Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ U POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍ

Bakalářský projekt

Studijní program
Sociální práce

Autor: Adéla Kouřilová
Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Ivana Olecká, Ph.D.

Olomouc 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto práci zpracovala samostatně na základě použitých pramenů a literatury uvedených v bibliografickém seznamu.

V Olomouci 29. 4. 2023 Adéla Kouřilová

Poděkování

Na tomto místě chci poděkovat vedoucí práce, paní PhDr. Mgr. Ivaně Olecké, Ph.D. za její vstřícné vedení v průběhu psaní práce. Za její podporu při volbě tématu a otevřenou mysl při jeho zpracování. Také bych tu chtěla poděkovat své rodině a přátelům, kteří mi byli oporou při studiu a podporovali mě při psaní této práce.

Obsah

Úvod ... 7
1 Představení tématu ... 9
1.1 Duševní onemocnění ... 9
1.2 Pomáhající profese ... 12
1.3 Stigma a destigmatizace ... 14
2 Rešerše výzkumů a zdrojů ... 17
3 Propojení tématu s teorií sociální práce ... 19
4 Propojení tématu se sociální politikou ... 23
5 Propojení tématu s metodami a technikami sociální práce ... 29
6 Analýza potřebnosti ... 31
6.1 Dopad na cílovou skupinu ... 31
6.2 Příklady řešení dané problematiky ... 31
6.3 Velikost a případná specifika cílové skupiny ... 31
6.4 Popis metod získání předložených dat a vyhodnocení výchozího stavu ... 35
6.5 Specifikace stakeholderů ... 38
7 Cíl projektu ... 41
8 Cílové skupiny ... 43
9 Klíčové aktivity ... 45
9.1 Harmonogram ... 45
9.2 Rozpočet projektu ... 48
10 Indikátory splnění ... 51
11 Management rizik ... 53
12 Výstupy a předpokládané výsledky projektu ... 55
13 Popis přidané hodnoty projektu ... 57
14 Logframe projektu ... 59
Závěr ... 61
Bibliografie ... 63
Seznam tabulek a obrázků ... 67
Přílohy ... 69
Anotace ... 71

Úvod

Duševní onemocnění postihuje mnoho lidí po celém světě a často s sebou nese negativní stigma a stereotypy. Tento negativní přístup může mít za následek diskriminaci a sociální vyloučení osob s duševním onemocněním, což může vést k dalším zdravotním i sociálním problémům.

Cílem práce je navržení destigmatizačního projektu zaměřeného na sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách, který bude zpracovávat témata prevence, přijetí a vykonávání profese s duševním onemocněním. Konkrétní podoba projektu se bude odvíjet od analýzy potřebnosti. V této práci bude představeno téma duševního onemocnění a stigmatu kolem něj, dále se bude věnovat propojení tématu k oblastem sociální práce a přes analýzu potřebnosti přecházet do praktické části popisující podobu projektu.

Projekt bude zpracován na základě dotazníkového šetření mezi sociálními pracovníky a pracovníky v sociálních službách. Práce neslouží jako obhajoba výkonu profese s akutní nebo těžkou formou duševního onemocnění. Cílem je spíše upozornit na to, co se pod označením „duševní onemocnění“ skrývá, a že ne všechny diagnózy automaticky vyřazují daného člověka z profese.

1 Představení tématu

Pro pochopení tématu je nejprve třeba si ustanovit později zmiňované pojmy a kontext, ve kterém budou užívané. Obecně totiž panuje zmatek či nedorozumění v tom, co který pojem nebo označení představuje. Každý k tématu přistupuje se slovníkem, který zná a který používá a občas se dva nemusejí shodovat. Právě osvětlení základních pojmů tématu práce a sjednocení používaných termínů se věnuje tato kapitola.

1.1 Duševní onemocnění

Pojem duševní onemocnění vzbuzuje nespočet různých konotací. Jedná se o velmi široký, a v posledních letech často opakovaný a používaný pojem, který v sobě zahrnuje spektrum různých potíží. Mluvíme tu především o potížích s ovládáním nálady, myšlení či chování a pozornosti. I laická veřejnost s tématem jistě do kontaktu přišla a dle Národního ústavu duševního zdraví (2021) se duševní onemocnění vyskytuje téměř u 30 % populace České republiky. Toto číslo vzrostlo v průběhu roku 2020, tedy vlivem pandemických opatření. Do roku 2020 se statistika pohybovala kolem 20 %.

Matoušek s Křišťálem (2013) v Encyklopedii sociální práce popisují duševně nemocného člověka, jako jedince, který vykazuje deficity a problémy ve svém prožívání, chování a sociálním fungování. Načež navazují popsáním duševní nemoci jako nemoci, která ovlivňuje psychiku člověka, jeho vnímání, psychické procesy, myšlení a prožívání. Nemoc také zasahuje vnímání vlastního těla či sociální fungování dané osoby.

Zjednodušeně také můžeme říct, že dané osoby mají problémy v navazování a udržování kontaktu s ostatními a naplňováním sociálních rolí. Tyto problémy jsou způsobeny rozdílným vnímáním, myšlením či zpracováváním nálad, než u zbytku populace.

„Duševní onemocnění neboli duševní porucha je stav vyznačující se narušením kognitivních funkcí a/nebo emocí, abnormálním chováním, narušeným fungováním ve společnosti nebo jakoukoli kombinací uvedeného,“ tak tento pojem vysvětluje Americká psychologická asociace. Obě tyto definice se shodují zejména v tom, že se následkem duševního onemocnění mohou vyskytnout problémy či omezení v chování či sociálním fungování. Na druhou stranu Matoušek s Křišťálem (2013) dodávají, a považují za významné, jakým způsobem o lidech s duševním onemocněním mluvíme. Upozorňují na stigmatizaci, která vzniká už samotným špatným označením a připojením nemoci k osobnosti člověka. Z výše uvedeného tak můžeme předpokládat, že vlivem stigmatizace dochází k pokřivení názoru veřejnosti na míru začleňování či chápání jakékoliv odlišnosti. Toto odsuzování může dosahovat diskriminačních rozměrů a šikany.

Michel Foucault, francouzský myslitel druhé poloviny dvacátého století, se tématu duševního onemocnění věnuje hned v několika publikacích. V knize Psychologie a duševní nemoc (1997) popisuje duševní onemocnění jako věc, kterou je třeba diagnostikovat zcela jinými způsoby, než organická onemocnění. Také seřadil duševní onemocnění dle dopadu na fungování jedince, což nazývá **Cyklem patologického rozpadu**:

1. *Ztráta duševní rovnováhy* představuje přechodné poškození psychických funkcí s nevědomými emocionálními schématy.
2. Paranoiu vysvětluje jako *poruchu psychického ladění*. Podotýká ale, že se jedná jen o zveličení běžného lidského chování a zdůrazňuje, že intelekt osoby není zasažen.
3. V případě bludů zmiňuje *rozpadající se strukturu vědomí*, která se nejčastěji projevuje ve spánku. Bludy a halucinace ve bdělém stavu poté považuje za odtlumení snového vědomí.
4. V případě mánií a deprese jde o *rozpad afektivní sféry*, kde je postihnutý pud sebezáchovy a vědomí vlastního těla.
5. V případě schizofrenie jde o *poruchu kapacity ve světě i časoprostoru*.
6. Na závěr demenci popisuje jako *úplný rozpad osobnosti* do takové hloubky, že osobnost již přestává existovat.

Sám se ale vyjadřuje k tomu, že takové rozčlenění je nedostatečné, hlavně kvůli jeho přílišné obecnosti. Je založeno na myšlence regrese, která je ale v tomto případě natolik abstraktní pojem, že nejsme schopni posoudit míru a hloubku regrese, protože každý má jedinečný stav, ze kterého vychází. Klíčem tedy je zkoumat onemocnění v kontextu osobní historie jedince.

Pro řazení onemocnění je využita 10. revize mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN), jelikož 11. revize[1] stále prochází implementací. Ačkoliv v platnost vstoupila 1. ledna 2022, nachází se stále v pětiletém přechodném období.

Duševní onemocnění je zařazeno podle MKN-10 pod písmenem F.

- F00 – F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických
- F10 – F19 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek

[1] Je pouze dostupná anglická verze – ICD-11. Duševní onemocnění jsou zařazena pod kategorii 06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders (duševní poruchy, poruchy chování a neurovývojové poruchy). ICD-11 je poté definuje následovně: „*Duševní poruchy, poruchy chování a neurovývojové poruchy jsou syndromy charakterizované klinicky významnou poruchou kognice, emoční regulace nebo chování jedince, které odráží dysfunkci v psychologických, biologických nebo vývojových procesech, které jsou základem mentálního a behaviorálního fungování. Tyto poruchy jsou obvykle spojeny s úzkostí nebo narušením osobních, rodinných, sociálních, vzdělávacích, pracovních nebo jiných důležitých oblastí fungování.“* (WHO, 2018)

- F20 – F29 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy
- F30 – F39 Poruchy nálady (afektivní poruchy)
- F40 – F49 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy
- F50 – F59 Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými
- faktory
- F60 – F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých
- F70 – F79 Mentální retardace (duševní opoždění)
- F80 – F89 Poruchy psychického vývoje
- F90 – F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci
- F99 - Nespecifikovaná duševní porucha

V základě můžeme duševní onemocnění rozdělit na:

- poruchy nálad (F30 – 39, jako například bipolární afektivní porucha, deprese),
- poruchy chování (F40 – 49, F50 – 59, jako například poruchy příjmu potravy, sexuální deviace, fobie a úzkostné poruchy),
- poruchy osobnosti (F 60 – 69 zahrnující schizoidní poruchy, histrionská porucha osobnosti, závislá porucha osobnosti a jiné) a
- poruchy myšlení (bludy, poruchy kvality nebo rychlosti myšlení, kompulze. Pro účely výzkumu mezi ně byla i zařazena mentální retardace a demence, které právě kvalitu myšlení v základě ovlivňují).

Samotné poruchy osobnosti poté můžeme rozlišovat dle klastrů Ministerstva zdravotnictví ČR, které zveřejnili na svém Národním zdravotním informačním portálu (dále jen „NZIP“), kde představují klastry A, B a C. Tyto klastry jsou vytvořeny na základě ne příliš využívaného mezinárodního diagnostického schématu DSM-5. Klastry jsou poté rozděleny následovně:

Klastr A: tzv. podivíni, tedy nemoci s excentrickým a podivínským chováním – paranoidní, schizoidní a schizotypální porucha osobnosti.

Klastr B: tzv. afektovaní, poruchy s emotivními, dramatickými a náladovými projevy – disociální, histrionská, narcistická a emočně nestabilní porucha osobnosti (impulzivní i hraniční typ).

Klastr C: tzv. úzkostní, poruchy vyznačující se úzkostmi, nutkáními nebo vyhýbavým chováním – anxiózní porucha osobnosti, závislá, obsedantně-kompulzivní a pasivně agresivní porucha osobnosti.

Je důležité nezapomínat, že se mezi duševní onemocnění řadí i poruchy způsobené užíváním psychoaktivních látek včetně odvykacích stavů. Už jen po tomto letmém výčtu

můžeme říct, že v označení „duševní onemocnění“ je nespočetná škála diagnóz, každá s jinými projevy a mírou ovlivnění života jedince. Nedostatečná informovanost společnosti a tabuizování těchto témat mají nepříznivý vliv na možnosti osob s duševním onemocněním se začlenit do běžné společnosti.

Samozřejmě je vhodné vědět, ve které diagnostické kategorii se daná osoba pohybuje, ovšem musíme brát v potaz jeho jedinečnost. Stejné diagnózy určené podle stejného rozřazení se mohou u dvou jedinců diametrálně lišit projevy i prognózou (Mahrová, Venglářová, 2008). Vengléřová s Mahrovou (2008) dále popisují model psychosociální vulnerability, tedy model napomáhající mapování míry zvládání onemocnění a míru zranitelnosti. Pokud se, například terapií, podaří posílit klientovu osobnost. Může to mít pozitivní vliv na ataky a jiné projevy nemoci. Tímto myšlením se také neposuzuje nemoc či zdraví klienta, ale jen jeho psychická odolnost, což vede k méně diskriminujícímu přístupu.

Pro účely této práce byl vytvořen dotazník, který rozděluje duševní onemocnění právě na základě výše zmíněných rozdělení – MKN a klastrů poruch osobnosti Ministerstva zdravotnictví České republiky.

Národní ústav duševního zdraví (dále jen „NÚDZ“) zveřejnil v roce 2021 tiskovou zprávu, ve které popisuje nárůst počtu osob s duševním onemocnění, a to v souvislosti s opatřeními kvůli pandemii covid – 19. Z původního odhadu, že se s duševním onemocněním potýká každý pátý Čech se zvedl výskyt duševního onemocnění na 30 %. Jedná se tedy o nárůst 10 % za tři roky. Zvláště vysoký výskyt můžeme pozorovat u mladých dospělých. Ačkoliv je obecná snaha o osvětu v oblasti duševního zdraví, jsou stále skupiny profesí, kde se situace dlouhodobě nedaří příliš lepšit. NÚDZ hovoří zejména o zdravotnících a učitelích, tedy lidech v oborech podobného charakteru jako je sociální práce. Z toho plyne, že duševní onemocnění nejsou něco, co můžeme přehlížet.

1.2 Pomáhající profese

Pomáhající profese relevantní pro účely této práce jsou sociální pracovník a pracovník v sociálních službách. Oba dva tyto pojmy vysvětluje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „Zákon o sociálních službách“). Podle § 109 sociální pracovník zastává hned několik úkolů. Patří mezi ně výkon sociálního šetření, zabezpečování sociální agendy, řeší sociálně právní problémy v zařízeních služeb sociální péče, poskytuje sociálně právní poradenství (minimálně v základním rozsahu), vykonává odbornou činnost v sociálních službách, vyhledává klienty (depistáž), je poskytovatelem krizové pomoci, věnuje se sociální rehabilitaci (tzv. mikro oblast). Sociální pracovníci vykonávají svoji činnost nejen v sociálních službách. Výkon profese sociálního pracovníka je v Zákoně o sociálních službách zakotvena i pro pracovníky v

jiných sektorech a rezortech sociální práce. Povinností sociálních pracovníků je také zjišťování potřeb obyvatel, koordinování poskytování sociálních služeb a dále vykonává analytickou, metodickou i koncepční činnost (tzv. mezo/makro oblast).

Pracovníci v sociálních službách podle stejného zákona vykonávají přímou obslužnou činnost a základní výchovnou nepedagogickou činnost. Pod dohledem sociálního pracovníka se také mohou podílet na sociálním poradenství či depistáži.

Největším rozdílem mezi sociálním pracovníkem a pracovníkem v sociálních službách poté tkví ve vzdělání a kompetencích. Pro výkon profese sociálního pracovníka je stanovená minimální míra vzdělání – získání titulu Bc./DiS. Ať už v oboru sociální práce, nebo v jiných příbuzných oborech (sociální pedagogika, speciální pedagogika, právo, aj.). Rozdíl v kompetencích je ten, že sociální pracovník samostatně vykonává depistáž, sociální šetření, vyhodnocuje nepříznivou situaci klienta a v sociálních službách uzavírá s klientem smlouvu o poskytování sociální služby, pracovník v sociálních službách těmito kompetencemi nedisponuje.

Matoušek (2003) říká, že sociální pracovník pracuje s klienty a jejich přirozenými skupinami (rodina, přátelé). Může se ale podílet i na přípravě zákonů a vyhlášek.

Sociální práci můžeme popsat i jako službu člověku. Pracovník tedy vykonává činnosti a činí kroky, jejichž výsledkem je poskytnutí podpory a zdrojů v nepříznivých sociálních situacích, popřípadě podpora při zajišťování příznivých životních podmínek (Barker, 2003 in Matoušek, 2013). Sociální pracovníci jsou schopní popsat životní situaci klientů z různých perspektiv, a proto je těžké rozeznat, co je pro ně typické.

