



Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

**Zavádění peer pečovatelsví na území
Královehradeckého kraje**

Bakalářská práce

Studijní program

Sociální práce

Autor: Kamila Dočekalová
Vedoucí práce: PhDr. Jiří Pospíšil, Ph.D.

Olomouc 2023

Prohlášení

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

V Olomouci 23. 4. 2024

Kamila Dočekalová

Poděkování

Na tomto místě chci poděkovat vedoucímu práce, panu PhDr. Jiřímu Pospíšilovi, Ph.D. za jeho obětavé a vstřícné vedení v průběhu psaní práce. Jsem vděčná za připomínky, trpělivost a zpětnou vazbu, kterou mi vždy ochotně poskytl. Poděkování také patří celé mé rodině, za podporu ve studiu.

Obsah

Úvod.....	11
1 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ.....	15
1.1 Potřeby rodiny	16
1.2 Dopady na život rodiny jedince s psychickým onemocněním	16
2 PEER PEČOVATEL	19
2.1 Kdo je peer pečovatel	19
2.2 Role peer pečovatele v multidisciplinárním týmu	20
3 REŠERŠE ZDROJŮ	22
3.1 Zdroje k tématu práce	22
4 ETICKÉ HLEDISKO	24
5 PROPOJENÍ TÉMATU S METODAMI A TECHNIKAMI SOCIÁLNÍ PRÁCE	27
5.1 Adaptační metoda při zavedení peer pečovatelství do organizace	27
5.2 Vzdělávací metody peer pečovatelů	28
5.2.1 Přípravný kurz	29
5.2.2 Stáže	29
5.2.3 Supervize a intervize	29
5.2.4 Metodické porady	30
5.3 Sociální práce s jednotlivcem	30
5.4 Sociální práce se skupinou	32
5.5 Sociální práce s rodinou	33
5.6 Sociální práce s komunitou	33
6 PROPOJENÍ TÉMATU S TEORIEMI A PŘÍSTUPY SOCIÁLNÍ PRÁCE.....	37
6.1 Systémový přístup k rodině	37
6.1.1 Ekologický přístup	38
6.2 Systemický přístup k rodině	38
6.2.1 Narativní terapie	39
6.3 Paradigmata sociální práce	39
6.3.1 Reformní paradigma	40
6.3.2 Poradenské paradigma	41
7 PROPOJENÍ TÉMATU SE SOCIÁLNÍ POLITIKOU.....	44
7.1 Principy sociální politiky	44
7.2 Funkce sociální politiky	46
7.3 Nástroje sociální politiky	47
8 ANALÝZA POTŘEBNOSTI.....	50
8.1 Příklady řešení dané problematiky v České republice a zahraničí	50
8.1.1 Příklady řešení dané problematiky v České republice	50
8.1.2 Příklady dané problematiky v zahraničí	51

8.2	Užité metody	52
8.3	Vyhodnocení výchozího stavu	52
8.4	Specifikace stakeholderů	53
9	LEGISLATIVNÍ ZAKOTVENÍ.....	55
9.1	Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.....	55
9.2	Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030.....	55
10	PROJEKTOVÁ ČÁST	58
10.1	CÍL PROJEKTU.....	58
10.1.1	Dílčí cíle projektu.....	58
10.2	KLÍČOVÉ AKTIVITY	59
10.2.1	Klíčová aktivita 1 – Příprava na implementaci pozice peer pečovatele do struktury organizace	59
10.2.2	Klíčová aktivita 2 –Výběr vhodného kandidáta/ kandidátky na pozici peer pečovatele.....	59
10.2.3	Klíčová aktivita 3 – Odborná příprava peer pečovatele.....	60
10.2.4	Klíčová aktivita 4 – Pilotní zapojení peer pečovatele do chodu organizace a do podpory rodin klientů CDZ	61
10.2.5	Klíčová aktivita 5 – Zhodnocení projektu.....	61
10.3	CÍLOVÁ SKUPINA PROJEKTU.....	63
10.4	INDIKÁTORY SPLNĚNÍ KLÍČOVÝCH AKTIVIT.....	64
10.5	POPIS PŘIDANÉ HODNOTY PROJEKTU	65
10.6	MANAGEMENT RIZIK.....	67
10.6.1	Nedostatečná příprava na zavedení role peer pečovatele do zařízení	67
10.6.2	Do výběrového řízení na pozici peer pečovatele se nepřihlásí žádný kandidát.....	67
10.6.3	Nedostatečná znalost potřeb a požadavků organizace při výběru vhodného kandidáta na pozici peer pečovatele.....	67
10.6.4	Peer pečovatel se nechce účastnit všech povinných školení a kurzů, které potřebují k vykonávání této role.....	68
10.6.5	Mentorující pracovník nenaplňuje svou funkci.....	68
10.6.6	Nezájem klientů o svépomocné skupiny	68
10.6.7	Nedostatečná nabídka supervizních setkání	69
10.6.8	Peer pečovatel neodvádí požadovanou práci	69
10.7	HARMONOGRAM PROJEKTU	70
KA1	Příprava na implementaci pozice peer pečovatele do struktury organizace	70
KA2	Výběr vhodného kandidáta/ kandidátky na pozici peer pečovatele.....	70
KA4	Pilotní zapojení peer pečovatele do chodu organizace a do podpory rodin klientů CDZ.....	70
KA1	Příprava na implementaci pozice peer pečovatele do struktury organizace	71
KA2	Výběr vhodného kandidáta/ kandidátky na pozici peer pečovatele.....	71

KA4 – Pilotní zapojení peer pečovatele do chodu organizace a do podpory rodin klientů	
CDZ	71
KA1 – Příprava na implementaci pozice peer pečovatele do struktury organizace	72
KA2 – Výběr vhodného kandidáta/ kandidátky na pozici peer pečovatele	72
KA4 – Pilotní zapojení peer pečovatele do chodu organizace a do podpory rodin klientů	
CDZ	72
10.8 ROZPOČET PROJEKTU	73
10.9 LOGRAME PROJEKTU	74
Závěr.....	77
Bibliografie.....	79
Seznam tabulek a grafů	84
ANOTACE.....	87

Úvod

Duševní zdraví je v dnešní době stále aktuálnější a naléhavější téma. Ve společnosti přibývá závažných psychických onemocnění, které významně postihuje život nejen nemocným, ale i jejich rodinám a blízkým.

Nejbližší jedinci vytvářejí v životě nemocného hlavní podpůrnou strukturu, ale i oni sami se často potýkají s pocity strachu a nejistoty. S tímto vědomím se stává klíčovým úkolem poskytovat komplexní podporu nejen nemocnému jedinci, ale i jeho rodině.

Tato práce se zaměřuje na problematiku zavedení role peer pečovatele jako podporu pro klienty a jejich rodiny a blízké organizace Péče o duševní, z. s., konkrétně pro pobočku Centra duševního zdraví v Hradci Králové.

Peer pečovatelsví představuje inovativní přístup v péči o duševně nemocné jedince, jenž využívá zkušenosti a znalosti jedinců, kteří se starají, nebo se v minulosti starali o své duševně nemocné potomky.

Cílem bakalářské práce je vytvoření návrhu projektu pro zavedení peer pečovatelsví pro Královehradecký kraj. Teoretická část práce se věnuje vymezení základních pojmů, tj. duševní onemocnění a peer pečovatel. Dále je v práci vymezeno etické hledisko, zasazení tématu do teorii a metod sociální práce, sociální politiky a vypracování analýzy potřebnosti. Praktická část obsahuje stanovený cíl projektu a jeho dílčí cíle, klíčové aktivity a jejich indikátory splnění, harmonogram, management možných rizik a rozpočet projektu.

Tato práce je zpracována s cílem přispět ke zlepšení péče o jedince s duševním onemocněním podporou jejich rodin a blízkých prostřednictvím zavedení nového přístupu sdílení a podpory mezi jednotlivci v podobné životní situaci.

1 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ

Pro společnost je důležité si uvědomit, že duševní onemocnění je nemoc jako každá kterákoliv jiná. Zatímco nemoci těla si jsou jedinci většinou vědomi a cítí ji, nebo ji lze dokázat například pohmatem či laboratorními testy, nemoc duše je mnohem těžší diagnostikovat, jelikož i pro samotného jedince je obtížné si nemoc uvědomit a přiznat si ji (Laštovicová 2013, s. 9).

Duševní onemocnění často vzniká na základě určitých dispozic. Patří sem způsob výchovy, události, které jedinec prožije v průběhu života, potíže existenční, pracovní, nebo v oblasti mezilidských vztahů. Vznik onemocnění také závisí i na spouštěcích faktorech. Některé onemocnění mají genetický základ a mohou být vyvolány biochemickými změnami v mozku. Tyto změny mohou být způsobeny léky, zraněním či degenerací mozkové tkáně (CPZP 2013).

Podle Matouška a kol. (2005, s. 136) dlouhodobě nemocný jedinec je jedinec, který trpí duševní poruchou (organická poškození CNS, schizofrenie, depresivní nebo manická porucha, paranoidní či jiná psychóza) nebo jiným onemocněním, které se může stát dlouhodobým a sníží kapacitu či nepříznivě ovlivňuje tři a více základních aspektů denního života:

- Osobní hygienu a sebeobsluhu
- Směřování (cíle)
- Mezilidské vztahy
- Sociální transakce, učení a rekreaci
- Ekonomickou soběstačnost
- Práce s rodinou duševně nemocných jedinců

V minulosti bylo běžné, že velkou část péče o lidi s duševním onemocněním obstarávali psychiatrické léčebny, dnešním trendem se ale stává deinstitutionalizace, což přináší kratší hospitalizace v psychiatrických léčebnách a větší míru zodpovědnosti přebírá rodina (Kleinová 2011, s. 13).

Podle Matouška a kol. (2005, s. 144) je v práci s duševně nemocnými důležitá komunitní péče, která přinesla zvýšený důraz na podporu rodin těchto jedinců. Jelikož s příbuznými většinou žije 30-60 % lidí se závažným onemocněním, stává se práce s rodinou a sociální sítí klienta důležitou součástí práce multidisciplinárního týmu. Multidisciplinární tým se poté snaží mapovat rodinné zázemí klienta, porozumět mu a intervenovat. Cílem těchto intervencí je reagovat na potřeby rodin a klientů. Tyto potřeby mohou být různé, a to např. chápat a zvládat podstatu onemocnění, projevy nemoci, vědět, jak se chovat v krizových či pro onemocnění

specifických situacích. Díky těmto intervencím bude rodina schopna udržet si přesvědčení, že se situace dá zvládnout.

První problémy se velmi často projevují v období dospívání. Na tyto problémy mohou rodiče odpovědět „větší starostí“ o dítě. U rodinných příslušníků jedinců s duševním onemocněním se často objevují pocity strachu, studu, zlosti, frustrace nebo i opomíjení dalších členů rodiny, či izolace. Duševně nemocný jedinec může mít častokrát pocit, že bez rodičů žít nemůže, jelikož je jeho sociální síť velmi úzká (Matoušek 2005, s. 145).

1.1 Potřeby rodiny

Hlavní předpoklad pro kvalitní péči o nemocného je uspokojení potřeb pečovatele. Aby se pečovatelé mohli starat o svého blízkého, musí sami mít uspokojeny psychické i fyzické potřeby. Častokrát je velmi důležité poskytnout podporu pečujícím, kteří vidí, jak jejich blízký trpí (Obdržálková 2012, s 13).

Potřeby rodiny se odvíjí od aktuálního psychického stavu jejich blízkých. Rodič, u jehož dítěte byla diagnostikována nemoc nově, má hlavní potřebu poznat o jakou nemoc se jedná a jak se projevuje. Dalšími potřebami jsou obdržet specifické návrhy, jak zvládat pacientovo chování, poskytnutí náhradní péče, aby si rodina mohla odpočinout, přimět pacienta k tomu, aby změnil místo, kde žije, dostat více pochopení od příbuzných a přátel, pomoc se zmírněním finanční zátěže celé rodiny, poskytnutí terapie pro rodiče samotné, či setkávat se s lidmi s podobnou zkušeností (Kolková 2023, s. 12).

Naplnění potřeby o setkávání s lidmi s podobnou zkušeností mohou splňovat právě peer pečovatelé v centrech duševního zdraví.

1.2 Dopady na život rodiny jedince s psychickým onemocněním

Duševní onemocnění ovlivňuje celou rodinu jedince. Změny v rodině závisí na více faktorech, a to na vztazích v rodině, prognóze či průběhu nemoci, nebo i na typu rodiny a psychické odolnosti jejich členů (Šustrová 2018, s. 37).

Rodina je pro nemocného hlavním zdrojem pomoci a podpory. Podle Šustrové (2018, s. 38) se zdravotnický systém spoléhá na rodinu jako na kompetentní jedince, kteří zajistí léčbu a zabrání tak hospitalizacím.

Psychické onemocnění v rodině celou rodinu často stigmatizuje. Rodina se izoluje od ostatních a ztrácí své sociální kontakty, často se o onemocnění člena rodiny podělí až po dlouhé době (Šustrová 2018, s. 38).

Důsledkem izolace a stresu rodiny je i vyšší pravděpodobnost, že i u samotných členů rodiny se může časem projevit určitá forma psychického onemocnění. Pokud se u členů rodiny objeví psychický problém, pak se už o svého blízkého nemohou dále starat. Pro lepší představu se v této souvislosti se uvádí metafora masky v letadle, kdy v případě nebezpečí musíme zajistit kyslík sami sobě, abychom mohli lépe pomáhat ostatním. Mezinárodní výzkum dopadů péče o rodinné příslušníky prokázal, že klientům, kterým se dostává dostatečné podpory, mají méně relapsů a jsou méně často hospitalizováni (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví 2020, s. 4).

Onemocnění má na rodinu vliv i z praktického hlediska, kdy v rodině dochází ke změně rolí. V rodině se často zvýší výdaje a rodina se dostává do problémů, jak se uživit a do toho kombinovat péči o nemocného (Šustrová 2018, s. 38).

Rodině nemocného vyvstávají otázky, proč se to zrovna stalo jejich příbuznému a proč zrovna teď. Rodina také častokrát neví, jak s nemocným o jeho nemoci mluvit a jak mu pomoci. Příbuzní nemocného často pociťují pocity vyhoření, bezmoci, nebo ignorování profesionály, proto je důležité poskytovat rodině podporu z důvodu zmírnění zátěže, ale i snížení rizika relapsu blízkého (Šustrová 2018, s. 39).

2 PEER PEČOVATEL

Následující kapitola se bude věnovat definování pozice peer pečovatele. Popíše, kdo peer pečovatel je, co je podstata jeho činnosti a jaká je jeho role v multidisciplinárním týmu.

Péče o blízkého rodinného člena je náročná. Pečující rodiny jsou ohroženy izolací zapříčiněné stigma spojeném s duševním onemocněním. V důsledku izolace a stresu jsou rodinní pečovatelé ohroženi vyhořením a existuje šance rozvinutí fyzického či psychického onemocnění. Pokud rodinní pečovatelé onemocní, nemohou dále pečovat o své blízké. Rodinní pečovatelé si nejdříve musí obstarat své potřeby a až poté se starat o potřeby svých blízkých (Holá, Pluhaříková Pomajzlová, Říčan, Kubinová 2021, s. 9). Peer pečovatelé jsou vhodným podpůrným systémem pro rodinné pečovatele. Mohou jim pomáhat v definování svých potřeb a v podpoře vyrovnání se s duševním onemocněním svého blízkého.

2.1 Kdo je peer pečovatel

Peer pečovatel je pracovník ve službách péče o duševní zdraví – nejčastěji Centra duševního zdraví, ale i v lůžkových zdravotnických zařízeních. Peer pečovatel je osoba, která využívá vlastní zkušenost s duševním onemocněním u svého příbuzného, či blízkého okolí k podpoře rodiny a blízkého okolí klientů/pacientů (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví 2020, s. 4).

