



Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Zapojení rodičů v peer roli do doprovázení rodin s duševně nemocným jedincem

Bakalářská práce

Studijní program

Sociální práce

Autor: Vendula Kolková
Vedoucí práce: Mgr. Miroslava Petřeková

Olomouc 2023

Prohlášení

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

V Olomouci 28.4.2023

Vendula Kolková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Miroslavě Petřekové nejen za odborné rady a doporučení, ale převážně za trpělivost, podporu a vstřícný přístup. Dále bych tímto chtěla poděkovat Centru duševního zdraví pro Prahu 9 za poskytnutí dat pro můj projekt a za praxi plnou zkušeností. A v neposlední řadě velké děkuji mé rodině, která mě podporovala za celou dobu studia a umožnila mi si splnit sen.

Obsah

Úvod.....	9
1 Představení tématu	11
1.1 Duševní porucha a rodina	11
1.1.1 Důsledky a dopady psychiatrické diagnózy na rodiče	11
1.1.2 Potřeby rodičů	12
1.2 Peer rodinný příslušník	13
1.3 Centrum duševního zdraví	14
2 Rešerše zdrojů	15
2.1 Vyhledané zdroje k tématu peer rodinný příslušník	15
2.2 Příklady řešení peer rodinného příslušníka v České republice	16
2.3 Příklady řešení peer role v zahraničí	17
3 Propojení tématu s teoriemi a přístupy sociální práce a etické hledisko	19
3.1 Pojetí práce s rodinou.....	19
3.1.1 Systémové pojetí	19
3.1.2 Systemické pojetí	20
3.2 Paradigmata sociální práce.....	21
3.2.1 Terapeutické paradigma.....	21
3.2.2 Poradenské paradigma	22
3.2.3 Reformní paradigma	23
3.3 Etické hledisko	24
4 Propojení tématu s metodami a technikami sociální práce	27
4.1 Sociální práce s jednotlivcem	27
4.2 Sociální práce se skupinou	29
4.3 Sociální práce s rodinou	30
4.4 Sociální práce s komunitou	31
5 Propojení tématu se sociální politikou	33
5.1 Cíle	33
5.2 Principy	34
5.3 Funkce	35
5.4 Nástroje	36
6 Legislativní ukotvení peer role.....	37
7 Analýza potřebnosti projektu	39
7.1 Popis metod získání předložených dat a vyhodnocení výchozího stavu	39
7.1.1 Průzkum na pracovišti.....	39
7.1.2 Dotazníkové šetření	40
7.1.3 Interpretace výsledků z rozhovoru	41
7.1.4 Výsledky dotazníkového šetření	43

8	Cíl projektu	47
9	Cílová skupina a její velikost	49
9.1	Specifikace stakeholderů	50
10	Klíčové aktivity	51
11	Indikátory splněných klíčových aktivit	53
12	Výstupy a předpokládané výsledky	55
13	Management rizik	57
14	Popis přidané hodnoty projektu	61
15	Harmonogram	63
16	Rozpočet	65
17	Logframe projektu	67
	Závěr.....	69
	Bibliografie.....	71
	Seznam tabulek, obrázků a grafů	75
	Seznam příloh.....	77
	Přílohy	79
	Anotace.....	81

Úvod

Závažné duševní onemocnění výrazně ovlivňuje běžné fungování lidí s psychiatrickou diagnózou a jejich rodin. Psychiatrická diagnóza způsobuje rodině značnou zátěž, s níž je obtížné se vyrovnat. Duševně nemocný jedinec se často obrací na své rodiče, kteří nově vzniklou situaci prochází vlnou obav, nejistot, nedorozumění a nepochopení. Ve své práci se zaměřuji na dospělé jedince s duševní poruchou, kteří jsou v blízkém kontaktu se svými rodiči. Podpora rodiny by měla být nedílnou součástí péče o lidi s psychiatrickým onemocněním. Má práce se věnuje jedné z možností podpory, a to jsou peer rodinní příslušníci. Peer rodinný příslušník je člověk, který sám prožil duševní onemocnění nebo má dítě léčící se s psychiatrickým onemocněním. Peer rodič pracuje na podpoře přijetí onemocnění dítěte, porozumění danému onemocnění a jeho následným projevům. Peer rodinný pracovník spadá pod centrum duševního zdraví, využívám tedy v textu zkratku CDZ. Peer rodič s multidisciplinárním týmem vytváří pro rodinu podpůrnou síť, která může napomoci rodičům ke zvládnutí této těžké situace. Uchopení pomoci rodičům má také vliv na zotavení klienta s duševní chorobou.

Cílem bakalářské práce je vytvoření návrhu projektu pro zapojení peer rodičů do multidisciplinárního týmu centra duševního zdraví. První část práce se skládá z konceptualizace tématu a vypracování analýzy potřebnosti projektu. Svou práci vymezuji pouze na sociální práci s rodiči, při které může zasahovat peer rodinný příslušník. Na tuto teoretickou práci a analýzu potřebnosti navazuje praktický návrh projektu. Návrh projektu vymezuje klíčové aktivity a jejich indikátory splnění. Práce obsahuje harmonogram, rozpočet a vytyčení možných rizik spojený se záměrem projektu.

Vybrala jsem si toto téma kvůli zkušenosti při dobrovolnictví s duševně nemocnými klienty a volnočasovou četbou, kde jsem zaznamenala zásadní roli rodičů v životě duševně nemocných. Začala jsem se zajímat, jaké jsou aktuální možnosti pomoci pro rodiče klientů a následně jsem narazila na možnost zapojení peer rodičů do procesu. Považuji rodinu za důležité prostředí pro zvládnutí závažné nemoci a uvědomuji si, že tento úkol pro rodiče je obtížný.

1 Představení tématu

Úvodní kapitola definuje základní pojmy, které jsou dále rozvíjeny v následujících kapitolách. V první podkapitole popisují vliv a dopad duševní nemoci na fungování celé rodiny. Projekt se zabývá zapojením peer rodinného příslušníka do center duševního zdraví, proto dále pojmenují pozici peer rodinného příslušníka a vymezí tuto službu v rámci centra duševního zdraví.

1.1 Duševní porucha a rodina

Příčin duševního onemocnění může být několik. Důležitou roli hrají osobnostní predispozice, společenské faktory i faktory prostředí, kde jedinec vyrůstá. Významným spouštěčem může být i trauma, např. nehoda, smrt blízkého, fyzické či sexuální násilí apod. První duševní problémy se objevují často podle Matouška (2005) v období osamostatňování. Jedná se o odchod z místa vytvářející jedinečnou identitu člověka. Přirozenou součástí rodiny je vzájemná podpora a péče, proto duševní porucha má velký vliv na celou rodinu. Rodiče mohou rozpoznat počínající duševní onemocnění a vnímat rozdílné chování dětí. Je uváděno, že s rodiči žije 30–60 % lidí s chronicky duševním onemocněním (Matoušek, 2005). Život s psychiatrickým onemocněním je natolik náročný, že se můžeme setkat se situací, kdy dospělý jedinec zastupuje roli dítěte.

Po propuknutí vážné duševní nemoci probíhá v rodině a v blízkém okolí různorodé reakce. Můžeme se setkat se šokem, popíráním, hledáním dostupných forem pomoci až po přijetí nemocného v nové roli (Matoušek, 2014). Další reakci popisuje Matoušek (2003) jako tzv. dvoufázovou nálepkovací reakci. V první fázi rodina posiluje kontakt s duševně nemocným a snaží se jeho chování normalizovat. Pokud se to nepodaří, rodina kontakt s ním omezí, případně ho svěří do péče psychiatrické nemocnice.

1.1.1 Důsledky a dopady psychiatrické diagnózy na rodiče

Psychická nemoc s sebou často nese mnoho nepříznivých dopadů na rodinu. Jedním z nich může být zatížení ekonomické situace (Laštovicová, 2013). Například v mánické fázi duševně nemocný jedinec nekontrolovatelně utrácí peníze. Často takového člověka finančně dotují právě jeho rodiče. Duševní nemoc má vliv i na partnerský život rodičů, protože prioritou v rodině zastává jejich duševně nemocné dítě, nikoliv vzájemný vztah rodičů. Nesoulad vztahů může nastat sourozenecké rovině. Sourozenec může cítit, že větší část pozornosti je mířena na duševně nemocného. Nejen pacient, ale i rodiče jsou terčem stigmatizace, protože jejich člen rodiny trpí duševní nemocí (Matoušek, 2014).

Mnoho rodin nepřízná veřejně životní změnu, kterou prochází a dochází tak k odstřihnutí sociálních kontaktů. To má dopad i na psychický stav rodičů, kteří mají neustálý strach o své dítě. Rodiče se setkávají s pocitem viny, který s sebou nese otázky, zda neselhali ve výchově. Často přemýšlejí, zda původem nemoci nejsou oni sami a jejich výchova. Nerovnovážná psychika může mít vliv i na zaměstnání nemocného, protože většinu duševních nemocí provází úbytek výkonnosti a soustředění (Skřečková, 2016). Soužití s duševně nemocným člověkem může považovat spoustu rodičů za utrpení, protože jedinec nezvládá své dřívější zodpovědnosti (Matoušek, 2014). Odsouvají svou vizi, že jejich dítě bude samostatné a cítí velké břímě na svých zádech.

1.1.2 Potřeby rodičů

Z výše uvedených podkapitol lze usoudit, že být rodičem člověka s diagnózou duševního onemocnění je velmi obtížný úkol. Odborníci přitom často péči o rodinné příslušníky vnímají jako druhořadou. (Kleinová, 2011).

Hatfield (in McFarlane, 1983) popsala ze své studie nejvýznamnější potřeby rodičů. Procenta uvádějí, kolik rodičů považují daný bod za nejvýznamnější potřebu pro ně samotné. Z celkového počtu dotazovaných dalo:

- 57 % rodičů porozumět symptomům,
- 55 % rodičů obdržet specifické návrhy, jak zvládat pacientovo chování,
- 44 % rodičů setkávat se s lidmi s podobnou zkušeností,
- 30 % rodičů poskytnutí náhradní péče, aby si rodina mohla odpočinout,
- 27 % rodičů přimět pacienta k tomu, aby změnil místo, kde žije
- 18 % rodičů dostat více pochopení od příbuzných a přátel,
- 18 % rodičů pomoc se zmírněním finanční zátěže celé rodiny,
- 12 % rodičů poskytnutí terapie pro rodiče samotné.

Potřeby rodičů se odvíjí od toho, v jaké fázi duševního onemocnění se zrovna jejich děti nacházejí. Například rodič, který se nově potýká s duševním onemocněním u svého dítěte, bude mít potřebu být konfrontován o jakou nemoc se jedná a jaké má projevy. To můžeme posoudit ze studie od Hatfield. Třetí bod „setkávat se s lidmi s podobnou zkušeností“ může rodiče výrazně obohatit o nové vědomosti a pohledy na duševní onemocnění jejich dítěte. Ideálním naplněním této potřeby může být právě zapojení peer rodinných příslušníků do center duševního zdraví.

1.2 Peer rodinný příslušník

Z důvodu vlivu duševní nemoci na rodinu je právě práce s rodinou důležitou součástí práce multidisciplinárního týmu (Matoušek, 2005). Multidisciplinární tým někdy pracuje s „dvojím“ klientem, kdy jedním je rodina a druhým klient sám (Matoušek, 2005). Tudiž podporu rodičů může kolektiv směřovat na peer rodinného příslušníka, který je sám odborníkem na toto téma. Pro rodiče je soužití s člověkem léčícím se s duševním onemocněním obtížné, tudíž považují za důležité rozvinout profesi peer rodinného příslušníka.

Peer rodinný příslušník je pracovník centra duševního zdraví – dále jen CDZ, který sám prožil duševní onemocnění nebo má dítě, které se léčí s psychiatrickým onemocněním. Prostřednictvím jeho zkušeností by nabízel rodičům bezpečný prostor pro sdílení prožitků či nezodpovězených otázek (Holá a kol., 2021). Velkou potřebou rodičů je potřeba informací, tudíž by pomáhal rodině s přijetím diagnózy, s vysvětlením projevů nemoci, a taktéž by byl oporou během následné péče po hospitalizaci. V doprovodu rodičů by navštěvoval psychiatrickou nemocnici či jejich domácnost. Vytvářel by podpůrné skupiny pro rodiče, které slouží ke společnému vyjádření jejich pocitů (Holá a kol., 2021). Další potřebou rodiče je potřeba bezpečí, pochopení a ocenění. Peer rodinný příslušník může snižovat pocity úzkosti, vzbuzovat naději a tlumit intenzivní vliv rodiny na duševně nemocného (Matoušek, 2003). Peer rodič po návratu do domácího prostředí učí rodiče respektovat projevy nemoci. Peer rodinný příslušník dobře ví, že rodiče jsou důležitým zdrojem podpory při léčbě a péči o klienta (Holá a kol., 2021).

Chrtková a Součková (2021) popisují principy v peer podpoře jako:

1. **Vzájemnost:** peer rodič chápe problémy a s nimi prožité emoce.
2. **Partnerský přístup:** peer rodič utváří vztah, který je rovnocenný.
3. **Nedirektivní přístup:** peer rodič usiluje o rozpoznání zdrojů rodiče a o hledání svého vlastního řešení.
4. **Zaměření na zotavení:** peer rodič podporuje rodiče při znovunalezení kontroly nad svým životem a přináší naději a víru ve své osobě
5. **Zaměření se na silné stránky:** peer rodič pracuje se silnými stránkami rodiče a rozvíjí je.
6. **Začleňování:** peer rodič vnímá stigmatizaci rodiče, tudíž ho podporuje v jeho začlenění do komunity.
7. **Pokrokovost:** peer rodič doprovází rodiče v jeho cestě a obohacuje obě strany o nové dovednosti.
8. **Bezpečí:** peer rodič zajišťuje emoční bezpečí pro rodiče prostřednictvím sdílení, projevení soucitu a neodsuzujícího postoje.
9. **Respekt lidských práv:** peer rodič zplnomocňuje rodiče.

10. Důstojnost

11. **Důvěryhodnost:** peer podpora je odvozena od vlastních životních zkušeností.

12. Přijetí/akceptace

1.3 Centrum duševního zdraví

Dle § 70a zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách „*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 (dále jen „služby centra duševního zdraví“).*“ Veškerá činnost CDZ se řídí pod zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. (Reforma péče o duševní zdraví, 2022). Na stránkách *Reforma péče o duševní zdraví* můžeme zjistit, že centra duševního zdraví se rozvíjela ve třech etapách. Momentálně Česká republika dosahuje počtu 30 center duševního zdraví. Je uváděno, že tento typ služeb se bude nadále rozvíjet. Centra duševního zdraví za relativně krátkou dobu prokázala životnost a pozitivní vliv na zotavení klienta (Reforma péče o duševní zdraví, 2022).

Centra duševního zdraví uvádí cíle jako:

- podpora klienta/pacienta na jeho cestě k zotavení
 - prevence hospitalizací či jejich zkracování
 - včasná diagnostika onemocnění a rychlé započetí léčby
 - podpora v zapojení osob v dlouhodobé hospitalizaci do běžné komunity
- (Reforma péče o duševní zdraví, 2020)

Tým CDZ pracuje formou case managementu a poskytuje služby všem potřebným klientům z dané spádové oblasti (Reforma péče o duševní zdraví, 2022). CDZ si zakládá na multidisciplinárním přístupu, tzn. klient může čerpat služby týmu lékařské, psychologické i sociální (Reforma péče o duševní zdraví, 2022). Multidisciplinární tým se skládá z psychiatra, klinického psychologa, sestry pro péči v psychiatrii/všeobecné sestry, sociálního pracovníka/pracovníka v sociálních službách a peer konzultanta.

2 Rešerše zdrojů

Cílem této kapitoly je vykreslit nalezené zdroje k tématu peer rodinný příslušník a k příbuznému tématu podpory rodiny. V rámci rešerše zdrojů provedu šetření mezi centry duševního zdraví v České republice. Zjišťuji, v jaké míře Česká republika zapojuje peer rodinné příslušníky do CDZ. Následně se téma peer role zaměřím v zahraničních publikacích.