Matoušek (2011) také říká, že přirozeným systémem sociální práce je klient a jeho psychická výbava, vztahy nejen k lidem, ale i k organizacím a společnosti jako takové. Proto je tento systém natolik komplexní a složitý, že vede k potřebě využívat velké množství postupů a druhů intervencí. Tím je spojeno i to, že sociální práce jako taková má neostré hrany k odlišení od jiných pomáhajících profesí a často se s nimi prolíná.

Z mého vlastního pohledu se jedná o profesi propojující hned několik oborů, z nichž čerpá jak postupy pro posouzení nepříznivé situace klienta, tak pro následné řešení těchto problémů. Sociálního pracovníka tak lze charakterizovat jako člověka, který hájí a zasazuje se za lidská práva klientů i společnosti. Sociálního pracovníka tedy vnímám jako propojení oborů a profesí.

1.3 Stigma a destigmatizace

„Stigmatizace osob s psychickou poruchou v sobě

nese předpoklad o jejich morální slabosti,

nebezpečnosti, kontaminaci a vině.“

(Ocisková, Praško, 2015, s. 22)

Slovo stigma pochází ze starořečtiny, kdy ho přejala i latina a znamenalo tetování, cejch nebo bodnutí. V dobách antického Řecka se tímto slovem označoval cejch otroků, na základě kterého dané jedince společnost vylučovala. Pojem stigma můžeme nalézt i v bibli, ať už mluvíme o čarodějnických znameních nebo o Kristových ránách v rukou po hřebech, kterými byl přibit na kříž. Dále se vyskytovalo jako tělesné známky onemocnění, jako je mor nebo lepra. V 19. století se poté pojem stigma modifikoval a byl používán v kontextu kriminalistiky. Cílem bylo nalézt, v čem se kriminálníci vzhledově odlišují a preventivně zakročit před spácháním činu. (Ocisková, Praško, 2015, s. 11-12)

Z krátkého výčtu tedy můžeme vyčíst, že se vždy jednalo o snahu někoho rozpoznat a segregovat ze společnosti. Hartl a Harlová (2009, in Ocisková, Praško, 2015, s. 12) ji poté v Psychologickém slovníku definují jako „společenský předsudek vůči někomu, jemuž jsou pak přisuzovány předem definované záporné vlastnosti“.

Podle Goffmana (2003) stigmatizace nastává, když jedinec má nějakou vlastnost nebo charakteristiku, která se v dané společnosti považuje za negativní, neobvyklou nebo neakceptovatelnou. Tato vlastnost může být například fyzická odlišnost nebo vada, duševní nemoc, sexuální orientace, náboženství nebo rasová příslušnost. Stigmatizace může mít pro jedince závažné následky, jako je snížení sebevědomí, pocit vyloučení ze společnosti a omezení možností v oblasti zaměstnání, vztahů a dalších oblastí života. Goffman se zabýval také tím, jak jedinci s takovými stigmaty pracují a jak se snaží prezentovat sami sebe tak, aby minimalizovali negativní dopady svého stigmatu.

Podle Goffmana (2003) jsou jedinci s takovými stigmaty často vystaveni tzv. "diskvalifikaci", což znamená, že jejich stigmatizovaná vlastnost je vnímána jako hlavní rys jejich identity a ovlivňuje to, jak jsou vnímáni ostatními lidmi. Goffman se také zabýval tím, jak se jedinci s takovými stigmaty snaží prezentovat sami sebe tak, aby minimalizovali negativní dopady svého stigmatu. Celkově lze říci, že se Erving Goffman věnoval fenoménu stigmatizace a ukázal, jak negativní důsledky může mít pro jedince a jejich interakce s ostatními.

Na Goffmanův výzkum později navázal Link (1999) vytvořením modifikované teorie nálepkování (modified labelling theory). Stigma označuje za soubor vzájemně se prolínajících částí a jako označení. Toto označení slouží k adresování odlišnosti, které jde

ruku v ruce se stereotypním myšlením a negativním konotacím. Separace jedince od společnosti poté vede ke ztrátě sociálního statusu a k diskriminaci (Link, Phelan, 2001).

Thornicroft (2006) přichází s tripartitou, která definuje stigma: neznalost, předsudky a diskriminace.

Zjednodušeně řečeno můžeme stigma přeložit jako „nálepku“ nebo „škatulku“. Na základě jedné informace zařadíme člověka do skupiny lidí se stejným znakem, bez ohledu na to, zda se v ostatních aspektech života se skupinou slučuje nebo ne. Vlivem tohoto označení vzniká například bariéra k rovným příležitostem, změna v chování okolí k danému člověku (šikana, podceňování,..) a může vézt k úplnému vyloučení ze společnosti. Stigma není tématem jen duševního onemocnění, a prolíná se všemi cílovými skupinami i oblastmi sociální práce. Stigmatizace vzniká například na základě rasy, zdravotního stavu, zaměstnání či dosaženého vzdělání. Rolí sociálního pracovníka, zejména v antiopresivním přístupu, je tato rizika rozpoznat a minimalizovat následky, například destigmatizační činností.

Ocisková a Praško (2015) rozvíjí Goffmanovo učení, kdy poukazují na fakt, že je stigmatizace často používána k ideologickým účelům (například žlutá Davidova hvězda), ovšem poukazují na důležitý rozdíl mezi stigmatem na základě rasy a duševního onemocnění. Stigma na základě rasy je aplikováno plošně, bez potřeby člověka více poznat. Duševní onemocnění ale působí na základě úzkého mezilidského kontaktu, jako je prostředí rodiny nebo pracovního kolektivu.

Nemoc lze chápat jako deviaci, za jejíž vznik není člověk zodpovědný a není za ni ani nijak trestaný, sankcionovaný. Historicky jsou ale nemoci, které byly vždy stigmatizovány. Příkladem takových nemocí jsou lepra, pohlavní choroby nebo právě psychické poruchy. *„U duševních poruch je odmítání jedinců jimi trpících teoreticky vázáno na pokračující odchylné chování, které proti okolí vyjadřuje určitý stupeň ohrožení.* ***Je dosud nezodpovězenou otázkou, proč stigmatizace a tím i odmítání fungují i u poruch, kde takové odchylné chování není vyjádřeno*** *(úzkostné poruchy, somatoformní poruchy). Pravděpodobně zde funguje samotná nálepka – jej účinnost může být větší než další informovanost o jedinci.“* (Hatzenbuehler et al., 2013, in Ocisková, Praško, 2015). Autoři se dále zamýšlí nad tím, že nálepka duševní nemoci nereflektuje její jednotlivé typy. Stigmatizací je nezřídka i samotný kontakt s psychiatrickými institucemi, zejména informace o hospitalizaci, o níž se okolí může dozvědět například prostřednictvím pracovní neschopnosti pro zaměstnavatele nebo prostá návštěva psychiatrické ambulance.

Do této situace se může paradoxně dostat i sociální pracovník, který svého klienta doprovází na návštěvě takové ambulance. V rámci praxe jsem byla svědkem situace, kdy sociální pracovnice doprovázela klienta do psychiatrické ambulance, která se nachází na běžné poliklinice se společnou čekárnou i pro jiné odbornosti. Při čekání na klienta, který byl v ordinaci, ji míjeli známí, kteří se ostýchali zastavit, zeptat se a domnívali se, že na

lékaře čeká ona sama. Druhý den se již hovořilo mezi kolegy o tom, že tato pracovnice „má problém“, protože chodí na psychiatrii.

Destigmatizace jako taková poté pracuje se stigmatem a pomocí různých nástrojů se snaží o jeho zmírnění. Nejčastěji formou osvěty. Příkladem destigmatizačního projektu v oblasti duševního zdraví je například projekt Zeď bláznovství, který se pořádá v Brně. Tuto akci pořádá organizace Práh Jižní Morava, z.s. a jejím smyslem je poukázání, že každý může mít tu „nálepku diagnózy“, a nemusí to okolí ani vědět. Dále v rámci akce představují příběhy osob s duševním onemocněním, jak vypadá jejich život, co se u nich po rozvinutí diagnózy změnilo a vypichují úspěchy i, z pohledu společnosti normální životy, těchto osob.

2 Rešerše výzkumů a zdrojů

Cílem práce je vytvoření teoretického základu pro návrh destigmatizačního projektu. Úkolem projektu nebude obhajovat výkon pomáhající profese osobami s duševním onemocněním, nýbrž upozornit na fakt, že ne všechny formy duševního onemocnění jsou překážkou.

Pro zpracování práce byly nejprve využity online databáze EBSCO a GOOGLE SCHOLAR. Pro zadávání byla využita **klíčová slova** *stigma, duševní onemocnění, sociální práce, destigmatizace, sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách* při hledání odkazů v českém a slovenském jazyce. Pro vyhledání zahraničních materiálů byly použity překlady klíčových slov, tedy: *social work, social workers, mental illness, stigma, helping proffesion a destigmatizatio*n. Klíčová slova byla zadávána postupně a v různých kombinacích.

Samotné téma duševního onemocnění a stigmatu jako takového, je v databázích skloňovaná poměrně často. Při zadání klíčových slov *stigma a mental illness* do databáze EBSCO a jejich prozkoumání, bylo nalezeno 196 odkazů, která se tématu skutečně věnovala. Databáze GOOGLE SCHOLAR pro stejná klíčová slova vrátila větší množství výsledků, ale při bližším zkoumání bylo odhaleno, že se jedná o duplicitní odkazy z databáze EBSCO nebo se k tématu téměř nevyjadřovaly. Po posouzení vhodnosti zůstalo odkazů 9. Při přidání klíčového slova helping proffesion se vyselektoval malý počet odkazů, ovšem žádný z nich se na téma nedíval ze stejného pohledu jako tato práce, nýbrž popisovaly způsob práce s klienty s duševním onemocněním nebo veřejné mínění o službách pracujících právě s osobami s duševním onemocněním (domovy se zvláštním režimem, sociální rehabilitace apod.).

Odkazy nalezené těmito platformami byly použity v průběhu práce na různých místech. Kniha Stigma: poznámky k problému zvládání narušené identity (Goffman, 2003) vysvětluje pojem stigma a tvoří páteř kapitoly 1.3. Bruce Link a jeho dvě práce Conceptualizing stigma (2001) a Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousnes and social distance (1999) velice vycházejí z Goffmanova smýšlení o stigmatu a rozvíjí jeho myšlení. Článek Stigma: ignorance, prejudice or discrimination (Thornicroft, 2007) poté dále opakuje Goffmanova tvrzení a přidává popis složek stigmatu.

Další vyhledávání probíhalo i v databázi Knihovny Univerzity Palackého v Olomouci. Při kombinaci klíčových slov duševní onemocnění a pomáhající profese byla nalezena jedna bakalářská práce, která byla vyhodnocena jako nevhodná. Pro klíčová slova sociální práce a duševní onemocnění bylo nalezeno 83 odkazů, ze kterých byly automaticky vyfiltrovány kvalifikační práce. Po tomto filtru zbylo 8 odkazů, ze kterých po posouzení vhodnosti zůstala jen kniha *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním* (Mahrová, Venglářová, 2008). Při hledání kombinace stigma a duševní onemocnění bylo

nalezeno 16 odkazů, po vyřazení kvalifikačních prací zůstaly 2, kdy ani jeden nebyl posouzen jako vhodný. Při změně slova stigma na stigmatizace bylo nalezeno 16 odkazů, 2 z nich prošly filtrem odstranění kvalifikačních prací, přičemž pouze jeden byl posouzen jako vhodný, a to *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch* (Ocisková, Praško, 2015).

Ačkoliv je téma duševního onemocnění v současné době časté, úhel pohledu zvolený touto prací, se zdá být jedinečný. Právě proto považuji za správné téma rozvíjet a věnovat se mu. Odkazy vyhledány databázemi posloužily jako teoretický základ pro analýzu potřebnosti sestavenou dotazníkovým šetřením.

3 Propojení tématu s teorií sociální práce

Matoušek (2011) říká, že v sociální práci je snaha nejen o praktické zlepšování a působení oboru, ale má tendence i k působení coby vědecká disciplína. Pro to, aby se vědecká část oboru měla o co opřít je třeba stanovit paradigmata, která Kuhn (1996, in Matoušek, 2011) ve společenských vědách představuje jako soubor přesvědčení, hodnot a technik sdílený celou vědeckou obcí. Paradigmata v sociální práci vymezil Payne (1997, in Kodymová, 2011), ovšem Kodymová upozorňuje, že stále nedošlo ke shodě a považuje za přehlednější používat označení „přístupy k teoriím a praxi sociální práce“. V tomto pojetí poté pracujeme se třemi, běžně vyučovanými paradigmaty, a to: terapeutický přístup, poradenský přístup a **reformní přístup**. Právě o reformním přístupu Kodymová mluví jako o přehlíženém nebo dokonce neuchopeném.

Reformní přístup také obvykle zdůrazňuje potřebu účinného zapojení komunitních zdrojů a spolupráce mezi různými organizacemi a agenturami, které poskytují služby. V rámci tohoto přístupu se často používají nové technologie a inovativní metody, aby byly zlepšeny efektivita a dostupnost služeb. Je v něm obsažena i práce s médii a veřejností. Významnou součástí reformního přístupu je také posilování etických a morálních standardů v sociální práci a zvyšování kvalifikace pracovníků v oboru. Cílem je zajistit, aby služby sociální práce byly poskytovány v souladu s nejlepšími standardy a že pracovníci v této oblasti mají dostatečné znalosti a nástroje k poskytování kvalitních služeb.

Reformní paradigma (přístup) je zaměřeno na úsilí o změnu společenského prostředí. Kodymová (2011) upozorňuje, že v praxi české sociální práce se pracovníci tradičně orientují spíše na odstraňování důsledků, než na práci s příčinou samotnou. Představa sociálního fungování se pojí s vizí společenské rovnosti, v různých dimenzích společenského života. Právě společenská změna je něco, k čemu by výsledek této práce měl směřovat. Cílem práce je vytvoření teoretického základu pro návrh destigmatizačního projektu, který má potenciál ovlivnit vnímání duševního onemocnění jako překážky k výkonu profese, tedy má reformní charakter. A to jak v kontextu změny názoru na slučitelnost duševního onemocnění a výkonu pomáhající profese, tak v náhledu na možné předcházení problémům z toho vyplývající.

Přístup jako takový, nemyšlen ve smyslu paradigmatu, vysvětluje Matoušek (2011) jako preferované nastavení pracovníka nebo organizace. Obecně určuje rozsah a způsob práce a tížený cíl nebo roli pracovníka ve vztahu ke klientovi (poradce, (socio)terapeut, koordinátor, kritik systému).

Fenomenologie pokládá za hlavní atributy lidství situovanost ve světě a lidských vztazích. Pokud budeme následovat Beckerovou (1992) a její dělení tohoto přístupu, zjistíme, že empirický typ tohoto přístupu se zabývá procesem zpracování událostí. Klíčové je, že nehledá příčiny, ale naopak hledá kvality a staví na významných situacích.

Proto je tento přístup relevantní pro tuto práci – důležitá tedy není příčina, tj. diagnóza jako taková, ale projev jedince, schopnost práce se sebou samotným a dopad na jeho běžné fungování, a to, jak se daný pracovník v pomáhající profesi chová a jak reaguje v běžných pracovních situacích.

Tímto přístupem se můžeme pokusit hodnotit, na kolik je duševní onemocnění překážkou, nebo naopak výhodou, při výkonu profese. Fenomenologický přístup bývá kritizován pro své opomíjení otázky „proč“, což ale osobně vnímám jako vhodné pro objektivní posouzení kompetencí k vykonávání pomáhající profese. Otázce „jak“ naopak přikládám větší význam právě proto, že nám dovede odpovědět na otázky spojené s překonáváním překážek k výkonu profese. Klíčové je zjistit, jak dané osoby reagují na náročné situace, jaké strategie chování volí a jak je zpracovávají.

Faucalt (1997) představuje Wyrschovu (1949, in Faucalt, 1997) perspektivu na duševní onemocnění pomocí fenomenologické reflexe. Popisuje fakt, že je pouze mýtem, že pacient nemá vědomí o své diagnóze a její průběh i dopady se uvědomuje. I případný výpadek vědomí nějakým způsobem reflektuje, ačkoliv se tato reflexe liší od reflexe, kterou poskytne lékař.