Peer pečovatel se zaměřuje na potřeby a přání rodiny a blízkých a pomáhá jim vyrovnávat se s jejich náročnou životní situací. Zároveň provázejí rodinu, podporují ji v hledání vlastní cesty a objevování zdrojů ke zvládnutí situace. Vztah mezi peer pečovatelem a klientovou rodinou je založený na vzájemné důvěře, podpoře a sdílení osobních zkušeností. Peer pečovatel zároveň slouží jako zdroj podpory pro rodiny, aby se aktivně podíleli na léčbě a vnášeli do ní svůj úhel pohledu, zkušenosti a znalost svého blízkého (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví 2020, s. 4).

Podle Manuálu pro zapojení peer pečovatelů do komunitních služeb (2020, s. 9) máme dva směry pozitivního přínosu peer pečovatelů:

Směrem ke klientům: zapojení rodiny a okolí klienta do spolupráce, což zajišťuje ucelenější systém pomoci, dodávání naděje blízkým, že zotavení je možné, peer pečovatel vzorem pro rodiny, možnost výměny zkušeností a reflexe

Směrem k týmu: reflexe významu práce s rodinou a blízkým okolím klienta, reflexe chování a komunikace týmu profesionálů vůči rodině, „spojka“ mezi týmem a rodinami, členové snáze uvěří, že zotavení je možné, zpětná vazba peer pečovatele vůči týmu

2.2 Role peer pečovatele v multidisciplinárním týmu

Peer pečovatel je plnohodnotným členem týmu, kde spolupracuje se svými kolegy a zprostředkovává jim pohled rodiny klienta na průběh léčby. Další rolí je prohlubování vztahu mezi rodinou a odborníky a připomíná význam této vzájemné spolupráce. Podílí se zejména v oblasti spolupráce, zapojování a podpory rodinných příslušníků, na tvorbě informačních materiálů a vzdělávání v této oblasti (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví 2020, s. 5).

Náplň práce záleží na zařízení, kde je peer pečovatel zaměstnán. Nejčastější činnosti jsou koordinace svépomocné skupiny a zařazení do terénního týmu, se kterým se pojí výjezdy za klienty a mapování jejich situace. Další alternativou je, aby peer pečovatel byl konzultantem pro celé zařízení, nebo vedl pouze svépomocnou skupinu (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví 2020, s. 11).

3 REŠERŠE ZDROJŮ

Tato kapitola popíše proces získávání zdrojů k tématu zavádění peer pečovatelsví na území Královehradeckého kraje.

3.1 Zdroje k tématu práce

Zdroje k tématu byly vyhledávány pod klíčovými slovy peer pečovatelsví, peer pečovatel, rodina, duševní onemocnění, duševní onemocnění a rodina, péče o duševní zdraví. Zdroje byly vyhledávány ve vyhledávačích Google a Google Scholar. Tyto kroky vyhledaly webovou stránku Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. Tato webová stránka nabízí publikace, které jsou pro tuto práci zásadním zdrojem. Nabízí elektronické dokumenty *Manuál Zapojení peer rodinných příslušníků do psychiatrických lůžkových zařízení (2021)*, *Peer pečovatelé, proč je to dobrý nápad a jak na to*. *Manuál pro zapojení peer pečovatelů do komunitních služeb (2020)*, *Manuál Zapojení peer konzultantů do komunitní a lůžkové péče o duševní zdraví (2016)*.

Další zdroje byly vyhledávány primárně přes webovou stránku theses.cz. Je to stránka, kde jsou ukládány elektronické verze kvalifikační prací vyšších odborných a vysokých škol. Práce byly vyhledávány pomocí stejných klíčových slov jako v úvodu kapitoly.

Legislativní dokumenty byly vyhledávány primárně na vládních webových stránkách České republiky (např. Úřad vlády České republiky, Ministerstvo práce a sociálních věcí, Ministerstvo zdravotnictví) a také na webové stránce *Zákony pro lidi*.

Zdrojem pro knižní tituly byla primárně webová stránka Bookport a seznamy povinné a doporučené literatury.

4 ETICKÉ HLEDISKO

Podle Matouška (2008, s. 21-22) je etika vědou o morálce, o původu a podstatě morálního vědomí a jednání.

Banksová (in Matoušek 2008, s. 24) rozlišuje etické problémy a etická dilemata.

Etický problém vzniká v kontextu této práce tak, že peer pečovatel ví, jak by se měl v dané situaci rozhodnout, ale toto rozhodnutí se mu z určitého důvodu přičí.

Etické dilemma vzniká tehdy, kdy peer pečovatel stojí před vícero možnostmi, které představují konflikt jeho morálních principů a peer pečovatel se musí pro jedno rozhodnout, kdy ale neví, jaké rozhodnutí bude přijatelnější.

Podle Nečasové (2001, s. 49) se etika snaží objasnit hlediska, která vedou člověka k odpovědnému jednání. Jedná se o modifikaci sedmi principů, které byly zformulovány knězem Felixem Biestekem. Tyto principy aplikují na profesi peer pečovatele pracujícího v centrech duševního zdraví:

- Individualizace: peer pečovatel respektuje, že každý člověk je rozdílný a ke každému klientovi přistupuje individuálně.
- Vyjadřování pocitů: peer pečovatel informuje klienta, že je v pořádku vyjádřit své pocity, včetně těch negativních a vytvoří bezpečné prostředí, kde klient může své emoce vyjádřit.
- Empatie: peer pečovatel se vcitňuje do prožívání a situace klienta. Empatii peer pečovatel prokazuje parafrázováním, empatickými poznámkami, kladením dodatečných otázek či aktivním nasloucháním. Je důležité reflektovat i své vlastní pocity a prožitky.
- Akceptace: peer pečovatel vnímá klienta takový, jaký je, včetně jeho silných a slabých stránek. Podporuje se i klientova sebeúcta a sebe-přijetí takového, jaký je.
- Nehodnotící postoj: peer pečovatel nesoudí a nehodnotí rodinu duševně nemocného jedince, jakým způsobem přistoupila k náročné životní situaci.
- Sebeurčení: peer pečovatel respektuje klientovo svobodné rozhodnutí o využití x nevyužití jeho služeb. Klient se smí účastnit i svépomocných skupin.
- Diskrétnost: Peer pečovatel buduje vztah s klientem na vzájemné důvěře.

V České republice existuje Etický kodex sociálního pracovníka (2006, s. 1), který vymezuje pravidla zodpovědnosti a etického chování sociálního pracovníka ve vztahu k:

- Klientovi sociální služby;

- Zaměstnavateli, u kterého vykonává sociální práci;
- Kolegům v sociální práci;
- Profesi a odbornosti sociálního pracovníka;
- Společnosti

Etický kodex sociálních pracovníků České republiky vychází z Všeobecné deklarace lidských práv, Listiny základních práv a svobod a Zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách. Etický kodex je nejen posláním, ale i povinností pracovníků vykonávat svou práci svědomitě, zodpovědně, iniciovat spolupráci multidisciplinárních týmů a dodržovat nejvyšší možné standardy profesionality (Etický kodex sociálního pracovníka České republiky 2006, s. 1).

Respektování etiky sociální práce je základním aspektem kvality výkonu sociální práce, proto etické povědomí je zásadní a neoddělitelnou součástí profesní činnosti každého sociálního pracovníka (Etický kodex sociálního pracovníka České republiky 2006, s. 1).

Peer pečovatel by ke svým klientům podle Etického kodexu sociálního pracovníka České republiky (2006, s. 1-3) měl:

- Přístupovat ke každé osobě důstojně, s ohledem na individuální rozdíly
- Zajišťovat každému klientovi rovný přístup k informacím, které vedou k vyřešení nepříznivé situace v rodině
- Podpora vztahů klienta s nemocným blízkým, rodinou, známými, podpora v udržování těchto vztahů
- Ctít pravidlo mlčenlivosti
- Podporovat klienta k vědomí vlastní odpovědnosti
- Zaměřovat se na silné stránky klienta a podporovat ho při řešení různých sfér jeho života
- Nevyjadřovat se o klientovi hanlivě, jednat s klientem bezúhonně a s respektem
- Zajímat se o celého člověka v rámci rodiny, komunity, společenského a přirozeného prostředí
- Informovat klienta o možných rizicích a důsledcích při jeho rozhodování
- Vystupovat profesionálně a důvěryhodně

5 PROPOJENÍ TÉMATU S METODAMI A TECHNIKAMI SOCIÁLNÍ PRÁCE

Následující kapitola bude věnována propojení tématu s metodami a technikami sociální práce. V první části kapitoly budou popsány metody zavedení peer pečovatelských do organizace, do kterého patří vymezení náplně práce, místa v pracovním týmu či komunikace mezi členy pracovního týmu. Dále budou popsány vzdělávací metody peer pečovatele. Tyto metody peer pečovateli určují nezbytné podmínky k vykonávání práce, i podpůrné a dobrovolné činnosti, které práci usnadňují.

V druhé části kapitoly budou vymezeny metody sociální práce, které se používají při práci s pečovateli svých blízkých osob s duševním onemocněním. To těchto metod spadá sociální práce s jednotlivcem (tj. případová práce), sociální práce s rodinou, sociální práce se skupinou a sociální práce s komunitou. Každá ze zmíněných metod bude podpořena technikami sociální práce a příklady využití v praxi.

5.1 Adaptační metoda při zavedení peer pečovatelských do organizace

Podle Šikýře (2014, s. 188) adaptace zaměstnanců zahrnuje formální i neformální procedury, které zahrnují informování, odborné zapracování a sociální začlenění zaměstnance v novém zařízení.

Pro vytvoření pozice peer pečovatele a zapojení do týmu je důležitá důkladná příprava a výběr vhodného kandidáta na tuto pozici. Je důležité, aby si organizace vyhradila dostatečný čas na implementaci pozice peer pečovatele (časové rozhraní se pohybuje kolem několika měsíců). Během této přípravy musí organizace nastavit profesní nastavení, do kterého patří náplň práce, místo v organizační struktuře, komunikační procesy (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví 2020, s. 20).

V počátečním období nástupu peer pečovatele je nezbytné se věnovat nastavení pozice a role peer pečovatele, zmapování potřeb rodinných příslušníků a blízkých duševně nemocných jedinců, kteří docházejí do organizace a služeb dostupných v okolí. V tomto období si organizace ujasní, jak se s rodinnými příslušníky pracovalo v minulosti a co funguje nyní. Po zjištění všech těchto informací je potom možné upřesnit přesnou náplň práce peer pečovatele. V této části zavádění peer pečovatelských může být užitečným nástrojem metodická porada, kde pracovníci i peer pečovatel mohou přemýšlet o jeho roli. Intervize může být dalším nástrojem

setkávání týmu a společného sdílení a předávání zkušeností (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví 2020, s. 20).

V rámci adaptace peer pečovatele je důležité stanovit jednoho pracovníka, který bude peer pečovateli doprovázet a pomáhat mu. Tento pracovník bude kontaktní osobou, se kterou bude moci řešit aktuální otázky, konzultovat práci nebo případné problémy (Holá a kol. 2021, s. 12).

Zavedením peer pečovatele v organizaci se změní její fungování. Organizace, jako jsou např. centra duševního zdraví, se většinou zabývají primárně péčí o duševně nemocné jedince. Peer pečovatelsví otevírá cestu k navázání kontaktu a spolupráce s neformálními pečujícími (rodina a blízcí lidé duševně nemocného jedince). Podpora, kterou peer pečovatel poskytuje, vede ke zlepšení fungování rodiny, což častokrát vede i k celkovému zlepšení samotného klienta s duševním onemocněním. Díky peer pečovatelsví se může posílit důvěra rodiny vůči samotné organizaci a její činnosti. Peer pečovatel díky svým osobním zkušenostem dokáže získat důvěru rodiny snadněji než sociální pracovník (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví 2020, s. 8).

Peer pečovatel zapadá do konceptu multidisciplinárního týmu a svou prací rozšiřuje nabídku o další služby. Může být pro tým odborným přínosem a také může otevírat nový pohled na rodinné pečující. Náhled pracovníků se rozšíří o jiný úhel pohledu na duševní onemocnění a jak zásadně zasahuje do života nemocného i jeho okolí (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví 2020, s. 8).

V neposlední řadě peer pečovatel vykonává v organizaci činnosti, které by pro sociálního pracovníka bylo nad rámec své náplně práce. Typicky se jedná o vedení svépomocné skupiny či organizaci akcí pro rodiče (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví 2020, s. 9).

5.2 Vzdělávací metody peer pečovatelů

Při vzdělávání peer pečovatelů existují různé metody, které se při tomto procesu používají. Tyto metody jsou: přípravný kurz, stáže, supervize a intervize, metodické porady a další. Zmíněné metody budou níže blíže popsány.

5.2.1 Přípravný kurz

První a nejdůležitější metodou je přípravný kurz. Tento kurz je i nezbytnou podmínkou pro vykonávání pracovní pozice. V kurzu se peer pečovatel seznamuje s konceptem zotavení (orientace na problémy vs. orientace na silné stránky) a učí se pracovat se svým osobním příběhem. V kurzu se peer pečovatel učí také komunikačním dovednostem. Je důležité, aby byl diplomat a uměl se domluvit se všemi stranami. Je také nutné, aby peer pečovatel ovládal konkrétní postupy, aby uměl např. oslovit rodinu a nabídnout podporu) (Holá a kol. 2021, s. 28).

5.2.2 Stáže

Vhodné je v rámci vzdělávání absolvovat také stáž. Stáže se mohou vykonávat v různých organizacích v České republice, kde s peer pečovatelským už mají zkušenost, nebo je možná i zahraniční stáž, kde je peer pečovatelský již na vyšší úrovni (nejčastější jsou stáže v Nizozemí).

Holá a kol. (2021, s. 28-29) uvádí konkrétní náměty a inspiraci, kterou si pracovníci ze stáže přinesli:

- Zlepšit spolupráci peer pečovatele s komunitními službami a dalšími návaznými službami
- Vybudovat prostor pro intenzivnější práci s rodinami klientů (např. webové stránky)
- Edukovat pracovníky organizace ohledně přínosu peer pečovatele a tzv. práce v triádě (péče založená na spolupráci odborníků, klienta a jeho rodiny či blízkých)
- Zaměřit se na zplnomocňování klientů
- Být při zavádění peer pečovatelského trpěliví a ponechat dostatek času na usazení role

5.2.3 Supervize a intervize

Holá a kol. (2021, s. 31) uvádí, že supervize se osvědčily pořádat 1x a za 2-3 měsíce. Dále uvádí, že nejčastější řešená témata jsou především řešení role v týmu, specifika pracovní náplně peer pečovatele, obtížné situace s rodinami a zakládání a vedení skupin pro rodinné pečující.

Supervize přispívá k cílenému, vědomému a strukturovanému uplatnění osobní zkušenosti s nemocí. Je důležité, aby se peer otevřel se svým příběhem a tím motivoval a

inspiroval klienta, ale bylo to zároveň i řízené kvůli bezpečnosti pro samotného peera (Foitová a kol. 2016, s. 29).

Holá a kol. (2021, s. 31) uvádí, že intervize se osvědčila pořádat cca jednou za šest měsíců. Pracovní se pomocí intervize vzájemně inspirují v překonávání překážek a přináší nové pohledy a nápady.

5.2.4 Metodické porady

Metodické porady nejsou v procesu zavádění peer pečovatele pravidelná věc. Podle Manuálu pro zapojení peer pečovatelů do komunitních služeb (2020, s. 18) je vhodné metodické porady uspořádat třikrát v celém projektu.

První metodická porada probíhá před nástupem peer pečovatele do organizace. Věnuje se potřebám týmu a očekáváním od peer pečovatele, plánu zapojení, obavám a rizikům, překážkám a náplni práce peer pečovatele. Pracovní týmy už mají většinou zkušenosti se zaváděním peer konzultanta, jehož proces se v mnohém podobá. V případě různých obav (např. střet zájmů, mlčenlivost či nespolupráce klienta s rodinou) je metodická porada vhodným nástrojem pro vyřešení těchto obav (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví 2020, s. 18).