2.1 Vyhledané zdroje k tématu peer rodinný příslušník

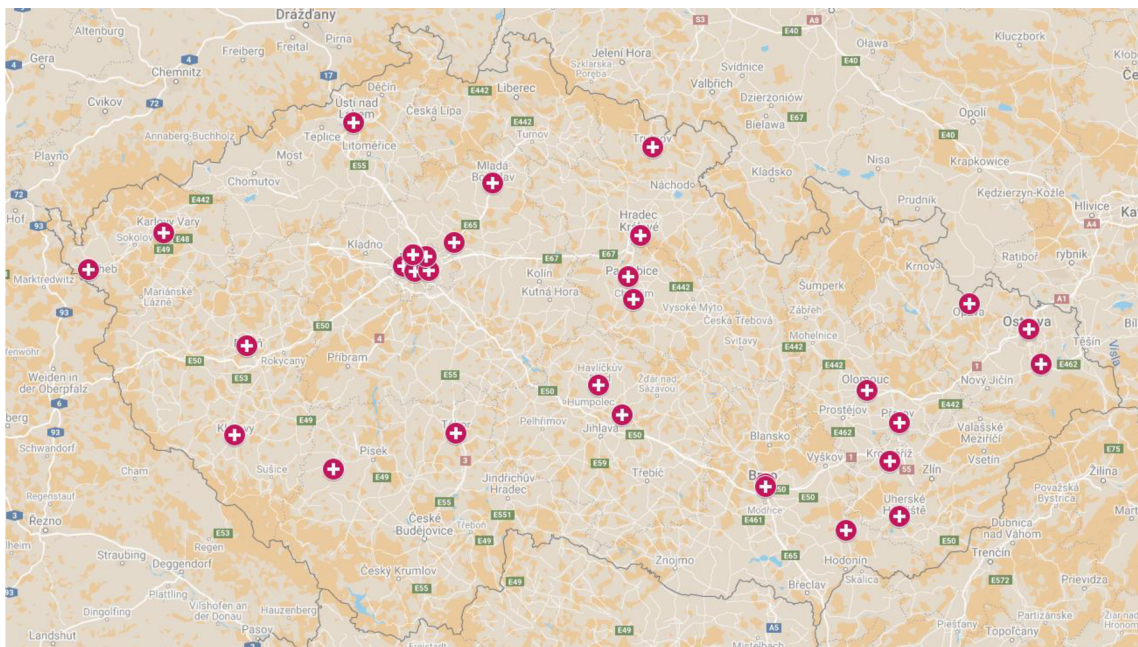
Zásadním zdrojem k mé práci je webová stránka *Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví*. Zahrnuje projekt *Podpora rodinných příslušníků duševně nemocných pacientů psychiatrických lůžkových zařízení*. Cílem projektu je zavedení role peer rodinného příslušníka na oddělení psychiatrických nemocnic, na kterém se podílela Jana Pluhaříková Pomajzlová. Do projektu se zapojila Psychiatrická nemocnice Horní Beřkovice, společně s PN Jihlava a PN Opava (*Podpora rodinných příslušníků duševně nemocných pacientů psychiatrických lůžkových zařízení*, 2021). Závěrem projektu se zapojilo celkem 8 peer rodinných příslušníků do pomoci rodinám v psychiatrických nemocnicích. Na základě získaných zkušeností byl publikován manuál *Zapojení peer rodinných příslušníků do psychiatrických lůžkových zařízení*. V rámci projektu *Podpora neformálních pečovatelů duševně nemocných vznikl Manuál pro zapojení peer pečovatelů do komunitních služeb* (2020). Pozitivní zkušeností z projektu se potvrdilo, že peer pracovníci přispívají ke zlepšení fungování rodiny. Peer pečovatel snadněji získává důvěru rodinného příslušníka než sociální pracovník (*Manuál pro zapojení peer pečovatelů do komunitních služeb*, 2020). Dalším projektem *Zapojení peer konzultantů do péče o duševně nemocné* a následně jeho manuál přináší s sebou zkušenosti z pilotního zaměstnávání peer rodinného příslušníka. Pozice peer konzultanta je možné využívat rozmanitě při individuální a skupinové práci, pro osoby blízké a při destigmatizačních aktivitách (*Manuál Zapojení peer konzultantů do komunitní a lůžkové péče o duševní zdraví*, 2014).

Zdroje jsem čerpala v repozitářích odborných prací různých univerzit. Vyhledávala jsem pomocí klíčových slov: *rodina, duševní nemoc, vliv, podpora rodiny a psychiatrie*. Skřečková (2016) prováděla výzkum, který zmapoval současnou nabídku služeb pro rodinné příslušníky osob s duševním onemocněním. Rodiče ve výzkumu vyjadřují jistou obavu o své děti, zejména v oblasti samostatného bydlení pro duševně nemocné. Šušťková (2021) našla služby, organizace a weby pro rodinné příslušníky v Praze. Zmiňuje Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví a společnost Sympathea, která se také zapojuje do destigmatizačních projektů. Schizofrenie očima nemocných

a jejich rodičů (2018) si klade za cíl zjistit, jak schizofrenie ovlivňuje vztah rodičů k jejím dospělým nemocným dětem. Respondentky (matky dospělých jedinců) sdělily, že nebyly dostatečně informovány o nemoci a také, že nemoc dítěte velice zasáhla. V kontextu center duševního zdraví jsem čerpala ze stránky *Reforma péče o duševní zdraví*. Elektronická publikace popisuje snahu o reformu psychiatrické péče a následně vznik center duševního zdraví.

2.2 Příklady řešení peer rodinného příslušníka v České republice

K prozkoumání výše zmíněné tematiky jsem kontaktovala každé pracoviště emailem s prosbou sdělení podrobnějších informací k podpoře rodiny. Do tabulky jsem si vkládala průběžně odpovědi a následně pracovala výsledky. Závěrem šetření se ukázalo, že pouze 3 centra duševního zdraví zapojují peer rodinné příslušníky do multidisciplinárních týmů. Jedná se o CDZ v Chebu, Karlových Varech a v Plzni. Jako čtvrtý v rámci Karlovarského kraje funguje peer rodič i v terénním týmu v Sokolově. Zbylá pracoviště edukují rodiče přímo na pracovišti. Buď se rodiče mohou obracet na tým nebo se připojit k plánovaným rodinným setkáním. Dvě centra duševního zdraví odpověděla, že peer rodiče mohou kontaktovat k jim blízkým PN, přesněji v PN Jihlava a PN Opava, kde peer rodič je zaměstnán.



Obrázek 1: Mapa center duševního zdraví (Zdroj: reformapsychiatrie.cz)

2.3 Příklady řešení peer role v zahraničí

V následující kapitole popíšu, jak k peer konzultantům přistupují v různých vybraných státech dle dostupné literatury. Chrtková a Součková (2021) uvádí, že lidé se zkušeností s duševním onemocněním jsou v zahraničí zapojováni do rozhodování na všech úrovních. USA můžeme považovat za kolébku služeb postavených právě na peer podpoře (Hromádková, 2016). Počátky sahají do 60. let 20. století (Chrtková a Součková, 2021). Spojené státy americké mají svůj vlastní systém vzdělávání a certifikace peer konzultantů (Chrtková a Součková, 2021). „V USA se tak setkáme s následujícími pozicemi: *Certified Peer Specialist, Certified Recovery Specialist, Certified Peer Support Specialist, Certified Recovery Support Specialist, Certified Intentional Peer Support Specialist*“ (Kaufman in: Chrtková a Součková, 2021, s. 20)

Ve Velké Británii mohou peer konzultanti pracovat v psychiatrických nemocnicích, centrech duševního zdraví, nebo navštěvovat domácnosti (Chrtková a Součková, 2021). Vzniklé nové role peer pracovníků potvrdilo britské ministerstvo zdravotnictví přijetím dokumentu *Strategie v oblasti duševního zdraví* (Hromádková, 2016). Pro peer konzultanty existuje národní certifikát *Care Certificate* (Chrtková a Součková, 2021). Australská vláda vydala *Národní plán pro duševní zdraví 2003 – 2008*, jehož cílem bylo zapojení peerské role (Chrtková a Součková, 2021). Austrálie přestává označovat peer konzultant, proto se uvádí roli peer to peer. Zájemci o tuto pozici musí absolvovat jednoroční akreditovaný kurz (Chrtková a Součková, 2021). Peer podpora je k dispozici ve všech typech zařízení, tudíž i v centrech duševního zdraví. Při tvorbě Strategie v Kanadě se ukázalo, že každý pátý Kanadčan se potýká s duševním onemocněním (Chrtková a Součková, 2021). Základem podpory jsou svépomocné skupiny vedené dobrovolníky. Existují zde skupiny pro lidi s diagnózou, kteří zároveň patří mezi LGBT+ komunitu nebo skupiny pro veterány (Chrtková a Součková, 2021). Peer konzultanti v Německu jsou zaměstnáváni převážně v psychiatrických nemocnicích, protože dochází k velké mezeře mezi institucionální péčí a péčí komunitní (Chrtková a Součková, 2021). V Norsku je peer podpora považována za nový druh intervence pro lidi se zkušeností s duševním onemocněním (Chrtková a Součková, 2021). Neukotvila se zde definice této pozice, proto s sebou nese ztížení fungování v týmu (Chrtková a Součková, 2021).

Český koncept peerské podpory se zejména inspiroval Holandskem (Hromádková, 2016). Holandský model vychází z amerického systému ACT, který vznikl v 90. letech (Hromádková, 2016). Nizozemská peerská pozice stojí na myšlence, že odborníkem se stáváme nejenom studiem, ale převážně praxí, tedy svou zkušeností (Chrtková a Součková, 2021). Pokud se budeme chtít stát peer konzultantem, máme možnost kurzů, školení, výcviků, ale i dlouhodobého studia na střední a vyšší odborné škole (Chrtková a Součková, 2021).

3 Propojení tématu s teoriemi a přístupy sociální práce a etické hledisko

Zapojení peer rodinného příslušníka do multidisciplinárního týmu souvisí se sociální prací. Sociální práce se profesionálně zabývá lidskými vztahy v souvislosti s výkonem sociálních rolí (Matoušek, 2012). V rámci teorií a přístupů sociální práce se kapitola rozčleňuje na pojetí práce s rodinou, kde přiblížím rozdíl mezi systémovým a systemickým přístupem. Na téma se nahlížím i z pohledu paradigmat sociální práce a z pohledu mikro-mezo-makro rovin. Pro snadnější pochopení paradigmat uvedu na příkladech jako je logoterapie, přístup zaměřený na úkoly a antiopresivní přístup. Mátel (2019) uvádí sociální práci jako neizolovanou disciplínu a profesi, která se profiluje multidisciplinárností. Z jedné z zapojených disciplín je etika. Rozvinu etické principy, které jsou úzce spojené s profesí peer rodiče.

3.1 Pojetí práce s rodinou

Základními přístupy v rodinné terapii se označují jako systémové nebo systemické (Kratochvíl, 2017). Toto pojetí se zabývá rodinnými problémy. V kontextu mé práce například: přijetí diagnózy, změna životního stylu, přizpůsobení psychiatrickému onemocnění dítěte, finanční ztráta ze strany rodičů, obavy z budoucnosti nebo výčitky rodičů vůči vlastní výchově. Terapie pomáhá k porozumění jednotlivých členů rodiny prostřednictvím komunikace. Matka či otec během terapie pochopí, jak správně přistupovat k relapsům dítěte, i jak zůstat v rovnováze pro své duševní zdraví. Rodič pochopí, že je zásadním zdrojem k zotavení svého dítěte.

3.1.1 Systémové pojetí

Systémové pojetí zdůrazňuje cirkulární kauzalitu, tj. vzájemnou kauzální propojenost různých jevů. Rodinný terapeut, pokud pracuje s jedním člověkem, „vidí kolem něho jeho rodinu“. Jeho chorobný systém chápe jako projev patologie systému (Kratochvíl, 2017). Mezi výzkumy schizofrenie začal rozvíjet Murray Bowen pojem diferenciaci. Separací od rodiny chápeme, že diferencovaný člen dovede mít k ostatním blízký vztah, ale současně má vůči nim vytvořené jasné hranice, je dostatečně samostatný, jeho představa o sobě není závislá na mínění rodiny (Kratochvíl, 2017). Salvador Minuchin se zaměřoval na rodinné subsystémy, kdy rodina má mít jasně definovanou strukturu pro jejich fungování. Rušivě mohou působit rigidní koalice, které překračují hranice generací, např. koalice matky se synem proti koalici otce s dcerou. Terapeut se nejprve snaží, aby

rigidní koalice narušil a umožnil kladnou a vstřícnou komunikaci v rodině i mimo tyto koalice (Kratochvíl, 2017).

Jay Haley využívá v terapii různé manipulace a strategické postupy, které mají obranu znemožnit, např. paradoxní příkazy, které zvýší intenzitu či frekvenci problémového chování (Kratochvíl, 2017). Vyskytují se v situacích, kdy například probíhají hádky ve vztahu. Velkou představitelkou je Virginia Satirová. Poukazuje na čtyři nesprávné rigidní vzorce v komunikaci členů rodiny, které označuje jako komunikaci 1. obviňující, 2. usmiřující, 3. racionální a 4. rušivou. Vede rodiny k nahrazení komunikace za otevřenou s vyjadřováním skutečných pocitů a s respektem ke druhým prostřednictvím techniky stavění rodiny do sousoší. Další vývojem přístupu V. Satirové je vytvoření tzv. Modelu růstu, který si klade za cíl posílit sebeúctu klienta, vyrovnání se klienta s nezpracovanými událostmi v minulosti a podpořit schopnost samostatného rozhodování (Kratochvíl, 2017).

3.1.2 Systemické pojetí

Na rozdíl od systémového pojetí, systemická terapie chápe rodinu jako uzavřený systém, který je autonomní a sám sebe regulující (Kratochvíl, 2017). Ludewig (1994) shrnuje základní teze systemického myšlení takto: 1. Vše řečené je řešeno pozorovatelem. 2. Pozorovatel je jazykující 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.

Vedle systemického pojetí se uvádí narativní terapie, kdy se člověk jeví jako bytost vyprávějící. Kratochvíl (2017) píše, že klient vytváří a vypráví svůj příběh složený ze sledu událostí, které se odehrávají v jeho životním čase. Člověk nevypráví jenom o sobě, ale vypráví také o rodině. Během vyprávění postupně terapeut s klientem dosahuje dekonstrukcí. Objevují se tak nové možnosti a perspektivy pro další vývoj jednotlivých osob a vztahů (Kratochvíl, 2017). Dle Kratochvíla (2017) Steve de Shazer patří k nejvýznamnějším představitelům systemické terapie. Popisuje techniky jako je cirkulární dotazování, které v rámci mé práce může vytvořit peer rodič s rodinou. Místo abychom se zeptali pacienta, co si myslí on sám, ptáme se, co si myslí, že si myslí jiný člen rodiny. Otázky umožňují sdělení vlastních pocitů a lepší porozumění mezi členy rodiny (Kratochvíl, 2017). S tím souvisí i „technika zázračné změny“, kdy klienti předstírají, že problém neexistuje. Všimáme si toho, jak reaguje druhý člen rodiny. De Shazer dával rodinám úkol, aby zhodnocovali svá pozitiva. Úkol přeorientovala pozornost od chování, které je předmětem stížností, na chování, které je žádoucí, tedy přispívá k pozitivní atmosféře (Kratochvíl, 2017).

3.2 Paradigmata sociální práce

Setkáváme se s vymezením cíle sociální práce, které se opírá o koncept sociálního fungování. Bartlettová ve své knize (1970, in: Matoušek, 2012) použila pojem sociálního fungování pro značení interakcí mezi prostředím a lidmi. Různé možnosti pohledu na sociální fungování bylo právě formulováno v paradigmatech sociální práce (Matoušek, 2012). Nejcitovanějším autorem Malcon Payne nastínil tyto tzv. tři malá paradigmaty (Mátel, 2019). V následujícím textu vysvětlím rozdíly mezi třemi paradigmaty s uvedením vybraných teorií, které peer rodinný příslušník smí využít v kooperaci s rodičem. Rozvinu tedy logoterapii, přístup zaměřený na úkoly a antiopresivní přístup. Následně se na sociální práci zaměřím z hlediska působení: mikro, mezo a makro pohledu. Sociální práce se nezajímá pouze o potíže jednotlivce, ale také o působení jeho prostředí či celé společnosti.

3.2.1 Terapeutické paradigma

První z těchto paradigmat označuje Navrátil jako „terapeutickou pomoc“, kdy hlavním faktorem sociálního fungování je duševní zdraví a pohoda člověka (Navrátil, 2001). Pomoc rodičům je poskytována formou psychoterapie. Cílem tohoto přístupu je pomoci zabezpečit jednotlivcům, skupinám i komunitám psychickou a následně také sociální pohodu (Navrátil, 2001). Psychoterapie má dobrý vliv na psychickou rovnováhu rodiče, proto terapeutické paradigma úzce souvisí s mým tématem. Prostředkem k obnově duševního zdraví v rámci tohoto paradigmatu je podpora rozvoje a uskutečnění osobnosti rodiče. Důraz je kladen na komunikaci a vztah (Navrátil, 2001). Procesem komunikace získává rodič více kontroly nad vlastními pocity a způsoby komunikace se svým dítětem.

Oldřich Matoušek (2013) uvádí ve své knize klasifikaci, kterou zobrazuje následující obrázek. Terapeutické paradigma řadíme na mikro úroveň sociální práce, které zahrnují teorie, jež vysvětlují intrapsychické problémy klienta (Navrátil, 2001). Zde pracujeme ve vztahu rodič/dítě, který navzájem vytváří celek rodiny.