Z pohledu fenomenologie může být na chorobu nahlíženo různými způsoby.

1. Jako status objektivity, která ukazuje maximální vzdálenost do vědomí. Pacient prožívá nemoc uvnitř svého těla a napovrch proniká formou fyziologických projevů (hysterické znaky). Tyto projevy mohou být pro pacienta cesta k pochopení nemoci.
2. Srůstání chorobného procesu s osobností (nutkání, paranoia, schizofrenie). Své projevy berou jako součást vlastní osobnosti a snaží se je normalizovat.
3. Vytvoření autonomního světa jako reakci na paradoxní jednotu (na snahu o přijetí nemoci). Jedná se o propojení reálného světa a světa bludů do jednoho světa působícího jako realita, které jedinci působí osamocení.
4. Pohlcení autonomním světem (poslední stádium schizofrenie a stavy demence). Člověk si uvědomuje oddělení od reálného světa, ale nedokáže se do něj sám navrátit.

Celé rozdělení shrnuje tak, že nezáleží na stupni zastření vědomí, protože vlastní vědomí jedince a choroby nezmizí.

Cílem **antiopresivního přístupu** je zmírnění či odstranění nerovnosti. Tento přístup je relevantní právě díky potlačování stigmatu, které kolem osob s duševním onemocněním setrvává. Pro tento přístup je výchozí oprese, neboli znevýhodnění určitých společenských skupin. Takzvané anitopresivní vědomí, jak to popsal Thompson (in Matoušek, 2013), by mělo být jádrem dobré praxe ve směru ke klientům. Vyvstává tu otázka, zda by toto vědomí nemělo být i směrem ke kolegům. Dále říká, že základní

hodnoty antiopresivního přístupu jsou spravedlnost, rovnost a participace. A právě o rovnost a rovný přístup se snaží tato práce. Aby toto popsání bylo spravedlivé a rovné, musí být osvobozeno od stigmatu, které je kolem osob s duševním onemocněním vytvářeno.

Z hlediska sociální práce nemůžeme opomenout ani **etické hledisko**. Provázání na etický kodex je jasnější, pokud pracovníka v pomáhající profesi považujeme za klienta.

Etický kodex dle profesního svazu sociálních pracovníků (2017) říká: *„Sociální pracovník se zaměřuje na klientovy silné stránky a podporuje jej při řešení dalších oblastí jeho života.“*

Často se stává, že jsou osoby s duševním onemocněním podceňovány a škatulkovány na základě jejich diagnózy, nikoli na základě jejich schopností. Naším úkolem, jakožto sociálních pracovníků, je podporovat osoby ve využívání jejich silných stránek a napomáhání k překonávání těch slabých. Tedy bychom naše kolegy s duševním onemocněním měli podporovat v jejich sociálním fungování a přijímat je, stejně jako klienty, bez rozdílů. Ze zkušeností ovšem již víme, že se tak neděje a někteří mají z těchto osob strach, ačkoliv jsou zaléčení, v klidovém stádiu nemoci nebo jejich onemocnění nemusí mít na výkon profese žádný vliv.

Na to navazují i další body etického kodexu: *Přispívá k začlenění klienta do přirozeného prostředí a napomáhá při řešení problémů v dalších aspektech jeho života. A také: Předchází a odstraňuje diskriminaci a násilí v organizaci.*

Začleněním můžeme rozumět i výkon profese, kterou si zvolí a nepřísluší nám bez dalších důvodů tyto osoby diskvalifikovat.

Nepoškozuje kolegy, nevyjadřuje se o nich hanlivě, neznevažuje jejich osobu.

K tomuto bodu mohu zmínit i příklad z praxe. Jednalo se o situaci v kolektivu pracovnic v sociálních službách pečovatelské služby. Jedna z nich měla diagnostikované a léčené deprese v klidovém stádiu, přičemž její zdravotní stav byl způsoben obtížemi v osobním životě i přetěžováním v práci nikoliv diagnózu při vstupu do profese. Po zaléčení a terapii byla nadále plnohodnotnou členkou pracovního týmu. I přesto jedna kolegyně její předchozí akutní stavy opakovaně veřejně komunikovala jak v kolektivu, tak před klienty. Otevřeně mluvila o její nemoci a znehodnocovala její práci. Toto jednání porušuje hned několik bodů etického kodexu, ať už otázky ochrany soukromí, tak diskriminace nebo třeba bodu o nepoškozování kolegů.

Samotná stigmatizace skupiny obyvatelstva není etická vůči dané skupině. Z pohledu etiky nejednáme správně, pokud na základě něčeho, co daná osoba není schopna ovlivnit, odpíráme možnosti bez jiného důvodu – například volbu povolání. Pokládám za eticky správné dát všem stejné šance a ať o jejich profesních kvalitách rozhodnou oni sami a jejich schopnosti, ne diagnóza.

Z pohledu Kantovy deontologické etiky řešíme kategorický imperativ. Říká nám, abychom s ostatními jednali tak, jak chceme, aby oni jednali s námi (Fisher, 2021). Takže

pokud se na diskriminaci osob s duševním onemocněním podíváme skrze tuto teorii, můžeme se sami sebe ptát na otázku, zda bychom i my chtěli být posuzování na základě něčeho, co neovlivníme a snažíme se na tom pracovat. Situaci záměrně převedu na jinou formu zdravotního znevýhodnění – nemůžete pracovat s lidmi, pokud máte oční vadu, můžete je ohrozit při pohybu. Bez ohledu na to, že tuto vadu kompenzujete například brýlemi (stejně, jako osoby s duševním onemocněním užívají medikamenty nebo využívají terapie).

4 Propojení tématu se sociální politikou

Ministerstvo zdravotnictví ČR ve svém Národním akčním plánu pro roky 2020 – 2030 uvádí, že ekonomické náklady, které vznikají v souvislosti s výskytem duševních onemocnění, dopadají nejen na jedince, ale i stát a zaměstnavatele – tedy dotýkají se všech a to v nemalých rozměrech. Jedince nemoc ekonomicky ovlivňuje omezením v **zaměstnání**, zaměstnavatelům plynou problémy ze ztráty produktivity práce a absence zaměstnanců. Stát na sebe zase přebírá náklady na **zdravotní péči** a **sociální pomoc**. Včetně invalidních důchodů a příspěvků na péči, které jsou jejich nejrychleji rostoucí příčinou (Janoušková et al., 2001; Janoušková et al., 2014 in mzcr.cz). Sociální politiky se téma tedy neodmyslitelně dotýká a přiblížení těchto propojení představuje tato kapitola.

Téma práce se dotýká hned tří principů sociální politiky. **Princip spravedlnosti** hovoří o rovných podmínkám, které stigmatizace narušuje. Představuje opak křivdy a dá se na něj dívat hned z několika úhlů pohledu. Spravedlnost právní můžeme posuzovat na základě zákona č. 198/2009 Sb., známého jako Antidiskriminační zákon. Ten v §5, odstavec 6 určuje, že duševní onemocnění počítá spolu s tělesným, smyslovým, mentálním a jinými, mezi zdravotní postižení dle tohoto předpisu. Antidiskriminační zákon však v §6, odstavec 3*: „Diskriminací není rozdílné zacházení ve věcech práva na zaměstnání, přístupu k zaměstnání nebo povolání, ve věcech pracovních, služebních poměrů nebo jiné závislé činnosti, pokud je k tomu věcný důvod spočívající v povaze vykonávané práce nebo činnosti a uplatněné požadavky jsou této povaze přiměřené…“* Argumentace právě tímto odstavcem, je zcela na místě, protože skutečně – ne každá forma či fáze onemocnění je slučitelná s výkonem profese. Ovšem nevidím důvod posuzovat všechna duševní onemocnění stejně (viz klasifikace výše). Spravedlnost sociální, která se zabývá přerozdělováním prostředků sociální politiky státu můžeme podstatně propojit s principem solidarity a subsidiarity (Duková, Duka, Kohoutová, 2013).

Krebs (2010, str. 28) k sociální spravedlnosti dodává, že nejde jen o otázku přerozdělování příjmů, ale také o rozdělení životních příležitostí a předpokladů mezi jednotlivé skupiny a občany. Dále podotýká, že téma sociální spravedlnosti je spojeno se silným politickým nábojem a hýbe společností, ačkoliv se vlastně jedná o dost relativní pojem, který se dá uchopit hned několika, navzájem protichůdnými, způsoby. Tomeš (2010, str. 328) tento princip nazývá **uniformitou**, nebo zásadou rovnosti a vysvětluje ho jako: „úsilí zabezpečit všechny oprávněné osoby podle stejných, jednotných pravidel nikoli však podle zásady všem stejně.“ Můžeme to vysvětlit tak, že jsou nastavena jednotná pravidla na principu zásluhovosti. Rozdíly mezi občany poté nedělá systém, ale dělají ho občané sami svým přičiněním nebo lhostejností.

Princip solidarity popisuje mezilidskou podporu, potřebnou pro zvládání životních situací. A považuji ji za nezbytnou i pro zvládání duševního onemocnění. Ať tu budeme mluvit o solidaritě na mezinárodní úrovni, například Světové zdravotnické organizace, nebo místní solidaritě, která pomáhá ve formě spolků nebo neziskových organizací. Nezbytná je i samotná solidarita na úrovni jedinců mezi členy rodiny, ať už se jedná o výpomoc během akutní fáze onemocnění či jinou formu podpory. Nemůžeme opomenout ani obligatorní formu solidarity, tedy formu povinných odvodů do systému, čímž se osoba podílí na financování adresované pomoci – příspěvků na péči, invalidních důchodů. (Duková, Duka, Kohoutová, 2013)

Krebs (2010, str. 32) k sociální solidaritě říká, že se jedná o vzájemnou podporu a sounáležitost sloužící k naplňování principu spravedlnosti, a to na základě svobodné vůle lidí. Tento princip popsal už Masaryk (1932, in Krebs, 2010, str. 32) a to jako formu splacení dluhu společnosti a minulým generacím. Dále Krebs popisuje dvě hlediska solidarity, a to solidaritu vertikální a horizontální. O vertikální můžeme mluvit například o již zmiňované mezinárodní solidaritě, například spolupráce mezinárodních organizací na osvětě tématu nebo finanční podpoře. Jako horizontální hledisko je často zmiňovaná solidarita mezigenerační, kdy ekonomicky aktivní jedinci přispívají na ekonomicky neaktivní. Například v případě invalidních důchodů osob s duševním onemocněním. Tomeš (2010, str. 329) mluví o **participaci** neboli zásadě účasti, kterou popisuje shodně s Krebsovým horizontálním hlediskem.

Oblast solidarity neodmyslitelně navazuje na **princip subsidiarity** a postupné pomoci, kdy má pracovník s diagnostikovaným duševním onemocnění záchranou síť vytvořenou systémem. V principu subsidiarity je však stále apelováno na pomoc vlastními prostředky, prostředky rodiny a až na konec pomoc státu.

Principy solidarity a subsidiarity můžeme zařadit pod **ochrannou funkci** sociální politiky, která řeší již vzniklé situace. Chrání jedince před znevýhodněním v ekonomické či sociální oblasti (nezaměstnanost, nemoc,…). Chrání však i společnost jako celek před výskytem těchto jevů – preventivní programy. Ochrana jedince může probíhat již zmíněnými dávkami sociální ochrany, které plní **rozdělovací a přerozdělovací funkci** sociální politiky. Přerozdělení má za úkol zmírňovat nerovné postavení občanů, a to i osobám, které se z důvodu nepříznivé životní situace nemohou zapojit do ekonomických činností. Pomoc je formou přerozdělováním příjmů a mezd. Pod tuto funkci však spadá i ochrana v podobě státní správy, školství, zdravotnictví, justice a obrany (Duková, Duka, Kohoutová, 2013). **Funkce stimulační** poté stabilizuje společnost jako celek. Má vliv na všeobecnou prosperitu, ale i na růst vzdělanosti a zaměstnanosti. Kombinace garance základních jistot, avšak například snižující se podpora v nezaměstnanosti, nenechají jedince tzv. propadnou systémem, ale životní jistota má uklidňovací efekt, snižující se podpora poté motivační charakter k navrácení se na pracovní trh. **Preventivní funkce** poté předcházím negativním důsledkům událostí již vzniklých, odstraňuje a snižuje jejich

faktory, které brání reintegraci do společnosti. Je poskytována osvětovou činností či poradenstvím různého druhu (Francová, Novotný, 2008 in Duková, Duka, Kohoutová, 2013).

Nedílnou součástí sociální politiky je **politika zdravotní**. Holistický přístup nám též poukazuje na fakt, že psycho a bio část ovlivňují část sociální. Duševní onemocnění je nemoc jako každá jiná, která zasahuje do života dané osoby. Pracovníci v pomáhajících profesích jsou vystaveni stresovým situacím, které mohou mít dopad právě na jejich psychické zdraví nebo léčbu. Vliv na psychický stav může mít jak práce samotná, tak strach z odsouzení kolegy/klienty nebo třeba jen nevyhovující pracovní podmínky pro dodržování léčebného plánu. Nemoc jako takovou můžeme definovat jako sociální událost v případech, kdy osoba není schopná nemoci zabránit, nebo nemá dostatek prostředků a sil k jejímu odvrácení nebo na její léčbu (Kohoutová, 2013). Invalidita je poté přechodné nebo trvalé poškození nejen tělesného, ale i duševního charakteru. Následkem poškození je poté snížení pracovního a společenského uplatnění. Na rozdíl od nemoci nevyžaduje jen léčbu, ale i reintegraci (WHO 1999, Knausová, 2007 in Duková, Duka, Kohoutová, 2013).

Akutní léčba, tedy léčba prováděná až po propuknutí nemoci, je poté problém v rámci celého systému nákladná. V rámci zdravotní politiky se poté stát snaží především působit preventivně a propuknutí nemoci odvrátit. Jedná se například o systém povinného zdravotního pojištění nebo pravidel pro bezpečnost práce. Tyto nástroje se ovšem mnohem výrazněji týkají ochrany před tělesným úrazem či nemocí a prevence duševního onemocnění není dostatečná, ačkoliv si nedovoluji tvrdit, že není žádná.

Projektem chci cílit právě na vztahy a obecně prostředí na pracovištích. Potenciál vidím v tom, že pokud se podaří zmírnit stigma kolem duševního onemocnění, rozšíří se povědomí o tom, co vlastně znamená mít duševní onemocnění a jak na něj reagovat, může se snížit potřeba nemocenských dovolených pracovníků s duševním onemocnění, či v krajních situacích by se mohlo předcházet odchodům do invalidních důchodů.

Celou touto kapitolou se nese jedno téma a to ekonomická aktivita jedinců, která je součástí **politiky zaměstnanosti**. Ne všechny formy duševního onemocnění ovlivňují možnosti na otevřeném trhu práce. Jsou diagnózy, které pracovní výkonnost nijak neovlivňují nebo ji ovlivňují minimálně. Vlivem stigmatu a označení všech forem a fází duševních onemocnění se ale pracovní trh stává občas nedosažitelný pro osoby s duševním onemocněním, které by se však plnohodnotně uplatnily.

Politika zaměstnanosti se věnuje vytváření podmínek pro rovnováhu na trhu práce. Problematiku řeší zejména zákon č. 262/2006 Sb., **zákoník práce**, zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti a zákon č. 73/2011 Sb., **o Úřadu práce České republiky a o změně souvisejících zákonů**. Základní občanské právo je být zaměstnaný. Stát má tedy ustanovená zákonná opatření pro pomoc se získáváním zaměstnání a také garanci hmotné podpory nezaměstnaným osobám (Duková, 2013).