Druhá metodická se pořádá několik měsíců od nástupu peer pečovatele. Porada se nese v duchu konkrétních problémů, které vznikly v procesu zavádění peer pečovatelských (obtížné situace při komunikaci s rodinnými příslušníky, sdílení informací s týmem). Třetí metodická porada se pořádá ke konci projektu zavádění peer pečovatelských a řeší se na ní otázka financování, úvazku a náplni práce peer pečovatele po skončení celého procesu (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví 2020, s. 18).

5.3 Sociální práce s jednotlivcem

Sociální práce s jednotlivcem, resp. případová práce, zaměřená na případ, na jedince. V sociální práci je často uplatňovaným přístupem v problematice duševně nemocných jedinců. Tento přístup nevyžaduje žádné zvláštní aranžmá a umožňuje operativní rozhodování. Jde o způsob, který věnuje soustředěnou pozornost člověku, který potřebuje určitou službu, v případě této práce službu peer pečovatele (Matoušek a kol. 2008, s. 67).

V kontextu této práce je základem případové práce pochopení jedince, který trpí duševním onemocněním, jeho rodiny, která se o tohoto jedince stará a komunity, ve které jedinec žije (Matoušek a kol. 2008, s. 67).

Jednotliví členové rodiny, kteří pečují o jedince s duševním onemocněním, využívající služeb peer pečovatele, se mohou často cítit neúspěšní v plnění svých rolí pečovatele a mohou přicházet s pocity nejistoty, selhání, strachu. Je nezbytné, aby peer pečovatel uměl s těmito pocity zacházet a uměl s klientem dobře navázat vztah. (Matoušek a kol. 2008, s. 67-68)

Podle Matouška a kol. (2008, s. 75-76) celý proces případové práce provází zvládnutí umění rozhovoru. Rozhovor je proces dorozumívání dvou nebo více osob, při kterém jde o to, aby člověk druhého pochopil, přijal nebo si vzájemně poskytl zpětnou vazbu. V případové práci má rozhovor dospět k tomu, aby byly formulovány klientovy potřeby, ale i to, co je schopen a ochoten přijmout. Aby peer pečovatel rozpoznával potřeby klienta, musí se učit naslouchat. Je důležité si všimnout toho, co klient sděluje přímo i nepřímo a vyvarovat se rychlým závěrům.

Rozhovor mezi peer pečovatelem a klientem má tři fáze. Fáze první je „úvodní“, v níž dochází k navazování kontaktu, odstranění obav a ke vzájemnému naladění. Druhá fáze je „jaderná“, kde klient sděluje své očekávání pomoci, přichází se svou zakázkou a dochází zde k upřesnění cíle vzájemné spolupráce. Fáze třetí se nazývá „závěrečná“, ve které dochází k rozloučení, uvolnění, popř. domluvení další spolupráce (Nemcová 2013).

Podle Sheafor, Horejsi, Horejsi (1988) (in Matoušek a kol. 2008, s. 76) je aktivní naslouchání dovednost, kterou je nutno pěstovat. Aktivní naslouchání se od toho „obyčejného“ naslouchání liší tím, že aktivní naslouchání je podpořeno technikami jako je objasňování, parafrázování, reflektování a shrnování. Některé zásady aktivního naslouchání jsou: soustředit se na klienta více než na vlastní pocity a myšlenky, udržování očního kontaktu a soustředění se na neverbální gesta, kladení objasňujících otázek, zrcadlení klientovi, jak jeho sdělení bylo pochopeno či parafrázování (přeřikání) sdělení, což může poskytnout jiný úhel pohledu.

Další hojně používanou technikou v případové práci je Rogersovský rozhovor. Podle Vymětala (2011, s. 45) se tento rozhovor zakládá na autentičnosti (opravdovost, pravdivost), empatii (vcitující porozumění) a plné akceptaci klienta (vřelost). Autenticita vnáší do rozhovoru mezi klientem a terapeutem přirozenou podobu lidského setkání. Pro peer pečovatele *autenticita* znamená být v kontaktu s klientem vždy sám sebou, jehož projev odpovídá jeho momentálnímu prožívání a smýšlení. *Empatii* se peer pečovatel snaží co nejpřesněji zachytit aktuální prožívání klienta. Vidí věci tak, jak je prožívá klient a jeho prožívání peer pečovatel následně reflektuje. *Akceptace* vytváří vztah, který se zakládá na přijetí, bezpečí a jistotě. Peer pečovatel na klienta nahlíží jako na plnohodnotnou a sobě rovnou bytost, které si váží.

Akceptovat však neznámá s klientem souhlasit, ale přijmout vše, co sděluje, jako něco subjektivně významného. Akceptace není podmíněná projevem, chováním, či jinými okolnostmi.

V případové práci je také používána technika Ericksonovské provázení a vedení v rozhovoru. Tato technika vychází z předpokladu, že vše potřebné je obsaženo v klientovi. Při provázení peer pečovatel jde obrazně vedle klienta jeho rytmem a tempem, aby společně navázali dobrý kontakt a důvěru (Matoušek a kol. 2008, s. 78).

5.4 Sociální práce se skupinou

Člověk je schopen vést kvalitní život pouze jako člen skupiny a většinou patří k více skupinám současně. V průběhu života člověk patří k různým skupinám a život v těchto skupinách vyjadřuje základní lidskou potřebu sdílet, dávat, brát a uskutečňovat se ve vztazích (Matoušek a kol. 2008, s. 153). Peer pečovatelé se podílejí na vedení podpůrných, vzdělávacích či rekreačních skupin. Skupinová práce pomáhá sociálnímu fungování různých skupin ve smyslu rozvoje vzájemných pozitivních vztahů mezi členy, aby se každý člen skupiny vyvíjel v souladu s cíli skupiny (Matoušek a kol. 2008, s. 154).

Sdílení skupinové zkušenosti s dalšími lidmi je užitečné pro jedince, kteří se se svým problémem cítí osamocení nebo vyčleněni ze společnosti. Jedinci to přináší úlevu a zjištění, že není ve své situaci sám (Matoušek a kol. 2008, s. 154). V peer pečovatelství se skupinová práce využívá v zakládání svépomocných skupin pro rodiny klientů, kteří trpí duševním onemocněním. Svépomocné skupiny pomáhají rodinám se vyrovnat s duševním onemocněním svých dětí/blízkých, situacemi a emocemi, které tato skutečnost přináší. Členové svépomocných skupin si sdílí své zážitky, zkušenosti a poznatky a vzájemně si poskytují i emocionální podporu. Podle Matouška a kol. (2008, s. 155) člověk ve svépomocných skupinách pomoc přijímá, ale zároveň ji i poskytuje. Tato skutečnost ho často zbavuje pocitů bezmoci, protože kdo je schopen pomoci druhému člověku, je schopný pomoci i sobě. Toto zjištění je zdrojem naděje a zároveň členy zplnomocňuje ke zvládnutí své obtížné životní situace.

Peer pečovatel se při práci se skupinou neobejde také bez znalosti skupinové dynamiky. Pro zachování zdravé skupinové dynamiky je důležité, aby skupinové činnosti inicioval buď skupinový pracovník (v kontextu této práce to je peer pečovatel) či členové skupiny. Tyto aktivity se soustředí na dosahování cílů skupiny, ale také na získávání nových dovedností potřebných ke splnění cíle. Obecně lze říci, že do skupinové dynamiky patří cíle a normy

skupiny, projekce minulých zkušeností a vztahů do aktuálních, podskupiny či vztahy jedinců a skupiny (Matoušek a kol. 2008, s. 158-159).

5.5 Sociální práce s rodinou

Rodina je unikátní a nenahraditelnou institucí a je už od pradávna zdrojem podpory lidí, kteří se dostali do nesnází (Matoušek a kol. 2008, 183).

Při práci s rodinou je klientem celá rodina. Významnou roli při této práci sehrává prostředí. Pokud peer pečovatel s rodinou pracuje v domácím prostředí, doprovází to pocity bezpečí a jistoty, ale může to působit jako zásah do přirozeného prostředí. Práce s rodinou by měla mít individuální přístup a nejprve by měla reagovat na akutní problémy a posléze reagovat na dlouhodobější cíle. Změna v rodině by měla být učiněna přes nejsilnějšího a nejzdravějšího člena, tzv. zaměřit se na to, co funguje (Chrenková 2015, s. 22-23).

Peer pečovatel při práci s rodinou může používat různé techniky, jako je např. neutralita. Schlippe, Schweitzer (in Chrenková 2015, s. 24) uvádí, že neutralita se při práci s rodinou používá jako tzv. nestrannost. Zabraňuje, aby byl kdokoliv zatažen do rodinných her či byl sveden ke koalicím. Neutralita je založena na myšlence, že všem v rodině bude dána stejná váha. Dotazování je další využívaná metoda. Na tuto metodu můžeme nahlížet jako na techniku zjišťování informací o klientovi (o jeho životní situaci), současně však může být vnímána jako technika řešení problémů. V technice dotazování dělíme přístupy na lineární a cirkulární. Lineární otázky používáme s cílem zjistit, vypátrat, zmapovat situaci o klientovi. Peer pečovatel může tuto techniku používat při prvním setkání v rodinou. Ptáme se na otázky typu: „Jak se jmenuješ?“, „Kolik ti je let?“. Cirkulární přístup klade otázky na projevy chování, rozdíly, souvislosti a kontext. Na tyto otázky se peer pečovatel ptá z důvodu uvědomění si souvislostí. Peer pečovatel otázky používá už v pokročilejším vztahu s rodinou. Ptáme se na otázky typu: „Jak si myslíte, že se váš syn cítí?“ (Chrenková 2015, s. 25-27).

5.6 Sociální práce s komunitou

Podle Matouška a kol. (2008, s. 254) je komunitní práce metoda směřující k vyvolání a podporování změny v rámci místního společenství. Existuje několik znaků komunitní práce, ale pro kontext této práce vybírám pouze několik z nich: vztahuje problémy jedinců a skupin ke zdrojům a možnostem místní komunity, zapojuje do řešení problému a do rozhodování a života

komunity její občany, místní organizace a instituce, rozšiřuje možnosti lidí ovlivnit jejich situaci.

Příbuzným pojmem komunitní práce je pojem komunitní péče. Komunitní péče si klade za cíl k směřování k takovému uspořádání služeb (zdravotní, sociální) pro skupiny na okraji společnosti (hendikepované, duševně nemocné), aby se svými problémy mohli vést plnohodnotný život (Matoušek a kol. 2008, s. 255).

V kontextu této práce se zaměřím na téma zotavení, ang. recovery. Podle systému recovery pracují organizace v České republice, jež pomáhají jedincům s duševním onemocněním, jako např. Péče o duševní zdraví, z. s. či Fokus Praha.

Model zotavení je holistický přístup zaměřený na člověka a je založen na dvou jednoduchých předpokladech: zotavit se z duševního onemocnění je možné a nejúčinnější zotavení je řízeno pacientem. Tyto předpoklady umožňují řídit jejich vlastní léčbu a vybrat si, co je pro jejich zotavení nejlepší. Cíle modelu zotavení zahrnují ukázat klientům možnosti za hranicemi jejich nemoci, povzbuzovat klienty k dosahování osobních ambicí a vytváření smysluplných vztahů a osobních vazeb. (Lyon 2023)

SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) (in Lyon 2023) uvádí čtyři dimenze, které podporují zotavení:

- Zdraví: Klienti musí činit rozhodnutí, které podporují jejich fyzickou i duševní pohodu, aby zvládli duševní onemocnění
- Domov: Lidé potřebují bezpečné a stabilní místo k životu
- Účel: Vykonávat smysluplné každodenní aktivity (chodit do školy, práce, setkávat se s rodinou a členy komunity)
- Komunita: Vztahy mezi členy komunity poskytují lidem lásku, emocionální podporu a respekt, které potřebují k přežití a prosperitě.

Model zotavení zdůrazňuje zejména důležitost sociální podpory. Pokud člověk s duševním onemocněním má kolem sebe podpůrné vztahy, které mu nabízí bezpodmínečnou lásku, tak jsou schopni lépe zvládat příznaky své nemoci a pracovat na svém zotavení.

Podle Lyon (2023) existují i určité omezení a nevýhody v systému zotavení. Vzhledem ke skutečnosti, že složky systému se liší v závislosti na klientovi, může být obtížné měřit jeho výsledky či účinnost. Podle výše zmíněné zásady řízení vlastního zotavení klientem, mohou určité duševní stavy a onemocnění ztěžovat účast klienta tuto zásadu naplňovat, např. jedinci, kteří prožívají psychózu se nemusí považovat za duševně nemocné. Dalším případem může být akutní stav jedince, který vyžaduje okamžitou lékařskou pomoc a klient se tak nemůže podílet na své zotavení, dokud nebudou akutní příznaky nemoci vyřešeny.

Peer pečovatelé jsou součástí multidisciplinárních týmu různých organizací, které pracují podle systému zotavení. V multidisciplinárním týmu může působit jako podpůrný prvek při práci s rodinou klienta. Rodiny rozdílných klientů se nacházejí v různých stádiích vyrovnávání se s nemocí svého blízkého a nově nastalé situace. Peer pečovatel může s rodinami pracovat a provázet je situacemi, které jsou pro rodiny aktuální. Peer pečovatel může také působit jako motivační prvek. I přesto, že si sám prošel onemocněním svého blízkého, situaci zvládl. Rodina tak může vidět, že tento stav je řešitelný a není navždy.

6 PROPOJENÍ TÉMATU S TEORIEMI A PŘÍSTUPY SOCIÁLNÍ PRÁCE

Zavedení role peer pečovatele při práci s rodinami a blízkými duševně nemocných jedinců, úzce souvisí se sociální prací, proto v této kapitole bude popsán systémový a systemický přístup při práci s rodinou, doplněný o praktické techniky, které peer pečovatel může používat při práci s rodinami duševně nemocných jedinců, o které se starají. V druhé polovině budou popsány tzv. malá paradigmatu sociální práce, které propojím s konkrétními přístupy při práci s klientem. Pro kontext této práce budou popsána paradigmatu reformní a poradenské.

6.1 Systémový přístup k rodině

Systémové myšlení se vyznačuje zcela rozdílným chápáním příčinnosti, a to od lineární kauzality k cirkulární kauzalitě. Systémové pojení zdůrazňuje celost, organizace, interakce systému s prostředím a propojenost procesů. Tento přístup tedy zachycuje systém vztahů a funkční pozice lidí, kteří systém tvoří (Sobotková 2007, s. 20). V systémové terapii se významně zasloužila Virginia Satirová, která označila nesprávné vzorce v komunikaci členů rodiny. Označuje je: 1. obviňující, 2. usmiřující, 3. racionální a 4. rušivou. Poznáním těchto vzorců Satirová vede k nahrazení nesprávné komunikace komunikací otevřenou, vyjadřování pocitů a respektování pocitů druhého. Satirová využívá pohledů do očí, doteků a dalších neverbálních prostředků. Jeden z nejvýznamnějších prostředků je nastavování do soch a sousoší, které vyjadřuje projevení potřeby lásky a projevení vřelosti a zájmu o druhého (Kratochvíl, 2006, s. 256). Stavění do soch může být účinným prostředkem pro peer pečovatele při práci s rodinou, která má problém s komunikací a řeší důležité problémy uvnitř rodiny. Kratochvíl (2006, s. 256) popisuje i teorii J. Haleyho, který předpokládá odpor a obranu rodiny proti změnám, které by narušily patologickou rovnováhu rodiny. Jako nástroj v systemické terapii používá např. paradoxní příkazy, jimiž doporučuje zvýšit intenzitu problematického chování. Příkladem můžou být hádky mezi partnery/rodiči, kteří si trvají na svém a nebudou ze svých požadavků ustupovat.

V každém rodinném systému se nachází několik subsystémů a každý má v jednotlivé rodině (systému) svou roli. Nejpodstatnější jsou manželský (partnerský), rodičovský a sourozenecký subsystém. Manželský subsystém je základní a hraje ústřední roli ve vývojových fázích rodiny. Rodičovský subsystém přichází s otěhotněním ženy. Jakékoliv problémy v tomto subsystému značí instabilitu rodiny. Sourozenecký subsystém učí děti spolupráci, soutěžení,

vzájemné podpoře, vyjednávání a vytváření kompromisů. Přechodně potom v rodině můžeme zaznamenat další subsystemy a koalice, jejichž dlouhodobé trvání může značit rodinný problém (Kratochvíl 2006, s. 255).