Malé paradigma	<i>Terapeutické</i>	<i>Reformní</i>	<i>Poradenské</i>
Úroveň problému	Mikro	Makro	Mezo
Bariéra v životním zvládnání	Intrapsychická	Externí tlaky společnosti	Nedostatek informací služeb a dovedností
Možné teorie a přístupy	Psychodynamické Humanistické Existenciální Kognitivní modely Rodinná terapie	Antiopresivní Komunitní Ekosystémové Advokacie Zmocňování	Úkolově orientovaný Kognitivně-behaviorální Řešení problémů Systémová

Obrázek 2: Malá paradigmaty SP v souvislosti s bariérou v životním zvládnání (Zdroj: Matoušek, 2013)

Za konkrétní příklad jsem si vybrala logoterapii popisovanou Viktorem E. Franklem, která pracuje se smyslem života klienta. Logoterapie se řadí k humanistickým a existenciálním proudům psychoterapie. Tato terapie se váže k mé práci, protože často přetížení rodiče může vést k prožitku bez smyslnosti, označováno existenciálním vakuem. Frankl předpokládá, že v důsledku existenciální frustrace se může vyvinout problémové chování u rodičů (Matoušek, 2001). Peer rodič se zaměřuje na to, jak pomoci matce či otci nalézt smysl v životě a jak se vyrovnat s životními výzvami a problémy. Smysl člověka podle Frankla nalezneme především uskutečňováním hodnot. Dělíme je na tvůrčí, zážitkové a postojoyé. Hodnoty tvůrčí lze charakterizovat aktivitami, které přetvářejí vnější svět (Matoušek, 2001). Nejčastěji ji rodič realizuje prací, kdy zaměstnáním rodič získává režim, finanční ohodnocení i kontakty mezi kolegy. Hodnoty tvůrčí můžeme rozvinout tvorbou, kdy rodič opomene svá trápení a začne vnímat sám sebe. Hodnoty zážitkové rozvíjí život tím, že rodič něco či někoho opravdově prožije. Peer rodič vnímá individualitu každého rodiče, proto volí zážitky na míru. K této hodnotě patří i nejvýznamnější hodnota, a to je láska. Zde můžeme podpořit vztahy v rodině mezi partnery nebo dalšími potomky duševně nemocného jedince. Hodnoty postojoyé se realizují situacemi, kdy rodič přijme své utrpení (Matoušek, 2001). V roli rodiče s duševně nemocným jedincem je důležité psychiatrickou diagnózu přejmenovat ze slova překážka na pojem úkol. Jak uvádí Frankl v knize od Matouška (2001) v utrpení zrajeme a rosteme. Peer rodič podporuje rodiče k uvědomění si svých unikátních schopností.

3.2.2 Poradenské paradigma

Poradenské paradigma, označováno jako „sociálně právní pomoc“, vychází z individuálních potřeb rodiče. Jde zde především o pomoc klientům prostřednictvím poskytování informací, kvalifikovaným poradenstvím, zpřístupňováním zdrojů další pomoci či služeb (Navrátil, 2001). V kontextu mé práce peer rodinný příslušník poskytuje informace o duševním onemocnění a navádí rodiče na další služby vhodné přímo na danou situaci. Z obrázku výše Matoušek (2013) poradenské paradigma vymezuje do mezo roviny. Mezo rovina je prostředí, ve kterém daný rodič funguje, např. přátelé, škola, zaměstnání, služby a volný čas. Peer rodinný příslušník spolupracuje s rodiči, kteří přichází s problémy v souvislosti s jejich prostředím.

Příkladem tohoto pojetí je přístup zaměřený na úkoly, který patří mezi nejrozšířenější formy krátkodobé intervence. „*Tento přístup se používá při řešení osmi problémových okruhů: interpersonální konflikty, neuspokojení v sociálních vztazích, problémy s formálními organizacemi, potíže v naplňování rolí, problémy vznikající v souvislosti se sociálními změnami, reaktivní emocionální úzkosti, neadekvátní zdroje a potíže v chování.*“ (Navrátil, 2001, s. 107) Důležitý okruhem pro absolventskou práci jsou potíže v naplňování rolí. Klienti vnímají rozdíl mezi aktuálním výkonem a ideálním

výkonem ze svých představ. Za peer rodičem může přijít matka, která je vůči sobě kritická a obviňuje se ze špatné výchovy, která vedla k nemoci dítěte. Podle Navrátila (2001) úspěch tohoto přístupu spočívá v myšlence, že malý úspěch rozvíjí sebedůvěru a sebeúctu. Lidé podle něj se více snaží, pokud si mohou sami zvolit úkol. Peer rodič, který se nedívá na příčiny problému, vede klienta ke zvolení svých problémů a následných cílů. Cílově orientovaný přístup můžeme charakterizovat v šesti krocích: příprava, explorace problému, dohoda o cílech, formulace cílů a úkolů, ukončení a evaluace. Je důležité identifikovat své problémy a stanovit své priority (např. práce na třech problémech). Při ukončení spolupráce s rodičem je možné vytvořit krizový plán, který slouží k prevenci a řešení případné krize. Podle dokumentu Doporučené postupy pro vznik nových CDZ (2022) je vhodné probrat a zaznamenat s klientem, jaké jsou možnosti předcházení krize, případně jak projít krizí, tak aby měl sám situaci co nejvíce pod kontrolou.

3.2.3 Reformní paradigma

Třetí paradigma usiluje o reformu společenského prostředí, proto je v tomto pojetí sociální práce zaměřená na sociální změnu. Představitelé tohoto pojetí sdílejí představu, že podporou spolupráce a solidarity v rámci určité společenské skupiny pomohou tlakem získat vliv na vlastní životy (Navrátil, 2001). Většina rodičů s duševně nemocným dítětem se setkává s diskriminací, utlačováním a nálepkováním. Paradigma buduje společnost na více rovnostářských principech, aby se na duševní nemoc neohlíželo v negativním slova smyslu. Reformní paradigma řadíme do makro úrovně. Prostor nezařazuje danou osobu jako účastníka, ale ovlivňuje jeho životní situaci, např. sociální politika, právní systém, stát, EU, policie, zákony atd.

Pojetí reformy smíme přiřadit k marxistickým a radikálním konceptům (Navrátil, 2001). Roli zastává i antiopresivní přístup. Antiopresivní přístup má za cíl redukovat diskriminaci založenou na rase, pohlaví, postižení, sexuální orientaci, ale také na duševním onemocněním. Peer rodič se proto zaměřuje na zmocňování (empowerment). Zmocňování znamená, že peer rodič pomáhá lidem získat větší moc nad svým vlastním životem a životními podmínkami (Matoušek, 2001). Sociální práce zamezuje opresi a usiluje o klientovo překonání takového omezení. Matoušek (2001) popisuje v knize Thompsona, který uplatňoval tři imperativy: spravedlnost, rovnost a spoluúčast. Spravedlnost si zakládá na neomezování práv klientů s duševním onemocněním. Rovnost bere v potaz specifické potřeby lidí. *„Koncept spoluúčasti je důležitý na dvou úrovních. V obecné rovině předpokládá zapojení klientů do plánování, koordinace a vyhodnocování služeb. Vytváří příležitost pro zmocňování klientů i pro to, aby poskytované služby skutečně odpovídaly jejich potřebám. V užším slova smyslu je spoluúčast, participace,*

důležitou složkou interpersonální komunikace. Partnerství zde znamená spoluúčast klienta při volbě cíle i prostředků společného úsilí.“ (Matoušek, 2001, s. 239)

Tato práce je aplikovatelná i na koncept divadla utlačovaných od Augusta Boala. Divadlo utlačovaných je inspirováno Freirovo pedagogikou utlačovaných, která se vyvíjela z příběhu utlačováním prostých lidí vládnoucích vrstev (Matoušek, 2001). Divadlo utlačování probíhá formou amatérského divadla vytvořené prostorem pro sdílení svých aktuálních prožitků. Jak bylo zmíněno, cílem peer rodiče je rozpoznat opresi u svých klientů. Thompson navrhuje tzv. P-C-S analýzu, která slouží jako nástroj pro posouzení životní situace klienta (Matoušek, 2013). P-personal zahrnuje myšlenky, pocity a postoje jednotlivce. C-cultural obsahuje sdílené způsoby vnímání, myšlení a jednání, co je správné a co ne. S-struktural zachycuje síť sociálních vztahů umožňující opresi a diskriminaci.

3.3 Etické hledisko

Peer rodinní příslušníci i sociální pracovníci se často musejí rozhodovat o tom, jak se zachovat v určitých více či méně sporných situacích (Nečasová, 2001). Takovým oborem se zabývá etika. Matoušek (2013) vnímá etiku jako teorii morálky, vědou o morálce jako stránce života společenského člověka, o původu a podstatě morálního vědomí a jednání. Etika se snaží objasnit hlediska, která vedou člověka k odpovědnému jednání (Nečasová, 2001). Většinou se jednalo o modifikaci sedmi principů, které zformuloval Katolický kněz Felix Biestek (Matoušek, 2013). Těchto sedm principů následně aplikují na profesi peer rodinného příslušníka:

1. **Individualizace:** peer rodinný příslušník vnímá každého rodiče jako jedinečnou bytost. Každý rodič je pro něj osobnostně rozdílný a přistupuje k němu individuálně.
2. **Vyjádřování pocitů:** rodič je obeznámen, že má možnost svobodně vyjádřit své pocity peer rodinnému příslušníkovi. Využije tak k tomu návštěvu kanceláře, telefonát nebo předem domluvenou schůzkou v domácnosti rodiče. Peer rodič zajišťuje individuálně ke každému rodiči bezpečné setkání.
3. **Empatie:** peer rodič se vcituje do pocitů a situace rodiče. Prokazuje své porozumění empatickými poznámkami, parafrázováním a reflexí rozhovoru. Zároveň se dokáže odpoutat od příběhu klienta a seberefektovat své emoce vůči nátlaku rodičů.
4. **Akceptace:** peer rodič vnímá rodiče jako důležitý faktor k zotavení klienta. Podporuje jeho sebeúctu a rozvíjí sebe-přijetí rodiče takového jaký je.
5. **Nehodnotící postoj:** peer rodič nesoudí rodiče, jak k duševnímu onemocnění přistupuje nebo jak se v dané situaci zachoval k dítěti.

6. **Seburčení:** rodič má možnost využít potenciálu peer rodiče. Je pouze na něm, jak se rozhodne. Smí se i dobrovolně účastnit svépomocných skupin. Peer rodič respektuje klientovo právo a jeho svobodnou volbu.
7. **Diskrétnost:** peer rodič vytváří společně s rodičem vztah, který je založen na důvěře. Neposkytujeme informace například dětem, pokud si to sám rodič přeje.

V etice se setkáme s pojmy etický problém a etické dilema. Podle Nečasové (2001) etický problém vzniká v situaci, kdy je evidentní, jak by se měl peer rodič rozhodnout, ale toto rozhodnutí se mu osobně přičí. Naopak etické dilema vzniká tehdy, cítí-li peer rodič, že má více alternativních možností rozhodnutí (Nečasová, 2001). Není přitom jasné, které rozhodnutí je přijatelnější. Uvedu etická dilemata, se kterými jsem se setkala na praxi v Centru duševního zdraví pro Prahu 9. Předložené kazuistiky jsou aplikovatelné i na profesi peer rodinného příslušníka.

- Ve vztahu ke klientům: *„Sociální pracovnice spolupracuje s čerstvě plnoletým klukem, kterému byla nově diagnostikována schizofrenie. Rodina se obrací na peer rodiče, protože má s klientem kladné vztahy a chtějí vědět, proč se jejich syn chová poslední dobou „nezvykle“. Syn nesouhlasí, aby rodině bylo sděleno duševní onemocnění. Kladu si otázku: Mám to sdělit rodině, protože mají právo vědět, co je s jejím synem? Mám to sdělit rodině, protože to může podpořit léčbu schizofrenie? Mám udržet mlčenlivost, abych vyhověla mému klientovi?“*
- Ve vztahu ke kolegům: *„Jako peer rodič se pravidelně účastním skupinové supervize, která pomáhá k růstu našich dovedností. Mimo supervizi se mi svěřila kolegyně se situací, která ji velmi narušuje v práci. Už to není kolegyně jako dřív. Je ztrápená, ale nechce využít mou pomocnou ruku. V den supervize se nepodělí s tímto problémem. Vnímám jako věc, která by se na supervizi měla řešit. Kladu si otázku: Mám to poslat dále, aby se problém vyřešil a má kolegyně byla v psychické pohodě? Mám tuto situaci udržet v tajnosti, abych nezradila moji kolegyni? Mám to říct šéfovi, když to trápí i mě?“*

Moc a privilegia mohou být zneužita, proto je nezbytný kodex, který reguluje jednání členů (Matoušek, 2013). *„Etický kodex obecně má vymezovat hodnoty, principy a zásady chování a jednání osob v určitém profesním či institucionálním kontextu.“* (Bandit a kol., 2015, s. 7) Obecně se etické kodexy věnují tématům jako je respektování jedinečné hodnoty a důstojnosti každé lidské bytosti, podpoře seburčení klienta a podpoře sociální spravedlnosti a profesní integrity (Matoušek, 2013). Proto zmínění etického hlediska v rámci mé práce považuji za důležité.

Dle Etického kodexu sociálního pracovníka České republiky by měl peer rodinný příslušník:

- zmiňovat, že role peer rodinného pracovníka je v multidisciplinárním týmu obohacující
- podporovat potenciál rodiče i jeho následné rodičovské rozhodnutí
- vyslovit všechny zásady a podmínky služby
- informovat správně klienta o službě
- zmínit všechny podrobnosti o klientovi multidisciplinárnímu týmu
- respektovat pocity klienta
- utvářet bezpečný prostor pro sdílení emocí
- respektovat rozhodnutí o odmítnutí zapojení peer rodiče do pomoci rodiny
- udržovat slib mlčenlivosti
- chránit klientovo právo na soukromí
- rozvíjet profesionální vztahy s kolegy a dalšími odborníky
- zajišťovat rovnost každého rodiče
- dosahovat sociální změny
- přispívat k odstranění projevů a příčin diskriminace
- přistupovat ke každé osobě individuálně a s důstojností
- podporovat klienta k zodpovědnosti
- rozvíjet klientovi schopnosti a dovednosti k vyřešení nepříznivé sociální situace

4 Propojení tématu s metodami a technikami sociální práce

Cílem této kapitoly je rozšířit mou práci o metody a techniky využívané při práci s rodiči, kteří pečují o duševně nemocného jedince. Pojem metoda označuje specifické postupy sociálních pracovníků definované cílem nebo cílovou skupinou (Matoušek, 2016). Mátel (2019) uvádí, že metoda sociální práce je způsob, jak dosáhnout předem stanový cíl prostřednictvím profesní činnosti sociálních pracovníků při práci s jedincem, rodinou, skupinou nebo komunitou. V porovnání s metodami jsou techniky vymezené úžeji a konkrétněji (Mátel, 2019). Technika sociální práce je tedy detailně popsán a v praxi osvědčený postup a zručnost sociálních pracovníků. Vůči technice je metoda nadřazeným pojmem (Klimentová, 2002). Matoušek (2003) rozděluje čtyři základní metody sociální práce: případová práce, práce se skupinou, práce s dětmi a s rodinou a komunitní práce. Matoušek (2013) přikládá toto rozdělení i do úrovní sociální práce, resp. mikroúroveň (práce s jednotlivcem), střední úroveň (práce s rodinami a malými skupinami) a makroúroveň (práce s organizacemi, komunitami). V každé podkapitole zmíním možné techniky, které peer rodinný příslušník může aplikovat v praxi s klienty.

4.1 Sociální práce s jednotlivcem

Případová práce, resp. vedení případu je činnost, kdy podporujeme individuálně klientovy schopnosti vyrovnat se s problémy (Matoušek, 2013). Na termín vedení případu (case management) narazíme v mnoha sociálních službách, potažmo v centrech duševního zdraví. „*Základem případové práce je pochopení jedince, ale také porozumění rodině, komunitě, společnosti, kultuře, a znalost těch sociálně-zdravotních služeb, které nabízejí možnost zbavit se nedůstojných životních podmínek.*“ (Matoušek, 2013, s. 85) Case management se ohlíží na klientovy schopnosti, tudíž práce na problému staví právě na jeho možnostech.

Pro vytvoření dobrého vztahu s klientem, ale i pro celý proces případové práce je zásadně důležité zvládnout umění rozhovoru (Matoušek, 2013). Rozhovor je dorozumívání dvou nebo více osob, kde je možnost sdílet a sdělovat své pocity, názory a postoje. Zmiňuji v této práci vedení rozhovoru, protože sociální pracovník či peer rodič prostřednictvím rozhovoru například zjišťuje problémy v dané rodině. Prostřednictvím rozhovoru peer rodinný příslušník zjistí výchozí možnosti rodiče. Peer rodič využívá techniky aktivního naslouchání. Aktivní naslouchání je technika užívaná sociálními pracovníky k povzbuzení klientovy schopnosti vyjádřit se, k překonání zábran a studu, k navození pocitu důvěry (Matoušek, 2016). Svou náklonnost k příběhu rodiče dává jasně najevo zrcadlením neverbální komunikace, parafrázováním klientových pocitů vlastními

slovy, či empatickými poznámkami. Klíčovou dovedností peer rodiče je empatie. Při případové práci nejenom podporují, ale i motivují rodiče ke spolupráci. Motivace je technika, kdy působením ovlivňujeme chování a jednání rodičů tak, aby dosáhli svého cíle.

