určité téma. Je důležité toto pravidlo zdůraznit, aby ho účastníci mohli skutečně využít.

- **Ostatní pravidla**: lektor se po představení výše uvedených pravidel doptá skupiny, zda si někdo přeje doplnit jakákoli další pravidla.

Pravidla skupiny ustanovuje lektor, po domluvě to ale může být i regionální specialista, respektive ten, kdo vede skupinu dle předchozí domluvy.

Spolu s pravidly také **upozorněte na začátku programu na to, že na tomto programu nebude prostor pro důkladné řešení individuálních problémů – tj. nebude prostor pro terapii či hloubkovou práci s tématy účastníků.**

Ke sdílení pravidel využijte slide s Pravidly, který je rovněž součástí prezentace o zotavení. Je vhodné pravidla navíc **napsat na viditelné místo – na flipchart nebo na tabuli** v místnosti, aby byly vidět po celou dobu programu. Lze využít prezentace a ručně napsaných pravidel zároveň, především pokud účastníci doplňují vlastní nová pravidla.



V této části také uveďte, jak jsou během setkání **naplánované pauzy** (15minutové).
Účastníkům sdělte, že **mohou kdykoli i během programu odejít na WC**
Mohou také odejít stranou programu, pokud by jim bylo nepříjemné zůstávat v kolečku, nebo si udělat vlastní pauzu – poprosteje, ať vám takovou věc dají předem vědět. Souvisí to s právem říct NE.

III. Základní principy komunikace: jak program vést

Během programu je potřeba mít na paměti několik základních charakteristik, které se odrážejí především v komunikaci lektora, organizátora (RS) či dalších pořadatelů s účastníky programu:

✓ **Destigmatizační program není psychoterapie**

- **Program nemůže v žádném případě nahrazovat psychoterapii**: lektor ani organizátoři nemají kompetence k terapeutickému vedení účastníků ani k terapeutickému řešení situace.
- Situace, která při destigmatizačním programu vzniká, neposkytuje žádný prostor k tomu, aby psychoterapeutická výměna nastala, proto ani v případě, kdy lektorem je profesionální psychoterapeut, není možné terapeutickou práci umožnit.
- Z těchto důvodů **je potřeba držet zdravé hranice** a při vedení programu nejít příliš do hloubky:
  - vyvarovat se otevírání hlubších psychologických procesů
  - nepokládat rozjitřující otázky – např. ptát se účastníků na emoce, na jejich hlubší psychologické procesy, myšlenky, detailní informace o jejich zážitcích apod.
  - není vhodné se doptávat na detaily prožitků účastníků programu z doby, kdy se u nich duševní onemocnění akutně projevovalo – **takovéto vzpomínky mohou vést k flashbackům**
- Pokud se u některého z účastníků samovolně objeví otevřená témata a prožitky, které je potřeba řešit psychologicky, psychoterapeuticky anebo lékařskou péči, je nutno tuto situaci řešit tak, že daného účastníka lektor či organizátoři nasměrují na odpovídající odborné služby a poskytnou mu potřebnou podporu k tomu, aby se do takové služby dostal, je-li taková podpora nutná.

✓ **Zdravé hranice v komunikaci, času a vztazích**

- V souladu s pravidlem o tom, že program není psychoterapie:

a) upozorněte na začátku programu na to, že zde nebude prostor pro řešení individuálních problémů
b) nebo tuto informaci sdělte, když si některý účastník programu bude žádat speciální pozornost a prostor pro řešení svých individuálních problémů (pokud tato potřeba vykračuje za hranice naplánovaného obsahu programu)

- Udržujte předem domluvené hranice: pravidla skupiny, časové limity pro hodiny programu i přestávky. Je na organizátorovi (RS), aby dohlédl na dodržení hranic.
- Nepřekračujte kompetence své role lektora. Odkažte účastníky na odpovídající služby, pokud vyžadují jiný či ošetřující přístup.

✓ **Ustanovená pravidla skupiny vždy respektujte**

Dodržujte předem domluvená pravidla skupiny. V případě potřeby doplňte pravidla nová (ve spolupráci se skupinou účastníků).