Trend poslední doby je **reforma psychiatrické péče**, její deinstucionalizace a obecně znovu začleňování osob s duševním onemocněním do společnosti, stejně tak vytvořit síť služeb toto umožňujících (např. centra duševního zdraví). Sociální pracovníci dlouhodobě bojují o smazaní nálepek, se kterými zápasí jejich klienti. Osoby s duševním onemocněním byly přijaty do pomáhajících profesí jako peer pracovníci, což je obrovský krok dopředu, stejně ale zůstává otázkou, jak by většina sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách reagovala například na nového kolegu, který o svém onemocnění otevřeně mluví. Ve znovuzačleňování tedy vidím průsečík s tématem práce.

Celý projekt by měl být koncipován formou **vzdělávání osob v pomáhající profesích**. Vzdělávání jako takové je pevně ukotveno v Zákoně o sociálních službách, přesněji v § 111: „Zaměstnavatel je povinen zabezpečit sociálnímu pracovníku další vzdělávání v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok, kterým si obnovuje, upevňuje a doplňuje kvalifikaci…“ a proto považuji toto propojení za validní.

Destigmatizační projekt navrhovaný v této práci bude koncipován formou akreditovaného semináře MPSV, aby mohla být účast na něm považována za splnění zákonné povinnosti se vzdělávat u sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách. Legislativa vztahující se k akreditaci programů je zastoupena vyhláškou č. 176/2009 Sb., kterou se stanoví náležitosti žádosti o akreditaci vzdělávacího programu, organizace vzdělávání v rekvalifikačním zařízení a způsob jeho ukončení.

Jako odpověď na exkluzi osob s duševním onemocním by měli sociální pracovníci a sociální politika obecně, usilovat o **inkluzi** (sociální začleňování) těchto osob. Hora (2013, in Matoušek, 2013, s. 232) sociální začleňování vysvětluje jako proces využívaný sociální politikou, jehož cílem je navrácení osob vyloučených zpět do společnosti, a to skrze změnu životních situací, srovnání lidských práv a povinností, ekonomických podmínek a životních šancí. Sociální začleňování je také tématem evropské politiky a to jako součást strategie vůči sociálně znevýhodněným osobám.

Pokud hovoříme o problematice přijímání určité skupiny obyvatel v kontextu sociální politiky, považuji za vhodné se nevěnovat jen současnému systému, ale i **výchozímu stavu, tedy tomu, jak se společnost k dané problematice stavěla v průběhu historie.**

Ocisková a Praško (2015) se tématu stigmatizace věnují přímo v kontextu duševních onemocněních v knize Stigmatizace a sebestigmatizace i psychických poruch. Hned v úvodu popisují postavení osob s duševním onemocněním v historickém kontextu, kdy byly do 5. století před naším letopočtem osoby s duševním onemocněním považováni za posedlé ďáblem a jinými nadpřirozenými silami. Hippokrates následně jako první stanovuje první diagnózy – mania, frenitis, hysteria a melancholia – a ustanovuje první přístupy k léčbě. I tak byly ale léčebné pokusy u osob s duševním onemocněním ojedinělé a ve středověku, kdy se církev znovu dostala k moci, se společnost opět k vrátila k vymítání ďábla. Duševní onemocnění byla vyňata z medicíny a plně spadala pod agendu

věrouky. Mučení, bití a uvězňování osob s duševním onemocněním pokračovalo až do poloviny 18. století. Jak je zřejmé, v historii byli lidé s duševním onemocněním vyčleňováni ze společnosti, označováni a nálepkováni bez nároku na lidské a medicínské zacházení.

Velkou šancí k posunu bylo učení profesora Johannese Weyera v 16. století, který tvrdil, že duševní onemocnění mají medicínské příčiny. Jeho učení někteří považují za první reformu psychiatrie, v jeho době však bylo potlačeno. Jeho nauka „chuť a touha versus averze a nechuť" však předběhla o jeden a půl století Fredovi teorii libida a nevědomí. V druhé polovině 18. století poté Boissier de Sauvages poprvé popisuje úzkostné stavy, a to jako „pocity hrůzy pocházející z nadměrné představivosti". Na konci 18. století poté dochází k druhé psychiatrické revoluci a Philippe Pinel osvobozuje 50 osob s duševním onemocněním z věznice, kde byli do té doby většinou drženi, a zahajuje období psychiatrického ústavnictví, ve kterém se svým způsobem nacházíme do teď.

Ačkoliv se v 19. století snažila péče o osoby s duševním onemocněním tvářit lékařsky, stále z pohledu dnešního člověka působí barbarsky a nelidsky. Nejčastější terapií v tomto období byla hypnotika a sedativa. První vlaštovkou byla na počátku 20. století psychoanalýza. Poté následoval vývoj antipsychotik potlačující bludy a halucinace, lobotomie, elektrokonvulzivní terapie (která se dodnes využívá u případů těžké deprese) a jiných metod, které však měly nechtěné vedlejší účinky.

Tento výlet do historie poukazuje na fakt, že osoby s duševním onemocněním byly vždy považovány za hříčky přírody, za posedlé, nebezpečné. Také potvrzuje Goffmanovo tvrzení, že stigmatizovaný jedinec je považován za někoho, kdo je méně než člověk (1963, in Ocisková, Praško, 2015, s. 21). První naděje na inkluzi osob s duševním onemocněním do společnosti se objevily teprve nedávno, z pohledu historie, a to v posledních 150 letech, během kterých ale i tak byli terčem vraždění v průběhu druhé světové války na základě zákona o prevenci hereditárních chorob. Až na konci 20. století je upouštěno od automatické hospitalizace a hovoří se o péči v přirozeném prostředí. Ačkoliv psychiatrie jako obor roste rychle, pohled veřejnosti se mění jen velice pomalu, nebo vůbec.

5 Propojení tématu s metodami a technikami sociální práce

Pokud se zabýváme veřejným míněním o osobách s duševním onemocněním, stigmatizaci a jejich přijetí do profese, nemůžeme opomenout **agenda setting**. Proces, který se zabývá prosazováním témat do veřejného prostoru (Reifová, 2004, s. 16). Zejména se používá tam, kde dochází k výraznému prosazení tématu u veřejnosti.

McCombs (2009, s. 26) říká, že média neovlivňují názory a postoje veřejnosti přímo, jen na ně působí a nastolují agendu tím, že ovlivňují významnost a frekvenci zmiňování témat. Média ovlivňují to, co lidé vnímají jako důležité a relevantní tím, že určují, co se objevuje v zpravodajských příbězích a jak jsou tyto příběhy prezentovány. Tím rozpoutávají diskuze, které mají vliv na různé oblasti. Například McCombs (2009) studoval vliv médií na výsledky prezidenských voleb v roce 1968. Pozornost zaměřoval na 100 nerozhodnutých voličů a změnu jejich postojů. Výsledky výzkumu přinesly fakt, že voliči seřadili témata dle důležitosti téměř totožně ve všech případech, jako byla tato témata prioritizována médii v daném období.

Agenda setting do sociální práce neodmyslitelně patří, jelikož se každý den sociální pracovníci setkávají s tématy, která jsou v oblasti médií a veřejnosti často vnímána jako problematické a důležité. Agenda setting má vliv na priority sociální politiky, zdroje pro financování programů a služeb a to díky tomu, že virální témata řešená médií mají v pohledu veřejnosti prioritu. Tato prioritizace na základě virálnosti poté pomáhají prosazovat témata politicky a rozhodovací orgány si nemohou dovolit se k nim nevyjadřovat. Sociální pracovníci a organizace se poté mohou aktivně zapojovat do utváření agendy, a to aktivním zapojením do veřejného diskurzu, zahajováním diskuzí na určitá témata a jejich propagací a utvářením priorit sociální politiky, a to vše ve prospěch klientů sociální práce.

Ruku v ruce s agenda settingem jde **medializace**. Ta totiž z agenda settingu vychází (například teorie médií je označuje za jedno a to samé, z pohledu sociální práce můžeme vnímat rozdíly) a označuje pronikání tématu do povědomí veřejnosti skrze média. Rozdílem mezi agenda settingem a medializací pozoru zejména v jejich třízení.

Zatímco agenda setting třídíme dle oblasti, do které zasahuje a kdo je její hlavní proměnná (Dearing, Rogers, 1996, s.139):

- mediální agenda – oblast médií,
- veřejná agenda – oblast veřejnosti (soukromě i veřejně),
- politická agenda – oblast zákonodárců a politiků,
- korporátní agenda – oblast velkých společností.

Medializace je rozčleněna do tří kategorií (Šveřepa, 2005, in Matoušek, 2013, s. 321-322), a to podle její funkce a účelu využití.

- **Nástroj sociální práce** – využívána k přenesení tématu do veřejného prostoru. Agendu nastoluje organizace sociální práce, například jako boj s předsudky (stigmatizací) nebo jako součást lobbingu.
- **Nátlak na sociální práci** – agenda je nastolena zvenčí a medializací se snaží změnit chování sociálních pracovníků, například pokud chceme změnit fungování organizace. Dá se jí změřit i chování v organizacích.
- **Jako způsob budování oboru** – skrze medializaci může docházet k budování profesní identity, vymezování vůči jiným disciplínám a diskusi uvnitř oboru.

Šveřepa dále podotýká, že česká sociální práce má v oblasti medializace mezery, zejména v systematizaci a cílení témat, hlavně proto, že se nepoužívá dlouhodobě, ale jako řešení akutních problémů. Dále upozorňuje, že sociální pracovníci jsou v médiích nejčastěji zmiňování negativně, a to z toho důvodu, že příliš zasahují do rodin nebo na ochrnu dětí nezasahují dostatečně. Také upozorňuje na možnou souvislost mezi nízkou prestiží oboru a oborovou identitou a absencí médií v rámci oboru.

Podstatou medializace je fakt, že média mají moc prosazovat témata a ovlivňovat veřejné mínění. Pokud by došlo k medializaci v tématu duševního onemocnění uvnitř oboru sociální práce, tedy slučitelnosti výkonu profese s diagnózou, správným způsobem, mohlo by to mít pozitivní vliv na přijetí pracovníků s duševním onemocnění mezi jejich kolegy, což je ostatně i jeden z úkolů projektu, jehož základ staví tato práce.

6 Analýza potřebnosti

6.1 Dopad na cílovou skupinu

Cílovou skupinou projektu jsou osoby vykonávající pomáhající profesi (sociální pracovník / pracovník v sociálních službách). Projekt má potenciál mít dopad na jejich přijetí kolegů s duševním onemocněním v pracovních kolektivech, ale i na vlastní sebepřijetí těchto jedinců.

6.2 Příklady řešení dané problematiky

V současné době nebyly nalezeny programy řešící problematiky ze stejného úhlu pohledu, jako tato práce. Příklady řešení navrhované v práci jsou zejména doplnění vzdělání v oblasti duševních onemocnění, jelikož právě vzdělanost má vliv na míru stigmatizace, jak je zmíněno v kapitole 1.3. Aby se k osobám s duševním onemocnění přistupovalo pravdivě, musí mít všechny zúčastněné strany všechny potřebné informace a znalosti. Pokud se tyto osoby, tedy osoby bez kompletních informací, pokusíme o tématech edukovat alespoň v základní míře (například vysvětlíme, že různá onemocnění mají klidové fáze, ve kterých jedinci nevykazují žádné známky onemocnění) můžeme dopomoci ke zmírnění dopadů jejich nekompletních informací.

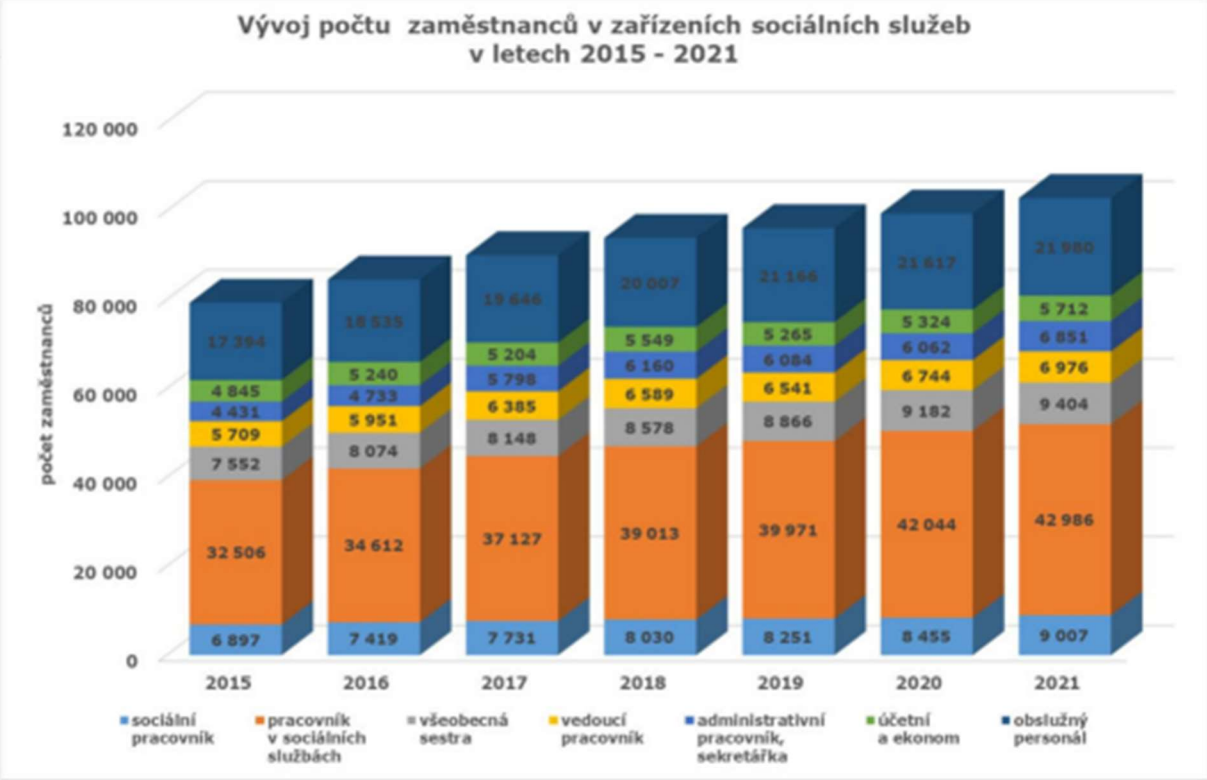
V průběhu sbírání dat do analýzy potřebnosti bylo nalezeno několik osob, kteří vykonávají profesi současně s diagnostikovanou duševní poruchou. Dalším krokem by tedy teoreticky mohlo být jejich kontaktování a zapojit je do samotného procesu vzdělávání – formou rozhovorů a workshopů představit jejich příběhy a ukázat, že i s diagnózou jde profese vykonávat.

6.3 Velikost a případná specifika cílové skupiny

Časopis Sociální služby v únoru 2020 vydal statistiku mapující, kolik osob pracuje v České republice v sociálních službách. Je důležité nezapomínat, že sociální služby nejsou jediné možné uplatnění sociálních pracovníků, ovšem spočítat všechny osoby, které současně tuto práci vykonávají, by bylo velice těžké.

Dle analýzy MPSV z roku 2019 existuje v České republice v sociálních službách celkem 75 656 přepočtených úvazků. Dle EUROSTATU je celkový počet osob pracujících v sociálních službách v ČR 105 100. Vzhledem ke skutečnosti, že celkový podíl částečných úvazků v ČR patří k nejnižším v EU, lze se domnívat, že jeden z uvedených údajů není zcela přesný (Horecký, Průša, 2020).

Průša (2023) představuje novou statistiku v rámci konference Minulost, současnost a budoucnost sociální práce v České republice, ve které popisuje vývoj počtu zaměstnanců v zařízení sociálních služeb v letech 2015 -2021. Z grafu (obrázek 1) je na první pohled patrný nárůst zaměstnanců sociálních služeb. Pro projekt však nepracujeme se všemi zobrazenými, ale jen se skupinami sociální pracovník (9 007 osob) a pracovník v sociálních službách (42 986 osob). Celkově tedy 51 993 osob.