Vedení rozhovoru je zastíněno i do činnosti poradenství. Klimentová (2002) uvádí, že cílem poradenského procesu je dospět k poskytnutí bohatšího života a směřovat k větší klientově pohodě, jedná se tedy o proces vedoucí k rozvinutí stávajícího stavu. Pomocí poradenství peer rodinný příslušník předává své zkušenosti do informací, které dále předává rodiči. Rodiče duševně nemocného jedince mohou vnímat rozhovor s peer pracovníkem zcela odlišně. Velkou roli hraje přímé setkání s totožným příběhem. Úlehla (2005) definuje pět kroků rozhovoru. První je *příprava*, definuje ji jako vše, co se děje před rozhorem s klientem. Příprava se týká zásadních otázek, kdo je pracovník, co je jeho poslání, co potřebuje umět, jaké má cíle a zdroje. Druhá fáze *otevření* značí sjednávání schůzek, jejich první rozhovory a připojení k rodičům s cílem zajistit bezpečí. Následuje třetí fáze *dojednávání* pozice pracovníka a objednávky klienta. Cílem je nabídnutí možnosti pracovníka a zjištění poptávky klienta. Předposledním krokem je *průběh* rozhovoru. Jde o dosažení společného cíle vyřešením problému. Posledním stádiem je *ukončení* spolupráce. Ukončení staví na ověření úspěchu a zhodnocení společné práce.

Nedílnou součástí případové práce je krizová intervence. Matoušek (2013) definuje krizovou intervenci jako odbornou metodu, která vychází z lidských přirozených forem pomoci a podpory v krizi a rozvíjí je prostřednictvím cílených, odborných a reflektovaných postupů. Zpráva o onemocnění dítěte může vyvolat stav krize, tedy negativní a drastickou změnu. Cílem krizového intervanta je zmírnění krize matky/otce, která může vést i suicidálnímu chování. Od klasické psychoterapie se krizová intervence liší dobou trvání. Krizová intervence je kratší, omezuje se někdy na jeden kontakt, většinou nepřesahuje šest setkání (Matoušek, 2013). Krizová pomoc má formu ambulantní, lůžkovou, terénní, domácí a telefonickou (Matoušek, 2013). Nejvyužitelnější forma je ambulantní, které staví na krizových centrech a telefonická forma zastoupena linkami důvěry.

Další techniky vztahu k jedinci vycházejí z kognitivně-behaviorální terapie, která se opírá o změnu chování a myšlení. Nacvik chování je behaviorální technika, jejíž podstatou je nacvičování specifických forem interakce, pro kterou se klient necítí dostatečně připraven (Řezníček, 1994). V prvním kroku identifikujeme nevhodné chování rodiče a posléze peer rodič předvede vhodný projev, který rodič obratem vyzkouší. Nakonec rodič toto nacvičené chování aplikuje do svého života. V behaviorální terapii pracuje s technikou sebeodměňování. Odměňování utužuje určitý vzorec chování (Navrátil, 2001). Peer rodič touto technikou dokáže přimět rodiče odměnit se za správnou reakci. Pokud se rodič setkává s nepříjemnými situacemi, kterých se obává, je na místě technika expozice. Při vystavení nepříjemným podnětům a překonání strachu, vzniká jeho

odbourávání. S rodiči dětí s psychiatrickým onemocněním může peer rodič trénovat jejich asertivitu. Návuk asertivity je návukem dovedností. Je zapotřebí, aby byl člověk schopen vyjádřit přímo, poctivě a přiměřeně své vlastní názory, potřeby a pocity, aniž by při tom porušoval práva druhých lidí (Navrátil, 2001). Vztah rodiče a jejich dítěte může být často v konfliktu, proto tato technika může vytrénovat rodiče k udržení svých hranic. Vyhorelí rodiče se mohou setkat s účinnou metodou návuku nesouhlasu (Matoušek, 2013), tzn. umění říct ne. Vedle toho je technika zastavení myšlenek a technika odvedení pozornosti.

4.2 Sociální práce se skupinou

Potřeba kontaktu s druhými je zásadní a nepostradatelná pro celou dobu trvání života (Matoušek, 2013). Život ve skupině je základní součástí lidské existence. V kontextu mé práce se nacházíme ve vztahu dítě s duševní poruchou a pečující rodič, to můžeme nazvat sociální práce s rodinou. Druhý vztah můžeme vnímat jako ovlivňující vztahy ve skupině rodičů s podobným cílem setkání, tj. sociální práce se skupinou. Konopková (in Matoušek, 2013) charakterizuje skupinovou sociální práci jako činnost sociálního pracovníka, která pomáhá sociálnímu fungování různých skupin ve smyslu rozvoje vzájemných pozitivních sociálních vztahů mezi jejich členy, aby se každý jedinec jako člen skupiny vyvíjel v souhlasu s cíli skupiny.

K práci se skupinou se váže skupinová dynamika, která určuje charakter a jedinečnost každé skupiny. Pokud není se skupinovými silami přiměřeno zacházeno, mohou vyústit v negativní efekty, jako je tlak na předčasná osobní odhalení nebo potlačování názorů (Matoušek, 2013). Cíle skupiny jsou „šité“ na míru každé skupiny. Rodiče, kteří se starají o dítě s diagnózou mohou v rámci svépomocných skupin ventilovat své pocity a emoce. Sdílením příběhů vzniká podpurná skupina, která usnadní život rodičům. Potřeba člověka „někam patřit“ narůstá spolu s překotným nástupem mnoha společenských změn (Matoušek, 2013). Rodič nejenom pomoc přijímá, ale současně poskytuje ostatním rodičům. Dalším typem skupin jsou vzdělávací skupiny, které mají za účel rozšířit osobní zkušenost. Peer rodič může přinést témata pro skupinu jako: projevy duševního onemocnění, boj se stresem s prvky relaxačních technik, možnost léčby apod. Řezníček (1994) popisuje techniku brainstorming, kterou označuje termínem pro skupinové řešení problémů. Rodiče během sezení navrhuji jakékoliv řešení bez kritické kontroly. Rodiče mohou získat na problémy zcela odlišný pohled, tudíž se odchýlí ze svého stereotypního řešení.

4.3 Sociální práce s rodinou

Ve vztahu dítě a rodič se nacházíme v tématu v sociální práci s rodinou. Dle Bechyňové (2008) sanace rodiny je soubor opatření sociálně-právní ochrany, sociálních služeb a dalších opatření a programů, které jsou poskytovány nebo ukládány převážně rodičům dítěte a dítěti, jehož sociální, biologický a psychologický vývoj je ohrožen. Základním znakem sanace rodiny a metodou při práci s rodinou je případová konference. Matoušek (2013) ji popisuje jako strukturovaným setkáním klienta a jeho blízkých osob s profesionály za účelem nalezení společného nejvhodnějšího řešení situace klienta. „*PK lze využít u široké škály klientů. V zahraničí se PK využívají v sociálních službách i ve zdravotnictví a velmi často se tyto aspekty protínají v multidisciplinárních týmech..., např. u chronicky nemocných pacientů...*“ (Matoušek, 2013, s. 270) Prvním krokem při práci s rodinou je hodnocení aktuální situace (Mahrová, 2008). Mezi nástroje k vyhodnocení patří genogram a ekopama. Genogram znázorňuje mezigenerační vztahy a přehledně tyto složité vztahy zachycuje (Bechyňová, 2008). Ekomapa zachycuje nejen rodinu, ale veškeré k ní vztažené ekosystémy. Ekomapa umožňuje oběma stranám celkový pohled na rodinný život.

V interakci s dítě/rodič můžeme využít těchto metod. Výměna rolí je metoda, která pomáhá vzájemnému pochopení osob v konfliktním vztahu (Řezníček, 1994). Rodině se navrhne, aby si vyměnili role svého protějšku. Touto technikou začneme vnímat pozici toho druhého člověka, resp. rodiče nebo dítěte. Vedle toho je popisována technika změna perspektivy, která pomáhá klientům nahlédnout vlastní situaci nebo situaci blízkých z jiné perspektivy (Řezníček, 1994). Velmi podobná je vymezena technika sochání, kterou popisovala V. Satirová ve své rodinné terapii. Probíhá na neverbální úrovni, kdy klient staví do prostoru sebe i další členy rodiny. Prostřednictvím této techniky se ztvární vztahy v rodině, kdy si můžeme povšimnout, v čem tkví problém. Další technikou je cirkulární dotazování, které je specifické pro terapii rodinných systémů. Jde o nepřímou formu dotazování, kdy se neptáme na názory klienta, ale na to, co si myslí, či si přeje jiný člen rodiny (Illeová, 2007). Díky cirkulárnímu dotazování mohou vztahy mezi dítětem a rodičem zlepšovat. V souvislosti s mou prací se nabízí metoda Otevřeného dialogu, protože pracuje formou multidisciplinárního týmu, tudíž se zapojí i peer rodinný příslušník, rodič a člověk s psychiatrickým onemocněním. Základem metody Otevřeného dialogu je tzv. terapeutické setkání, které je uskutečňováno do 24 hodin od okamžiku kontaktování (Seikkula in Macáková, 2021). Základním rysem dialogu je, že každý účastník se cítí být slyšen. Během této metody může peer rodinný příslušník zjistit, jaké jsou vztahy mezi členy rodiny. Námětem schůzky může být i léčba, nebo jakékoliv téma, které je vhodné vyřešit. Tato metoda dokáže profesionálně pracovat s rodinou i s předpokladem větší úspěšnosti v léčbě.

4.4 Sociální práce s komunitou

Komunitní práce je metodou sociální práce. Jedná se o způsob práce sociálních pracovníků za cílem sociálního začleňování, zplnomocňování, aktivizace a participace lidí (Stanková a kol., 2020). Pojem komunita je pojem velmi mnohoznačný. Za hlavní znak komunity je považován smysl pro komunitu, který můžeme chápat jako pocit blízkosti (Matoušek, 2013). Komunitní pracovník podle Matouška (2013) podněcuje a podporuje skupiny lidí o zlepšení podmínek a příležitosti v místě bydliště.

„Je možné shrnout, že komunitní práce je intervence usilující o řešení problémů, které přesahují jednotlivce a řešení se děje skrze aktivizaci a participaci komunity.“ (Matoušek, 2013, s. 310) Má práce se propojuje s tématem duševního zdraví. Duševní zdraví vnímám jako zásadní téma v lidské společnosti. Společnost založena na sociálních sítí rozšiřuje osvětu, která zmiňuje naléhavost psychických problémů. Psychiatrie prošla reformou, která má za cíl zlepšit kvalitu života s duševním onemocněním. Důvodem změny jsou neexistující služby v komunitě, které jsou poskytovány na některých místech v nedostatečné míře a nedostatečná podpora pacientů v jejich vlastním prostředí (Malý průvodce reformou psychiatrické péče, 2017).

Systém vyžaduje vzájemně propojenou péči, která se zaměřuje na zotavení (recovery) klienta. *„Lidé se zotavují, i když na jejich nemoc neexistuje lék. Lidé se například zotavují po mrtvici, i přestože jsou jejich nervové buňky stále ještě mrtvé, nebo se dokonce zotaví po srdečním infarktu, ačkoli jim srdeční sval nikdy znovu nedoroste.“* (Ragins, 2018, s. 8) Za překlad se udává zotavení, nikoliv úzdrava, která navazuje dojem vymizení zcela duševního onemocnění. Zotavení naznačuje, že nemoc a její příznaky stále přetrvávají, nicméně je pozornost orientována na nalezení mechanismů, s jejichž pomocí lze vést plnohodnotný život navzdory psychickému onemocnění (Hejzlar, Halíř & Fiala in Dvořák, 2017). Pojem recovery definovalo několik autorů. Anthony (in Dvořák, 2017) píše, že recovery zahrnuje vytvoření nového smyslu a významu v životě člověka v rámci procesu překonávání katastrofických dopadů psychiatrického onemocnění. Avšak metoda recovery je spojována s lidmi s duševním onemocněním, rodiče jsou s touto metodou úzce svázáni. Za prvé mají velký vliv na tento proces, protože jsou v blízkém kruhu člověka s duševním onemocněním. Za druhé rodiče sami zotavení prožívají a to například, když se poprvé dozví diagnózu dítěte či dojde k velkému relapsu. Peer rodinný příslušník v přístupu recovery dokáže rodiče a dítě doprovázet ve všech čtyřech fázích. První je *naděje*, která představuje motivační prvek a představu o svých budoucích možnostech (Ragins, 2018). Peer rodinný příslušník slouží jako pohon pro rodinu. Rodič vidí cestu peer pracovníka, který sám prožil obdobnou situaci v rodině. Peer rodič sdílí své zdroje, které mu pomohly zvládnout tento stav. Druhá fáze je *zplnomocnění* a jak uvádí Ragins (2018) je potřeba, aby lidé věřili ve své vlastní schopnosti a byli si vědomi své vlastní moci. Zplnomocnění upozorňuje na pozornost

rodiče na sebe samého. Rodič vyhodnocuje, že je důležitým vlivem pro zotavení dítěte. Peer rodič začíná věřit v potenciál rodiče, až sám rodič si bude natolik jistý sám sebou. *Odpovědnost za sebe sama* je třetí fází recovery. Jak se lidé postupně zotavují, uvědomují si, že za vlastní život musejí převzít odpovědnost (Ragins, 2018). To znamená brát v potaz svou roli v životě jedince s duševním onemocněním a převzít za tuto roli zodpovědnost. Důležité podle Raginse (2018) je odpoutat se od pocitů viny, hněvu a zklamání, které se pojí s rolí rodiče duševně nemocného dítěte. Poslední fáze je popisována jako *smysluplná životní role*. Rodič se má vzdát role „matka/otec nemocného dítěte“ a připojit se k širšímu společenství. Nově získané postoje (naděje, důvěra a odpovědnost za sebe sama) se musejí uplatnit i v rolích například zaměstnanec, soused apod. Smysluplné role ukončí izolaci a pomohou rodičům zotavit se a začít žít i vlastní život (Ragins, 2018). Tato metoda souvisí s komunitní sociální prací, protože pro zotavení je nezbytně nutná propojenost s komunitou, vybudování vlastní identity a překonání stigmatu. Právě během tohoto procesu často rodiče zažívají stigmatizaci, sebe-stigmatizaci, nedostatek příležitostí i nezaměstnanost, tedy jevy, se kterému se musí rodič vyrovnat (Zotavení, 2021).

Reforma psychiatrické péče uvádí, že dále síť služeb bude provázaná a koordinovaná. Spolupráce bude podpořena multidisciplinárním přístupem v pozici komunitních týmů. „*Hlavním cílem komunitního týmu je poskytovat pacientům/klientům a jejich rodinám podporu v běžných situacích života a předcházet stavům, které by vyžadovaly hospitalizaci.*“ (Malý průvodce reformou psychiatrické péče, 2017) Tím se dostáváme k výraznému rozšíření komunitní péče. Jde o vytváření nových typů služeb: centra duševního zdraví a ambulance s rozšířenou péčí (Malý průvodce reformou psychiatrické péče, 2017). Velkým přínosem pro systém je také zapojení peer pracovníků. Zapojení peer rodinného příslušníka by mohlo přispět k reformě psychiatrie. Jedním z cílů reformy je vytvořit destigmatizační kampaně, které zmírní předsudky společnosti vůči duševnímu onemocnění. Peer rodinný příslušník se může podílet na těchto projektech. Tímto dostane do světa zmínku o naléhavosti podpory rodiny v tak obtížné situaci.

5 Propojení tématu se sociální politikou

Sociální politika je politikou, která se primárně orientuje k člověku, k rozvoji a kultivaci jeho životních podmínek, dispozic, k rozvoji jeho osobnosti a kvality života (Krebs, 2015). Jak uvádí Tomeš (2010) sociální politika je o solidaritě. Tudiž sociální politika má ve společenském systému významné místo, kdy i sama působí na rozvoj tohoto celého systému (Krebs, 2015). Náhlé naskytnutí nové sociální události (duševní onemocnění) může mít dopady nejenom na duševně nemocného jedince, ale i na rodiče. V této kapitole vymezím propojení mého tématu se sociální politikou. Sociální politiku ukotvím v cílech, principech, funkcích a nástrojích.

5.1 Cíle

Sociální politika byla popsána úvodem kapitoly. V sociální politice jako v systému jde nutně vždy o soustavu cílů, jimiž je naplňován cíl obecný (Krebs, 2015). Obecný cíl lze zformulovat jako zdokonalování životních podmínek lidí a rozvoj osobnosti člověka. Sociální politika vytváří důstojné podmínky pro život občanů a dále zajišťuje rovné příležitosti pro všechny. Prosazení rovných příležitostí znamená zejména zajistit rovný přístup ke vzdělání, zdravotní péči, pracovním příležitostem, přiměřenému bydlení a garantování minimálního příjmu (Krebs, 2015). Sociálněpolitické cíle každého subjektu se stále mění podle potřeb a zájmů subjektu (Tomeš, 2010).