6.1.1 Ekologický přístup

Do systémového přístupu řadíme i ekologický přístup, kdy bereme v úvahu i vztahy mezi systémem (rodinou) a vnějším prostředím. Rodinný poradce v ekologickém přístupu by měl vědět o dostupných sociálních službách, měl by se orientovat v právních normách a úřadech a být informován o podpůrných a svépomocných skupin. Pomoc rodinám zahrnuje spolupráci na mobilizaci a využití vnitřních zdrojů rodiny i pomoc s přesměrováním na jiné zdroje pomoci (Sobotková 2007, s. 29). Peer pečovatel podporuje a pomáhá rodinám s vyrovnáním se s duševním onemocněním svých blízkých, ale může se stát, že na určité problémy stačit nebude. Je tak důležité, aby uměl přesměrovat rodiny na jinou službu, kde se rodinám dostane odbornější a kvalitnější pomoci.

6.2 Systemický přístup k rodině

Naopak od systémového přístupu, systemický přístup chápe rodinu jako uzavřený systém, který je autonomní a sebe-regulující. Ludewig (in Kratochvíl 2006, s. 258) popisuje základní teze systemického myšlení: 1. Vše řečené je řečeno pozorovatelem, 2. Pozorovatel je formulující živá bytost, 3. Vše řečené je vytvořeno jazykováním, 4. Reality jsou argumenty v konverzování, 5. Systémy jsou komplexní jednotky vytvořené jazykováním, 6. „Systemicky“ myslet znamená soustředit se na systémy.

Systemický přístup přinesl ho rodinné terapie spoustu užitečných technik. De Shazar (in Kratochvíl 2006, s. 260-261) navrhl otázku „po zázraku“, která má za cíl získat klientův popis cíle terapie. Otázka zní: *„Předpokládejme, že se jedné noci, zatímco budete spát, stane zázrak a váš problém se vyřeší. Vy to ale nevíte, protože jste spal. Jak to poznáte?“*. S technikou „po zázraku“ souvisí také „technika zázračné změny“, kdy klient má předstírat do příštího sezení, že se zázrak doopravdy stal. V partnerské páru si každý vybere libovolné dva dny, kdy bude klient předstírat, že se zázrak už stal a ten druhý bude mít za úkol poznat, o které dny se jedná a své pozorování si zaznamenat (Kratochvíl 2006, s. 261). V kontextu této práce může peer pečovatel tyto techniky použít s rodiči jedince s duševním onemocněním, kteří se těžce

vyrovnávají s nemocí svého potomka a jejich život se kompletně změnil. Rodiče si definují „zázrak“ a jak by se projevoval v jejich životě a budou se snažit podle něj chovat.

6.2.1 Narativní terapie

Jedna z technik systemického přístupu je narativní terapie. Narativní terapie přirovnává lidské osudy k příběhům či textům, které klient vypráví a na jejich postupně se měnící podobě pracuje jak klient (vypravěč), tak posluchači (Kratochvíl 2006, s. 259).

Vypravěč vytváří a vypráví svůj vlastní příběh složený ze sletu událostí v jeho životě a obsahem svého vyprávění dává najevo význam tohoto sdělení, příkládá tomu určitou váhu. Narativní terapie je specifická v tom, že vypravěč nesděluje obsah pouze sobě, ale sdílí ho také s členy své společnosti, jako je rodina, či různé terapeutické skupiny (Kratochvíl 2006, s. 259). Prvky narativní terapie může ve své práci používat i peer pečovatel v prostředí svépomocných skupin. Vypravěč sděluje svůj příběh a ostatní členové skupiny ho poslouchají. Poté, co vypravěč se svým vyprávěním skončí, ostatní členové skupiny mohou příběh převyprávět či reflektovat pro ně nejdůležitější sdělení celého příběhu, což může vypravěči přinést nový nadhled nad svou situací a přijít na nová řešení problému a tím svůj příběh pozměnit.

Příběhy klientů mohou obsahovat problémy, nemoci, nedostatky některého z členů rodiny, rozvody či katastrofická očekávání. Tato terapie probíhá formou rozhovoru, při němž dochází k tzv. dekonstrukci zakotvených a zdánlivě nevyvratných přesvědčení. Zároveň při tomto procesu dochází k hledání nových souvislostí a významů.

6.3 Paradigmata sociální práce

Sociální práce se ve 20. stol. rozdělila na tři odlišné přístupy, které definoval Malcolm Payne v roce 1997 jako tzv. malá paradigmata (Matoušek 2012, s. 187).

Malá paradigmata odlišují způsob poskytování pomoci a jsou chápány jako myšlenkové koncepty sociální práce, které jsou vytvořeny pro přímou praxi s klientem v případě, že nastane situace, kdy klient není schopen adekvátního sociálního fungování. Sociální pracovníci se stávají průvodci zvolenými malými paradigmaty, pomocí kterých se snaží řešit nepříznivou situaci klienta (Popelková 2020, s. 11).

Malá paradigmata odpovídají třem typům sociální práce. Tyto malá paradigmata se mohou užívat v praxi paralelně, k čemuž i dochází (Popelková 2020, s. 11).

6.3.1 Reformní paradigma

Podle Navrátila (2012, s. 187-188) se reformní paradigma snaží o reformu společenského prostředí. Sociální fungování se pojí s vizí společenské rovnosti v různých dimenzích společenského života (společenské třídy, gender, věk atd.). Reformní paradigma představuje myšlenku převzetí vlivu nad vlastními životy utlačovaných skupin. Hlavním pojmem tohoto přístupu je empowerment neboli zmocňování. Zmocňování usiluje o zvýšení podílů klientů na tvorbě změn společenských institucí. V rámci reformního konceptu se hovoří o elitách, které akumulují zdroje a moc ve svůj prospěch. Sociální práce se proto snaží o budování společnosti na rovnostářských principech.

6.3.1.1 Antiopresivní přístup

V sociální práci se antiopresivní přístup aplikuje kvůli oslabení individuální a institucionální diskriminaci, na základě etnicity, pohlaví, věku, zdravotního postižení, sociální třídy či sexuální orientace (Navrátil 2020).

Při práci s rodinou v antiopresivním přístupu, si peer pečovatel sbírá informace, aby si udělal obrázek o klientových potřebách a co by se pro ně mělo udělat (Navrátil 2020).

Jednou z technik antiopresivního přístupu je tzv. zplnomocňování, které pomáhá lidem převzít kontrolu nad jejich životy. Dá se vymezit jako podpora schopnosti klientů ovlivňovat lidi, organizace a prostředí, které ovlivňují jejich život. Je důležité, aby klienti získávali moc a kontrolu nad svým životem. Podmínkami tohoto přístupu jsou principy spravedlnosti, rovnosti a partnerství pracovníka a klienta (Janebová 2014, s. 66). Zplnomocňování lze pojmut jako podporu rovnocenného partnerství v multidisciplinárním týmu ve chvíli, kdy se peer pečovatel přidá k týmu v organizaci. Je důležité, aby peer pečovatelé, jakožto jednotlivci se zkušeností se starostí o člověka s duševním onemocněním, byli v týmu bráni jako rovnocenní partneři a kolegové. Peer pečovatelsví může také rodinám pomoci s rozvíjením schopností a dovedností, aby mohli lépe řídit svůj život a zbavit rodiny stigma izolovaných a méněcenných jedinců. Toto může peer pečovatel provádět poskytováním potřebných informací a vzděláváním. V tomto místě se reformní paradigma protíná s poradenským.

6.3.2 Poradenské paradigma

Navrátil (2012, s. 188) popisuje poradenské paradigma jako sociálně-právní moc. Sociální fungování závisí na schopnosti zvládat problémy a na přístupu k informacím a službám. Zastánci tohoto přístupu považují sociální práci jako aspekt systému sociálních služeb. Tento přístup pomáhá klientům zejména prostřednictvím poskytování informací, kvalifikovaným poradenstvím, zpřístupňováním zdrojů a mediací. Poradenské paradigma se v sociální práci snaží o změnu společnosti a jejích institucí, aby lépe vyhovovaly potřebám obyvatel a zdůrazňuje se také podpora osobního a komunitního růstu.

6.3.2.1 Úkolově orientovaný přístup při práci s klientem

Úkolově orientovaný přístup měl významný dopad na sociální práci v praxi, protože byl vyvinut sociálními pracovníky přímo v kontextu sociální práce (Nedomová, Špiláčková 2013, s. 57).

Podle Navrátila a Musila (1999) základními hodnotami tohoto přístupu jsou partnerství a posilování. Vychází z přesvědčení, že vůdčí autoritou při řešení klientových problémů je klient sám, nikoliv sociální pracovník či někdo jiný (v kontextu práce peer pečovatel). Nedomová a Špiláčková (2013, s. 59) dále popisují, že na klienta není nahlíženo jako objekt, který je potřeba opečovávat, ale jako na autonomní osobu, která sama dokáže definovat své problémy, ale i způsoby jejich řešení. Jednou z tezí tohoto přístupu je, že úkolově orientovaný přístup počáteční pokus o zplnomocnění klienta. Zde může být vidět propojení jednotlivých paradigmat, a to konkrétně poradenského a reformního.

Základem práce v tomto přístupu je dialog mezi klientem a sociálním pracovníkem a dalšími lidmi, kteří jsou do spolupráce zapojeni. Vzájemný vztah hraje důležitou roli. Klient by se v něm měl cítit akceptován, respektován a chápán. Základem tohoto je pracovník, který je vůči klientovi vřelý, empatický a opravdový (Nedomová, Špiláčková 2013, s. 59).

Základními pojmy v úkolově orientovaném přístupu jsou problém, cíl, úkol, smlouva a časový rámeček. Na začátek je nezbytné, aby klient jasně definoval svůj problém. Problémem může být například interpersonální konflikt, neuspokojení ze sociálních vztahů, potíže v naplňování rolí, potíže s chováním, problémy vznikající v souvislosti se sociálními změnami. Jako další fáze je potřeba definovat cíl. Cíl popisuje to, čeho chtějí klient a pracovník dosáhnout. Jsou definovány na základě dialogu mezi těmito osobami a společně se soustředí na to, čeho by klient chtěl dosáhnout. Cíle by měly být definovány z klientova pohledu, protože to přináší větší motivaci opravdu cíle splnit. Úkoly představují sled specifických činností, které pomáhají

klientovi a sociálnímu pracovníkovi dosáhnout vytyčených cílů. Úkoly se plánují a odvíjí od stanoveného problému a vytyčeného cíle. Úkoly, stejně jako cíle by měly být stanovovány v měřitelných termínech, aby bylo možno hodnotit jejich splnění či nesplnění. Smlouva je výsledkem vyjednávání a dialogu mezi klientem a pracovníkem. Určuje práva a povinnosti pro jednotlivé účastníky a může mít podobu ústní nebo písemnou. Základními body by mělo být definování kdo udělá co a za jakých podmínek. Smlouva dále může obsahovat výše zmíněné cíle a termíny určitých úkolů, výčet využívaných služeb, způsob nakládání s informacemi a termín ukončení spolupráce. Časový limit určuje dobu spolupráce. Úkolově orientovaný přístup je krátkodobá intervence, která se pohybuje v rozpětí třech až čtyřech měsíců. Krátkodobost terapie pomáhá mobilizovat úsilí klienta a zabránit závislosti na pracovníkovi a obráceně brání pracovníkovi ve snaze o to dělat víc, než na čem se s klientem dohodli (Nedomová, Špiláčková 2013, s. 61- 65).

Ve využívání tohoto přístupu peer pečovatelem je velký potenciál. Rodiče za peerem budou přicházet s různými problémy co se týče duševního onemocnění jejich potomka a s problémy s tím spojené. Může to být například přehnaná starost o své dítě, která v rodině způsobuje napětí. Oba rodiče, či matka nebo ostatní příbuzní jednotlivě, si mohou stanovovat s peerem úkoly týkající se tohoto problému a společně na něm pracovat.

7 PROPOJENÍ TÉMATU SE SOCIÁLNÍ POLITIKOU

V následující kapitole bude propojena sociální politika s tématem této práce. Sociální politiku ukotvím v jejích principech, funkcích a nástrojích, které naplňují cíle sociální politiky. Základní cíle sociální politiky jsou: zlepšení základních podmínek života obyvatel, zabezpečení sociální suverenity a zajištění rovných příležitostí všem (Krebs 2010, s. 40).

Na začátek je důležité si uvědomit, že jednoznačná a všeobecně používaná definice sociální politiky neexistuje. Nejpreferovanější konotace k sociální politice je snaha bezprostředně směřující ke zdokonalování životních podmínek lidí. (Nenička, Buryová 2019, s. 8).

Na základě tohoto tvrzení můžeme použít definici podle Tomeše (2010): „*Sociální politika je soustavné, cílevědomé úsilí sociálních subjektů o změnu nebo udržení sociálního systému.*“

7.1 Principy sociální politiky

Principy sociální politiky jsou důležitou součástí sociální politiky, jelikož důležitým aspektem je ctít principy při volbě nástrojů, pomocí nichž jsou naplňovány cíle sociální politiky. Principy jsou tedy základní zásady, pravidla činností a myšlenkové postupy (Klimentová 2013, s. 54).

Podle Krebse (2010, s. 26-27) jsou nejvýznamnější pro sociální politiku tyto principy: 1) princip spravedlnosti, 2) princip solidarity, 3) princip subsidiarity a 4) princip participace. Tyto čtyři principy aplikují na činnost peer pečovatelsví. Kromě těchto nejdůležitějších principů sociální politika pracuje s mnoha dalšími principy jako je např. princip univerzality, princip adekvátnosti či princip komplexnosti.

Princip spravedlnosti je protipólem křivdy a bezpráví, je měřítkem mezilidských vztahů a je základní mravní a náboženskou hodnotou (Krebs 2010, s. 27). Podle Krebse (2010, s. 28) má spravedlnost dvě hlavní polohy: spravedlnost právní a spravedlnost sociální.

Spravedlností právní se rozumí souhrn právních norem a zásad, kterými rozlišujeme to, co je právní a co protiprávní (Klimentová 2013, s. 56). Ve smyslu zavádění peer pečovatelsví je důležité vymezit náplň práce peer pečovatele v týmu, aby nebylo těžké se pro peer pečovatele se zorientovat. Je důležité upravit náplň práce podle potřeb organizace a specifických dovedností samotného peer pečovatele. Dále je důležité vymezit pro peer pečovatele i pracovní dobu. Peer pečovatel by neměl pracovat mimo stanovenou dobu zařízení, ve kterém působí.

V neposlední řadě by měl mít peer pečovatel vymezené i pracovní kompetence (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví 2020, s. 12).

Spravedlností sociální se rozumí pravidla, podle kterých dochází k přerozdělování prostředků veřejného blahobytu mezi jednotlivými aktéry sociální politiky (Klimentová 2013, s. 56). Macek (in Kolková 2023, s. 34) popsal ve své práci tři zásady: každému stejně, každému podle potřeb a každému podle jeho zásluhy. V peer pečovatelsví je nejvýznamnější zásada každému podle jeho potřeb. Podmínkou tohoto typu spravedlnosti je existence určité autority, která musí stanovit pravidla, jaké potřeby jsou akceptovatelné a kdy. Takovou autoritou bývá obvykle stát. Lze ji aplikovat pouze v jasně vymezených situacích, jako například v podpoře rodin s duševně nemocných jedincem.

Princip solidarity podle Krebse (2010, s. 32) souvisí s utvářením a rozdělováním životních podmínek a prostředků jedinců a sociálních skupin (zejména rodiny) v zájmu naplňování ideje sociální spravedlnosti. Člověk je sociální bytost, která je svou existencí odkázán na druhé a je závislý na soužití společnosti jako celku. Solidarita je výrazem lidského porozumění, pospolitosti a vzájemné soudržnosti.