Obrázek 1 Vývoj počtu zaměstnanců v zařízeních sociálních služeb v letech 2015 - 2021 (Průša, 2023)

Na stejné konferenci představuje Zajacová oficiální statistiku Ministerstva práce a sociálních věcí ČR (dále jen MPSV) vypovídající o počtech sociálních pracovníků k roku 2022. Na rozdíl od Průši mapuje pouze sociální pracovníky napříč rezorty ministerstev, přičemž pracovníci v sociálních službách v číslech obsaženi nejsou.

Počty sociálních pracovníků dle rezortů	
Ministerstvo práce a sociálních věcí: veřejná správa	5 600
Ministerstvo práce a sociálních věcí: sociální služby	10 907
Ministerstvo vnitra	46
Ministerstvo spravedlnosti	146
Ministerstvo obrany	4
Ministerstvo zdravotnictví	673
Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy	450
Ministerstvo zemědělství	16
Celkem	**17 842**

Tabulka 1 Počty sociálních pracovníků dle rezortů, (MPSV, 2022 in Zajacová, 2023)

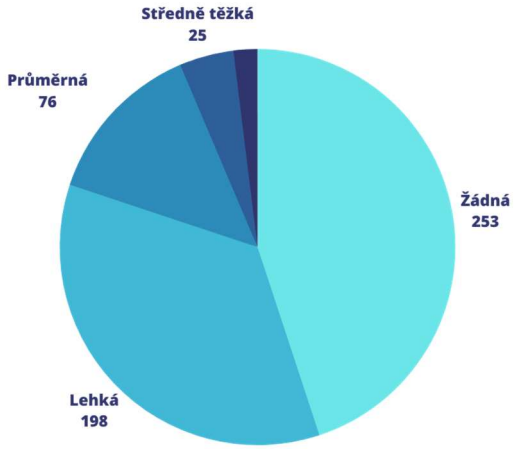
Z tabulky tedy můžeme vidět, že sociální pracovníci nejsou jen v sociálních službách, jak si mnozí myslí. Nalezneme je napříč rezorty, například sociální pracovníci ministerstva vnitra jsou zaměstnanci integračních center, zdravotnictví zaměstnává sociální pracovníky v nemocnicích. 16 507 sociálních pracovníků (92,5%) spadá pod Ministerstvo práce a sociálních věcí, 66% z nich je v sociálních službách.

Ve stejném příspěvku konference Zajacová také upozorňuje na dopady pandemické zkušenosti na sociální pracovníky ve veřejné správě. Zdůrazňuje, že pracovníci ve střední a vyšší úrovni managementu jsou ohrožená skupina. Dále zmiňuje, že každý pátý sociální pracovník čelí riziku rozvinutí deprese. Nejvyšší riziko je poté spatřováno u těch, jejichž cílovou skupinou jsou osoby vedoucí rizikový způsob života nebo jím jsou ohroženi.

Zastoupení jednotlivých kategorií deprese (Zajacová, 2023)		
Kategorie	**Četnost**	**Percentil**
Žádná – minimální	253	44,9
Lehká	198	35,2
Průměrná	76	13,5
Středně těžká	25	4,4
Těžká	11	2,0
Celkem	**563**	**100,0**

Tabulka 2 Zastoupení jednotlivých kategorií deprese (Zajacová, 2023)

Orientačně nám tedy s tabulky vyplývá, že alespoň 55,1% dotázaných čelí alespoň minimálnímu výskytu deprese. 6,4% poté mají depresi středně těžkou nebo těžší.



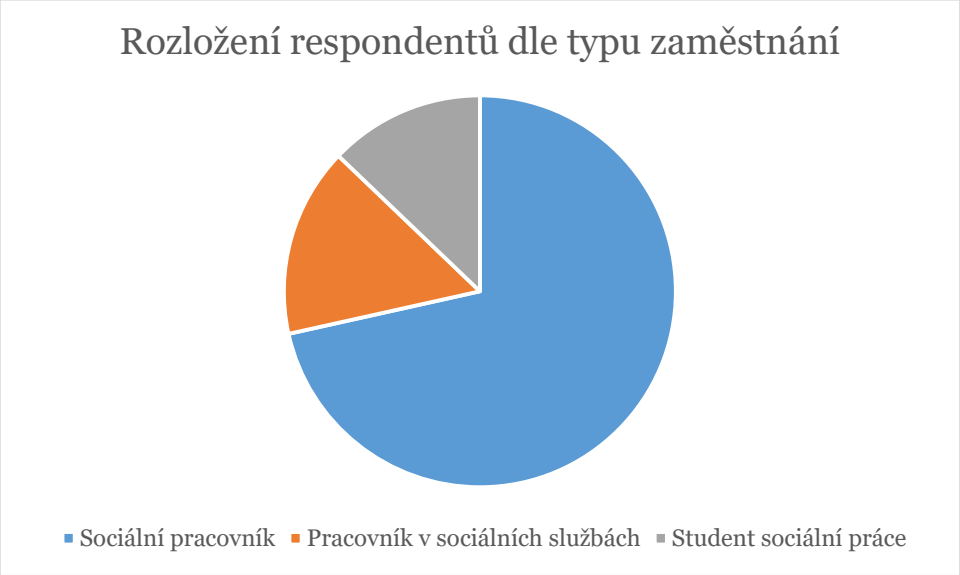
Obrázek 2 Zastoupení jednotlivých kategorií deprese (Zajacová, 2023)

Tyto počty nebude možné projektem pokrýt, proto bude muset být navržen tak, aby se pro každou pracovní skupinu mohl jednoduše modifikovat. Modifikace bude na základě druhu práce, cílové skupiny služby, ale i na základě samotného kolektivu.

6.4 Popis metod získání předložených dat a vyhodnocení výchozího stavu

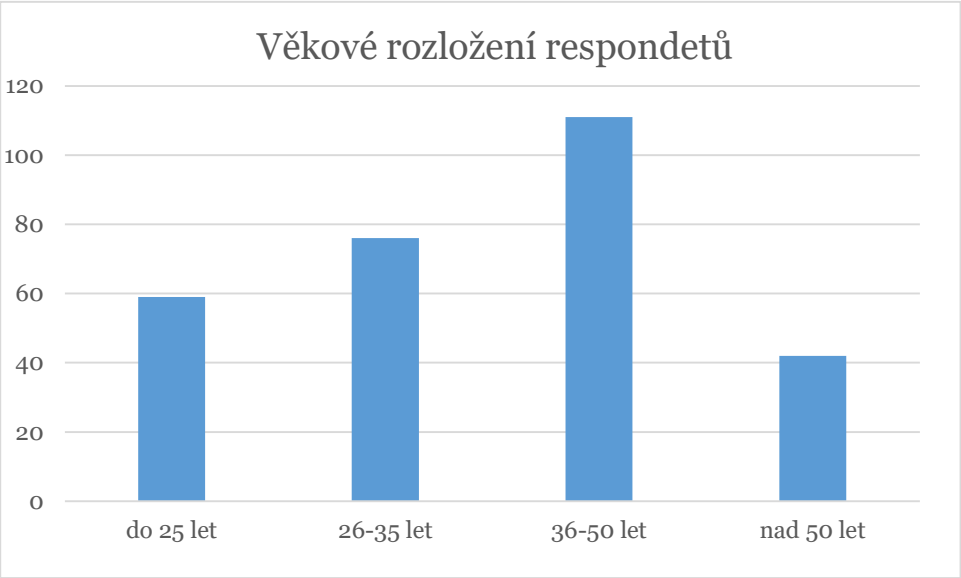
Data byla získávána dotazníkovým šetřením napříč sociálními službami a státní správou v ČR, převážně na Moravě, vzhledem k místní dostupnosti. Dotazník byl distribuován online do emailových schránek vedoucích pracovníků. Dále byl dotazník umístěn na sociální sítě do skupin shromažďující sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách.

Prostředím otázek standardizovaného dotazníku RIBS zjišťoval vztah k osobám s duševním onemocněním v práci i mimo ni. Ke standardizované sadě otázek byly přidány konkrétní otázky tázající se na případnou ochotu pracovat po boku osob s jednotlivými onemocněními. Onemocnění byla pro tyto otázky rozřazena na základě MNK-10 a klastrů Národního zdravotnického informačního portálu, a to tak, jak byla rozřazena v kapitole 1.1.



Obrázek 3 Rozložení respondentů dle typu zaměstnání

Celkový počet navrácených dotazníků dosáhl čísla 288. 206 z nich (71,53 %) označili jako své zaměstnání pozici sociálního pracovníka. Pracovníků v sociálních službách mezi respondenty je 45 (15,63 %). Zbývajících 37 (12,85 %) osob jsou studenti sociální práce. 93 % dotázaných (n=268) jsou ženy, muže představuje 7 % dotázaných (n=20).



Obrázek 4 Věkové rozložení respondentů

Přesná čísla z dotazníku jsou poté:

- Do 25 let: 59 osob
- 26 – 35 let: 76 osob
- 36-50 let: 111 osob
- Nad 50 let: 42 osob

Q06: Do budoucna by mi nevadilo pracovat společně s někým, kdo má psychické onemocnění.

Q06: Do budoucna by mi nevadilo pracovat společně s někým, kdo má psychické onemocnění.		
Zvolená odpověď	**Počet**	**v %**
Úplně souhlasím	124	43,06
Částečně souhlasím	118	40,97
Nevím	27	9,38
Částečně nesouhlasím	15	5,21
Zcela nesouhlasím	4	1,39
Celkem	**288**	**100**

Tabulka 3 Q06: Do budoucna by mi nevadilo pracovat společně s někým, kdo má psychické onemocnění.

Po bližším zkoumání závislosti věku respondenta a jeho odpovědi na tvrzení byly zjištěny následující informace:

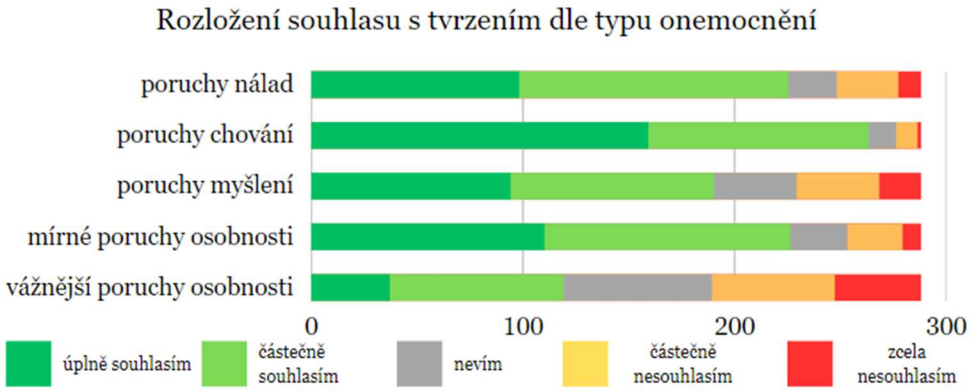
- Z 59 respondentů spadající do kategorie „do 25 let“ byl vyjádřen 100% souhlas (ať už úplný (n=32), nebo částečný (n=27)) s tvrzením.
- Věková kategorie 25 – 35 let v 58,84 % případů (n= 66) vyjádřila souhlas s tvrzením, zbývajících 13,15 % (n= 10) buď neví, nebo jen částečně nesouhlasí. Úplný nesouhlas nebyl vyjádřen ani jednou.
- Zcela nesouhlasí pouze 4 osoby, a to ve věku 49, 50, 57 a 58 let. V této věkové kategorii byl úplný souhlas s tvrzením vyjádřen jedenáctkrát (26,19 %)

Závislost mezi tvrzením „Do budoucna by mi nevadilo pracovat společně s někým, kdo má psychické onemocnění“ a otázkou „Žijete v současné době nebo jste někdy v minulosti žil/a spolu s někým, kdo má/měl psychické onemocnění?“

46 % (n= 133) osob zodpovědělo, že v současné době žijí nebo v minulosti žili s někým, kdo má psychické onemocnění (skupina „ANO“). 5 osob (3,7%) z těchto osob však zvolilo pro tvrzení o ochotě pracovat po boku této osoby nesouhlas (částečně 4, zcela 1).

Při bližším porovnávání těchto otázek však bylo zjištěno, že faktor společného bydlení rozdíl nevytváří, nebo ve vzorku není statisticky významný.

Q09-013 Otázky na jednotlivé skupiny onemocnění, rozděleným dle kapitoly 1.1



Obrázek 5 Rozložení souhlasu s tvrzením dle typu onemocnění

Jak už bylo v této práci několikrát zopakováno, každé onemocnění je jedinečné a ke každému je třeba přistupovat individuálně. Proto byla onemocnění rozčleněna a ptali jsme se na jednotlivé skupiny zvlášť. Poruchy nálad, jakožto nemoc, kterou jsou podle Zajacové (2023) ohroženi sociální pracovníci nejčastěji (hlavně proto, že deprese je jeden

z následků syndromu vyhoření), zcela odmítá 11 osob (3,82%). Dalších 29 (10 %) nesouhlasí, i když jen částečně.

Největší míra nesouhlasu byla projevena v A012 – vážnější poruchy osobnosti, což se dalo, vzhledem k jejich charakteru, očekávat. Celkový nesouhlas 34,38 % a téměř 25% neutrální vyjádření.

Pro destigmatizační projekt budou klíčové skupiny, které odpovídaly „částečně souhlasím“, „nevím“ a „částečně nesouhlasím“. Tato skupina je zastoupena u každého onemocnění **v průměru u 59 % případů** (n= 170), což je jasný indikátor potřebnosti projektu. Považuji je za skupiny, které jsou otevřené vzdělávání a novým informacím. Skupina „úplně souhlasím“ může být pro projekt přínosem, tito lidé mohou projekt podpořit a posunovat. Na druhou stranu skupina zcela nesouhlasím představuje riziko.

6.5 Specifikace stakeholderů

Stakeholdeři jsou lidé, skupiny nebo organizace, kteří mají zájem, ovlivňují nebo jsou ovlivňováni činnostmi nebo výsledky určitého projektu, firmy nebo organizace (IFC, 2007). Stakeholdeři v oblasti duševního zdraví jsou různé skupiny lidí, organizací a institucí, které mají zájem na duševním zdraví jednotlivců a společnosti jako celku.

Mezi stakeholdery v oblasti duševního zdraví patří:

- Osoby s duševním onemocněním a jejich rodiny
- Zdravotníci a terapeuti, kteří poskytují péči a léčbu v oblasti duševního zdraví
- Vzdělávací instituce a výzkumné organizace, které se zaměřují na studium duševního zdraví a jeho léčbu
- Vláda a zdravotnické orgány, které zajišťují finanční podporu a stanovují pravidla a směrnice pro péči o duševní zdraví
- Společenské organizace a neziskové organizace, které se snaží zlepšit povědomí o duševním zdraví a pomáhají lidem s duševním onemocněním
- Zaměstnavatelé a pracovní kolektivy, kteří se snaží podporovat duševní zdraví svých zaměstnanců a vytvářet příznivé pracovní prostředí
- Společnost jako celek, která se podílí na formování postojů a přístupů k duševnímu zdraví.

V každé zemi a oblasti se mohou stakeholdeři v oblasti duševního zdraví lišit, avšak vždy je důležité, aby byli všichni stakeholdeři zapojeni do procesu plánování a řízení péče o duševní zdraví, a aby se jejich zájmy a potřeby zohlednily.

Národní ústav duševního zdraví České republiky například v roce 2020 spustil web opatruj.se. Úkolem webu je zvyšovat povědomí a ověřenými zdroji informovat o dostupných formách pomoci. Web vytvářejí ve spolupráci hned s několika organizacemi,

jako například s Armádou České republiky, Ministerstvem zdravotnictví, psychologickými pracovišti Ministerstva vnitra, ale také s pacientskou organizací Nevypusť duši a dalšími odborníky.