✓ **Základy v komunikaci v situaci sdílení zážitků**

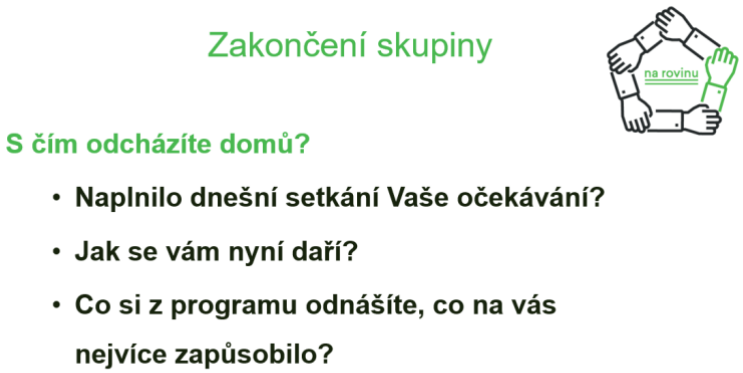
Situace sdílení zkušeností s duševním onemocněním účastníků může být náročná, zejména, pokud nemáte s podobnou situací dosavadní zkušenost. Vyplatí se držet se základních bodů, které napomohou udržet komunikaci v bezpečné rovině:

- **nabídněte přijetí a porozumění** prostě tím, že člověka **vyslechnete**
- **respektujte**, co druhý říká a co prožil
- jako odpověď často stačí prosté *„slyším, že to nebylo lehké“*, *„představuji si, že to asi bylo náročné“*, *„díky, že to s námi sdílíš“*, nebo jen *„děkuji“*

- můžete také **krátce shrnout**, co jste slyšeli – použijte stejná slova a formulace, jako ten, kdo s vámi zkušenost sdílí
- **mluvte o sobě** – neříkejte „my“, „ty“, „člověk“, „lidé“, pokud myslíte sami sebe
- **nedávejte nevyžádané rady** – nejvíce nápomocné je často prosté vyslechnutí
- **neinterpretujte podle svého názoru**, co vám člověk sděluje: neříkejte druhému, jaká je příčina jeho potíží; nesnažte se odhalit a sdělit podstatu jeho příběhu; nesnažte se sami vymyslet, proč se člověku děje to, co se mu děje – on sám ví nejlépe, co zažil, i události, které tomu předcházely
- **nehodnoťte, nesuďte, nenálepkujte, nepodsouvejte vlastní řešení a návody**
- **nesnažte se vypátrat více detailů** – respektujte, že sdílející říká právě tolik informací, kolik chce. Nedolujte z něj více nebo jiné informace, než které již nabídl.

IV. Uzavírání programu a další nasměrování účastníků

Tak jako jste skupinu na začátku společně otevřeli, na konci programu ji společně se všemi přítomnými zakončete. Zakončení má opět podobu kolečka, ve kterém něco řekne každý přítomný (všichni účastníci, lektoři, přítomní organizátoři), kolečko vede lektor/moderátor skupiny. K zakončení skupiny využijte opět slide z prezentace:



Po programu je vhodné chvíli zůstat v prostorách programu, aby se na lektory a organizátory (RS) mohli obrátit účastníci, kteří mají otázku či problém, který nechtěli verbalizovat v průběhu programu.
Regionální specialista destigmatizace by měl být k této situaci připraven, např. by měl mít k dispozici informace o organizacích, na které se mohou lidé v případě potíží s duševním zdravím obrátit, případně odkazy na internetové poradny.
Neváhejte člověka, který se nachází v psychické krizi motivovat k tomu, aby vyhledal odbornou pomoc.