Organizace solidárních aktů je organizována státem, ale i jinými subjekty. Stát je ale tím, na němž leží hlavní břímě odpovědnosti za organizaci solidárního přerozdělování (Krebs 2010, s. 33). Solidarita je pro funkčnost péče o jedince s duševním onemocněním a pro výkon peer pečovatelů důležitá. Pro účel peer pečovatelsví se nejčastěji setkáváme se solidaritou celostátní (finanční solidarita ze strany státu), místní či regionální (organizována podniky či spolky, které svou činností chtějí přispět péči o duševně nemocné jedince) nebo jednotlivců a rodin (ta se skládá z příležitostných i pravidelných darů organizaci, kde peer pečovatel působí).

Solidarita se rozděluje podle dobrovolnosti. Dobrovolná solidarita závisí na rozhodnutí donátora o poskytnutí daru. Nedobrovolná solidarita závisí na státu, který zavazuje subjekty sociální politiky v obligatorních systémech (např. zdravotní pojištění, důchodové pojištění) (Krebs 2010, s. 33).

Princip subsidiarity vychází z přístupu k člověku jako k individu s jedinečnými vlastnostmi, vůlí a schopnosti. Své schopnosti je jedinec povinen využívat k budování sociálního zabezpečení sebe a svých blízkých. Princip subsidiarity zdůrazňuje individuální odpovědnost, ale i nutnost vzájemné pomoci v rámci určitých společenství (v našem případě rodiny). Participuje zde i stát svou povinností tyto aktivity podporovat. Podle principu subsidiarity se problémy řeší na nejnižší možné úrovni v hierarchii společenských institucí (Krebs 2010, s. 34).

V kontextu této práce můžeme uvést příklad jedince, který nedokáže sám čelit následkům své nemoci. Díky nemoci se v jedincově životě mohou vyskytovat problémy, se kterými si neví rady. Pokud se toto stane, přenáší se odpovědnost na rodinu, která se o jedince stará a podporuje ho. Pokud je rodina v řešení situace neúspěšná, může se obrátit na peer pečovatele, který může poskytnout správnou podporu. Peer pečovatelsví rodinu podporuje v udržení se ve vlastní komunitě. Komunita dokáže rodinu podporovat a pomáhat při řešení těžké životní situace, jakým psychické onemocnění bezpochyby je.

Princip participace vychází z teorie, že lidé, jejichž život je ovlivňován různými sociálně politickými opatřeními, musí mít také možnost účastnit se na jejich projektování a realizaci. Je důležité, aby lidé měli možnost podílet se na tom, co ovlivňuje jejich život (zdraví, zajištění v nemoci) (Krebs 2010, s. 36).

Jako princip participace můžeme brát samotné peer pečovatelsví. Rodič, který se staral o své dítě/ blízkého, ze své situace vytěžil znalosti a zkušenosti, se rozhodl pomáhat lidem, kteří se v danou chvíli nacházejí na stejném místě, na kterém se nacházel rodič před určitou dobou.

7.2 Funkce sociální politiky

Podle Krebse (dále ve své práci rozvíjí Klimentová 2013, s. 46) jsou funkce sociální politiky spojovány se schopností sociální politiky vyvolat efekty a se schopností sledovat a realizovat určitou cílově zaměřenou činnost. Jednotlivé funkce vznikaly a vyvíjely se postupně na základě odlišných historických a sociokulturních podmínek jednotlivých zemí.

Nejčastěji se uvádí těchto pět funkcí: ochranná funkce, redistribuční funkce, homogenizační funkce, stimulační funkce, preventivní funkce. Blíže se zaměřím a popíši funkce ochranné, homogenizační, stimulační a preventivní, které jsou pro kontext této práce klíčové.

Ochranná funkce je ze všech pěti výše zmíněných funkcí nejstarší a v určitých státech je neustále posilována. Smyslem této funkce jsou humanitární snahy a ochrana člověka jako pracovní síly společností. Ochranná funkce v peer pečovatelsví řeší již vzniklé sociální události, kdy se jeden člen rodiny, či rodina celá ocitne v situaci, kdy je znevýhodněná v ekonomickém či sociálním smyslu (Krebs 2010, s. 55). Ochranná funkce se zavedením peer pečovatelsví může projevit v podpoře pečovatelů starat se o své vlastní psychické a fyzické zdraví. Pečovat o druhého člověka je těžké a pro to, aby to rodina mohla vykonávat, se musí

sama starat o své vlastní zdraví a naplňovat své potřeby, s čímž peer pečovatel může významně pomoci.

Homogenizační funkce se používá v sociální politice velmi krátce a je úzce propojená s funkcí redistribuční. Cílem této funkce je společnost usilující o poskytování stejných šancí na vzdělávání, pracovní možnosti, či péči o své zdraví. Využívání těchto šancí závisí na individuálních schopnostech jedinců (Krebs 2010, s. 60). Zavedením peer pečovatelsví se může přispět k naplnění homogenizační funkce integrací zranitelných skupin do společnosti, kterými rodiny s duševně nemocným členem bezpochyby jsou. Rodiny se často po diagnostikování nemoci izolují od společnosti, ať už je to z důvodu studu či nedostatku financí nebo času. Aktivita peer pečovatele mohou rodině razantně pomoci se vrátit zpět do společnosti jako aktivní spoluobčané.

Stimulační funkce má za cíl podporovat a vyvolávat žádoucí sociální jednání jednotlivců a skupin. Stimulační funkce tedy podporuje ekonomické a sociální procesy, jevy a vztahy (Krebs 2010, s. 60). V kontextu této práce zavedení peer pečovatelsví poskytuje příležitost klientům aktivně participovat ve vytváření komunity pro řešení sociálních problémů a fungovat jako zdroj odolnosti vůči sociálním problémům.

Preventivní funkce se projevuje snahou zabránit v co největší míře nežádoucím sociálním situacím (poškození zdraví, chudoba a další) (Krebs 2010, s. 61). Zavedením peer pečovatelsví se zkvalitní poskytování informací a podpory rodinám, které se potýkají s obtížemi starání se o duševně nemocného člena rodiny. Peer pečovatel díky vlastní zkušenosti s podobnými situacemi se dokáže lépe vcítit do svého klienta a dokáže pomoci najít relevantní zdroje, což může předejít krizovým situacím.

7.3 Nástroje sociální politiky

Nástroje sociální politiky jsou prostředky, které má subjekt sociální politiky k dispozici a působí jimi na sociální objekt. Nástroje volíme podle toho, čeho má být jejich použitím dosaženo (Matoušek 2012, s. 174).

Spektrum nástrojů je velice široké. Podle Krebse (2010, s. 57) můžeme nástroje sociální politiky dělit na: nástroje dlouhodobého charakteru, nástroje krátkodobého charakteru a aplikační nástroje.

V kontextu této práce se zaměřím na nástroj dlouhodobého charakteru – kurzu pro peer konzultanty. Absolvování přípravného kurzu je první podmínkou zavedení peer pečovatele v jakékoliv organizaci. Vlastní prožitá zkušenost nemusí být dostatečným předpokladem

k tomu, aby peer pečovatel dokázal svou zkušenost správně uchopit a pracovat s ní. Je proto důležité, aby organizace, která zřizuje pozici peer pečovatele, umožnila zájemci o pozici vhodný trénink a možnost vzdělávání (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví 2020, s. 17).

V přípravném kurzu se peer pečovatel seznámí s konceptem zotavení a naučí se lépe pracovat s vlastním příběhem, který je současně i jeho největším pracovním nástrojem. Příběh je nejlepší písemně zpracovat, aby byl co nejlépe zpracovaný a bude se moci používat při práci s klientem. V kurzu se zájemce také naučí komunikačním dovednostem (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví 2020, s. 17).

Další nástroje sociální politiky pro zavedení peer pečovatelství jsou stáže v různých zařízeních (preferované jsou zahraniční stáže kvůli větší rozvinutosti profese), supervize či různé další vzdělávací akce (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví 2020, s. 17).

8 ANALÝZA POTŘEBNOSTI

Hlavním cílem zpracování analýzy potřebnosti je poukázat na fakt, že podpora rodin, které se starají o své duševně nemocné blízké, je v České republice teprve na vzestupu. V analýze potřebnosti bude popsán stav peer pečovatelů v České republice, v Královéhradeckém kraji a poukázáno i na zahraniční projekty a služby, které se zabírají rozvojem peer pečovatelsví.

8.1 Příklady řešení dané problematiky v České republice a zahraničí

Následující podkapitola bude věnována analýze situace peer pečovatelsví v České republice a v zahraničí. Analýza stavu, ve kterém se peer pečovatelsví v tuzemsku nachází, je nezbytná pro zjištění úrovně potřebnosti dalšího rozvoje profese. Analýza stavu v zahraničí může působit jako zdroj cenných zkušeností v modernizaci a rozvoji profese a celkové péče o duševně nemocné v České republice.

8.1.1 Příklady řešení dané problematiky v České republice

V České republice funguje 30 center duševního zdraví, jejichž tým tvoří sociální pracovníci, psychiatři, psychologové, zdravotní sestry a peer pracovníci (nejčastěji peer konzultanti). Centra duševního zdraví v České republice patří pod neziskové organizace.

Z šetření pro tuto práci vzešlo, že pouze dvě CDZ v České republice uvádějí ve svých týmech zaměstnance na pozici peer pečovatel, a to v CDZ Chrudim v Pardubickém kraji a v CDZ Plzeň v Plzeňském kraji. Královéhradecký kraj nemá žádného peer pečovatele ve svých pracovních týmech center duševního zdraví, ani středisek, které poskytuje zapsaný spolek Péče o duševní zdraví, z.s.

V Královéhradeckém kraji je dle souladu s krajskými rozvojovými plány budována síť služeb pro osoby s duševním onemocněním. Služby jsou rozvíjeny ve spolupráci zdravotnickými službami a sociálními odbory obcí (Královéhradecký kraj 2022).

V Královéhradeckém kraji péči o duševně nemocné osoby provozuje primárně spolek Péče o duševní zdraví, z.s. a centrum duševního zdraví RIAPS Trutnov. Spolek Péče o duševní zdraví provozuje své služby ve čtyřech z pěti okresů Královéhradeckého kraje, a to v okrese Rychnov nad Kněžnou, Hradec Králové, Náchod a Jičín, z čehož jsou dvě centra duševního zdraví, dvě střediska a jedno detašované pracoviště. V žádném z těchto zařízení nepůsobí zaměstnanec na pozici peer pečovatel.

V České republice na téma peer pečovatelsví vznikl projekt „Podpora neformálních pečovatelů duševně nemocných – Vykročení ze začarovaného kruhu“, který realizoval Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví a probíhal v letech 2017–2020. Projekt ukázal několik skutečností přínosu zapojení peer pečovatelů do služeb péče o duševní zdraví. Podle manuálu Zapojení peer rodinných příslušníků do psychiatrických lůžkových zařízení se potvrdilo, že peer pečovatel otevírá cestu k navázání kontaktu a ke spolupráci s neformálními pečujícími. Často podpora, která se poskytuje rodinným příslušníkům značně zlepšuje fungování rodin. Může se posílit důvěra rodinných pečujících vůči samotné organizaci. Peer pečovatel většinou získá větší důvěru u rodinných pečujících než např. sociální pracovník. Tato skutečnost je dána shodnou životní zkušeností, a i věkovou blízkostí peer pečovatele a rodinného pečujícího. Další potenciál peer pečovatele je i jeho pozitivní přínos do multidisciplinárních týmů a rozšiřuje jeho nabídku o další pomáhající službu. Peer pečovatelé mohou přinést náhled pracovníků a jiný úhel pohledu na problematiku duševní nemoci v tom, jak zásadně ovlivňuje život všech v okolí nemocného (Holá a kol. 2021, s. 16).

8.1.2 Příklady dané problematiky v zahraničí

Australská studie prokázala přínos peer pečovatelů jako vedoucích skupinového podpůrného programu. Účastníci této studie zmiňovali zvládání těžkostí, propojení skrze sdílenou zkušenost a zkoumání různých možností. Nejdůležitějším faktorem úspěchu této studie byl pro rodinné pečovatele sdílená zkušenost peer pečovatele a jeho neformální přístup. Toto pomohlo účastníkům přijmout podporu (Holá a kol. 2021, s. 15).

Další zpráva o zapojení peer pečovatelů pochází z roku 2008 také z Austrálie. Pomoc peer pečovatelů byla hodnocena jako přínosná, rodinní pečovatelé popisovali svou zkušenost tak, že našli skutečné pochopení a našli někoho, kdo má skutečně vhléd do situace (Holá a kol. 2021, s. 15).

Dalším projektem bylo zapojení peer pečovatelů do terénní podpory v Melbourne. Osoby zapojené do projektu zmiňovali hlavně pozitivní zkušenosti, že jim někdo rozumí necítí se tak osamělí. Někteří příjemci podpory ji ale naopak hodnotili jako méně potřebnou. Z výzkumu také vyplynulo, že je lepší poskytovat podporu peer pečovatelů podle individuálních potřeb klienta a také, že o peer podporu mají spíše zájem klienti, kteří jsou v roli pečujících méně než 10 let (Holá a kol. 2021, s. 15).

V USA jsou peer pečovatelé vzděláváni několikátýdenními kurzy „Family to family.“ Studie Dixona prokázala, že program má vliv primárně na vědomosti o nemoci a schopnosti řešit vzniklé problémy (Holá a kol. 2021, s. 16).

8.2 Užití metody

První metoda, kterou jsem použila ve své analýze potřebnosti byla metoda deskripce možných zdrojů, které jsem našla pomocí rešerše ke své absolventské a bakalářské práci. Poté, co jsem dokončila deskripci relevantních zdrojů, začala jsem s obsahovou analýzou. Bylo využito informací z webových stránek spolku Péče o duševní zdraví, z.s. a webu Královehradeckého kraje. Z internetových zdrojů jsem také zjistila rozšířenost Center duševního zdraví a počet peer pečovatelů v České republice. Dalšími cennými zdroji byly elektronický dokument z webové stránky Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, jako jsou manuál Zapojení peer rodinných příslušníků do psychiatrických lůžkových zařízení. Tento web přináší spoustu dalších užitečných informací, publikací, manuálů a příruček k danému tématu. Dalším cenným zdrojem pro mě byl vládní dokument Ministerstva zdravotnictví České republiky Strategická rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030, neboli Zdraví 2030.

Obsahová analýza byla provedena zejména pomocí hledání klíčových slov, která mi pomohla identifikovat klíčová témata potřebná k analýze potřebnosti.

8.3 Vyhodnocení výchozího stavu

Peer pečovatelství je velkým trendem současnosti, ale dokazování efektivity intervencí je teprve na začátku. Velkou výhodou peer pečovatelů je možnost poskytnout rodinným pečovatelům významnou emoční podporu i praktické informace. Jedná se o službu, která může profesionální služby výrazně doplnit a vnést do nich novou kvalitu (Holá a kol. 2021, s. 16).

Jedny z nejdůležitějších přínosů zavedení peer pečovatele v centrech duševního zdraví jsou činnosti jako práce s rodinou a dalšími blízkými klienta, podpora rodiny a blízkých v zotavení, posilování naděje a víry. Dalším přínosem je i podpora klientů v udržení komunikace s rodinou. Peer pečovatel se zabývá oblastmi, na které v CDZ často nezbyvá čas a tím zlepšuje kvalitu a péči zařízení (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví 2020, s. 11).

Vládní dokument Zdraví 2030 poukazuje na velký nárůst duševních poruch u dětí a mladistvých, kteří čím dál více potřebují zdravotně sociální služby v péči o duševně nemocné. Tento nárůst zdůvodňuje reformu psychiatrické péče a budování multidisciplinárních týmů, do kterých by měl patřit i peer pečovatel (Zdraví 2030 2020).

Čím více přibývá dětských a mladistvých pacientů, tím více přibývá i rodinných pečovatelů, jejichž potřeby by se neměly upozadřovat a o jejichž potřeby bychom se měli starat se stejnou důležitostí.