Dalším stakeholderem může být například organizace Práh Jižní Morava, z.s. Jedná se o neziskovou organizaci působící v regionu Jižní Morava v České republice. Cílem organizace je podpora a rozvoj duševního zdraví a prevence duševních onemocnění. Mezi hlavní aktivity organizace patří poskytování sociálních služeb, terapeutických a poradenských služeb, organizování vzdělávacích akcí a seminářů pro odbornou i laickou veřejnost, podpora výzkumu v oblasti duševního zdraví a spolupráce s dalšími organizacemi a institucemi působícími v oblasti zdravotnictví a sociální péče napříč celou Českou republikou. Organizace se také opakovaně zapojuje či sama organizuje jednotlivé destigmatizační akce a projekty na území celého Jihomoravského kraje, jako například pomocí akce Zeď bláznovství. Výrazně se podílí na vzniku Center duševního zdraví v kraji a aktivně spolupracuje s Ministerstvem zdravotnictví ČR na tezích a realizaci reformy duševního zdraví.

7 Cíl projektu

Cílem práce je navržení destigmatizačního vzdělávacího projektu pro sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách v oblasti duševního onemocnění, jeho vlivu na výkon profese a obecně o slučitelnosti výkonu profese a duševního onemocnění. Vzdělávací program bude koncipován formou akreditovaného vzdělávání tak, aby splňoval náležitosti pro uznání programu do povinného vzdělávání podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Cílovou skupinou projektu jsou všichni sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách na území České republiky. Samotné vzdělávání však bude probíhat ve skupinách po maximálně 10 pracovnících.

Výsledkem projektu poté bude zvýšení povědomí mezi pracovníky v pomáhající profesi sociální práce o duševních onemocněních, zejména tedy bude kladen důraz na rozlišování akutní a klidové fáze onemocnění, na první pomoc při nástupu akutní fáze, ale také i prevence rozvinutí. Primárně se bude pracovat s vlastní reflexí účastníků vzdělávání.

8 Cílové skupiny

Cílovou skupinou vzdělávacího projektu budou sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách, tak, jak je popisuje kapitola 6.4. Tato kapitola popisuje velikost této skupiny na území České republiky. Z analýzy potřebnosti v kapitole 6, zejména z vyhodnocení otázek 9-13 dotazníku, vyplývá, že cílovou skupinou nemusí být sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách jako celek, ale jako nejvhodnějším příjemcem vzdělávání se jeví ta část, která nemá jasné vymezení, co je to duševní onemocnění. Toto zaměření je zvoleno proto, že osoby se silně vyhraněným názorem – úplně souhlasím/zcela nesouhlasím – si za svým názorem většinou pevně stojí a přimět je k jeho změně může být velmi náročné..

Osoby, které „zcela souhlasí“, můžeme považovat za spojence projektu. V rámci účasti na vzdělávání mohou myšlenku destigmatizačních projektů podpořit a přinést svůj postoj a argumenty, které problematiku ostatním účastníkům osvětlí tzv. „zevnitř“. Lze předpokládat, že budou otevření získávání nových informací.

Na druhou stranu osoby se silným přesvědčením o tom, že duševní onemocnění v žádné podobě nepatří do profese, mohou představovat riziko pro realizaci projektu. Jednou z možností je, že se do vzdělávání nepřihlásí vůbec. V případě, kdy budou přihlášeni do vzdělávacích aktivit proti svému přesvědčení, na základě pokynu zaměstnavatele, mohou být buď ryze pasivními účastníky, kteří do průběhu semináře nic nepřinesou, ale také si nic neodnesou nebo mohou svými činnostmi pracovní skupinu rozvracet. Nicméně nelze zpochybnit důležitost a nezbytnost toho, aby zaznívaly informace z různých úhlů pohledu tak, aby si účastníci mohli učinit své vlastní závěry s vědomím argumentů všech stran.

Jak již bylo výše řečeno, jako nejvhodnější příjemce vzdělávacích aktivit se jeví osoby, které ve svých odpovědích uváděly výrok „částečně souhlasím“, „částečně nesouhlasím“ a „nevím“. U těchto respondentů lze předpokládat otevřenost k získávání nových informací, vnímání argumentů, čímž mohou být otevřeé dveře ke změně jejich názoru či postoje.

Přímými příjemci destigmatizačního vzdělávacího projektu jsou pracovníci, kteří se budou účastnit školení. Školení bude v pracovních skupinách po maximálně 10 pracovnících. Jako vhodné se jeví vybrat účastníky pracovníky z jedné organizace či organizací z jednoho města či blízkého regionu. Je tak možné reagovat na aktuální stav v dané lokalitě a vycházet z místních zvyklostí. Externím prvkem, který přináší podněty zvenčí, je potom osoba samotného školitele. Vzdělávání by bylo realizováno v prostorách pracovní skupiny, nebo na místech jimi vybranými. Tím, že si účastníci vyberou známé, pro ně bezpečné prostředí a školitel za nimi přijede, se mohou v tématu tohoto charakteru cítit lépe, než někde, kde nikdy nebyli. Tento model může pomoci hladkému a efektivnímu průběhu školení.

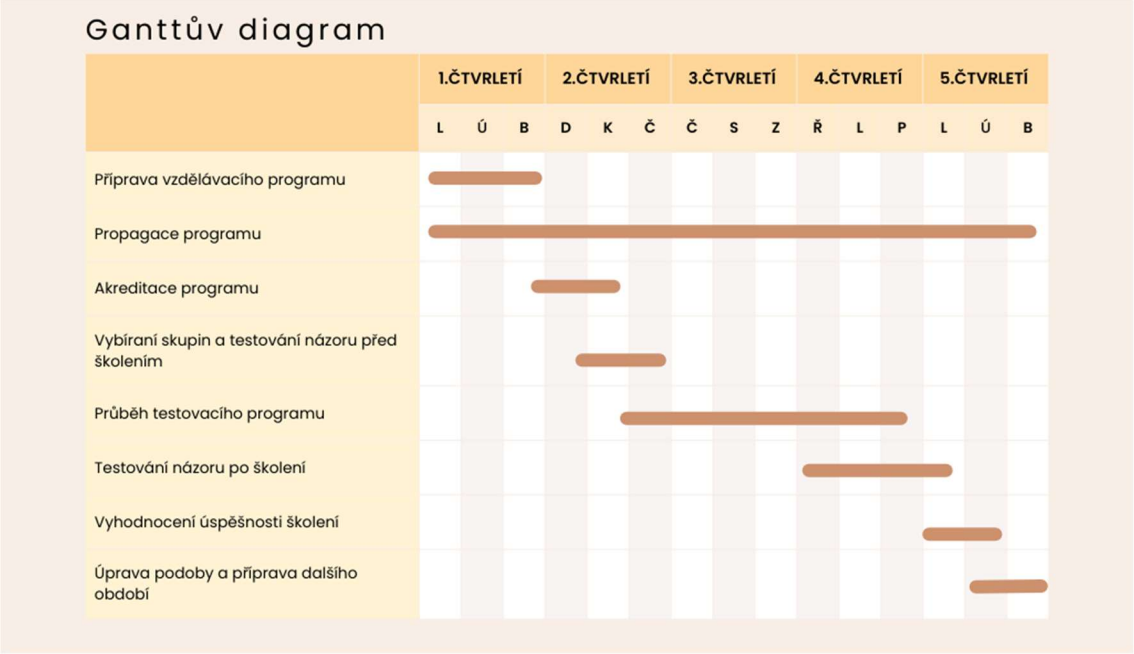
Nepřímými příjemci budou sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách, kteří pomáhající profesi vykonávají i přes diagnostikované duševní onemocnění. Projekt by měl zvýšit míru jejich přijetí v kolektivu a zmírnění popřípadě odstranění stigmatu kolem jejich onemocnění. Primárním cílem projektu není je vyhledávat, ale naopak zasahovat plošně tak, aby mohli pozorovat změnu v kolektivech a prostředí, ve kterém se nachází.

9 Klíčové aktivity

V této kapitole budou představeny klíčové aktivity projektu v kontextu harmonogramu a rozpočet projektu. Následující seznam slouží pouze pro upevnění klíčových aktivit, jejich vysvětlení se věnuje následující podkapitola.

- Příprava programu pro akreditaci MPSV
- Nalezení lektorů a jejich dovzdělání v tématu
- Propagační strategie – založení facebookových stránek a zakoupení domény
- Akreditace programu MPSV
- Síťování a získávání prvních skupin
- Testování vývoje názoru účastníků na osoby s duševním onemocněním
    - Před seminářem, na konci samotného semináře, s odstupem
- Testovací semináře
- Změření dopadu školení na základě vyhodnocení dotazníků
- Vyhodnocení projektu a plánování dalších fází

9.1 Harmonogram



Obrázek 6 Ganttův diagram

V první fázi projektu „Příprava vzdělávacího programu“ je stanovena doba trvání tří měsíců. V tomto období bude klíčovou aktivitou administrátora projektu **příprava samotného programu pro akreditaci MPSV** podle § 117a zákona č. 108/2006 Sb., o

sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Dále do tohoto období spadá **nalezení lektorů**, představení tématu těmto lektorům a vytvoření přesného rámce vzdělávacího projektu včetně všech povinných náležitostí tak, aby mohl být předložen akreditační komisi . O akreditaci vzdělávacích programů pro účely zajištění kvalifikačních kurzů podle § 116 odst. 5 a dalšího vzdělávání sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách rozhoduje MPSV prostřednictvím akreditační komise (MPSV, 2023).

Jako vhodné se jeví, aby jeden z lektorů vykonával profesi sociálního pracovníka, a to kvůli pochopení tématu z úhlu pohledu osob program přijímajících. Pro realizaci projektu je třeba nalézt dva lektory.

Dále bude třeba **zahájit síťování**, poskytnout nabídku službám a získat první zájemce o program. Toto síťování bude probíhat nepřetržitě, a to přes webové stránky projektu a stránku na sociální síti facebook. Založení těchto stránek a jejich provoz bude zajišťovat adminstrátor projektu.

Dalším krokem bude samotná **akreditace programu**. Ta pro projekt jako takový není nezbytná, ovšem poskytne mu záštitu Ministerstva a může sloužit jako motivace pro zájemce a ochota zaměstnavatelů svým zaměstnancům takové školení umožnit, jelikož zapojením se do tohoto projektu bude splněna část povinných hodin vzdělávání vyplývajících ze Zákona o sociálních službách. Postup pro akreditaci popisuje *Průvodce podáváním žádost o akreditaci vzdělávacího programu v informačním systému AKRIS*, verze 1.20.1 (MPSV, 2020). Vzhledem k obsáhlosti žádosti byly na akreditaci vymezeny 2 měsíce čistého času.

Již v průběhu procesu akreditace programu bude soustředěná pozornost na **získání prvních skupin**. Autoři projektu budou oslovovat sociální služby, organizace a odbory veřejné správy s nabídkou a představením záměru projektu s cílem nalézt před samotným spuštěním projektu alespoň pět skupin.

U skupin, které budou do vzdělávacích aktivit zapojeny, bude provedeno **testování názoru před školením**, tedy bude připraven dotazník obdobného typu, jako analýza potřebnosti – otázky zjišťující míru stigmatizace mimo i v pracovním kolektivu. Dále bude zařazena otázka na vlastní onemocnění, nebo na onemocnění v kolektivu. Dotazníky budou kompletně anonymní, a to i pro lektora. Jejich účelem bude zmapování situace před školením – poslouží k upravení probíraného tématu a nastavení jeho parametrů vůči konkrétním podmínkám ve vzdělávaném kolektivu. Například skupiny s nízkou mírou stigmatizace a s dobrým postojem k osobám s duševním onemocněním budou probírat citlivější témata a závažnější poruchy. Naopak skupiny s vysokou mírou stigmatizace budou mí vzdělávání nastaveno tak, aby pro ně bylo téma co nejméně konfliktní a lektoři budou volit spíš vysvětlení lehčích forem onemocnění, přehledných taxonomií onemocnění a obecných principů a komunikačních technik s osobami s duševním onemocněním tak, aby byl nastolen vhled do dané problematiky. Pokud se bude ve skupině nacházet pracovník s duševním onemocněním, přizpůsobí se obsah semináře i na

tento faktor. Rozhodující dále bude, zda kolektiv o onemocnění pracovníka ví, lektor bude tedy brát v úvahu zachování ochrany tohoto pracovníka. Toto testování proběhne v průběhu měsíce před termínem školení, nejpozději však dva týdny předem, aby bylo dostatek času na jeho vyhodnocení.

V průběhu samotného semináře bude možnost zasílání anonymních dotazů přes internetové platformy (například menti.com), aby se zmírnil stres účastníků z dotazování. Výsledná podoba semináře bude formována ve dvou seminář předcházejících týdnech. Tyto semináře budou v délce trvání osmi vyučovacích hodin. Během prvních šesti měsíců po akreditaci budou probíhat tato **školení v testovacím pojetí**, a účastníci tuto informaci od lektorů obdrží.

Během těchto šesti měsíců by mělo:

- proběhnout alespoň deset seminářů u desíti různých skupin,
- alespoň dvě by měly být složeny čistě z kolektivu sociálních pracovníků,
- alespoň dvě by měly být složeny čistě z pracovníků v sociálních službách,
- minimálně jedna by měla proběhnout v oblasti veřejné správy.

Tato kritéria by měla dopomoct k ucelení finální podoby projektu pro jeho další pokračování a k jeho unifikaci, alespoň dle typu služby nebo kolektivu.

Na závěr každého školení bude provedeno **testování názoru** znovu a to stejnými otázkami, jako před školením. Toto školení bude sledovat, zda mělo školení okamžitý dopad na vnímání osob s duševním onemocněním u zúčastněných osob. Dále v něm bude prostor pro zpětnou vazbu na lektory a obsah školení. Poslední, **finální, kolo testování** názoru proběhne měsíc po provedení školení. Toto kolo testování bude sloužit jako ukazatel, zda má seminář dopad i zpětně a zda efekt vyvolaný seminářem neodezněl či byl naopak ještě posílen například vzájemnou diskuzí na pracovišti. Výsledky tohoto testování budou dostupné vedení organizace/týmu, s výjimkou otázky na vlastní onemocnění pracovníků a na výskyt duševních onemocněním v kolektivu, a to pro ochranu těchto osob.

Vyhodnocení úspěšnosti školení bude na základě **srovnání tří provedených testování**. Bude se mapovat změna v postoji pracovníků vůči osobám s duševním onemocněním. Na základě těchto dat poté bude vypracována analýza sloužící k determinaci dalšího pokračování projektu a jeho vývoji. Na základě získaných dat se totiž dá působit plošněji, a to uveřejňováním anonymizovaných výsledků a přispíváním do odborných žurnálů. Pokud se projektu podaří získat relevantní data pro uveřejnitelný výzkum, mohl by mít potenciál destigmatizovat větší počet osob.

Po vyhodnocení semináře a sumarizování zpětné vazby je naplánovaná další **práce na vývoji a úpravě projektu.** Naplánování celoročního vzdělávacího období a expanze i mimo semináře pro malé skupiny, které by ovšem měly zůstat zachovány. S nabytými

zkušenostmi se dá dále pracovat i na akademické půdě formou přednášek pro studenty sociální práce a působit preventivně ještě před jejich vstupem do profese sociální práce.

9.2 Rozpočet projektu

Rozpočet nákladů za jedno školení				
Mzdové náklady	Hodinová mzda	500 Kč	Provedení školení (8h)	4 000 Kč
			Cesta (2h)	1 000 Kč
			Příprava (3h)	1 500 Kč
	Celkem za jednoho lektora			6 500 Kč
	Lektoři celkem			**13 000 Kč**
Cestovní náklady	K posouzení v konkrétních případech.			
Náklady na služby	Prostory	0 Kč	Pozn. hradí organizace, ve které pobíhá školení.	
	Tisk materiálů	1,50 Kč/A4	5 listů A4 (oboustranný tisk)	15 Kč
	Tisk pro všechny účastníky školení (15 ks)			255 Kč
	Psací potřeby pro účastníky školení (15 ks)			377 Kč
	Blok pro účastníky školení (15 ks)			530 Kč
			Celkem	**1 162 Kč**
Celkem			**14 162 Kč + cestovní náklady**	

Tabulka 4 Rozpočet nákladů za jedno školení

Náklady počítáme za jedno školení. Náklady tohoto školení poté budou mzdy lektorů – 500 Kč na hodinu, při osmihodinovém školení to bude celkově 4 000 Kč, nemůžeme ale zapomenou ani na přípravu a cestu. Lektoři budou pracovat na základě Dohody o provedení práce, přičemž podle Zákoníku práce nemůže překračovat 300 hodin za rok. Průměrně můžeme počítat s hodinou cesty na místo určení a s hodinou zpět. Přípravu počítáme na tři hodiny před každým školením, během kterých dojde k přizpůsobení materiálů a činností na míru skupině, se kterou se bude pracovat, dále k vyhodnocení dotazníkového šetření dané skupiny. Celkem to představuje 13 hodin čisté práce na jedno školení, tedy 6 500 Kč. Na každém semináři by byli přítomni dva lektoři. Pokud tito lektoři nepodepíší prohlášení poplatníka daně z přijmu, bude se jim strhávat 15 % (do 10 000 Kč), Při překročení částky 10 000 Kč za měsíc bude strhávána zálohová daň z přijmu. Celkově bude mzdovou stránku výdajů řešit externí účetnická firma.