V. Problémy, které mohou nastat a krizové situace

Pokud přijde do skupiny účastník, který má viditelné akutní symptomy duševního onemocnění (především psychózy, mánie, hluboké deprese): V tomto případě by měl situaci primárně, nebo spolu s lektorem, řešit regionální specialista. Obecné zásady:

- Navažte s účastníkem verbální komunikaci a zjistěte jeho momentální situaci a stav.
- Pokud máte na místě k dispozici psychiatra / psychologa / sociálního pracovníka (lektora/RS), požádejte ho o asistenci.
- Domluvte se s účastníkem na tom, že se skupiny nebude tentokrát účastnit – vysvětlete, že pro jeho zdravotní stav by to nebylo momentálně vhodné.
- Doporučte mu služby / lékaře, které může navštívit okamžitě a je v dosahu – krizové centrum, CDZ, psychiatrickou nemocnici, psychiatrickou ambulanci apod.
- Organizátor (RS) se s účastníkem může domluvit na tom, že účastník program navštíví jindy, až mu bude lépe.
- Organizátor (RS), má-li možnost, věnuje účastníkovi zvýšenou pozornost a čas mimo skupinu až dokud nedosáhnete vzájemné shody a plánu toho, co účastník dále udělá – kde vyhledá pomoc.
- Organizátor (RS) v případě nutnosti (reálně hrozí, že účastník ublíží sobě nebo druhým lidem) zavolá lékaře / záchranou službu / zkontaktujte rodinné příslušníky či jiné blízké osoby účastníka za jeho spolupráce. Podílejte se na vyhledání pomoci, pokud to situace nutně vyžaduje.

Pokud přijde do skupiny účastník bez zkušenosti s duševním onemocněním:

- Zjistíte-li, že některý účastník buď nemá zkušenost s duševním onemocněním (nebo v případě Psychoedukace má jiné onemocnění, než pro které je program určen), domluvte se s tímto účastníkem na tom, že program opustí a nebude se jej účastnit.
- Organizátor (RS) by mu měl nabídnout náhradní řešení: 1) účast na destigmatizačním programu pro vhodnou CS (např. rodinní příslušníci), 2) účast na jiném programu, 3) zapojení do služby vhodné pro jeho situaci – např. krizová centra, sociální služby, poradenství...

Pokud je ve skupině účastník, který narušuje průběh programu:

- Obecně platí, že zájem celé skupiny má přednost před osobním zájem účastníka, pokud se nejedná o situaci ohrožující jeho duševní zdraví, fyzické zdraví či důstojnost a práva, včetně práv daných skupinou (např. právo říct NE).
- Pokud účastník narušuje svým chováním průběh celého programu a fungování skupiny (např. zabírá příliš mnoho času a prostoru pro povídání vlastních témat, ačkoli nesouvisejí s programem či trvají příliš dlouho), upozorněte účastníka, že jeho chování je narušující a poproste ho o úpravu chování.
- Pokud účastník své chování nechce nebo nedokáže upravit a pokračuje v narušování celého programu, domluvte se s ním, že skupinu opustí a programu se nebude nadále účastnit. Je možné ho přizvat k účasti na programu, až se bude konat příště.
- Zvažte, zda je jeho chování dáno akutně zhoršeným zdravotním stavem – pokud ano, řiďte se pokyny uvedenými výše pro situaci s účastníkem s akutními symptomy.

Otázka tykání:

- Standardní je, že si lektoři s účastníky vykají v rámci profesionálního kontaktu.
- Peer lektoři a peeři obecně mohou mít větší tendenci nastavit ve skupině tykání pro podporu sdílení zkušeností – to je v pořádku.
- Pokud se s účastníky znáte osobně např. ze služby, kam docházejí, pokračujte v kontaktu tak, jak jej již máte nastavený.

Rady a tipy na konec

Pokud lektor nemá tolik zkušeností s vyprávěním příběhů na veřejnosti, je možné si připravit své vyprávění podle otázek z metodiky besedy Moje jméno není diagnóza, kterou může lektorovi zaslat regionální specialista destigmatizace.

Důležité je zajistit si bezpečné prostředí pro sebe sama a v rámci svého komfortu mluvit o záležitostech, které lektor chce sám sdílet. Je důležité si společně s regionálním specialistou před konáním akce promluvit o takovém prostředí a atmosféře, která bude pro lektora vyhovující.

Reference k této příloze:

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 16*(4), 11-23. doi: 10.1037/h0095655

Bankovská Motlová, L., Dragomirecká, E., Blabolová, A., Španiel, F., Slováková, A., & Pokorný, P. (2013). Psychoedukace u schizofrenie očima pacientů: průzkum názorů pacientů na psychoedukaci v České republice v roce 2009. *Psychiatrie: časopis pro moderní psychiatrii*, *17*(3), 122–128.