8.4 Specifikace stakeholderů

Hlavními stakeholdery, kteří mohou podporovat zřizování a činnost peer pečovatelů budou centra duševního zdraví v České republice, které jsou zřizovány neziskovými organizacemi. Taková organizace je např. zapsaný spolek Péče o duševní zdraví.

Důležitým zdrojem informací pro zřizování pozice peer pečovatele v Královehradeckém kraji bude CDZ v Chrudimi, kde tato pozice už je zřízena, funguje tam a je součástí zapsaného spolku Péče o duševní zdraví, jehož působnost je i v Královehradeckém kraji. Dalším cenným zdrojem je i Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, které na svých webových stránkách publikovalo několik manuálů o zapojování peer pečovatelů, peer rodinných příslušníků, peer konzultantů a dalších publikací k tématu duševního zdraví.

9 LEGISLATIVNÍ ZAKOTVENÍ

Tato kapitola bude věnována legislativnímu zakotvení pozice peer pečovatele do veřejně politických dokumentů. Bude popsána současná situace peer pracovníků v legislativě a budoucnost pozice v Národním akčním plánu po duševní zdraví 2020–2030.

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

V kontextu mé práce bude peer pečovatel zaměstnán v zapsaném spolku Péče o duševní zdraví, přesněji v jeho pobočce Centra duševního zdraví Hradec Králové.

Podle oficiálního registru poskytovatelů služeb Ministerstva práce a sociálních věcí je Péče o duševní zdraví, z. s., registrována pod sociální službou sociální rehabilitace (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2024). Sociální rehabilitaci najdeme v zákoně č. 108/2006 Sb. v paragrafu 70. Peer pečovatel vykonává činnosti podle zákona č. 108/2006 Sb. §70, (2) b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, c) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti (Zákon č. 108/2006 Sb., Část osmá, Hlava I).

Gabriel (2021) říká, že navzdory terapeutickému účinku peer pracovníků, není jejich pracovní vymezení legislativně ukotveno a vymezeno v Národní klasifikaci profesí. Peer pracovníci proto v souladu se zákonem spadají pod pracovníky v sociálních službách. Proto jedinci, kteří se chtějí stát peer pracovníky, musí absolvovat kurz pracovníka v sociálních službách v rozsahu 150 hodin. Pracovníci v sociálních službách jsou zakotveni v zákoně č. 108/2006 Sb. § 116.

9.2 Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030

O budoucnosti peer programů v České republice se pojednává v Národním akčním plánu pro duševní zdraví 2020–2030 (2020, s. 49-53), pod strategickým cílem 4. Tento plán patří pod programy a strategie Ministerstva zdravotnictví České republiky.

Dílčí cíl strategického cíle 4 se nazývá: „*Zakotvit peer konzultanty v systému péče o duševní zdraví, včetně úpravy legislativy a zajištění financování.*“

Podle Národního akčního plánu pro duševní zdraví 2020-2030 (2020, s. 53) má být tento cíl splněn následovně:

- Ustavení pracovní skupiny

- Zpracování návrhu vzdělání peer konzultanta
- Zpracování návrhu úpravy zákona č. 108/2006 Sb. (Zákon o sociálních službách), č. 372/2011 Sb. (Zákon o zdravotních službách), č. 95/2004 Sb. (Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu povolání lékařů a farmaceutů), č. 96/2004 Sb. (Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) ve vztahu k peer konzultantům
- „*Zásadní úprava Vyhlášky 271/2012 Sb. o stanovení seznamu nemocí, stavů nebo vad, které vylučují nebo omezují zdravotní způsobilost k výkonu povolání lékaře, zubního lékaře, farmaceuta, nelékařského zdravotnického pracovníky a jiného odborného pracovníka, obsahu lékařských prohlídek a náležitostech lékařského posudku*“.
- Zavedení systému vzdělávání peer konzultantů
- Definovat typové pozice pracovníků v sociálních službách-peer konzultant, ošetřovatel-peer konzultant
- Typové pozice budou zaneseny v Národní soustavě povolání a v národní soustavě kvalifikací.

Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030 se dále věnuje ukotvení multidisciplinárních týmů v centrech duševního zdraví, jehož jsou peer pečovatelé součástí, do relevantních zákonů (Zákon o zdravotních službách, Zákon o veřejném zdravotním pojištění, Zákon o sociálních službách, Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu povolání lékařů a farmaceutů a Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Ukotvení center duševního zdraví má obsahovat personální obsazení, sdílení informací, zodpovědnosti jednotlivých zaměstnanců, vzdělávání a úhrady. Důvodem zařazení tohoto opatření je kvalitativně odlišná péče mezi multidisciplinárními týmy a péči poskytované ve stávajícím systému služeb (ambulantní a lůžková). Je důležité, aby multidisciplinární týmy představovaly zvláštní druh péče s ohledem na přesahy do oblastí mimo zdravotní péči a služby. Výše zmíněné ukotvení do zákona představuje nezbytné opatření, které umožní propojení zdravotní péče s poskytováním registrovaných sociálních služeb do jednoho týmu. Toto opatření zefektivní sdílení informací o pacientech/ klientech, vstup do služby a samotné poskytování péče (Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030 2020, s. 45).

Od 1. ledna 2025 přichází v účinnost §70a zákona o sociálních službách, který bude upravovat centra duševního zdraví. Zákon 108/2006 Sb. §70a říká, že: „*Centrum duševního zdraví poskytuje osobám s duševní poruchou nebo poruchou chování, které se nacházejí*

v nepříznivé sociální situaci, sociální služby podle odstavce 3 a zdravotní služby v rozsahu a za podmínek stanovených zákonem o zdravotních službách“.

Tento paragraf dále definuje, jací pracovníci poskytují služby v centrech duševního zdraví podle §115, písm. a), b) a e) zákona o sociálních službách. Tito uvedení pracovníci jsou: sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách a manželští a rodinní poradci a další odborní pracovníci, kteří přímo poskytují sociální služby. Paragraf 70a definuje činnosti vykonávané buď terénní nebo ambulantní formou. Činností rozvíjí §70 o sociální rehabilitaci pouze o písmeno e) sociálně terapeutické činnosti (Zákon č. 108/2006 Sb., Část pátá, Změna zákona o sociálních službách).

10 PROJEKTOVÁ ČÁST

Tento projekt bakalářské práce navrhne postup zavedení pozice peer pečovatele do organizace Péče o duševní zdraví, z. s., konkrétně do pobočky Centra duševního zdraví v Hradci Králové. Projekt bude obsahovat konkrétní doporučení a návrhy pro implementaci a provoz peer pečovatelsví v regionu.

10.1 CÍL PROJEKTU

Cílem projektu je zavést pozici peer pečovatele v Královehradeckém kraji, přesněji v zapsaném spolku Péče o duševní zdraví, pobočka Centrum duševního zdraví Hradec Králové, a to do ledna roku 2027.

10.1.1 Dílčí cíle projektu

Dílčí cíl č. 1: V kalendářním roce 2025 připravit organizaci na zavedení role peer pečovatele do Péče o duševní zdraví z. s., pobočka CDZ Hradec Králové, což zahrnuje definování jasné role, povinností a kompetencí pro tuto pozici.

Dílčí cíl č. 2: V druhé polovině roku 2025 spustit nábor a odbornou přípravu peer pečovatele.

Dílčí cíl č. 3: Pilotně spustit fungování peer pečovatele od ledna 2026.

Dílčí cíl č. 4: Po jednom roce fungování zhodnotit přínos role peer pečovatele v Péči o duševní zdraví z. s., pobočka CDZ Hradec Králové.

10.2 KLÍČOVÉ AKTIVITY

V následující části projektu bude rozpracován výše zmíněný cíl do jednotlivých klíčových aktivit. Jednotlivé klíčové aktivity naplňují výše zmíněné dílčí cíle a každá klíčová aktivita má popsán i svůj ideální výstup aktivity.

Klíčové aktivity jsou zásadní pro přerozdělení práce, času a zdrojů mezi všemi účastníky, kteří se budou na projektu podílet.

10.2.1 Klíčová aktivita 1 – Příprava na implementaci pozice peer pečovatele do struktury organizace

První klíčová aktivita projektu se bude věnovat přípravě organizace na zavedení pozice peer pečovatele. V rámci této aktivity si organizace vyhradí šest měsíců v roce 2025 na přípravu implementace role do organizace. V tomto časovém rozmezí organizace zanalyzuje své potřeby a očekávání od pozice peer pečovatele. Je důležité, aby organizace zmapovala své dosavadní metody práce s pečovateli (rodinou, blízkými) svých klientů, a ve kterých oblastech by peer pečovatel přispěl ke zlepšení této péče. Po dokončení analýzy organizace definuje roli peer pečovatele. Stanoví jasnou roli a odpovědnost, což zahrne specifikaci kompetencí, úkolů a očekávaných výsledků jeho práce. Organizace vymezení komunikaci mezi peer pečovatelem a zbytkem multidisciplinárního týmu. Je důležité si také vymežit, jaký pracovní úvazek a platové podmínky budou peer pečovateli nabídnuty. Touto aktivitou se organizace připraví na nadcházející proces zavádění nové pozice do své struktury. Klíčová aktivita 1 naplňuje dílčí cíl č. 1.

Výstup klíčové aktivity 1: Organizace bude připravena na zavedení nové role ve své organizaci a bude sepsán „popis pracovní pozice“.

10.2.2 Klíčová aktivita 2 – Výběr vhodného kandidáta/ kandidátky na pozici peer pečovatele

Druhá klíčová aktivita vybere vhodného kandidáta na pozici peer pečovatele. Tato aktivita bude ohraničená třemi měsíci. V samotné organizaci bude vystaven plakát, který inzeruje práci pro rodiče klientů CDZ. Plakát bude obsahovat název pozice, pro koho je pozice vhodná a kontaktní údaje na odpovědného personalistu, kterému zájemci budou zasílat své životopisy. Pozice se

bude inzerovat i na internetových stránkách Péče o duševní zdraví, z.s. pod kolonkou „Zaměstnání“. Dále bude pozice inzerována i na sociálních sítích spolku Péče o duševní zdraví, z.s.

Po přijetí životopisů od zájemců budou vybráni vhodní uchazeči, se kterými bude vykonán pohovor. Záhy vedení organizace zhodnotí zájemce a na základě jeho motivace, osobního příběhu a největšího potenciálního přínosu organizaci, se vybere vhodný zájemce, který bude přijat na pozici peer pečovatele. Vedení organizace posléze telefonicky informuje vybraného zájemce o jeho přijetí a pozve ho k podpisu smlouvy o pracovním závazku. Klíčová aktivita 2 naplňuje dílčí cíl č. 2.

Výstup klíčové aktivity 2: Organizace vybere nejlepšího kandidáta na pozici peer pečovatele ve stanoveném čase třech měsíců.

10.2.3 Klíčová aktivita 3 – Odborná příprava peer pečovatele

Cílem třetí klíčové aktivity je připravit peer pečovatele na práci v multidisciplinárním týmu a na podporu rodin. Odborná příprava je klíčovou aktivitou projektu, při které peer pečovatel získává specifické dovednosti a znalosti. Odborná příprava slouží k poskytnutí potřebných nástrojů a zdrojů pro úspěšné plnění role peer pečovatele. Peer pečovatel se učí poskytování podpory, komunikaci s odborníky, základům péče o nemocného či administrativním a organizačním dovednostem.

Aby jedinec mohl vykonávat pozici peer pečovatele, je potřebné nejdříve absolvovat kvalifikační kurz pro pracovníky v sociálních službách v rozsahu 150 hodin. Po vykonání tohoto kurzu je dále potřebné vykonat kurz pro peer konzultanty v péči o duševní zdraví. Tento kurz je v rozsahu 35 hodin v průběhu 5 dní. Po vstupu peer pečovatele do organizace proběhne první metodická porada (viz. kapitola čtvrtá). Tato porada se věnuje potřebám týmu, očekávání od peer pečovatele, obavám a rizikům apod. Klíčová aktivita 3 naplňuje dílčí cíl č. 2.

Výstup klíčové aktivity 3: Osvědčení o absolvování kurzu pro pracovníky v sociálních službách a kurzu peer konzultantů, zápis z první metodické schůzky

10.2.4 Klíčová aktivita 4 – Pilotní zapojení peer pečovatele do chodu organizace a do podpory rodin klientů CDZ

Čtvrtá aktivita má za cíl, aby organizace své klienty a jejich rodiny řádně seznámila s možností podpory peer pečovatele. Za tímto účelem vzniknou vizitky se jménem a kontaktem na peer pečovatele, které budou mít všichni zaměstnanci k dispozici a v případě zájmu je mohou poskytnout svému klientovi či jeho rodině. Dále o možnosti podpory rodin budou informovat webové stránky organizace a sociální sítě, které podrobně popíší funkci peer pečovatele.

Je důležité vytvořit podpůrnou infrastrukturu pro peer pečovatele. Na začátku svého působení v organizaci má peer pečovatel určeného jednoho sociálního pracovníka, který bude k dispozici v rámci zapracování a svých případných potřeb a požadavků. Tento pracovník zároveň může pomoci při prvním kontaktu s rodinami. Při prvním kontaktu si peer pečovatel mapuje potřeby rodin a podle toho s nimi dále pracuje. Práce s rodinami probíhá pomocí osobních setkání s rodinami v jejich domácím prostředí, či v prostředí CDZ. Peer pečovatel vyhodnotí situace svých klientů a může nabídnout založení svépomocných skupin pro rodiče, kteří se potýkají s podobnými situacemi s pečováním o svého blízkého. Organizace zajistí možnost supervize a dalších možných zdrojů podpory. Pro práci peer pečovatele je výhodné vytvořit si také způsob komunikace se svými kolegy, kde si mohou vyměňovat důležité postřehy o klientech, které poté mohou použít dál ve své práci (např. pravidelné schůzky). Zásadní je komunikace s klienty, kterou si peer pečovatel nastaví podle svých možností a potřeb určité rodiny (mohou to být pravidelné návštěvy, videohovory, telefonování). Klíčová aktivita 4 naplňuje dílčí cíl č. 3.

Výstup klíčové aktivity 4: Vytvoření vizitek s kontaktem na peer pečovatele, zápisy ze schůzek s rodiči, pravidelné supervize jednou za tři měsíce

10.2.5 Klíčová aktivita 5 – Zhodnocení projektu

Pátá klíčová aktivita se zabývá zhodnocením fungování peer pečovatele v organizaci. Po uběhnutí jednoho roku fungování pozice, tj. září 2026, budou mezi klienty rozdávány dotazníky spokojenosti, které se shromáždí do prosince 2026 nejpozději. Dotazník bude anonymní a každý tam bude moci napsat své zkušenosti s peer pečovatelem. V lednu 2027 bude svolána schůzka celého pracovního týmu a vedení organizace, na kterém se uskuteční zhodnocení dosavadního působení peer pečovatele. Je důležité, aby své zkušenosti a názory sdíleli všichni pracovníci

organizace. Nápady na zlepšení činnosti se budou zapisovat a na konci schůzky se rozhodne, které jsou nejvíce relevantní a posléze se implementují do práce peer pečovatele. Klíčová aktivita 5 naplňuje dílčí cíl č. 4.

Výstup klíčové aktivity 5: Zápis ze schůzky zhodnocení pozice peer pečovatele, dotazník spokojenosti

10.3 CÍLOVÁ SKUPINA PROJEKTU

Cílovou skupinou tohoto projektu jsou rodinní pečovatelé, resp. rodina, či blízké osoby, které pečují o člověka s duševním onemocněním. Rodina je nesmírně důležitým faktorem v životě člověka, který trpí duševním onemocněním. Rodiče mohou jako první rozpoznat počínající symptomy duševního onemocnění a změny v chování jedince. Statisticky se uvádí, že s rodiči žije až 30–60 % lidí s chronickým duševním onemocněním.