Základní právní rámec pro formulování cílů sociální politiky v ČR je definován *Listinou základních práv a svobod* (Tomeš, 2010). Tato listina uvádí, že lidé jsou svobodní a rovní v důstojnosti i v právech. Základní práva a svobody jsou nezadatelné, nezcizitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné (Tomeš, 2010). Základním sociálním právem je *právo na práci*, které úzce souvisí s *právem na svobodnou volbu povolání*. Každý rodič má svou volbu na povolání, které je spravedlivě odměněno za práci a obsahuje důstojné podmínky pro práci. Další důležitou skupinou sociálních práv je *právo na zdraví a právo na vzdělání*. Pro případ nouze rodič má bezplatnou zdravotní péči. Právo na vzdělání souvisí nejenom se školní docházkou, ale také vzdělávání ve sféře duševních poruch. *Právo na zabezpečení a na pomoc v hmotné nouzi* slouží k zabezpečení ve stáří rodiče či při nezpůsobilosti k práci (Tomeš, 2010). Pátá skupina vymezuje *práva spojená s rodinou a výchovou dětí*. Rodiče pečující o děti mají právo na pomoc státu (Tomeš, 2010). *Ochrana sociálních práv* jedince stanovuje právo svobodně se sdružovat s jinými v odborových organizacích na ochranu svých hospodářských a sociálních zájmů. Poslední součástí je *právo národních a etnických menšin*, kde se zaručuje rovnost s ostatními občany. Zde zmíním *Úmluvu o právech osob se zdravotním znevýhodněním*, která souvisí se stigmatizací psychických onemocnění. Úmluva stojí na principech

respektu pro důstojnost, nediskriminace, včlenění do společnosti, stejné příležitosti a dostupnosti.

5.2 Principy

Sociální politika směřující ke změně sociální reality musí respektovat určité základní principy. Krebs (2015) jmenuje principy jako: princip sociální spravedlnosti, princip solidarity, princip ekvivalence, princip subsidiarity a princip participace. Následně popíše tyto principy podle Krebse (2015) a aplikuje je na profesi peer rodinného příslušníka.

Princip sociální spravedlnosti je základním principem sociální politiky. Je namířen proti nespravedlnosti, kdy sociální spravedlnost se opírá o pravidla na základě, kterých se ve společnosti rozdělují prostředky veřejného blahobytu mezi jednotlivé subjekty (Nenička a Buryová, 2019). J. Macek se své publikaci hovoří o třech zásadách: každému stejně, každému podle potřeb, každému podle jeho zásluhy. Každému stejně je myšleno odměnit každého rodiče stejnou mzdou za stejnou práci. Autorita státu zasahuje každému podle potřeb. Zde záleží, jaké potřeby budou uznány. Autor popisuje zásadu života, který volí zásady rozvíjející prospěch jedince, skupiny i celého společenství. *Princip sociální solidarity* vychází ze vzájemné podpory a spolupráce mezi lidmi (Nenička a Buryová, 2019). Solidaritu můžeme rozdělit na dobrovolnou a nedobrovolnou. Spontánní solidarita je základem všech dobročinných a charitativních aktivit. Vynucenou solidaritu máme na mysli především tu, která je vynucena státem, a to jednak platbami daní a pojistného v rámci systému povinného veřejného pojištění. *Princip ekvivalence* směřuje k sociální nezávislosti občanů na stát. Předpokládá se, že rozdělování důchodů, statků a služeb bude odpovídající k jejich vlastnímu výkonu. Další princip spojující osobní odpovědnost se solidaritou Krebs (2015) nazývá *princip subsidiarity*. Člověk je vnímán jako individu s jedinečnými vlastnostmi, se kterými dokáže řešit problémy sám. Podle principu subsidiarity je každý povinen nejdříve pomoci sám sobě, nemá-li tu možnost, musí mu pomoci rodina. V tomto případě se jedinec s duševním onemocněním obrací na své rodiče, kteří se také mohou obracet na své blízké. Dostane-li se rodina do velkých potíží, volá o pomoc jiná společenství. Jako poslední v tomto řetězci je stát, proto i peer rodinný příslušník v zásadě staví na možnostech rodiny. Poslední *princip participace* dává právo občanovi účastnit se procesu tvorby a realizaci sociální politiky.

5.3 Funkce

Sociální politika plní v životě jedince i společnosti vícero funkcí, jejichž vedoucím motivem by mělo být respektování a naplňování cílové funkce sociální politiky (Krebs, 2015). Podle Krebse (2015) je nejčastěji uváděna ochranná, rozdělovací a přerozdělovací, homogenizační, stimulační a preventivní funkce. Následně vyzdvihnou homogenizační a preventivní funkci, nýbrž nejvíce se spojuje s mou prací.

Homogenizační funkce se snaží zmiřňovat sociální rozdíly v životních podmínkách a následného odstranění rozdílů. Jak jsem psala výše, souvisí to s právem na vzdělání, práci a péči o zdraví, protože tato funkce bojuje proti stigmatizaci rodičů. Každý rodič má právo na možnost dalšího vzdělání, uspokojivých pracovních podmínek, dobrého finančního ohodnocení a rovnou příležitost na zdravotní péči, i když má v péči duševně nemocné dítě. *Preventivní funkce* má snahu předcházet určitým škodám na životě a zdraví, tudíž prevenci proti vzniku nepříznivých situací jako je poškození psychického zdraví, nezaměstnanost, bída alkoholismus, kriminalita apod. Jako prevenci můžeme chápat v kontextu vzdělávací politiky. Peer rodič i ostatní subjekty vzdělávají rodiče, jak preventivně předcházet relapsům duševně nemocného. Pokud rodiči nevyhovuje například časová náročnost stávající práce, díky rekvalifikaci může žádat o jiné pozice. Vzdělání souvisí s prací a následným finančním ohodnocením, tudíž to funguje jako prevence proti chudobě. Krebs (2015) říká, že chudoba je spojována s hmotnou nouzí, deprivací, s vyloučením jedinců či určitých sociálních skupin od materiálních zdrojů. Prevencí chudoby zasahuje stát životním a existenčním minimem, který udává rodiči finance na přežití. Chudoba je úzce spojena s problematikou sociálního vyloučení. Z důvodu nálepkování rodiče dochází ke ztrátě sociálních kontaktů, práce, sebedůvěry a nalomení vztahy k dítěti s duševním onemocněním. Preventivní funkce předpokládá rozsáhlou osvětovou činnost. Zdravotní politika klade důraz na preventivní zdravotní péči. Zaměřím se na psychické zdraví rodiče, protože u rodinných příslušníků se často objevují pocity úzkosti, strachu, studu, frustrace, zlosti a smutku (Matoušek, 2015). Tématikou zdraví se zabývá zdravotní politika. Subjektem je stát, který o zdraví občanů pečuje organizováním prevence, terapie, rehabilitace a reintegrace. Terapie musí být dostupná v čase a na místě, kde ji rodič potřebuje (Tomeš, 2010). Pro rehabilitaci může rodič využít pracovní terapie a psychoterapie.

5.4 Nástroje

Sociální politika zahrnuje soustavy nástrojů, které umožňují řešení zcela konkrétních sociálních situací jedinců i skupin. Do nástrojů, které mají již konkrétní charakter řadíme *věcné dávky, účelové půjčky, úlevy a výhody, regulace*. Včetně toho Krebs (2015) uvádí mezi nástroji *sociální příjmy*, které zejména tvoří dávky důchodového a nemocenského pojištění, dávky státní sociální podpory, peněžité dávky sociální pomoci a podporu v nezaměstnanosti. Lidé s psychiatrickým onemocněním mají nárok na invalidní důchod, který může pokrýt finanční ztráty v rodině. Z dotazníkového šetření (kap. 7) bylo prokázáno, že mnoho rodičů jsou v důchodovém věku, proto mají nárok na starobní důchod. Pokud rodič a duševně nemocný jedinec sdílí domácnost a jejich náklady na bydlení převyšují 30 % příjmu, mohou zažádat o příspěvek na bydlení. *Sociální služby* uspokojují specifické potřeby určitých skupinám obyvatelstva poskytnutím služby (Krebs, 2015). Sociální služby jsou poskytovány ambulantní, terénní i pobytovou formou. Pro rodiče jsou vhodná zařízení jako tísňová péče, telefonická krizová pomoc a převážně centrum duševního zdraví. Pro osoby s duševní poruchou jsou k dispozici tato zařízení: podpora samostatného bydlení, chráněné bydlení, služby následné péče, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity a sociální rehabilitace.

6 Legislativní ukotvení peer role

Pro tuto část práce se zabývám legislativním zakotvením peer rodinného příslušníka. Peer rodinný příslušník bude zaměstnán v CDZ, z tohoto důvodu je adekvátní legislativně ukotvit tuto službu. Centrum duševního zdraví máme definováno v Zákoně o sociálních službách, konkrétněji ho nalezneme pod paragrafem 70a. Jakým způsobem CDZ pracují s lidmi s duševním onemocněním jsem popsala v první kapitole této práce. Co se týče peer konzultantů a peer rodičů, přestože peerská pomoc v České republice funguje, toto pracovní postavení není vymezeno v Národní klasifikaci profesí (Gabriel, 2021). „Protože je v rámci reformy velká snaha o zvýšení dostupnosti peer podpory, a to hlavně ze strany lidí se zkušeností s duševním onemocněním, je součástí Národního akčního plánu pro duševní zdraví 2020–2030 Opatření 4.4.2 Zakotvit peer konzultanty v systému péče o duševní zdraví včetně úpravy legislativy a zajištění financování.“ (Chrtková a Součková, 2021, s. 1) Peer konzultant v souladu se zákonem spadá pod pozici pracovníka v sociálních službách (Hromádková, 2016). Dle zákona pracovník v sociálních službách musí splňovat 150hodinový kurz.

7 Analýza potřebnosti projektu

V této kapitole popisuji analýzu potřebnosti, která navazuje na mou bakalářskou práci, kde výsledkem práce je návrh projektu. Mým hlavním cílem analýzy potřebnosti je mapování potřebnosti u rodinných příslušníků a vedoucí služby Centra duševního zdraví pro Prahu 9. Analýzou potřebnosti jsem prozkoumala zájem o tento návrh projektu, který by byl možný zrealizovat pro dané pracoviště.

7.1 Popis metod získání předložených dat a vyhodnocení výchozího stavu

V této podkapitole popisuji výzkum na pracovišti a dotazníkové šetření. Terénní šetření je zaměřeno na Centrum duševního zdraví pro Prahu 9, kde jsem vykonávala dvoutříměsíční praxi. Při výběru metody sběru dat jsem zvolila smíšený typ, který se dělí na dvě části. První část vedena polostrukturovaným rozhovorem s vedoucí sociálních pracovníků a druhá část je dotazníkové šetření. Výsledkem šetření byla nastínění míry zájmu o peer rodinného příslušníka. Data získaná analýzou potřebností mi pomohou ke kvalitnímu nastavení projektu.

7.1.1 Průzkum na pracovišti

První část popisuje mapování potřebnosti pracoviště, kdy jsem pro sběr informací zvolila techniku polostrukturovaného rozhovoru. Polostrukturovaný rozhovor umožňuje přirozenější komunikaci výzkumníka s informantem a respektuje individualitu informanta, kdy může lépe sdělit, co je pro něj v daném tématu signifikantní (Reichel, 2009). Rozhovor byl veden s vedoucí sociálních pracovníků, která byla v průběhu praxe seznámena s mým úmyslem realizovat tento projekt. Podle Anselma L. Strausse (1999) je výhodou rozhovoru možnost prozkoumat daný problém do hloubky a pomocí zkušeností a názorů respondentů získat nové informace o prozatím málo prozkoumaných jevech. Před rozhovorem jsem si sepsala myšlenkovou mapu, která mi určila přehled otázek. Vybírala jsem okruhy otázek, které se vybízejí k rozvinutí tématu. Návrh otázek jsem si několikrát po sobě přečetla nahlas, aby znění dané otázky bylo zcela jasné. Připravila jsem si poznámkový blok a diktafon. Po domluvě s vedoucí sociálních pracovníků jsme si vymezily den a čas k uskutečnění rozhovoru. Hlavní cíl analýzy potřebnosti pro tuto část je prozkoumání zájmu vedoucí sociální služby o tento návrh.

Klíčový cíl jsem rozdělila do dílčích otázek:

1. Jakou roli pro tebe zastávají rodiče v životě dítěte s diagnózou?
2. Co si myslíš o tomto projektu, který by zapojil peer rodinné příslušníky do Centra duševního zdraví?
3. Myslíš si, že by pomoc peer rodinného příslušníka přispěla k zotavení klienta?
4. Jaká bude odezva rodičů na tento způsob podpory?
5. Měla bys zájem o tento projekt, který by podpořil rodinné příslušníky pečující o dítě s duševním onemocněním?

Rozhovor byl veden v přátelském duchu, kdy jsme společně diskutovaly nad tématem peer rodinného příslušníka. Před kladením otázek jsem detailně popsala můj návrh projektu, aby respondentka znala mou přesnou vizi pozice. Po diskusi jsem celý rozhovor přeložila pomocí možnosti diktování ve textovém procesoru Microsoft Word. Vzniklý text jsem následně opravila a přizpůsobila podobě dialogu pro lepší přehlednost.

7.1.2 Dotazníkové šetření

Jako metodu sběru dat u šetření rodičů jsem zvolila metodu dotazníku. Chráska (2015) zmiňuje dotazník jako metodu určenou pro sběr dat, která obsahuje baterii psaných výroků nebo otázek, na které respondent reaguje podle daných instrukcí. Výhodou dotazníkového šetření je časová a finanční nenáročnost. Tuto techniku jsem si vybrala především kvůli udržení anonymity dotazovaných. Dotazník jsem vytvořila v textovém procesoru MicrosoftWord a následně jsem ho vytiskla. Obsahuje celkem 10 otázek s promyšlenou strukturou. V úvodu jsem zmínila sebe a svůj projekt, kdy jsem popsala dotazovaným zapojení peer rodiče do Centra duševního zdraví. První třetina směřovala k počátku nemoci dítěte. Druhá zjišťovala zájem rodiče o peer rodinného příslušníka. Poslední dvě otázky analyzovaly věk rodičů a dětí. Otázky jsem vymýšlela tak, aby daný respondent zadání pochopil a věděl si rady při jejich zodpovídání. V procesu vytváření otázek jsem otázky kladla sama sobě i svým rodičům, kteří mě vedli k jejich zjednodušení.

Výzkumným souborem mého dotazníků jsou rodiče, kteří jsou v kontaktu se svou dcerou či synem s psychiatrickou diagnózou. Podmínkou nebylo společné soužití, spíše viditelný zájem rodiče o onemocnění či stálý kontakt dvou stran. Rozesílání dotazníků neprobíhalo náhodně. Ve spolupráci s Centrem duševního zdraví pro Prahu 9 jsem zmapovala rodiče, kteří by mi byli schopni odpovědět na můj dotazník, a kde je vhodné tento dotazník přinést. Následně byl dotazník předán psychiatrické sestře nebo sociálnímu pracovníkovi, který zastával postavení case managera. Sběr dotazníků probíhal po dobu měsíců listopad a prosinec roku 2022.

7.1.3 Interpretace výsledků z rozhovoru

V této podkapitole detailně uvedu odpovědi respondentky na téma rodičovství s psychiatricky diagnostikovaným dítětem. Závěrem rozhovoru vyplyne zájem vedoucí sociální služby o projekt, který zapojí peer rodinného příslušníka do této služby.

Otázka č. 1.: Jakou roli pro tebe zastávají rodiče v životě dítěte s diagnózou?

První otázka se zabývá rolí rodiče v životě dítěte s duševním onemocněním. Matoušek (2015) uvádí, že: „Běžnou odpovědí rodičů na nemoc dítěte je „větší starost“. Pocity viny, které prožívají, mohou posilovat jejich nadměrné zasahování do klientova života.“ Zajímalo mě, jak respondentka vnímá matku či otce při spolupráci v centru duševního zdraví. Odpověď: *„Já si myslím, že strašně velkou, že to má hrozně ve většině případech opravdu velký vliv na to dítě. Velmi záleží, jací ti rodiče jsou a jak k tomu přistupují, s kým se setkali, kdo jim, co vysvětlil.“* Respondentka dále zdůrazňuje, že rodičovství s duševně nemocným dítětem je velmi náročné. *„...musí to být fakt velký nárok, pokud to rodiče chtějí dělat dobře v tom smyslu – že to dítě není ve čtyřiceti neschopný dělat cokoli, protože je přepečované. Obtížné jsou taky negativní příznaky. Jak je donutit, aby třeba někam šli, pracovali, a zároveň brát v potaz tu nemoc. Ale zase je důležité toho člověka úplně neinvalidovat.“* Je zde zdůrazňovaná podstata center duševního zdraví: *„Věřím tomu, že když se to dobře uchopí, proto vlastně vzniklo i CDZ, aby zachytávaly tyhle ty jakoby prvo kontakty a pomáhalo těm lidem dostat se do té chronické fáze, kdy střídají nemocnici a domov. Vlastně se nějak zabydlí v té nemoci, kdy se naučí říkat, že nic nemůžou.“*

Otázka č. 2: Co si myslíš o tomto projektu, který by zapojil peer rodinné příslušníky do Centra duševního zdraví?