Cestovní náklady počítáme dle §157 Zákoníku práce, lektoři, kteří využijí veřejnou dopravu, doloží výši nákladů pomocí cestovních dokladů. Pokud lektor zvolí k dopravě na místo vlastní motorové vozidlo, náleží mu náhrada cestovních nákladů podle §157, odstavce 4, písmene b Zákoníku práce, 4,70 Kč za ujetý kilometr, který doloží pomocí tachometru vozidla popřípadě jiným způsobem. K této náhradě poté náleží i náhrada za pohonné hmoty, dle aktuálních cen pohonných hmot.

Prostory bude zajišťovat organizace, ve které bude vzdělávání probíhat na vlastní náklady. Tisk materiálů obstará lektor. K tisku využije copycentrum. Každý účastník školení obdrží informativní materiály k problematice o maximálním rozsahu 5 stran A4. Současně obdrží i psací potřeby – pero a psací blok s logem projektu. Při výrobě 250 propisek „Paragon“ (vzhledem k plánovaným 22 školení po 10 účastnících) vychází jedna tato propiska 25,10 Kč na účastníka. Pokud připočteme i rezervu, můžeme říct, že cena těchto potřeb bude 377 Kč. Psací bloky vyrábí stejná firma, při objednání též 250 kusů vychází jeden blok na 35,30 Kč. Na jedno školení i s rezervou to tedy dělá 530 Kč.

Vzhledem k maximálnímu rozsahu hodin obsažených v Dohodě o provedení práce může být ročně provedeno maximálně 22 školení, průměrně asi 2 školení měsíčně. Pro nemožnost spočítání cestovních nákladů předem zvolíme pro účely kalkulace částku 5 500 Kč za jedno školení, kde máme k dispozici rezervu pro případné cestovní náklady.

Dalšími náklady projektu, které nesouvisí přímo s náklady na jedno školení, jsou náklady mzdové a náklady projektu jako celku. Účetnictví a mzdovou stránku věci bude mít na starosti externí účetnická firma. Například firma Účetnictví online (2023) uvádí, že jejich měsíční tarif začíná od 1 500 Kč, k tomu mzdové účetnictví za cca 400 Kč na jednoho zaměstnance, tedy 800 Kč za měsíc. Služby účetní firmy by tedy vyšly kolem 2 500 Kč měsíčně.

Náklady na výrobu a provoz webových stránek se různí. Například podle webu webdusion.cz (2023) se cena jednoduchých internetových stránek pohybuje kolem 30 000 Kč. Doména samotná poté stojí 150 Kč na rok (Český hosting, 2023). Ze začátku tedy bude provozována hlavní facebooková stránka projektu, která je zcela zdarma a vytvoření webových stránek se stane jednou z priorit po získání finančních prostředků z provozu.

Všechny tyto náklady budou hrazeny z ceny školení. Ceny osmihodinových školení se pohybují kolem 1 600 Kč na jednoho účastníka (Caritas, 2023; Vzdělávání pro sociální služby, 2023), což je cena, kterou by měl projekt kopírovat. Ovšem tím, že nebude seminář pro jednotlivce, ale pro pracovní skupiny, bude jednotná cena 16 000 Kč za jeden seminář. Organizace, která si školení objedná též zajistí prostory, jak už bylo zmíněno výše. Pokud kapacita nebude naplněna, může organizace požádat o slevu, ovšem nepůjde o tolik markantní slevu vzhledem k tomu, že hodinová mzda lektora by neměla být zasažena. Další možností je otevření volných míst skupiny zájemcům z řad jednotlivců,

kterým bude poskytnuta snížena cena za školení, bude se však jednat o výjimečné případy, které se budou řešit velice individuálně.

Rozpočet nákladů za rok (v Kč)	
22 školení (včetně mezd)	330 000
Účetní firma	30 000
Provoz webových stránek	150
Celkem za rok	**360 150**

Tabulka 5 Rozpočet nákladů za rok

10 Indikátory splnění

Příprava programu pro akreditaci MPSV a Akreditace programu MPSV: úspěšná akreditace programu s maximálně dvouměsíčním zdržením.
Nalezení lektorů a jejich dovzdělání v tématu: dostupní dva lektoři na DPP, sociální vzdělání, tématu rozumí do hloubky, jsou seznámeni s problematikou duševních onemocnění, s výsledky analýzy potřebnosti i se systémem sociálních služeb natolik, že dokáží přizpůsobit školení jednotlivým skupinám
Propagační strategie: založení facebookové stránky, měsíční nárůst sledujících alespoň o 20 % oproti předchozímu měsíci, probíhá komunikace s lidmi z oboru na diskuzních skupinách pro sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách, registrace domény pro webovou stránku popřípadě práce na ní, kontaktování zaměstnavatelů cílové skupiny seminářů s nabídkou semináře
Síťování a získávání prvních skupin: získání alespoň desíti skupin na území České republiky, jejich rozložení dle parametrů zvolených v harmonogramu
Testování vývoje názoru účastníků na osoby s duševním onemocněním: provedení všech tří fází dotazníkového šetření s návratností alespoň 85%
Testovací semináře: proběhnutí deseti seminářů v období šesti měsíců
Změření dopadu školení na základě vyhodnocení dotazníků: změna postojů k alespoň jedné skupině duševního onemocnění o jeden hodnotící stupeň u 25% zúčastněných (osoby, které označili hodnotu 1 – nejnižší míra stigmatizace, nejvyšší míra přijetí – nebudou započítávání do statistiky o posunu)
Vyhodnocení projektu: kompletní vyhodnocení všech dotazníků ze všech skupin, písemné vyhodnocení poznámek lektorů ze seminářů, vše nachystáno na celoroční provoz projektu, všechny finanční závazky jsou vyrovnané

11 Management rizik

Dokončení a provozování projektu, jako cokoliv jiného, může několik rizik a problémů. Některé z nich můžeme dopředu odhadnout, zhodnotit je a připravit se na ně. Tato kapitola popisuje rizika, která vyvstala v průběhu pozorování sběru dat analýzy potřebnosti.

Ačkoliv má téma podloženou potřebnost a důležitost, stále se v mnohých společnostech jedná o tabu. O duševních nemocech se nemluví, předstírá se, že nejsou a pokud se náhodou někde vyskytují, zaslouží si přehlížení. Právě v návaznosti na tento postoj některých členů společnosti reaguje první riziko – **nesouhlas veřejnosti s tématem**. Již během sběru dat k analýze potřebnosti, který probíhal online prostřednictvím dotazníku, jsem zachytila různé reakce. Spousta jich byla pozitivních, ovšem některé z davu vystoupily. Jednalo se o sociální pracovníky různých služeb, různého věku, kteří se otevřeně vyjadřovali k otázce slučitelnosti profese a duševního onemocnění odmítavě a nepřipouštěli vůbec žádnou výjimku. Toto riziko spatřuji jako marketingové riziko, jelikož může poškodit reputaci projektu. Riziko považuji za důležité – neznamená konec projektu, ale jeho výrazné ohrožení. Jako opatření navrhuji transparenci ohledně tématu, možnosti si veškeré informace dohledat, tedy mít web, kde si bude moci veřejnost přečíst co, proč a na základě čeho provozujeme.

Současně s veřejností je možné, že se vyskytne i **nesouhlas zaměstnavatelů** se zvoleným tématem, což může zapříčinit neobjednání semináře a neochotu vzdělávání hradit. Toto riziko vyplývá nejen z vlastní zkušenosti, ale i ze zkušenosti dalších osob v profesi. Zaměstnavatelé se příliš neangažují v plnění vzdělávací povinnosti. Několik pracovních týmů popsalo jejich vzdělávání poskytnuté zaměstnavatelem za poslední roky a ani jeden ze seminářů nehodnotili pozitivně. Semináře se neustále opakují a jsou na témata, která sice týmy s klienty řeší, ovšem nedozví se nic nového. Pokud si zaměstnanec nalezne vzdělávání sám, zaměstnavatel se obvyklá zdráhá s jeho proplacením. Na druhou stranu se již začínají ozývat i ti s dobrými zkušenostmi, což je pro projekt dobrým znamením. Nepřijetí tématu zaměstnavateli může výrazně ovlivnit fungování projektu a jako předběžné opatření navrhuji totéž, co k veřejnosti – transparentnost.

Ruku v ruce s nesouhlasem veřejnosti s tématem jde o **nepochopení tématu**. Je důležité neustále připomínat, že cílem projektu není propagace názoru, že veškerá duševní onemocnění jsou slučitelná s výkonem profese. Cílem je poukázání na to, že některá ano, protože danou osobu nijak neovlivňují v pracovní výkonnosti, a že některá ano, ale pouze za určitých podmínek. Pokud toto nebude dostatečně komunikováno a správně formulováno, může to vézt k odmítnutí vzdělávání vedením organizací nebo pracovníky samotnými a poškození už tak křehké pověsti osob s duševním onemocněním. Toto riziko považuji za kritické – v krajním případě může vézt ke konci projektu. Je tedy nezbytně nutné s tématem pracovat delikátně, nešířit domněnky a konzultovat všechny

předávané informace (například vzdělávací materiály) s odborníky. Obzvláště pak konzultovat označení jednotlivých onemocnění, jelikož se u různých autorů i mezinárodních klasifikací liší.

Dalšími riziky jsou **projektová rizika**, která Smejkal s Raisem (2013) vysvětlují jako rizika, která mají dopad na čas (například překročení harmonogramu), na náklady (nedodržení rozpočtu) a na kvalitu dosaženého cíle (nerealizovaný projekt nebo nedostatečné množství). Těmto rizikům můžeme předejít pečlivou přípravou a prací s rezervami – časovými i finančními. S dodržením harmonogramu má potenciál pomoci Ganttův diagram. Finanční rizika je třeba nebrat na lehkou váhu. Pokud to okolnosti dovolí, navrhovala bych raději plánovat vyrovnaný, nejlépe přebytkový rozpočet, alespoň v prvním roce projektu.

12 Výstupy a předpokládané výsledky projektu

Výstupem projektu jsou data analýzy potřebnosti, která se dají nadále použít pro práci s tématem i mimo projekt jako takový. Dále by vznikl koncept vzdělávání pro sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách, který se dá nadále rozvíjet a skutečně dokončit.

Předpokládanými výsledky jsou poté materiály, které vzniknou pro potřeby lektorů vedoucí seminář. Seminářem by v prvním roce mohlo projít až 60 osob v pomáhající profesi (testovací období), za jeden rok plného fungování poté až 220. Což jsou sice velké cíle, ovšem vzhledem k velikosti cílové skupiny jako celku (celkové počty sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách představené v kapitole 6.3) je to stále z mého pohledu málo. Proto byly už teď představeny plány na expanzi projektu a jeho transformaci v něco většího. Výsledek, který by měl celý projekt ideálně přinést je zmírnění míry stigmatu u osob s duševním onemocněním vykonávající pomáhající profesi a zvýšit míru jejich přijetí v kolektivech, což bude ověřováno třífázovým testováním názoru. Současně by měl přispět k lepšímu klimatu v kolektivech a podporovat osoby s rozvíjejícím se onemocněním nebo onemocněním na vzestupu akutní fáze k tomu, aby vyhledali včas odbornou a adekvátní pomoc.

13 Popis přidané hodnoty projektu

Destigmatizační projekt má potenciál změnit pro osoby s duševním onemocněním mnoho. Samotné otevření tématu, se kterým se někteří nikdy nesetkali, nebo jen v omezené míře, může být prvním posunem. Zvýšení povědomí vůbec jen o tom, co je to stigma a jak moc ovlivňuje společnost i skupiny vůči kterým je směřovaná. Toto povědomí poté může vézt k toleranci a ke snížení míry stigmatu. Pracovníci budou schopni lépe porozumět různým typům duševních onemocnění, jejich příznakům a léčbě, alespoň na laické úrovni pozorovatele. Skrze celý projekt je snaha o přijetí osob s duševním onemocněním do pomáhající profese, ale nejsou to jen tyto osoby, které budou zasaženy. Klienti, kterým pracovníci poskytují služby nebo poradenství, mohou zažívat stigma také, mohou se u nich vyskytovat různá duševní onemocnění a s těmito tématy bude muset pracovník také pracovat, ať už je v jakémkoliv typu služby. Nikdy nevíme, kdo proti nám stojí a vzhledem k datům představena v kapitole 1.1, která se zabývají zvyšujícími se počty osob s duševním onemocněním je to potvrzeno. Projekt tedy ovlivní í míru přijetí klientů pracovníky.

Dále cítím potřebu připomenout data Melanie Zajacové představena v kapitole 6.3, podrobněji v tabulce 2, která upozorňuje na dopady pandemické zkušenosti, která vedla ke zvýšení počtu deprese mezi sociálními pracovníky. Projekt má dále tedy potenciál potlačit sebestigmatizaci osob zasažených ať už syndromem vyhoření, pandemickou zkušeností nebo jinými událostmi v jejich životech, které mohou mít špatný vliv na jejich mentální zdraví. A to proto, že pokud daná osoba nepociťuje (sebe)stigma, je tu větší šance za dřívější zahájení léčby, terapie nebo úplně obyčejného zásahu do denní rutiny, který může napomáhat navrácení se do rovnováhy. Protože klíčem je si daný problém přiznat.

14 Logframe projektu

	Logika intervence	**Objektivní ověřitelné ukazovatelé úspěchu**	**Prostředky pro ověření**	**Předpoklady a rizika**
Záměr projektu	Zmírnění stigmatizace osob s duševním onemocnění vykonávající pomáhající profesi.	Změna postojů k alespoň jedné skupině duševního onemocnění o jeden hodnotící stupeň u 25% dotázaných v konečném testování.	Vyplněné dotazníky	
Cíle projektu	Cílem projektu je vystavět podobu výsledného provedení. Jeho cíle, časové rozložení i podobu.	Projekt je splnitelný, připravený ke spuštění reálné přípravy.	Materiály v elektronické podobě, sestaven dílčích cílů a rešerše legislativy.	Harmonogram není splnitelný, nezájem o semináře.
Výstupy	Data analýzy potřebnosti a dotazníkového šetření v různých fázích semináře. Zmírnění stigmatizace osov s duševním onemocněním v pomáhající profesi.	Alespoň 75 % seminářů prvního půl roku obsazeno (n = 45). Návratnost dotazníků alespoň 85 %.	Vyplněné dotazníky, prezenční listina.	Předpokladem je vzdělání alespoň v minimální míře v oblasti duševního oneomocnění a stigmatu a hlavě začít diskuzi.

Klíčové činnosti	Příprava programu pro akreditaci MPSV a samotná akreditace. Nalezení lektorů a jejich dovzdělání v tématu. Propagační strategie. Testovací semináře. Testování vývoje názoru účastníků na osoby s duševním onemocnění.	Finanční zdroje. Lektorský tým.	Harmonogram aktivit. Vyplněné dotazníky a prezenční listiny.	Příprava projektu na vysoké úrovni, maximálně dvouměsíční zpoždění. Spolupráce lektora a účastníků kurzu. Účast na seminářích.