Služba je určena pro rodiny jedinců, kteří jsou klienty CDZ Hradec Králové. Přímí příjemci projektu Zavádění peer pečovatelsví na území Královehradeckého kraje jsou zejména rodiny, které využívají služeb peer pečovatele. Tito lidé mohou získat podporu, poradenství a povzbuzení od peer pečovatelů prostřednictvím klíčových aktivit projektu. Dalším přímým příjemcem jsou samotní peer pečovatelé, kteří klíčovými aktivitami projektu získají odborné znalosti a zdroje, které pomůžou plnit roli této role. Přímým příjemcem projektu se stávají i pracovníci organizace, kteří se podílejí na implementaci role do struktury organizace, koordinují, kontrolují a podporují peer pečovatele v jeho práci.

Nepřímými příjemci projektu Zavádění peer pečovatelsví na území Královehradeckého kraje se stávají obyvatelé Královehradeckého kraje, kteří touto službou získávají přístup k novým službám a podpoře, které projekt poskytuje. Obyvatelé a komunity v tomto kraji jsou pozitivně ovlivňováni, zvyšují informovanost, posilují sítě podpory a snižují stigma spojená s duševním onemocněním. Nepřímým příjemcem se mohou stát i další organizace a odborníci, kterým projekt může přinést užitečné informace a postupy, a to vede ke sdílení zdrojů a posílení vztahů v oboru.

10.4 INDIKÁTORY SPLNĚNÍ KLÍČOVÝCH AKTIVIT

Klíčová aktivita 1 – Příprava na implementaci pozice peer pečovatele do struktury organizace

→ **Indikátor splnění** – popis pracovní pozice a kompetencí peer pečovatele

Klíčová aktivita 2 – Výběr vhodného kandidáta/ kandidátky na pozici peer pečovatele →

Indikátor splnění – přijetí jedince na pozici peer pečovatele

Klíčová aktivita 3 – Odborná příprava peer pečovatele → **Indikátor splnění** - 150 hodin kurzu pracovníka v sociálních službách, 35 hodin kurzu pro peer konzultanty

Klíčová aktivita 4 – Pilotní zapojení peer pečovatele do chodu organizace a do podpory rodin klientů CDZ → **Indikátor splnění** - 200 vizitek, minimálně 5 schůzek s klienty, minimálně 4 supervize za rok

Klíčová aktivita 5 – Zhodnocení projektu → **Indikátor splnění** – výsledky z dotazníku spokojenosti od klientů, výsledky a zápis ze schůzky hodnocení peer pečovatele zaměstnanci a vedením

10.5 POPIS PŘIDANÉ HODNOTY PROJEKTU

Tento projekt navrhuje zavedení nové pozice peer pečovatele do multidisciplinárního týmu v CDZ Hradec Králové, spadající pod nestátní neziskovou organizaci Péče o duševní zdraví, z. s.

Peer pečovatel je osoba, která má vlastní zkušenost s pečováním o jedince (nejčastěji o dítě/ blízkého příbuzného), která trpí duševním onemocněním. Díky osobní zkušenosti peer pečovatel dokáže efektivně pracovat s rodiči/blízkými klientů Péče o duševní zdraví, z. s. Rodiče/blízcí mají k peer pečovateli větší důvěru, než např. k sociálnímu pracovníkovi a cítí se vyslyšeni a pochopení. Své obavy, dotazy, stres mohou probrat s někým, kdo jim doopravdy rozumí, protože si prošel podobnou situací a má pro tyto emoce pochopení. Práce peer pečovatele vede k lepšímu pochopení duševního onemocnění svého dítěte/blízkého, o kterého se rodiče starají a díky společnému sdílení zkušeností, názorů, tipů a rad se zvyšuje kvalita života klienta v rodině. V rodině může nastat větší klid, mohou spolu začít lépe komunikovat, nebo se s vědomím toho, že rodina podobnou situaci neřeší sama, zmírní míra sociální izolace a dojde k znovunavázání sociálních kontaktů.

Práce peer pečovatele v Péči o duševní zdraví, z. s. se zakládá primárně na ambulantní a terénní formě. Schůzky s rodiči budou probíhat po domluvě v prostorech centra duševního zdraví, v domácnostech rodin, či na neutrálních místech (např. kavárna), kde peer pečovatel bude s rodiči řešit jejich aktuální potíže, dotazy, stresové události atd. Činnost peer pečovatele bude poskytovat i možnost zakládání svépomocných skupin pro rodiče klientů v centru. Tato činnost může přispět pozitivním přínosem k posílení komunity, která se navzájem vyslechne a poskytne si podporu a porozumění.

Pozitivním přínosem je i inovativní přístup k péči. Multidisciplinární týmy se věnují výhradně péči o klienta, přitom častokrát pohodlí a klid v rodině přináší ve zdravotním stavu klienta zlepšení. Peer pečovatel se tak nesoustředí pouze na psychické pohodlí klienta, ale i jeho rodiny/blízkých, kteří o něj mají strach a neví, co si se situací počít. Zavedení peer pečovatele v Královehradeckém kraji přispívá k rozšíření nabídky služeb a může tím zlepšit kvalitu života jak duševně nemocným jedincům, tak i těm, kteří o tyto osoby pečují. Pozitivním aspektem může být i edukační přínos. Peer pečovatel rozšiřuje obzory nejen o problematice pečování o duševně nemocného, ale také může svou činností namotivovat další pečující, aby se sami stali peery. Edukační přínos tato pozice může mít i pro ostatní organizace, které pracují s duševně nemocnými a přemýšlejí o zavedení pozice u sebe v organizaci.

Vedlejší hodnotou projektu bude rozšířit povědomí o lidech, kteří trpí duševním onemocněním a o jejich rodinách, kteří je v tomto nelehkém boji podporují a pečují o ně. Vedlejší hodnotou může být také rozvoj mezigeneračního porozumění mezi rodiči/blízkými a jejich dětmi. Mezigenerační problémy se objevují i u rodin, které nečelí duševnímu onemocnění. Peer pečovatel může pomoci naučit rodinu lépe komunikovat, říkat si o své potřebě a vyjadřovat své strachy a obavy, a tím přispět k lepší mentální i emoční pohodě v rodinném životě.

10.6 MANAGEMENT RIZIK

V této podkapitole identifikuji možná rizika projektu, následně je zhodnotím a navrhnu preventivní opatření, aby těmto rizikům bylo zamezeno či zmírněny jejich dopady na uskutečnění projektu. Důkladné identifikování a pochopení možných rizik a následné zavedení preventivních opatření pomůže k úspěšnému naplnění stanovených cílů projektu.

10.6.1 Nedostatečná příprava na zavedení role peer pečovatele do zařízení

Signifikantním rizikem pro projekt je nedostatečná příprava na zavedení role peer pečovatele do zařízení. Nedostatečnou přípravou může dojít k nepochopení rolí, povinností a očekávání s touto funkcí. Míru rizika hodnotím jako střední, přičemž by toto riziko mělo ve velké míře negativní dopad na fungování projektu. Jako preventivní opatření navrhuji motivaci pracovníků, kteří se budou na zavedení této role podívat vedením, nebo školení/ prezentace organizace, která již tuto roli provozuje (popsat benefity této pozice, doplnit ji o kazuistiky, propojení z praxí).

10.6.2 Do výběrového řízení na pozici peer pečovatele se nepřihlásí žádný kandidát

Dalším předpokládaným rizikem, jehož míru rizika hodnotím jako spíše nepravděpodobnou, je nepřihlášení žádného kandidáta do vypsání výběrového řízení. Toto riziko by mělo na projekt fatální dopad, protože by nedovolilo pokračování projektu. Jako preventivní opatření navrhuji zejména kvalitní propagaci nabídky této pozice, což zahrnuje propagaci na webových stránkách Péče o duševní zdraví z. s., na sociálních sítích, vytvoření plakátů a letáků.

10.6.3 Nedostatečná znalost potřeb a požadavků organizace při výběru vhodného kandidáta na pozici peer pečovatele

Míru tohoto předpokládaného rizika hodnotím jako pravděpodobnou a dopad na projekt by byl významný. Je důležité, aby při výběrovém řízení byla jasně stanovená kritéria vhodného kandidáta/kandidátky. Pokud se tak nestane, může to vést k výběru nevhodných kandidátů, kteří nebudou odpovídat potřebám projektu a nezapadnou do týmu pracovníků v organizaci. Jako

preventivní opatření navrhuji stanovit jasná kritéria výběru v části projektu, kde bude probíhat příprava na implementaci pozice do struktury organizace, tudíž ještě před celým procesem výběru vhodného kandidáta. S těmito kritérii musí být seznámeni pracovníci, kteří budou vhodného kandidáta vybírat.

10.6.4 Peer pečovatel se nechce účastnit všech povinných školení a kurzů, které potřebují k vykonávání této role

Toto předpokládané riziko hodnotím mírou nepravděpodobnou, ale dopad na projekt by byl významný. Pro výkon pozice peer pečovatele je nezbytné absolvovat kurz pracovníka v sociálních službách a kurz pro peer konzultanty. Pokud by jedinec odmítal tyto kurzy absolvovat, nemohl by vykonávat práci a průběh projektu by byl minimálně pozdržen, jelikož by byla potřeba vybrat jiného kandidáta na tuto pozici. Jako preventivní opatření navrhuji dostatečně motivovat peer pečovatele k odbornému vzdělávání.

10.6.5 Mentorující pracovník nenaplňuje svou funkci

Míru tohoto rizika hodnotím jako možnou, která může mít drobný dopad na fungování projektu. Mentorující pracovník je v organizaci pro peer pečovatele v rámci zapracování. Může peer pečovateli pomáhat i s jeho kontakty s rodinou, či jeho dotazy a požadavky. Pokud si mentorující pracovník a peer pečovatel nerozumí či mentorující pracovník svou práci nevykonává podle požadavků vedení, může to drobně ohrozit fungování projektu. Preventivní opatření může být školení a motivace mentorujícího pracovníka vykonávat tuto funkci či zvýšení platového ohodnocení.

10.6.6 Nezájem klientů o svépomocné skupiny

Toto předpokládané riziko hodnotím jako možné, s drobným dopadem na fungování projektu. Svépomocné skupiny budou jedny z vícero činností, které budou peer pečovatelé v organizaci vykonávat. Nezájem klientů o jejich fungování může vyřešit preventivní opatření, které obsahuje lepší propagaci mezi cílovou skupinou, jasnější vysvětlení, o jakou činnost se jedná a jak může být cílové skupině nápomocná.

10.6.7 Nedostatečná nabídka supervizních setkání

Míru rizika nedostatečné nabídky supervizních setkání hodnotím jako možnou, s významným dopadem na fungování projektu. Jak zmiňuji v kapitole *Klíčové aktivity, klíčová aktivita 5*, organizace by měla zajistit peer pečovateli možnost supervize a jiných podpůrných opatření. Pokud se tak nestane, peer pečovateli může hrozit syndrom vyhoření, pocit nepříjemné atmosféry a nepochopení na pracovišti. Jako preventivní opatření navrhuji se s peer pečovatelem předem domluvit na počtu a intervalech supervizí, které jemu budou vyhovovat.

10.6.8 Peer pečovatel neodvádí požadovanou práci

Toto předpokládané riziko hodnotím mírou rizika jako nepravděpodobné, s významným dopadem na fungování projektu. Pokud peer pečovatel neodvádí stanovenou práci, silně tím ohrožuje fungování projektu a svým klientům se nedostává péče, která jim náleží. Pro zamezení tohoto rizika navrhuji pravidelné hodnocení peer pečovatele jeho nadřízeným. Hodnocení může probíhat ze začátku fungování jednou za dva týdny, postupně se hodnocení může provádět s větším časovým odstupem (např. každý měsíc).

10.7 HARMONOGRAM PROJEKTU

Tabulka 1 - Harmonogram projektu 1. část

Klíčové aktivity – rok 2025	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
KA1 – Příprava na implementaci pozice peer pečovatele do struktury organizace	X	X	X	X	X	X						
KA2 – Výběr vhodného kandidáta/ kandidátky na pozici peer pečovatele						X	X	X				
KA3 – Odborná příprava peer pečovatele									X	X	X	X
KA4 – Pilotní zapojení peer pečovatele do chodu organizace a do podpory rodin klientů CDZ									X	X	X	X
KA5 – Zhodnocení projektu												

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 2 - Harmonogram projektu 2. část

Klíčové aktivity – rok 2026	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
KA1 – Příprava na implementaci pozice peer pečovatele do struktury organizace												
KA2 – Výběr vhodného kandidáta/ kandidátky na pozici peer pečovatele												
KA3 – Odborná příprava peer pečovatele												
KA4 – Pilotní zapojení peer pečovatele do chodu organizace a do podpory rodin klientů CDZ	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
KA5 – Zhodnocení projektu												

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 3 - Harmonogram projektu 3. část

Klíčové aktivity – rok 2027	25
KA1 – Příprava na implementaci pozice peer pečovatele do struktury organizace	
KA2 – Výběr vhodného kandidáta/ kandidátky na pozici peer pečovatele	
KA3 – Odborná příprava peer pečovatele	
KA4 – Pilotní zapojení peer pečovatele do chodu organizace a do podpory rodin klientů CDZ	X
KA5 – Zhodnocení projektu	X

Zdroj: vlastní zpracování

10.8 ROZPOČET PROJEKTU

Tabulka 4 - Rozpočet projektu Zdroj: vlastní zpracování

Rozpočet projektu				
Název projektu	Zavádění peer pečovatelských na území Královéhradeckého kraje			
Doba realizace	1/2025 - 1/2027			
Kategorie nákladů	Výpočet nákladů			Popis položky
	Cena za jednotku	Počet jednotek	Celkem	
1	Osobní výdaje		350 000 Kč	
	Mzdové náklady	20 500 Kč	17	350 000 Kč 20 500 Kč - hrubá mzda -> 15 000 Kč - čistá mzda za 0,5 úvazku
2	Nákup služeb		27 567,50 Kč	
	Kurz pracovníka v sociálních službách	7 300 Kč	1	7 300 Kč Kurz v rozsahu 150 hodin
	Kurz peer konzultant	9 600 Kč	1	9 600 Kč Kurz v rozsahu 35 hodin
	Propagace (plakát, vizitky)	1,5 Kč/strana, 3360 Kč grafické služby	205, 1	3 667,50 Kč 5 plakátů + 200 vizitek a grafické služby
	Supervize	1 400 Kč	5	7 000,00 Kč 5 skupinových supervízií za dobu trvání projektu
	Nájemné	0	0	0 Poskytované v rámci organizace Péče o duševní zdraví, z. s.
3	Spotřební výdaje		30 000 Kč	
	Notebook	18 000 Kč	1	18 000 Kč Výbava pro administrativu
	Pracovní telefon	6 000 Kč	1	6 000 Kč Výbava pro komunikaci s klienty
	Kancelářské potřeby	6 000 Kč	1	6 000 Kč Papíry, složky, psací potřeby, eurofolie atd.
	Energie	0 Kč	0 Kč	0 Kč Poskytované v rámci organizace Péče o duševní zdraví, z. s.
4	Cestovné a stravné		75 000	
	Cestovné	250 Kč/ den	272 dní	75 000 Pohonné hmoty - 20 hodin týdně, 17 měsíců. Cena vypočítána přes kalkulačku cestovních náhrad -> 30km/den = 250 Kč/den.
	Výdaje celkem		482 567 Kč	

10.9 LOGRAME PROJEKTU

Tabulka 5 - Lograme projektu 1. část

	LOGIKA INTERVENENCE	OBJEKTIVNĚ OVĚŘITELNÉ UKAZATELE	PROSTŘEDKY OVĚŘENÍ UKAZATELŮ	PŘEDPOKLADY REALIZACE
ZÁMĚR PROJEKTU	Zavést pozici peer pečovatele na území Královehradeckého kraje jako zvýšenou podporu pro rodiny, kteří pečují o své blízké s různými druhy duševního onemocnění.	Do organizace Péče o duševní zdraví, z.s. bude přijat jeden člověk s předchozí zkušeností s pečováním o svého rodinného příslušníka s duševním onemocněním na pozici peer pečovatele.	Pracovní smlouva	
CÍLE PROJEKTU	Hlavní cíl: Do ledna 2027 zavést pozici peer pečovatele v organizaci Péče o duševní zdraví, z.s. Dílčí cíl 1: V roce 2025 připravit organizaci na zavedení role. Dílčí cíl 2: V druhé polovině 2025 spustit nábor a odbornou přípravu. Dílčí cíl 3: Od ledna 2026 pilotně spustit fungování pozice. Dílčí cíl 4: Po roce fungování zhodnotit přínos role v organizaci.	Definování jasné role, povinností a kompetencí peer pečovatele. Přijetí osoby s předchozí pečující zkušeností do organizace. Absolvování 150 hodin kurzu pro pracovníka v sociálních službách a 35 hodin kurzu pro peer konzultanty. Vytvoření 200 vizitek, absolvování 5 schůzek s klienty, splnit min. 4 supervize za rok fungování. Zápis výsledků ze schůzky zhodnocení fungování role.	Popis pracovní pozice Pracovní smlouva Osvědčení o absolvování kurzů Zápis ze schůzek s klienty, potvrzení o supervizích, potvrzení/faktura od grafika o vykonané práci Dotazníky, zápis ze schůzky	Předpokladem realizace je kvalitní spolupráce mezi členy pracovního týmu, spolupráce mezi týmem, peer pečovatelem a rodinami klientů. Dalším předpokladem realizace je kvalitní odborná příprava a nastavení komunikace mezi peer pečovatelem a ostatními pracovníky v organizaci.