Respondentka nikdy neslyšela o této možnosti, ale vnímá to jako zajímavou pozici, která není moc zkoumaná. *„Myslím si, že by právě nějaká ta pomoc hodila. Kdyby se nějak změnil přístup rodičů k nemoci, změnil by to i ten přístup klientů. Vlastně byla vhodná nějaká intenzivní péče i pro ty rodiče, který jsou v tom taky prostě hosený do vody, že najednou jim onemocní dítě a nevědí si s tím rady. Buď jsou moc přísní, nebo mají nějakou volnou výchovu k tomu člověku.“*

Otázka č. 3: Myslíš si, že by pomoc peer rodinného příslušníka přispěla k zotavení klienta?

Na tuto otázku respondentka reaguje odpovědí: *„Jak jsem říkala, je důležité také směřovat péči na rodiče. Pokud zvládají tuto situaci rodiče, může to mít na zotavení klienta dobrý vliv. Celkově prostředí, ve kterém se klient zrovna nachází je důležité.“*

Otázka č. 4: Jaká bude odezva rodičů na tento způsob podpory?

„Myslím si, že to je těžký posoudit a velmi záleží na osobnosti taky toho rodiče.“ odpovídá. Podotýká, že se setkává s rodiči, kteří vyžadují okamžitou pomoc. V těchto příležitostech edukují psychiatrické sestry nebo předávají kontakty na jiné instituce zaměřené na pomoc rodinám.

Otázka č. 5: Měla bys zájem o tento projekt, který by podpořil rodinné příslušníky pečující o dítě s duševním onemocněním?

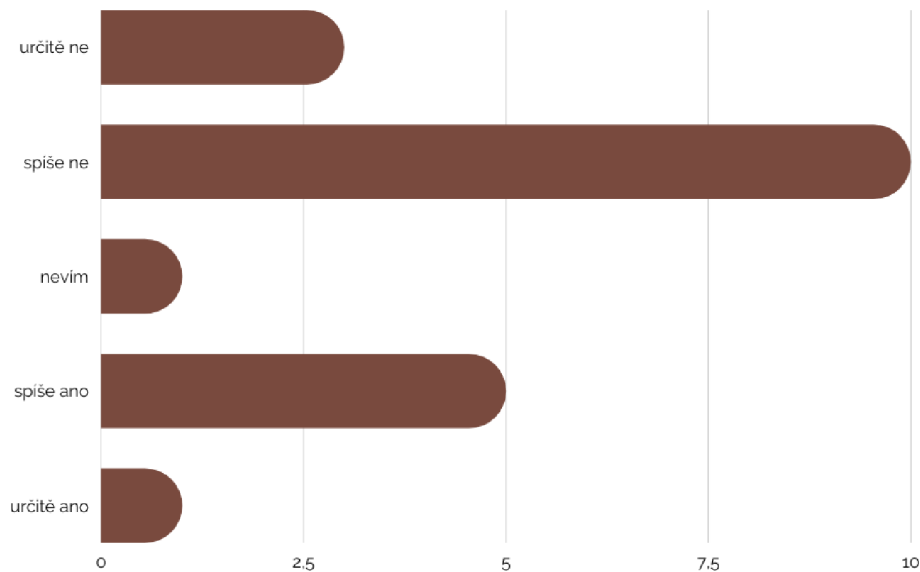
Klíčovým cílem našeho rozhovoru bylo zanalyzování zájmu vedoucí sociální služby o peer rodiče. Respondentka poznamenává: „*No, my teďka máme jednu dlouhodobě nemocnou peerku, takže dlouhodobě přemýšlíme, že bychom případně chtěli dalšího peera. Tak si říkám „Proč ho nemít jakoby takhle jako specifického?“ Já si myslím, že tady to jedno místa volný právě máme. Přijde mi to hodně zajímavý. Bylo by to, že nemusíme někomu volat a sjednávat schůzky nějak jako zase přes někoho.*“ Na tomto pracovišti pracuje jedna peer konzultantka, která nemá děti. Proto nemá možnost předat zkušenosti v rámci rodičovství. Závěrem dialogu vzešlo: „*Jo, bylo by to ulehčení. Byl by tady další člověk v tom multidisciplinárním týmu, který by měl na starost ty rodiče.*“

Výsledkem této části analýzy potřebnosti se vyhodnotila pozornost vedoucí sociální služby o projekt zapojující peer rodinného příslušníka do tohoto centra duševního zdraví. Respondentka uváděla, že pokud by měla valné argumenty pro podporu tohoto projektu, usilovala by o tuto novou pomoc rodičům.

7.1.4 Výsledky dotazníkového šetření

V této kapitole budou uvedeny výsledky dotazníkového šetření a jejich následný popis. Získaná data jsou vyobrazena prostřednictvím grafů vytvořené v programu Canva. Analýzou se podrobilo celkem 20 dotazníků. Množství dotazníků odpovídá mapování rodičů a navazujícímu dosažení kvalitních nálezů respondentů.

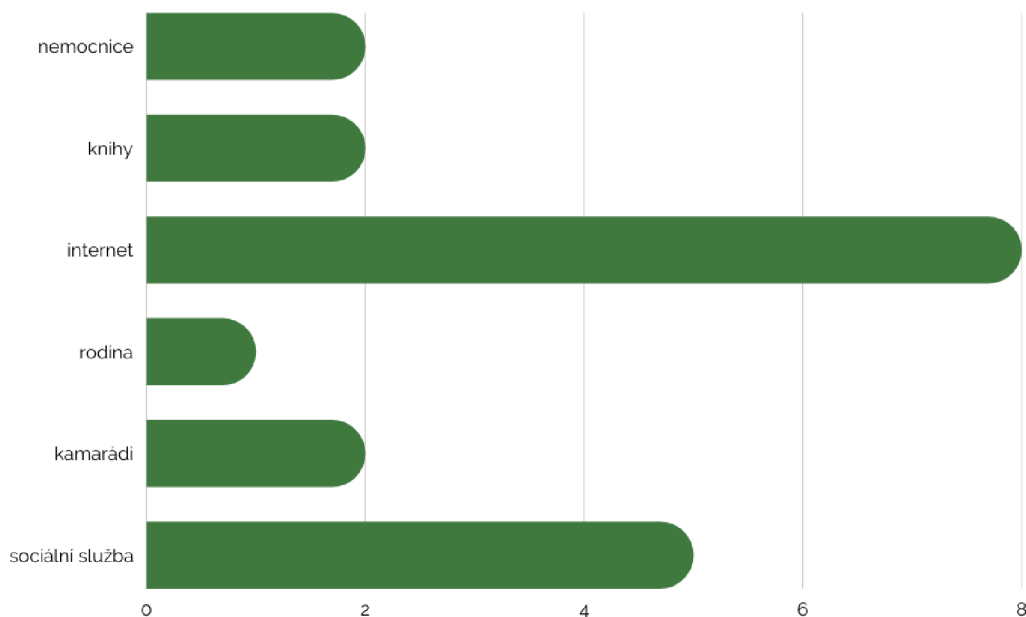
1. Myslíte, že jste byli dostatečně informováni o nemoci během hospitalizace?



Graf 1: Informovanost o nemoci během hospitalizace

První otázka zjišťovala roli psychiatrické nemocnice v životě jedince s duševním onemocněním. Psychiatrická nemocnice může být prvním zdrojem vysvětlující psychiatrické nemoci. Polovina respondentů uvedla, že spíše nebyla dostatečně informována o onemocnění dítěte. Pět odpovědí předložilo, že spíše byli dostatečně informováni.

2. Jaký zdroj informací o dané diagnóze byl pro Vás nejužitečnější?



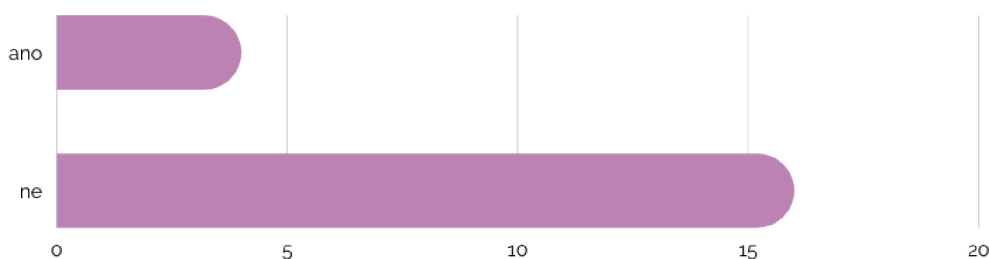
Graf 2: Zdroj informací

Nejužitečnějším zdrojem informací považují rodiče internet. Internet popisují jako veřejně dostupný zdroj, který smí využívat každý uživatel mobilu či počítače. Avšak je dobré si uvědomit rozšíření hoaxů a neověřených zpráv. Role informovanosti má i sociální služba, myšleno CDZ na Praze 9, které spolupracuje s jejich dětmi. Jiní respondenti uváděli informace od kolegů z práce nebo jinou situaci převzatou od rodiny.

3. Co bylo pro Vás nejnáročnější, když jste se dozvěděli diagnózu?

Většina odpovědí se týkala počátku zprávy diagnózy dítěte, kdy se rodičům změnil život. Rodiče bojovali s přijetím tohoto osudu, tudíž se potýkali s mnoha problémy. Jedna matka líčila situaci v rodině s manželem, který nedokázal přijmout realitu. Další rodiny se setkávaly s posměchy od zdravých dětí, tedy nálepkování od společnosti. Mnoho matek popisovalo myšlenky, které se zabývali výchovou dítěte – zda příčinou je neadekvátní výchova dítěte. Dva rodiče zmiňovali náročnost názorů od psychiatrů v psychiatrické nemocnici, kdy psychiatři informovali o možném původu nemoci.

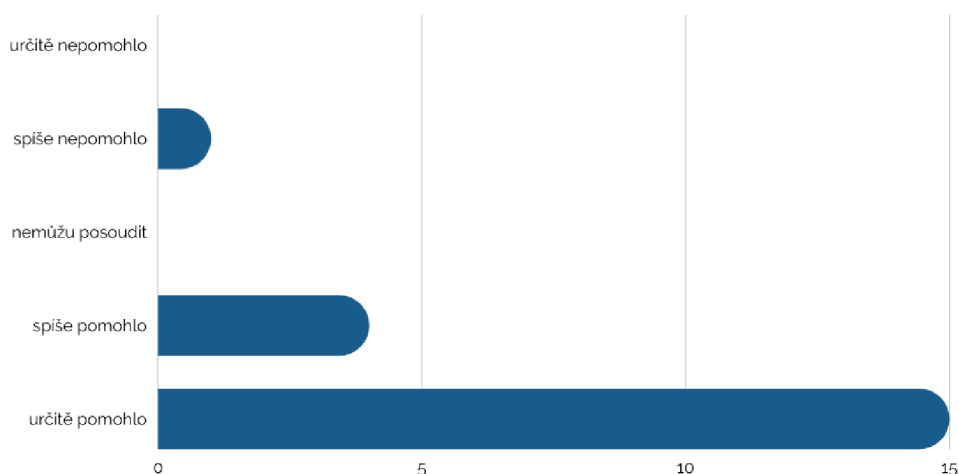
4. Věděli jste si rady, co dělat po návratu z psychiatrické nemocnice?



Graf 3: Návrat z psychiatrické nemocnice

Čtvrtá otázka zjišťovala následnou péči po hospitalizaci v nemocnici. Život po hospitalizaci je velmi zásadní, klienti se musí adaptovat na prostředí a společnosti. Nezvládnutí situace mimo psychiatrii vede k zpětnému návratu na psychiatrické lůžko. Převaha 16 odpovědí uvádějící, že si matka či otec nevěděli rady, co budou dělat po návratu z psychiatrické nemocnice. Zbylé 4 odpovědi vykazují jasný plán, kteří měli rodiče.

5. Pomohlo by Vám, kdyby byla možnost říct peer rodinnému příslušníkovi své obavy? 6. Zavolali byste peer rodinnému příslušníkovi kvůli otázkám, na které nemůžete najít odpověď? 7. Uvítali byste, kdyby peer rodinný příslušník se Vám svěřil, jak situaci zvládal on?



Graf 4: Zájem o peer rodinného příslušníka

Otázky č. 5-7 se vyskytovaly se stejnými názory respondentů, proto je znázorněn jedním grafem. Kladla jsem důraz na zjištění zájmu rodičů o peer rodinného příslušníka. Přesněji zda by řekli své obavy nebo zavolali peer rodiči. Či by sdílení předešlé situace peer rodiče pomohlo rodičům. 75 % rodičů odpovědělo, že by jim to určitě pomohlo a 20 % spíše pomohlo. Jeden rodič uváděl, že spíše ne, protože má v rodině lékaře, který poskytuje rodině velkou podporu.

8. Měli byste zájem o peer rodinného příslušníka v Centru duševního zdraví pro Prahu 9?

Předcházející otázky zmiňovali konkrétní metody práce s rodiči, které by využíval peer rodinný příslušník. Osmá a nejzásadnější otázka odhalovala zájem pozice peer rodiče v CDZ na Praze 9. Celkové šetření prokázalo, že 19 respondentů z 20 by využili podporu peer rodinného příslušníka.

9. V jaké jste věkové kategorii?

Poslední otázky nacházeli odpovědi na věk respondentů. Dané otázky se shromažďovaly na konci dotazníku, protože mým záměrem bylo upoutat pozornost na otázky vedoucí k mému šetření. Tato otázka měla za cíl zjistit reálné věkové kategorie rodičů a jejich dětí. Velká část respondentů vyplňovala kategorii přesahující věku 50 let. Tím pádem peer rodič smí pracovat s matkou ve věku 70 let, která pečuje o 50letého syna s psychiatrickou diagnózou.

10. V jaké je Váš syn/Vaše dcera věkové kategorii?

Přes 80 % respondentů vyplňoval věk od věkové kategorie 36-40 let. Tudíž chápeme, že mnoho rodičů pečují o dospělé děti. Tímto chci zdůraznit, že péče o psychiatricky nemocného člověka může sahat klidně i u jedince, který dosahuje tohoto věku.

8 Cíl projektu

Cílem projektu je do dvou let umožnit zavedení peer rodinného příslušníka do Centra duševního zdraví pro Prahu 9. Pro naplnění tohoto cíle zapojím proškoleného peer rodiče k využití vlastní zkušenosti s duševním onemocněním při podpoře rodiny. Účelem projektu je rozšíření další možné podpory rodičům, kteří nově vzniklou situací prochází vlnou obav, nejistot, nedorozumění a nepochopení.

9 Cílová skupina a její velikost

Projekt *Zapojení rodičů v peer roli do doprovázení rodin s duševně nemocným jedincem* se zaměřuje na rodiče, kteří se setkali s psychiatrickým onemocněním u svého dospělého dítěte. Rodiče buď žijí ve společné domácnosti s duševně nemocnou osobou, nebo jsou ve stálém kontaktu. Tito lidé s psychiatrickou diagnózou jsou klienti Centra duševního zdraví pro Prahu 9. Služba je určena lidem žijícím dlouhodobě na území Prahy 9 a Prahy 18.

Rodiče klientů jsou přímými příjemci, kteří mohou využít potenciálu peer rodinného pracovníka. Všechna centra duševního zdraví v Praze zřizuje Fokus Praha. Fokus Praha je nezisková organizace, jejíž posláním je podpora lidí s duševním onemocněním. Na jejich stránkách je uvedeno: „*Na jednoho pracovníka CDZ obvykle připadá 15 až 20 klientů, přičemž týmy v CDZ obvykle tvoří 12 až 16 pracovníků. Vytíženost našich CDZ se v zásadě liší podle velikosti spádové oblasti, která se pohybuje mezi 90 až 140 tis. obyvatel.*“ V tomto projektu budu počítat s průměrným počtem 100 rodičů na jednoho peer rodiče. Uvědomuji si, že počet přímých příjemců se může měnit vzhledem k požadavkům rodičů. Rodič se může obrátit na peera jednorázově nebo využívat pouze svépomocné skupiny vedené peer rodičem. Proto může počet 100 rodičů na jednoho pracovníka působit jako velké číslo, avšak peer rodinný pracovník bude pracovat dle svých možností. V případě velkého zájmu rodičů se počet peer rodičů zastoupených v CDZ zvýší.

Mezi nepřímé příjemce přítomnosti peer pracovníka považují multidisciplinární tým CDZ pro Prahu 9 momentálně zaměstnává 12 pracovníků na těchto pozicích: psychiatr, klinický psycholog, psychiatrické sestry, sociální pracovníci a peer konzultant. Přítomnost peer rodiče v týmu by byla velkým ulehčením pro ostatní členy stávajícího týmu. Zakázky od klientů by směřovaly na peer rodiče, kteří dokážou přenést své zkušenosti na rodiče klienta. Projekt působí i na dospělé jedince s duševním onemocněním. Podpora rodičů má pozitivní vliv na fungování člověka s diagnózou a jejich společné soužití. V neposlední řadě z projektu čerpá i sám peer rodinný příslušník. Během setkávání a spolupráce s klienty, peer rodiče obohacují příběhy i rozdílné pohledy na věc. V průběhu své činnosti si uvědomí své dosavadní zkušenosti, na kterých staví svou práci.