Corker, E., Hamilton, S., Henderson, C., Weeks, C., Pinfold, V., Rose, D., Williams, P., Flach, C., Gill, V., & Lewis-Holmes, E. (2013). Experiences of discrimination among people using mental health services in England 2008–2011. *The British Journal of Psychiatry*, *202*(s55), s58–s63. doi: 10.1192/bjp.bp.112.112912

Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I., & Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *The British journal of psychiatry, 177*(1), 4-7. doi: 10.1192/bjp.177.1.4

Gaebel, W., Rössler, W., & Sartorius, N. (2017). *The Stigma of Mental Illness-End of the Story?* Cham, Switzerland: Springer International Publishing.

Janoušková, M., Weissová, A., Tušková, E., Šouláková, B., Mladá, K., Pasz, J., . . . Winkler, P. (2016). Stigmatizace v České republice; výzkumná zpráva.

Ocisková, M., Praško, J., Kamarádová, D., Látalová, K., Kurfürst, P., Dostálová, L., Cinculová, A., Kubínek, R., Mainerová, B., Vrbová, K., & Ticháčková, A. (2014). Self-stigma in psychiatric patients - Standardization of the ISMI scale. *Neuroendocrinology Letters, 35*(7), 624–632.

Projekt Destigmatizace (2018). *Analýza potřeb*. Na rovinu. Staženo 28. dubna, 2020, z https://narovinu.net/wp-content/uploads/2019/08/ANAL%C3%9DZA-POT%C5%98EB-Po_korekture_final_finalni_programy_ZT-1.pdf

Thornicroft, G. (2006). *Shunned: Discrimination against people with mental illness* (Vol. 399). Oxford University Press Oxford.

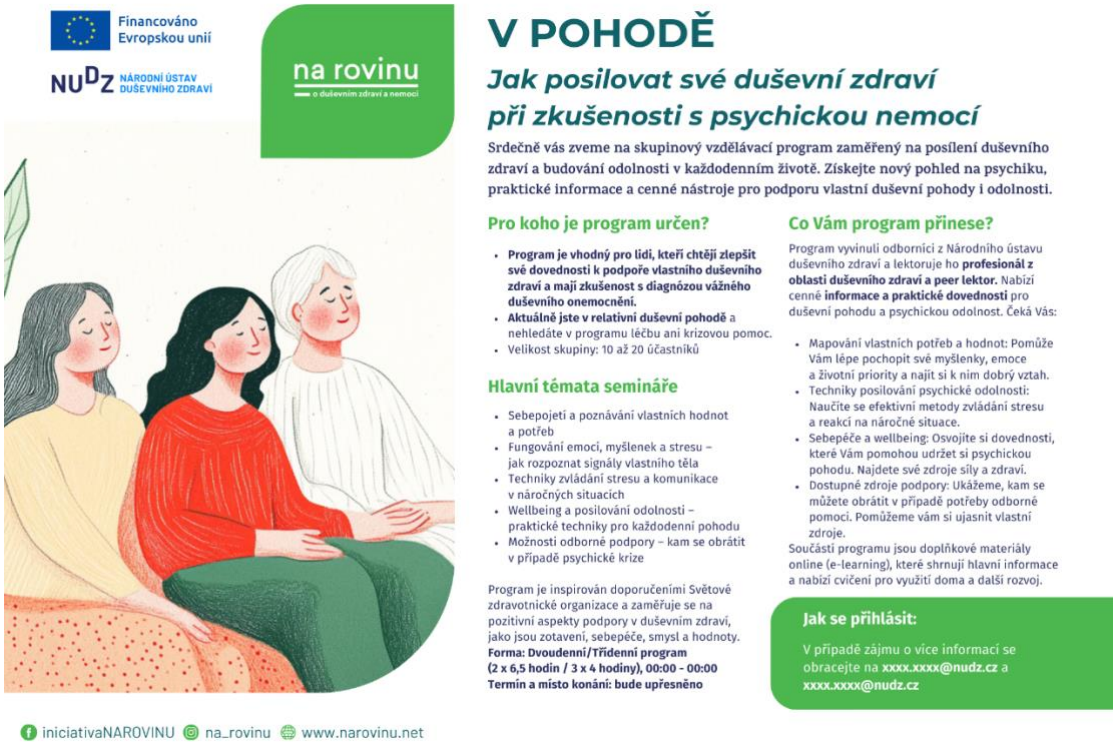
Tsang, H. W., Ching, S., Tang, K., Lam, H., Law, P. Y. & Wan, C. (2016). Therapeutic intervention for internalized stigma of severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia research, 173*(1-2), 45–53. doi: 10.1016/j.schres.2016.02.013