Zdroj: vlastní zpracování

VÝSTUPY PROJEKTU	<p>Výstupem projektu je nabídnout rozšířenou podporu pro rodiče, jejichž potomci/blízcí dochází do organizace Péče o duševní zdraví, z.s., výstupem je pomoc rodičům s vyrovnáním se s duševním onemocněním svého potomka/blízkého, rozšířit vědomosti o problematice, vzájemné sdílení zkušeností, založení svépomocných skupin.</p>	<p>Zpětná vazba od rodičů, mentorujícího pracovníka, kolegů, vedení.</p>	<p>Dotazníky Metodické schůzky Hodnocení pracovníka</p>	<p>Předpokladem realizace je zájem rodičů klientů o založení svépomocných skupin a sjednávání individuálních schůzek s peer pečovatelem.</p>
KLÍČOVÉ AKTIVITY	<ol style="list-style-type: none"> 1. Příprava na implementaci pozice peer pečovatele do struktury organizace 2. Výběr vhodného kandidáta/ kandidátky na pozici peer pečovatele 3. Odborná příprava peer pečovatele 4. Pilotní zapojení peer pečovatele do chodu organizace a do podpory rodin klientů CDZ 5. Zhodnocení projektu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Popis pracovní pozice 2. Přijetí vhodného kandidáta/ kandidátky na pozici 3. Absolvování kurzů 4. Zápis ze schůzek, hodnocení od rodičů 5. Metodická schůzka, schůzka s kolegy a vedením 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokument, který popisuje pozici 2. Pracovní smlouva 3. Osvědčení o absolvování kurzů 4. Dotazníky 5. Záписы ze schůzek, včetně možného zlepšení 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aktivní účast celého týmu na přípravě implementace pozice do organizace 2. Dostatečný zájem rodinných pečovatelů o pracovní místo 3. Finanční zdroje na zajištění odborné přípravy 4. Zájem rodičů o služby peer pečovatele 5. Vyplnění dotazníků od rodičů a upřímná zpětná vazba od kolegů

Tabulka 6 - Lograme projektu 2. část Zdroj: vlastní zpracování

Závěr

Cílem této kvalifikační práce bylo zpracování analýzy potřebnosti pro projekt zavedení peer pečovatelských služeb na území Královehradeckého kraje. Součástí této práce je i konceptualizace tématu, ve které byly vymezeny hlavní pojmy, které souvisejí s tématem peer pečovatelských služeb.

Během šetření v rámci analýzy potřebnosti bylo zjištěno, že peer pečovatelské služby v České republice teprve na vzestupu. Bylo zjištěno, že ze třiceti fungujících center duševního zdraví v České republice, pouze dvě nabízejí služby peer pečovatele. Jsou to CDZ Chrudim, fungující pod organizací Péče o duševní zdraví, z. s. a CDZ Plzeň, fungující pod organizací Ledovec, z. s., což značí, že na území Královehradeckého kraje peer pečovatelské služby nefungují. Na základě provedené analýzy bylo zjištěno mnoho pozitivních efektů jak pro duševně nemocné, o které je pečováno, tak i pro jejich pečovatele. Tato služba pomáhá ke zlepšení kvality života, posílení nezávislosti, zmírnění sociální izolace a podpory vyrovnání se s duševní nemocí svého blízkého. Dále bylo zjištěno, že peer pracovníci nejsou zakotveni v zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ale v dokumentu Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030 je zakotvení peer pracovníků jako jeden z cílů, které si klade Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Téma práce je úzce spojeno se sociální prací a je propojena s teoriemi a metodami sociální práce, sociální politikou a je v ní zahrnuté i etické hledisko na problematiku.

Tato práce se snaží uchopit moderní přístup v péči o duševní zdraví a nabídnout možnost podpory rodinám, které pečují o své blízké s různými duševními nemocemi. V České republice se péče zaměřuje přímo na nemocné, ale podpora rodin často chybí. Realizací projektu bude zavedena pozice peer pečovatele v multidisciplinárním týmu organizace Péče o duševní zdraví, z. s., CDZ Hradec Králové, který rozvine nabídku péče, jež organizace nabízí. Peer pečovatel bude ve své práci využívat vlastní zkušenosti a znalosti v péči o blízkého člověka.

Bibliografie

CENTRUM PRO ROZVOJ PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ, 2020. Peer pečovatelé, proč je to dobrý nápad a jak na to. Manuál pro zapojení peer pečovatelů do komunitních služeb. Online. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. Dostupné z: https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/Manual-zapojeni-PP-final_1.pdf. [citováno 2023-12-12].

ČESKÁ PRŮMYSLOVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA, 2013. Duševní nemoci a jejich příčiny. Online. Dostupné z: <https://www.cpzp.cz/clanek/2582-0-Dusevni-nemoci-a-jejich-priciny.html>. [citováno 2024-12-28].

ČESKO. § 70 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách - znění od 1. 1. 2024. In: <i>Zákony pro lidi.cz</i> [online]. © AION CS 2010–2024 [citováno 23. 4. 2024]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#p70>

ČESKO. Část 8 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách - znění od 1. 1. 2024. In: <i>Zákony pro lidi.cz</i> [online]. © AION CS 2010–2024 [citováno 23. 4. 2024]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast8>

ČESKO. Fragment #f7285720 zákona č. 371/2021 Sb., zákon, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony - znění od 1. 1. 2023. In: <i>Zákony pro lidi.cz</i> [online]. © AION CS 2010–2024 [citováno 23. 4. 2024]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2021-371#f7285720>

FOITOVÁ, Zuzana, Zdeněk, HEŘT, Věra, PINKASOVÁ, Václav, ROLENEC, Michaela, RŮŽIČKOVÁ, Světlana, SOLDÁNOVÁ, Jan, STUHLÍK, Jiří, ŠTEFL, Magdaléna, ŠTOCHLOVÁ, Jiří, ŠUPA, Agáta, ZAJÍČKOVÁ, 2016. Manuál Zapojení peer konzultantů do komunitní a lůžkové péče o duševní zdraví. Online. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. Dostupné z: https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/manual_WEB_1.pdf. [citováno 2024-03-16].

DOBŘE MÍSTO, 2021. Jak zakotvit peer konzultanty do systému péče?. Online. Dobré místo. Dostupné z: <https://dobre-misto.cz/jak-zakotvit-peer-konzultanty-do-systemu-pece/>. [citováno 2024-03-20].

HOLÁ, Barbora, Jana, PLUHAŘÍKOVÁ POMAJZLOVÁ, Pavel, ŘÍČAN, Petra, KUBINOVÁ, 2021. Manuál Zapojení peer rodinných příslušníků do psychiatrických lůžkových zařízení. Online. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. ISBN 978-80-908458-1-7. Dostupné z: https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/peer_manual_fin_web.pdf. [citováno 2023-11-13].

CHRENKOVÁ, Monika, 2015. Sociální práce s rodinou: studijní opora. Online. Ostravská univerzita. ISBN 978-80-7464-809-0. Dostupné z: <https://dokumenty.osu.cz/fss/publikace/socialni-prace-s-rodinou.pdf>. [citováno 2024-03-27].

JANEBOVÁ, Radka, 2014. Kritická sociální práce. Online. Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-413-7. Dostupné z: https://www.uhk.cz/file/edee/filozoficka-fakulta/studium/janebova_-_kriticka_socialni_prace.pdf. [citováno 2024-04-02].

KLEINOVÁ, Mariana, 2011. Psychoedukace rodinných příslušníků osob s dlouhodobým duševním onemocněním. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze.

KLIMENTOVÁ, Eva, 2013. Sociální politika pro sociální pracovníky I. Online. Univerzita Palackého v Olomouci. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/323244582_Socialni_politika_pro_socialni_pracovniky_I#fullTextFileContent. [citováno 2024-02-11].

KOLKOVÁ, Vendula, 2023. Zapojení rodičů v peer roli do doprovázení rodin s duševně nemocným jedincem. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci.

KRÁLOVEHRADECKÝ KRAJ, 2022. Služby pro duševně nemocné. Online. Královehradecký kraj. Dostupné z: <https://socialnisluzby.khk.cz/cz/sluzby-zajemce/dusevne-nemocni/sluzby-pro-dusevne-nemocne-51021/>. [citováno 2023-11-17].

KRATOCHVÍL, Stanislav, 2006. Základy psychoterapie. 5. vyd. Portál, s. r. o. ISBN 80-7367-122-0.

KREBS, Vojtěch, 2010. Sociální politika. 5. vyd. Wolters Kluwer ČR. ISBN 978-80-7357-585-4.

LAŠTOVICOVÁ, Alena, 2013. Rodičovství osob s duševním onemocněním. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci.

VERY WELL MIND, 2023. The recovery model in mental health care: Person-centered, holistic approach. Online. Very well mind. Dostupné z: <https://www.verywellmind.com/what-is-the-recovery-model-2509979>. [citováno 2024-04-02].

MATOUŠEK, Oldřich a kol., 2008. Metody a řízení sociální práce. 2. vyd. Portál, s. r. o. ISBN 978-80-7367-502-8.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla, KODYMOVÁ, Jana, KOLÁČKOVÁ, 2005. Sociální práce v praxi. Portál, s. r. o. ISBN 978-80-7367-818-0.

MATOUŠEK, Oldřich, 2012. Základy sociální práce. 3. vyd. Portál. ISBN 978-80-262-0211-0.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, 2024. Registr poskytovatelů služeb. Online. Ministerstvo práce a sociálních věcí. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/registr-poskytovatelu-sluzeb#/registr-poskytovatelu-detail-sluzby/2695>. [citováno 2024-03-25].

MUSIL, Libor, Pavel, NAVRÁTIL, 1999. Přístupy k práci s menšinami: dilemata a možnosti jejich řešení (část I). Online. Sociální práce/Sociálna práca, 1999(5), s. 36-51. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/fss/jaro2010/SPP142/um/Pristupy_k_praci_s_mensinami_2.pdf. [citováno 2024-04-09].

SOCIÁLNÍ PRÁCE/SOCIÁLNA PRÁCA, 2020. Antiopresivní přístupy v sociální práci s rodinami. Online. Sociální práce/ Sociálna práca. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/fakta-legislativa-dokumenty/antiopresivni-pristupy-v-socialni-praci-s-rodinami/>. [citováno 2024-04-02].

NEČASOVÁ, Mirka, 2001. Úvod do filozofie a etiky v sociální práci. Online. Masarykova univerzita v Brně. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/1423/jaro2009/SPP807/um/Necasova_-_skripta.pdf. [citováno 2024-01-12].

NEMCOVÁ Lenka, 2013. Poradenský rozhovor: Rozhovor s klientem v praxi výchovného poradenství. Online. Univerzita Karlova. [citováno 2024-04-04].

NENIČKA, Lubomír, Ivona, BURYOVÁ, 2019. Teorie sociální politiky: Distanční studijní text. Online. Slezská univerzita v Opavě, Obchodně podnikatelská fakulta v Karviné. Dostupné z: https://is.slu.cz/el/opf/zima2020/EVSNKTSP/um/Studijni_opora_Teorie_socialni_politiky.pdf. [citováno 2024-03-20].

OBDRŽÁLKOVÁ, Michaela, 2012. Rodina v roli pečovatele. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.

POPELKOVÁ, Anna, 2020. Využití teorií a metod sociální práce při intervenci s nezletilými cizinci. Absolventská práce. CARITAS – Vyšší odborná škola sociální Olomouc.

PROFESNÍ SVAZ SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH, 2024. Etický kodex sociálního pracovníka České republiky. Online. Profesionální svaz sociálních pracovníků v sociálních službách. Dostupné z: <https://www.dchp.cz/res/archive/001/000121.pdf?seek=1561454028>. [citováno 2024-01-12].

SOBOTKOVÁ, Irena, 2007. Psychologie rodiny. 2. vyd. Portál, s. r. o. ISBN 8073672502.

ŠIKÝŘ, Martin, 2014. Nejlepší praxe v řízení lidských zdrojů. Grada. ISBN 978-80-247-5212-9.

ŠPILÁČKOVÁ, Marie, Eva, NEDOMOVÁ, 2013. Metody sociální práce s jednotlivcem. Online. Ostravská univerzita v Ostravě. Dostupné z: https://projekty.osu.cz/svp/opory/FSS_Spilackova_Nedomova_Metody.pdf. [citováno 2024-04-02].

ŠUSTROVÁ, Iva, 2018. Schizofrenie očima nemocných a jejich rodičů [online]. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci.

TOMEŠ, Igor, 2010. Úvod do teorie a metodologie sociální politiky. Portál, s. r. o. ISBN 978-80-7367-680-3.

ÚŘAD VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY, 2020. Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030. Online. Úřad vlády České republiky. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/01/Národní-akční-plán-pro-duševní-zdraví-2020-2030.pdf>. [citováno 2024-03-25].

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY, 2020. Zdraví 2030: analytická studie. Online. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. Dostupné z: <https://zdravi2030.mzcr.cz/zdravi-2030-analyticka-studie-stav-obyvatele.pdf>. [citováno 2023-11-16].

VYMĚTAL, Jan, 2011. Úvod do psychoterapie. 3. vyd. Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-6989-9.

Seznam tabulek a grafů

Tabulka 1 - Harmonogram projektu 1. část.....	70
Tabulka 2 - Harmonogram projektu 2. část.....	71
Tabulka 3 - Harmonogram projektu 3. část.....	72
Tabulka 4 - Rozpočet projektu.....	73
Tabulka 5 - Lograme projektu 1. část.....	74
Tabulka 6 - Lograme projektu 2. část.....	75

ANOTACE

Bakalářská práce se zabývá možností podpory pro rodiče, kteří pečují nebo pečovali o své dospělé potomky, u nichž bylo diagnostikováno duševní onemocnění. Záměrem práce je zavést službu peer pečovatele na území Královehradeckého kraje, kterou budou moci využívat jeho obyvatelé. V práci je představen pojem duševní onemocnění a s ním spojené dopady na život rodiny. Představuje se zde i kdo je peer pečovatel a jaká je jeho role v multidisciplinárním týmu. Téma je propojeno s teoriemi a metodami sociální práce, s legislativou a sociální politikou. V práci je také zpracována analýza potřebnosti k vytvoření projektu a samotný návrh projektu.

Klíčová slova: peer pečovatel, duševní onemocnění, rodina, duševní onemocnění a rodina

This bachelor thesis explores the support options for parents who are caring of have cared for their adult offspring who have been diagnosed with a mental illness. The intention of the thesis is to introduce a peer caregiver service in the territory of the Hradec Kralove region, which will be available to its residents. The thesis introduces the concept of mental illness and its associated effects on family life. It also introduces who is a peer carer and what is his/her role in a multidisciplinary team. The topic is linked to social work theories and methods, legislation, and social policy. The thesis also includes a needs analysis for the development of the project and the project proposal itself.

Keywords: peer carer, mental illness, family, mental illness and family