9.1 Specifikace stakeholderů

Centrum duševního zdraví pro Prahu 9 je společným pracovištěm neziskové organizace Fokus Praha a Psychiatrické nemocnice Bohnice, tudíž jsou hlavními subjekty projektu. Ústřední stakeholdeři neboli zainteresované osoby mohou propagovat a podporovat činnost peer rodiče. Tím pádem by se tato služba u rodičů klientů mohla rozšířit i do dalších center duševního zdraví. Vedoucí služby CDZ se podílí na procesu přípravy pozice a hledání vhodných kandidátů. Subjektem pro finanční stránku je Městská část Praha 9, která finančně zabezpečuje zmíněné CDZ. Velkou inspirací pro zapojení peer rodičů budou další centra duševního zdraví, resp. CDZ v Chebu, Karlových Varech a v Plzni. Může probíhat společné setkání vedení a peer rodičů za účelem zlepšení kvalit práce, propagace peer podpory či dalšího rozšíření peer rodiče do dalších CDZ.

10 Klíčové aktivity

Výše zmíněný cíl projektu se lze dále rozpracovat do podrobných klíčových aktivit. Cíl projektu se rozčleňuje na čtyři klíčové aktivity. Časový rámec je obsažen v kapitole 8. (Harmonogram projektu).

Klíčová aktivita 1 – Výběr vhodného kandidáta na pozici peer rodinného příslušníka

První klíčová aktivita projektu vybírá vhodného peer rodinného příslušníka do Centra duševního zdraví pro Prahu 9. V rámci této aktivity vznikne inzerát, který bude vystaven na stránkách jobs.cz a sociální síti Facebook. Pracovníci tohoto CDZ budou zviditelňovat pozici peer rodiče s cílem nabídky práce pro rodiče, kteří již využívají služeb daného pracoviště. Po přečtení životopisů od uchazečů budou vybraní rodiče pozváni na pohovor. Pohovor bude veden s vedoucími sociální služby. Cílem pohovoru bude zjistit zkušenosti a motivaci uchazeče pro pozici peer rodinného příslušníka. Po poradě vedoucích pracovníků se následně rozhodne o vhodném kandidátovi. Vedoucí sociální služby jej telefonicky informuje o možnosti jeho přijetí do multidisciplinárního týmu.

Klíčová aktivita 2 – Odborná příprava peer rodinného příslušníka

Cílem druhé aktivity je připravit peer rodiče pro podporu rodin. Peer rodič musí splnit 150hodinový kurz pro pozici pracovníka v sociálních službách. K dispozici je i možnost kurz splnit v průběhu činnosti v CDZ. Další příprava bude probíhat formou základního kurzu pro peer konzultanty v péči o duševní zdraví v rozsahu pětidenního vzdělávacího programu v Praze. Aktuálně vypsané termíny je 22.-24. a 30.-31.8.2023. Proběhne úvodní metodická schůzka na vstup peer rodinného příslušníka do multidisciplinárního týmu. Peer rodič bude seznámen s každým zaměstnancem a jejich aktivitou v týmu.

Klíčová aktivita 3 – Propagace

Třetí klíčová aktivita si klade za cíl seznámit rodiče klientů CDZ s variantou podpory peer rodinného příslušníka. V souvislosti s propagací vznikne leták obsahující náplň práce a znalosti nově zavedeného peer rodiče. Bude přiložen telefonní a emailový kontakt, aby rodiče mohli směřovat své dotazy či problémy přímo na peer rodiče. Klíčový pracovník přizve vybrané rodiny na společnou schůzku s peer pracovníkem. Na společném setkání nabídne peer rodič svou pomoc rodičům.

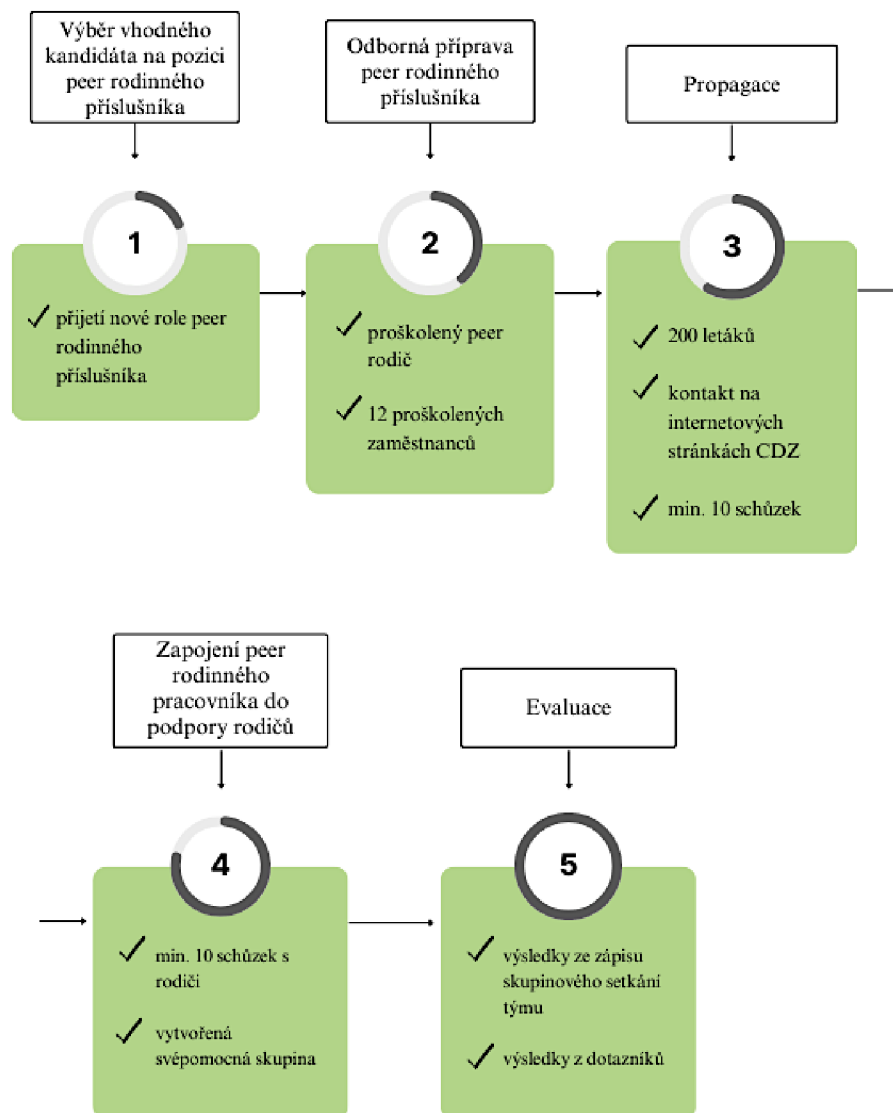
Klíčová aktivita 4 – Zapojení peer rodinného pracovníka do podpory rodičů

V průběhu prvního kontaktu s rodiči peer rodič naváže spolupráci s rodinami. Poté již sám pracuje s rodiči dle jejich potřeb. Vytváří svépomocné skupiny a aktivně se zapojuje do chodu celé organizace.

Klíčová aktivita 5 – Evaluace

Poslední klíčová aktivita je závěrečné hodnocení úspěšnosti zavedení role peer rodinného příslušníka. Uskuteční se po roce působení peer rodiče formou setkání multidisciplinárního týmu a vedoucích pozic. Pracovníci sdílí své názory, ale i pohled jejich klientů. Druhá část se realizuje rozesíláním dotazníků. Dotazníky budou rozesílány klientům. Výhoda dotazníku je jejich anonymita. Závěrečným hodnocením se rozhodne, jakým způsobem by mohl svou činnost peer rodič vylepšit nebo doplnit.

11 Indikátory splněných klíčových aktivit



Obrázek 3: Indikátory splněných klíčových aktivit

12 Výstupy a předpokládané výsledky

Tabulka 1: Výstupy

	Klíčová aktivita	Výstup
1.	Výběr vhodného kandidáta na pozici peer rodinného příslušníka	→ inzerát na jobs.cz → příspěvek na sociální síti Facebook
2.	Odborná příprava peer rodinného příslušníka	→ osvědčení z kurzu pracovník v sociálních službách → osvědčení z kurzu peer konzultant → kurzy → zápis z metodické schůzky
3.	Propagace	→ leták → telefonní a emailový kontakt → zápis setkání s rodiči
4.	Zapojení peer rodinného pracovníka do podpory rodičů	→ prezenční listina ze svépomocné skupiny → zápis ze schůzek s rodiči
5.	Evaluaace	→ zápis z metodické schůzky → dotazníky

Výstupem první klíčové aktivity projektu je elektronický inzerát, který je vytvořen pracovištěm. Nabídka bude nabízena i na sociální síti Facebook z důvodu vyššího zviditelnění. Inzerát bude vytištěn a předán rodičům využívající služby CDZ, zda by neměli zájem se stát peer rodičem. Inzerát obsahuje úvodní seznámení, požadavky od uchazeče, náplň práce, možné nabídky pracoviště a kontakt.

Výstupem přípravy na roli peer rodiče jsou kurzy a jejich papírové osvědčení za vykonání školení. Vznikne zápis z metodické schůzky, která si klade za cíl seznámit tým s peer rodičem.

Výstupem propagace je leták informující rodiče klientů o možnosti peer podpory. Vzhledem k zapojení nové pozice v týmu se vytvoří telefonní a emailový kontakt na peer rodiče. Veškeré setkání s klienty je nutno zapsat do systému Hippo. Výstupem považují zápisy prvo-kontaktů rodiče s rodinou za doprovod pracovníka CDZ.

Působením peer rodinného pracovníka při podpoře rodičů proběhnou osobní setkání, které se potvrzují výkazem v systému Hippo. Dílčí činností peer pracovníka bude

tvorba svépomocných skupin pro rodiče. Účast rodičů je zaznamenána v prezenční listině.

Evaluace přinese výstup v podobě dotazníků pro rodiče. Další evaluačním výstupem je zápis z metodického setkání týmu včetně peer rodiče se záměrem zhodnotit výhody či nevýhody nově zapojené pozice.

Předpokládané výsledky projektu můžeme rozčlenit do tří úrovní.

- a) Výsledkem pro rodiče je lepší uchopení duševního onemocnění, obohacení o vědomosti a zkušenosti peer rodiče. Vznik skupiny vedoucí peer rodinným příslušníkem a lepší vliv na duševně nemocné děti.
- b) Efekt v kontextu multidisciplinárního týmu je usnadnění práce pro každého pracovníka a rozšíření o pohled peer rodiče, který sám prožil danou situaci.
- c) Výsledky se také projeví do úrovně celé společnosti, a hlavně rodičů nemocného dítěte, kterým může pomoci k rozbourání stigmatizace rodičů pečující o duševně nemocné dítě.

13 Management rizik

V této kapitole identifikuji rizika v rámci mého projektu, zhodnotím je a posléze navrhu preventivní opatření. Analýza a hodnocení rizika vychází z níže uvedených tabulek, které mi umožnily přijmout účinné kroky při eliminaci možných rizik.

Tabulka 2: Pravděpodobnost výskytu rizika (Zdroj: braintools.cz)

ÚROVEŇ	OZNAČENÍ	ČÍSELNÉ VYJÁDŘENÍ	INTERVAL PRAVDĚPODOBNOTI
5	téměř jisté	od 4,1 do 5,0	vyskytne se skoro vždy
4	pravděpodobné	od 3,1 do 4,0	pravděpodobně se vyskytne
3	možné	od 2,1 do 3,0	někdy se může vyskytnout
2	nepravděpodobné	od 1,1 do 2,0	vyskytnout se může, ale nemusí také vůbec
1	téměř vyloučené	od 0,1 do 1,0	vyskytuje se pouze ve výjimečných případech

Tabulka 3: Významnost vlivu, dopadu rizika (Zdroj: braintools.cz)

ÚROVEŇ	OZNAČENÍ DOPADU	ČÍSELNÉ VYJÁDŘENÍ	INTERVAL PRAVDĚPODOBNOTI
5	katastrofický	od 4,1 do 5,0	ztráta majetku, podnikání/ významná ztráta
4	velmi významný	od 3,1 do 4,0	významná ztráta, soudní spor, významné poškození majetku
3	významný	od 2,1 do 3,0	vyžaduje okamžité řešení situace
2	drobný	od 1,1 do 2,0	ovlivňuje pouze dílčí aktivity
1	téměř nezatelný	od 0,1 do 1,0	neovlivňuje znatelně fungování

Tabulka 4: Management rizik

Identifikované riziko	Analýza a hodnocení rizika		Návrhy preventivních opatření
	Pravděpodobnost výskytu	Dopad rizika na projekt	
Nízký zájem o peer rodiče	3	5	Průběžná evaluace mezi rodiči a týmem s cílem přizpůsobením se požadavkům.
Syndrom vyhoření peer rodiče	2	4	Zkrácený úvazek pracovníka. Čerpání dovolené a sick days. Nutnost terapie a dohledu externího odborníka. Průběžné konzultace s týmem.
Dlouhodobá neschopnost peer rodiče	3	2	Uvedené v předešlém opatření. (Současné vnímám, že této situaci se nedá účinně předcházet.)
Nepřihlášení kandidátů do výběrového řízení	3	5	Kvalitní propagace nabídky pozice peer rodinného příslušníka. Sepsání výhod práce. Převzít inspiraci od jiných CDZ, kde je zaveden peer rodič (Jak vyhledávali oni?).
Peer rodič nezapadá do týmu	2	3	Vybírat peera i z pohledu sympatií (Jak na mě působí jako osoba při pohovoru? Jaké mám první dojmy?). Dobře proškolit tým a peer rodiče o jejich aktivitách. Uspořádat teambuilding akce.

Kandidát odmítá se účastnit kurzů k osvědčení	3	3	Motivovat kandidáta se zdůrazněním získání vědomostí či nových kontaktů.
Stížnosti směrem k peer rodiči	3	3	Kvalitní školení. Mentoring. Metodické schůzky s týmem. Průběžné šetření u klientů.
Peer rodič nevydává požadovaný výkon jako ostatní v týmu	2	3	Mentoring. Metodické schůzky s týmem. Průběžné šetření u klientů.
Peer rodič tráví více času v práci, než má dáno ve smlouvě	2	2	Kontrola docházky.
Peer rodič nesouzní s hodnotami organizace	2	3	Seznámení s hodnotami organizace u výběrového řízení.

14 Popis přidané hodnoty projektu

Účel projektu spočívá především v nové možnosti podpory rodičů, kteří pečují o dospělé lidi s duševním onemocněním. Můj projekt navrhuje zapojení nové pozice do multidisciplinárních týmů. Peer rodinný příslušník je pracovník CDZ, který sám prožil duševní onemocnění nebo má dítě, které se léčí s psychiatrickým onemocněním. Díky vlastní zkušenosti s duševním onemocněním může peer rodič předat mnohem věrohodněji informace v porovnání se sociálním pracovníkem, psychologem, psychiatrickou sestrou či psychiatrem. Rodiče mohou mít pocit, že jim někdo skutečně rozumí. Rodiče budou moct sdělit své obavy či dotazy osobě, která zažila podobný příběh. U rodičů, kteří se čerstvě potkali s diagnózou diagnózy svého dítěte může peer rodinný příslušník vysvětlit co daná nemoc obnáší, jaké má projevy a jak zvládat případné relapsy dítěte. Peer rodič společně s rodičem pracuje na přijetí diagnózy a smíření se s ní.

Během činnosti peer rodiče v centru duševního zdraví bude moct vytvářet svépomocné skupiny pro rodiče. Každé skupinové setkání má svoje téma a účel pomáhající individuálně každému rodiči. Uskutečňoval by podpůrné a vzdělávací skupiny. Podpůrné skupiny by si kladly za cíl skupinové sdělení příběhů, kde důležitým aspektem je zpětná vazba od dalších účastníků. Vzdělávací skupiny by přinášely témata jako informace o duševním onemocněním a jeho projevy, jak zvládat stres nebo informace o dalších možných službách pro rodiče. Skupiny jsou založené na požadavcích rodičů, z tohoto důvodu by se témata odvíjela podle jejich potřeb. Díky získaným vědomostem se rodič připraví na těžké situace, které jsou spojené s psychiatrickou nemocí. Centra duševního zdraví pracují terénní i ambulantní formou. Schůzky budou probíhat v prostorech centra duševního zdraví, v domácnosti rodičů nebo na zvoleném místě. Setkání mohou spojit s nějakou volnočasovou aktivitou, kde se posílí důvěra mezi peer rodičem a rodičem. Rodiče ovlivnění nově vzniklou situací mohou kontaktovat peer rodiče, který je doprovodí i do psychiatrické nemocnice. Pokud rodič nepreferuje osobní setkání, bude k dispozici telefonní a emailový kontakt.