Winkler, P., Formánek, T., Mladá, K., & Čermáková, P. (2018). The CZEch Mental health Study (CZEMS): Study rationale, design, and methods. *International Journal Of Methods in Psychiatric Research, 27*(3), e1728. doi: 10.1002/mpr.1728

Příloha 3: Obrazové varianty letáčků k programům

Varianty pro pod-skupinu Lidé v riziku

Varianty pro pod-skupinu Lidé s SMI



Financováno Evropskou unií

NÁRODNÍ ÚSTAV DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

na rovinu
o duševním zdraví a nemoci

V POHODĚ

Jak posilovat své duševní zdraví při zkušenosti s psychickou nemocí

Srdečně vás zveme na skupinový vzdělávací program zaměřený na posílení duševního zdraví a budování odolnosti v každodenním životě. Získejte nový pohled na psychiku, praktické informace a cenné nástroje pro podporu vlastní duševní pohody i odolnosti.

Pro koho je program určen?

- **Program je vhodný pro lidi, kteří chtějí zlepšit své dovednosti k podpoře vlastního duševního zdraví a mají zkušenost s diagnózou vážného duševního onemocnění.**
- **Aktuálně jste v relativní duševní pohodě** a nehledáte v programu léčbu ani krizovou pomoc.
- Velikost skupiny: 10 až 20 účastníků

Hlavní témata semináře

- Sebepojetí a poznávání vlastních hodnot a potřeb
- Fungování emocí, myšlenek a stresu – jak rozpoznat signály vlastního těla
- Techniky zvládání stresu a komunikace v náročných situacích
- Wellbeing a posilování odolnosti – praktické techniky pro každodenní pohodu
- Možnosti odborné podpory – kam se obrátit v případě psychické krize

Program je inspirován doporučeními Světové zdravotnické organizace a zaměřuje se na pozitivní aspekty podpory v duševním zdraví, jako jsou zotavení, sebepéče, smysl a hodnoty.
Forma: Dvoudenní/Třídenní program
(2 x 6,5 hodin / 3 x 4 hodiny), 00:00 - 00:00
Termín a místo konání: bude upřesněno

Co Vám program přinese?

Program vyvinuli odborníci z Národního ústavu duševního zdraví a lektoruje ho **profesionál z oblasti duševního zdraví a peer lektor.** Nabízí cenné **informace a praktické dovednosti** pro duševní pohodu a psychickou odolnost. Čeká Vás:

- Mapování vlastních potřeb a hodnot: Pomůže Vám lépe pochopit své myšlenky, emoce a životní priority a najít si k nim dobrý vztah.
- Techniky posilování psychické odolnosti: Naučíte se efektivní metody zvládání stresu a reakci na náročné situace.
- Sebepéče a wellbeing: Osvojíte si dovednosti, které Vám pomohou udržet si psychickou pohodu. Najdete své zdroje síly a zdraví.
- Dostupné zdroje podpory: Ukážeme, kam se můžete obrátit v případě potřeby odborné pomoci. Pomůžeme vám si ujasnit vlastní zdroje.

Součástí programu jsou doplňkové materiály online (e-learning), které shrnují hlavní informace a nabízí cvičení pro využití doma a další rozvoj.

Jak se přihlásit:

V případě zájmu o více informací se obracejte na **xxxx.xxxx@nudz.cz** a **xxxx.xxxx@nudz.cz**

iniciativaNAROVINU na_rovinu www.narovinu.net