Tabulka 6 Logický rámec projektu

Závěr

Tato bakalářská práce se zaměřila na problematiku stigmatizace osob s duševním onemocněním a byl v ní navržen vzdělávací seminář pro sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách, jako jeden z možných přístupů ke snížení stigmatu vůči osobám s duševním onemocněním, zejména potom vůči těm uvnitř profese samotné.

V první polovině práce byl popsán pojem stigma a na základě rešerše bylo potvrzeno, že vzdělávání o duševním zdraví a komunikace s lidmi s duševním onemocněním jsou účinné způsoby, jak stigma zmírnit. Na základě těchto poznatků byla sestavena analýza potřebnosti, která na vzorku 288 osob z profese sociální pracovník/pracovník v sociálních službách/student sociální práce popsala současnou situaci se stigmatizací osob s duševním onemocněním. Na základě dat analýzy potřebnosti byla upevněná cílová skupina projektu i indikátory splnění klíčových aktivit. Z výsledků práce poté můžeme vyvodit, že vzdělávací seminář může být účinným nástrojem pro snížení stigmatu a zlepšení duševního zdraví lidí s duševním onemocněním. Vzdělávacímu semináři, vytvářenému v této práci, byl vytvořen základ pro jeho další pokračování – harmonogram, klíčové aktivity, celková podoba i s rozpočtem.

Jsem přesvědčena, že téma této práce i projektu má smysl a byla dokázána jeho opodstatnitelnost v oboru. Osoby s duševním onemocněním jednoduše nemohou být unifikovaně diskvalifikovány z profese a těm, kteří profesi již vykonávají by měla být poskytnuta maximální podpora z řad kolegů. Další rozvoj a pokračování projektu je z mé strany jedině vítán a ani já sama téma neopouštím.

Bibliografie

Blok s recyklovaným perem [online]. [cit. 2023-04-24]. Dostupné z: https://www.pens.com/cz/p/blok-s-recyk-perem/prd-qovuaiaz/

Caritas – VOŠ Sociální. Vzdělávání [online]. [cit. 2023-04-24]. Dostupné z: http://www.caritas-vos.cz/vzdelavani/?lang=vzdelavani&last-param=par1

Český hosting s.r.o. Domény: hledání a registrace [online]. [cit. 2023-04-24]. Dostupné z: https://www.cesky-hosting.cz/domeny/?d=gaw&gad=1&gclid=CjwKCAjw0ZiiBhBKEiwA4PT9z-MXXDNX0Xu0NJ4JpyZbdKk09_A3XClOsZdKuifOiZqhf0f2vmBKZBoCb0cQAvD_BwE

DEARING, James W., Everett M., ROGERS. Agenda-Setting. Londýn: Sage Publications, 1996. ISBN 0-7619-0562-6.

DUKOVÁ, Ivana, Martin DUKA a Ivanka KOHOUTOVÁ. Sociální politika: učebnice pro obor sociální činnost. Praha: Grada, 2013. ISBN 9788024738802.

Etický kodex sociálních pracovníků a členů Profesního svazu sociálních pracovníků v sociálních službách APSS ČR. [online]. 12. 10. 2017 .[cit.2023-03-25]. Dostupné na WWW [https://profesni-svaz-socialnich-pracovniku.apsscr.cz/ckfinder/userfiles/files/Etick%C3%BD%20kodex.pdf]

FISCHER, Ondřej. Profesionalita, ctnosti a etika povolání. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2021. ISBN 978-80-246-4906-1.

FOUCAULT, Michel. Psychologie a duševní nemoc. Praha: Dauphin, 1997. Studie (Dauphin). ISBN 80-86019-30-6.

GOFFMAN, Erving. Stigma: poznámky k problému zvládání narušené identity. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003, 167 s. ISBN 80-86429-21-0.

IFC. Stakeholder Engagement: A Good Practice Handbook for Companies Doing Business in Emerging Markets. Washington, DC: International Finance Corporation, 2007.

JANOUŠKOVÁ, M. et al. 2016. Stigmatizace v České republice. Výzkumná zpráva. Praha: Národní ústav duševního zdraví. [online]. Dostupné z WWW: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/02/Stigmatizace-v-CR_zprava_NUDZ.pdf.

KODYMOVÁ, Pavla. Reformní paradigma v praxi české sociální práce. In: Politiky a paradigmata sociální práce: co jsme zdědili a co s tím uděláme?: sborník z konference. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2010, s. 59-62. ISBN 978-80-7318-994-5.

KREBS, Vojtěch a Jaroslava DURDISOVÁ. Sociální politika. Praha: Codex Bohemia, 2015. ISBN 9788073575854.

LINK, Bruce G., et al. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. American Journal of Public Health, 1999, vol. 89, no. 9, p. 1328-1333. ISSN 0090-0036.

LINK, Bruce G.; PHELAN, Jo C. Conceptualizing stigma. Annual review of Sociology, 2001, roč. 27, s. 363-385. ISSN 0360-0572.

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.

MATOUŠEK, Oldřich a Alois KŘIŠŤAN. 2013. Encyklopedie sociální práce. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7.

MATOUŠEK, Oldřich. Práce s dětmi a s rodinou. In: MATOUŠEK, O. a kol. Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál, 2003, s. 181–200. ISBN 80-7178-548-2.

MATOUŠEK, Oldřich. Paradigmata, teorie, přístupy, metody a techniky v sociální práci. In: Politiky a paradigmata sociální práce: co jsme zdědili a co s tím uděláme?: sborník z konference. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2010, s. 22-26. ISBN 978-80-7318-994-5.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Akreditace [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2023 [cit. 24.4.2023]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/akreditace

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Analýza dostupnosti a nabídky sociálních služeb a služeb pro osoby s postižením v ČR. [online]. [cit. 2023-04-06]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18368/40091/02_Priloha%202_Analytick%C3%A1%20%C4%8D%C3%A1st.pdf]

MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů : desátá revize : obsahová aktualizace k 1.1.2018. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018. ISBN 978-80-7472-168-7.

Národní ústav duševního zdraví. V důsledku pandemie COVID-19 se s duševním onemocněním potýká téměř každý třetí dospělý, podporu nabídne nový web [online]. [cit. 2023-04-06]. Dostupné z: [https://www.nudz.cz/pro-media/tiskove-zpravy/v-dusledku-pandemie-covid-19-se-s-dusevnim-onemocnenim-potyka-temer-kazdy-treti-dospely-podporu-nabidne-novy-web].

Národní zdravotnický informační portál. [online]. [cit. 2023-03-06]. Dostupné z: [https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/340]

NAVRÁTIL, Pavel. 2001. Vybrané teorie sociální práce. In: MATOUŠEK, Oldřich. Základy sociální práce. Praha: Portál. ISBN 8071784737.

OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5199-3.

OCISKOVÁ, Marie. 2016. Možné souvislosti mezi internalizovaným stigmatem, osobností a efektivitou léčby u úzkostných poruch. Olomouc: Vydavatelství Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-878-9557-3.

Opatruj.se" [online]. Dostupné z: [https://opatruj.se/]. [cit. 2023-04-06].

Pero Paragon se saténovou povrchovou právou a ozdobou z ryzího zlata [online]. [cit. 2023-04-24]. Dostupné z: https://www.pens.com/cz/p/pero-paragon-se-satnovou-povrchovou-pravou-a-ozdobou-z-rovho-zlata/prd-zzbstyc7/

Práh Jižní Morava, z.s. O nás [online]. Dostupné z: [https://www.prahjm.cz/o-nas-2/]. [cit. 4. dubna 2023].

PRŮŠA, Ladislav. Sociální práce v číslech. In: Minulost, současnost a budoucnost sociální práce v České republice. Praha: APSS, 2023.

PRŮVODCE PODÁVÁNÍM ŽÁDOSTI O AKREDITACI VZDĚLÁVACÍHO PROGRAMU V INFORMAČNÍM SYSTÉMU [online]. Platný od 21. 9. 2020 [cit. 2023-04-24]. Ministerstvo práce a sociálních věcí, [2020]. 43 s. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/1061545/Pr%C5%AFvodce+pod%C3%A1v%C3%A1n%C3%ADm+%C5%BE%C3%A1dosti+o+akreditaci+vzd%C4%9Bl%C3%A1vac%C3%ADho+programu+v+informa%C4%8Dn%C3%ADm+syst%C3%A9mu+platn%C3%BD+od+21.+9.+2020.pdf/b9d5e03d-187e-4746-9722-8b0254aff75c

SOCIÁLNÍ SLUŽBY. Plán rozvoje sociálních služeb v ČR na roky 2020 až 2030 [online]. [cit. 2023-03-06]. Dostupné z: [https://www.socialnisluzby.eu/images/obr/1617960506_unor-final-2020.pdf].

THORNICROFT, Graham, et al. Stigma: ignorance, prejudice or discrimination?.The British Journal of Psychiatry, 2007, 190.3: 192-193.

TOMEŠ, Igor. Úvod do teorie a metodologie sociální politiky. Praha: Portál, 2010. ISBN 9788073676803.

Účetnictví Online [online]. [cit. 2023-04-24]. Dostupné z: https://www.uol.cz/ucetnictvi/

VZDĚLÁVÁNÍ PRO SOCIÁLNÍ SLUŽBY. Termíny kurzů [online]. [cit. 2023-04-24]. Dostupné z: https://www.vzdelavani-pss.cz/terminy-kurzu/?gclid=CjwKCAjw0ZiiBhBKEiwA4PT9z86SwkhC6H-TH5DeJRxfh7AdQ0fVHVQ6j5_EsEn6y5rh3Y-sIhmi0BoCtysQAvD_BwE

WEBSITEPLANET. Kolik stojí webové stránky v roce 2023? [online]. [cit. 2023-04-24]. Dostupné z: https://webfusion.cz/kolik-stoji-webove-stranky-v-roce-2023/

WHO. International Classification of Diseases, [online]. 11th Revision, 2018 [cit. 2023-04-19]. Dostupné z: http://id.who.int/icd/entity/334423054

ZAJACOVÁ, Melanie. Postavení sociální práce v současnosti. In: Minulost, současnost a budoucnost sociální práce v České republice. Praha: APSS, 2023.

Zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (Antidiskriminační zákon). 2009.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. 2006

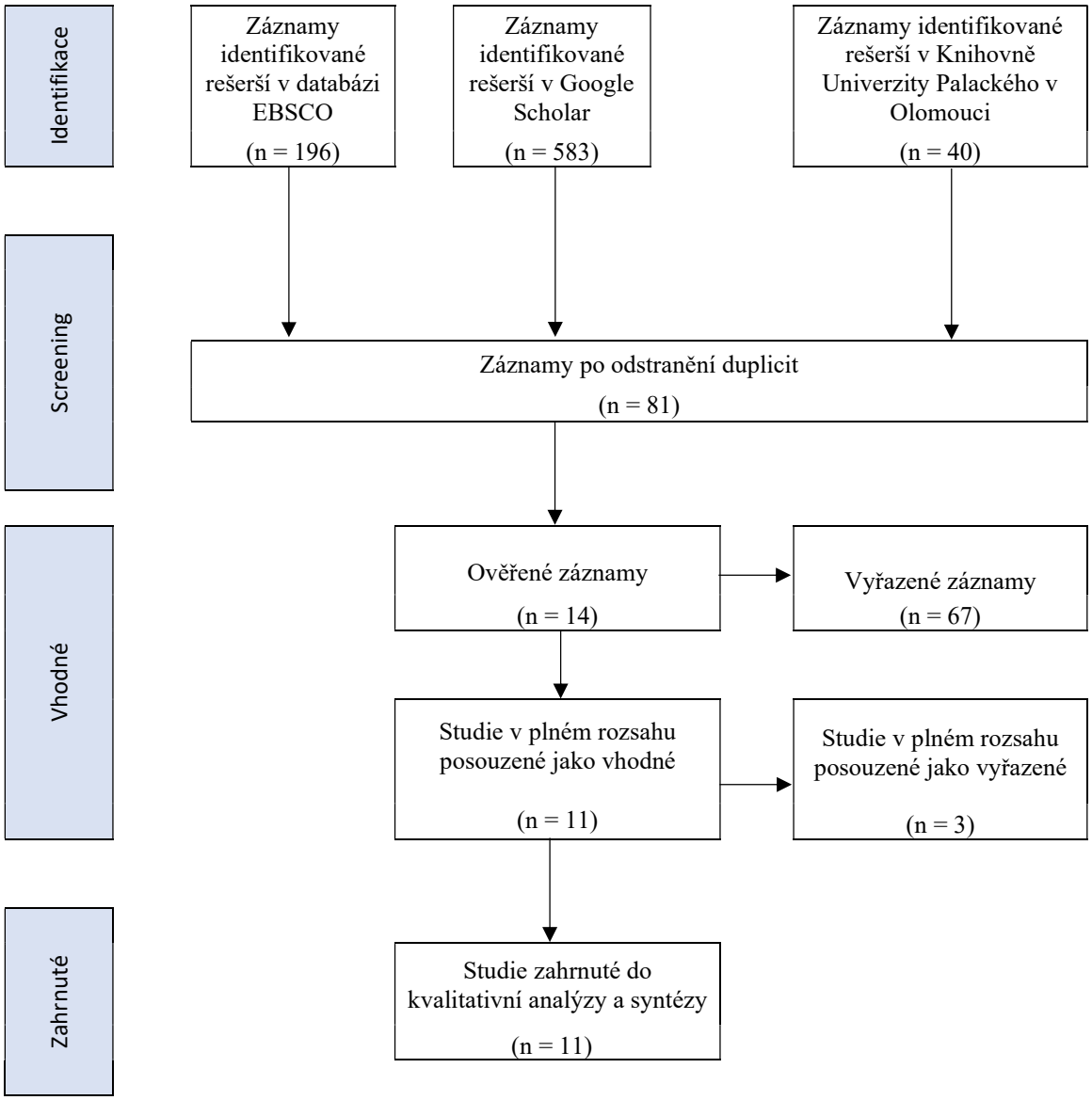
Seznam tabulek a obrázků

Obrázek 1 Vývoj počtu zaměstnanců v zařízeních sociálních služeb v letech 2015 - 2021 (Průša, 2023) 32
Obrázek 2 Zastoupení jednotlivých kategorií deprese (Zajacová, 2023) 34
Obrázek 3 Rozložení respondentů dle typu zaměstnání 35
Obrázek 4 Věkové rozložení respondentů 36
Obrázek 5 Rozložení souhlasu s tvrzením dle typu onemocnění 37
Obrázek 6 Ganttův diagram 45

Tabulka 1 Počty sociálních pracovníků dle rezortů, (MPSV, 2022 in Zajacová, 2023) 33
Tabulka 2 Zastoupení jednotlivých kategorií deprese (Zajacová, 2023) 34
Tabulka 3 Q06: Do budoucna by mi nevadilo pracovat společně s někým, kdo má psychické onemocnění. 36
Tabulka 4 Rozpočet nákladů za jedno školení 48
Tabulka 5 Rozpočet nákladů za rok 50
Tabulka 6 Logický rámec projektu 60

Přílohy

Příloha 1: Prisma FLOW diagram



Anotace

Tato práce se zabývá duševním onemocněním u pomáhajících profesí, hlavně otázce slučitelnosti výkonu profese sociální pracovník/pracovník v sociálních službách a diagnostikovaného duševního onemocnění. Na základě dat analýzy potřebnosti a rešerše vytváří projekt vzdělávacího semináře pro sociální pracovníky/pracovníky v sociálních službách, jehož cílem je zmírnit stigma vůči osobám s duševním onemocněním a zvýšit jejich šance na přijetí do pracovních kolektivů.

Klíčová slova: duševní onemocnění, pomáhající profese, stigma, destigmatizace, vzdělávání v sociálních službách

Annotation

This thesis deals with mental illness in the helping professions, especially the issue of compatibility of the profession of social worker/social services worker and diagnosed mental illness. Based on the data of the needs analysis and research, it creates a project of an educational seminar for social workers/social service workers, which aims to reduce the stigma towards people with mental illness and increase their chances of being accepted into work teams.

Key words: mental illness, helping profession, stigma, destigmatization, social services education