Přidanou hodnotou projektu je zmírnění stresové zátěže rodičů, posílení komunikace v rodině, rozšíření vědomostí o duševním onemocněním a získání nových kontaktů mezi dalšími rodiči. Peer rodinný příslušník je pracovník, který patří do multidisciplinárního týmu. V souvislosti se svou zkušeností peer rodinný pracovník přináší své postřehy a názory. Dále obohacuje tým novým pohledem na danou tematiku a napomáhá kolegům získat důvěru celé rodiny. Práce s rodiči přispívá k zotavení klientů léčící se z duševního onemocnění, tudíž na práci s rodiči úzce navazuje práce s duševně nemocnými. Vedlejší hodnotou projektu je vliv na změnu postoje společnosti na duševní onemocnění, jelikož duševní onemocnění mnohdy vyvolává v lidech myšlenku velkého omezení pro diagnostikovaného člověka. Realizace projektu a jeho rozšíření probudí v lidech uvědomění, že člověk s duševním onemocněním může pracovat v týmu, a

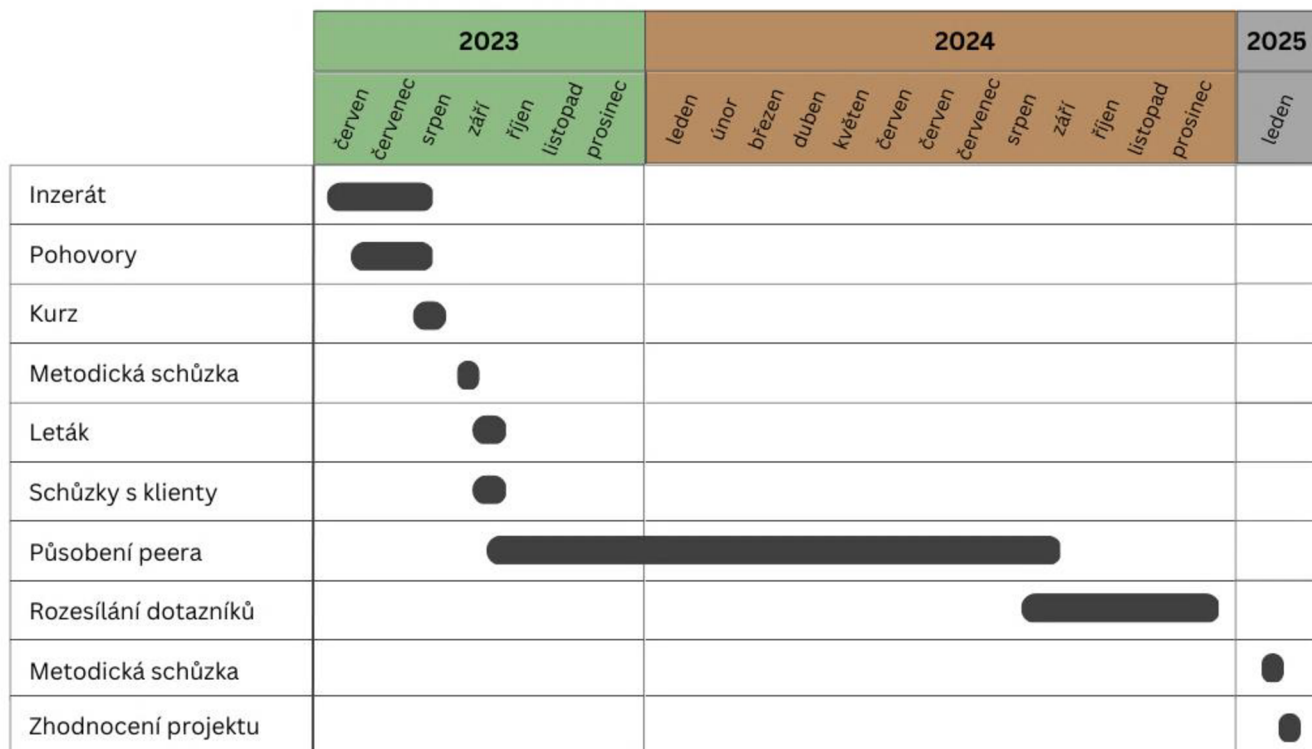
dokonce předávat své poznatky ze své cesty k užitku dalším lidem. Tím pádem se budou psychické problémy normalizovat a také inspirovat další lidi s duševním onemocněním k zapojení se do peer role.

15 Harmonogram

Klíčové aktivity mají svůj časový rámec. Časový rámec se může v průběhu projektu mírně zdržet. Pět měsíců tvoří rezerva. Datem 1.6.2025 končí dvouletý maximální časový rámec projektu. Ganttův diagram zobrazuje rozložení klíčových aktivit. Klíčové aktivity jsem rozvrhla do dílčích aktivit.

Tabulka 5: Časový rámec projektu

Aktivita	od	do	Počet dní
1. Výběr vhodného kandidáta na pozici peer rodinného příslušníka			
Inzerát – tvorba, sdílení	1.6. 2023	1.8.2023	66 pracovních dní
Pohovory	15.6.2023	1.8.2023	55 pracovních dní
2. Odborná příprava			
Kurz pro peer pracovníky	22.8. 2023	31.8.2023	5denní kurz
Metodická schůzka	4.9.2023	4.9.2023	1 den
3. Propagace			
Leták	4.9. 2023	29.9.2023	20 pracovních dnů
Schůzky s klienty	4.9. 2023	29.9.2023	20 pracovních dnů
4. Zapojení peer rodinného pracovníka do podpory rodičů			
Působení peer rodiče	4.9.2023	2.9.2024	256 pracovních dní
5. Evaluace			
Rozesílání dotazníků rodičům	2.9.2024	31.12.2024	87 pracovních dní
Metodická schůzka	13.1.2025	13.1.2025	1 den
Zhodnocení projektu	20.1.2025	20.1.2025	1 den



Obrázek 4: Ganttův diagram

16 Rozpočet

Uvedený rozpočet zobrazuje veškeré náklady spojené s tímto projektem za jeden kalendářní rok. Zdrojem financování Centra duševního zdraví pro Prahu 9 je Městská část Prahy 9.

Tabulka 6: Rozpočet pro kalendářní rok

Kategorie nákladů		Výpočet nákladů			Popis položky
		Cena za jednotku	Počet jednotek	Celkem	
1.	Osobní výdaje			168 780	
1.1.	mzdové náklady	200 Kč/h	0,5 prac. poměr	168 780	Čistý roční plat peer rodiče v rozmezí polovičního úvazku. (20 h x 200 Kč/h x 4 týdny = 16 000Kč – hrubá měsíční)
2.	Nákup služeb			81 320	
2.1.	nájemné	-	-	0	Poskytováno v rámci celého CDZ.
2.2.	cestovné	405 Kč/den	144	58 320	50 km/den = 405 Kč/den (zdroj: kalkulačka cestovní náhrady) x 3 dny v týdnu x 4 týdny (= 4860/týden) x 12 měsíců
2.3.	propagace	1,5 Kč/stran a 5 000/grafik	400 a 1	5 600	Tisk letáků a dotazníků. Odměna za práci grafika
2.4.	kurzy	7 800 Kč + 9 600 Kč	2 kurzy	17 400	Kurz pro pracovníka v sociálních službách. Kurz pro peer pracovníky.

3.	Spotřební výdaje			42 000	
3.1.	kancelářské potřeby	2 000	1	2 000	Papíry, psací potřeby a jiné potřeby.
3.2.	energie	-	-	0	Poskytováno v rámci celého CDZ.
3.3.	notebook	20 000	1	20 000	Pro činnost v kanceláři.
3.4.	kancelářský nábytek	10 000	2	20 000	Pro činnost v kanceláři.
Výdaje celkem				292 100	

K položce mzdové náklady uvádím obrázek výpočtu čisté mzdy peer rodinného pracovníka. Hrubá mzda vychází z odhadu průměrné mzdy pracovníka v sociálních službách. Posléze jsem z webové stránky peníze.cz vypočítala čistou měsíční i roční mzdu. Při vyplňování jsem počítala, že peer rodinný příslušník má uznaný stupeň invalidity.

Čistá mzda:	14 065 Kč
Roční čistá mzda:	168 780 Kč
Základ daně:	16 000 Kč
Pojistné zaměstnavatel:	-5 408 Kč
- z toho sociální pojištění	3 968 Kč
- z toho zdravotní pojištění	1 440 Kč
Hrubá mzda:	16 000 Kč
Pojistné:	-1 935 Kč
- z toho sociální pojištění	1 040 Kč
- z toho zdravotní pojištění	895 Kč
Daň celkem:	-2 400 Kč
- daň:	2 400 Kč
Daňová sleva:	2 780 Kč
Daňové zvýhodnění na děti:	0 Kč
Záloha na daň po zvýhodnění a slevách:	-0 Kč
Daňový bonus:	0 Kč

Obrázek 5: Výpočet čisté mzdy

17 Logframe projektu

Tabulka 7: Logický rámec

Logika intervence	Objektivní ověřitelné ukazatele	Zdroje a prostředky pro ověření	Předpoklady a rizika
<p>Účelem projektu je podporovat rodiče duševně nemocných jedinců k běžnému fungování.</p> <p>Prostřednictvím peer rodinného příslušníka rodič lépe rozumí duševnímu onemocnění a má přehled o jeho projevech.</p>	<p>Závěrečná evaluace.</p>	<p>Dotazníky.</p> <p>Závěrečná schůzka s celým týmem.</p>	<p>Předpokladem dosažení účelu je dostatek finančních zdrojů, proškolený tým, zájemci o pozici, zájem rodičů o peer rodiče.</p> <p>Rizikem je nedostatek finančních prostředků na mzdu, nízký zájem o peer rodiče, syndrom vyhoření peer rodiče, dlouhodobá neschopnost peer rodiče, nepřihlášení kandidátů do výběrového řízení, peer rodič nezapadá do týmu, kandidát odmítá se účastnit kurzů k osvědčení, stížnosti směrem k peer rodiči, peer rodič nevydává požadovaný výkon jako ostatní v týmu, peer rodič tráví více času v práci, než má dáno ve smlouvě, peer rodič nesouzní s hodnotami organizace.</p>
<p>Cílem projektu je do dvou let umožnit zavedení peer rodinného příslušníka do Centra duševního zdraví pro Prahu 9.</p>	<p>Zaškolený peer rodinný příslušník působící v CDZ pro Prahu 9.</p>	<p>Záznam v systému Hippo. Výroční zpráva.</p>	<p>Předpoklady dosažení cíle je spolupráce týmu a peer rodinného příslušníka do podpory rodin, dostatečné proškolení.</p> <p>Rizikem je nedostatek finančních prostředků na mzdu, nízký zájem o peer rodiče.</p>

<p>Výstupem projektu je zmírnění stresové zátěže rodičů, posílení komunikace v rodině, rozšíření vědomostí o duševním onemocnění, získání nových kontaktů mezi dalšími rodiči.</p>	<p>Závěrečná evaluace. Průběžná zpětná vazba od rodičů a kolegů.</p>	<p>Dotazníky. Metodické schůzky.</p>	<p>Předpokladem dosažení výstupů je zapojení proškoleného peer rodiče, uspořádání svépomocných skupin. Rizikem je špatné uchopení pomoci rodičů a syndrom vyhoření u peer rodiče.</p>
<p>Klíčovou aktivitou projektu je: Výběr vhodného kandidáta na pozici peer rodinného příslušníka, Odborná příprava peer rodinného příslušníka, Propagace, Zapojení peer rodinného pracovníka do podpory rodičů, Evaluace.</p>	<p>Finanční zdroje.</p>	<p>Rozpočet. Harmonogram klíčových aktivit.</p>	<p>Předběžnou podmínkou pro zahájení projektu je dobré nastavení projektu a vystavení analýzy potřebnosti. Hlavním rizikem projektu je nedostatek finančních prostředků na realizaci projektu a snížení potřebnosti pozice peer rodinného příslušníka.</p>

Závěr

Předložená bakalářská práce se dělí na dvě části. Cílem první části byla konceptualizace tématu a vypracování analýzy potřeby projektu pro zapojení peer rodičů do multidisciplinárního týmu Centra duševního zdraví. Cíl byl naplněn rešerší zdrojů a vymezením pojmů související s pozicí peer rodinného příslušníka. Během šetření byla zjištěna míra zapojení peer rodinného příslušníka v České republice. Celkem 3 centra duševního zdraví zapojují peer rodiče. Jedná o CDZ v Chebu, Karlových Varech a v Plzni. Během rešerše bylo zjištěno, že profese peer rodinného příslušníka není vymezena v Národní klasifikaci profesí. Tudiž peer rodič v souladu se zákonem spadá pod pozici pracovníka v sociálních službách. Dále byl cíl naplněn analýzou potřeby, která byla provedena formou polostrukturovaného rozhovoru a dotazníkovým šetřením. Výsledky analýzy potřeby dokládají, že vedoucí sociální služby CDZ pro Prahu 9 a rodinní příslušníci této služby jeví zájem o peer rodinného příslušníka.

Druhá část práce si kladla za cíl vytvořit návrh projektu, který zapojí peer rodinného příslušníka do podpory rodičů. Časový harmonogram projektu je vymezen v rozpětí dvou kalendářních roků. Projekt bude zahájen 1.6.2023 a standardní plán délky projektu bude do 20.1.2025. Je počítáno s pěti měsíční rezervou v situaci mírného zdržení. Rozpočet projektu je 292 100 korun a obsahuje mzdové náklady, kurzy, propagaci a další spotřební výdaje pro činnost peer rodinného příslušníka.

Realizací projektu zapojím proškoleného peer rodiče, aby využil svou vlastní zkušenost s duševním onemocněním k podpoře rodiny. Předpokládanými výsledky projektu je lepší uchopení duševního onemocnění, obohacení o vědomosti a zkušenosti peer rodiče nebo dalších rodičů, vzniklé skupiny vedoucí peer rodinným příslušníkem a lepší vliv na duševně nemocné děti. Sestavování projektu mě osobně velmi obohatilo. Vzhledem k účelu projektu jsem prohloubila své zkušenosti o tématu podpora rodiny s duševně nemocnými. Můj projekt se zaměřil na konkrétní Centrum duševního zdraví pro Prahu 9. Zároveň jsem si vědoma toho, že návrh mohu aplikovat na další centra duševního zdraví.

Bibliografie

- BANDIT, Rad, Ivana DAVIDOVÁ, Martina MACUROVÁ a Michal OPATRŇY. Etický kodex jako nástroj podpory řešení etických dilemat sociální práce. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2015. Sešit sociální práce. ISBN 978-80-7421-089-1.
- BECHYŇOVÁ, Věra a Marta KONVIČKOVÁ. Sanace rodiny: [sociální práce s dysfunkčními rodinami]. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-392-5.
- Centrum duševního zdraví a jeho role v systému péče. In: Reforma péče o duševní zdraví [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2022 [cit. 2023-03-13]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2022-02/CDZ%20a%20jeho%20role.pdf>
- ČESKO. § 70a odst. 1 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách – znění od 1. 2. 2023. In: <i>Zákony pro lidi.cz</i> [online]. © AION CS 2010-2023 [cit. 22. 2. 2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#p70a-1>
- DVOŘÁK, Filip. Self-stigma, wellbeing a recovery u lidí s vážným duševním onemocněním v kontextu ambulantních sociálních služeb [online]. Brno, 2017 [cit. 2023-02-15]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/tgnfk/diplomka_final.pdf. Magisterská diplomová práce.
- GABRIEL, Josef. Jak zakotvit peer konzultanty do systému péče?. Dobré místo [online]. Praha: Dobré místo, 2021 [cit. 2023-02-27]. Dostupné z: <https://dobre-misto.cz/jak-zakotvit-peer-konzultanty-do-systemu-peces/>
- HATFIELD, A.B. What Families want of family therapists. in McFARLANE, W. R. (ed.), Family Therapy in Schizophrenia. The Guilford Press, 1983, s. 41-65, ISBN 0-89862-042-2.
- Holá, B., Pluhařiková Pomajzlová J., Řičan, P., Kubinová, P.: Manuál Zapojení peer rodinných příslušníků do psychiatrických lůžkových zařízení. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, Praha 2021. ISBN 978-80-908458-1-7.
- HROMÁDKOVÁ, Karolína. Začleňování peer konzultanta do pracovního týmu organizace pro duševní zdraví. Fórum sociální práce [online]. 2016, 2016(2), 59 [cit. 2023-02-27]. Dostupné z: https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/97087/1483980_karolina_hromadkova_51-59.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- HOUŠKOVÁ, Hana. Postoj sociálních pracovníků, klientů s duševním onemocněním a rodinných příslušníků klientů ke spolupráci s rodinami v organizacích zabývajících se sociální prací s duševně nemocnými lidmi [online]. Brno, 2017 [cit. 2023-02-11]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/sx5w1/HouskovaH_429258_Thesis.pdf. Magisterská diplomová práce. Masarykova univerzita.
- CHRÁSKA, M. (2015). Kvantitativní metody sběru dat v pedagogických výzkumech. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. ISBN 978-80-7454-553-5.

- CHRTKOVÁ, Dana a Marie SOUČKOVÁ. Vzdělávání a zaměstnávání peer konzultantů v zahraničí a v ČR. Reforma péče o duševní zdraví [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2021 [cit. 2023-02-27]. Dostupné z: https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/202210/Vzděláván%C3%AD%20a%20zaměstnáván%C3%AD%20peer%20konzultantů_analýza.pdf
- ILLEOVÁ, Martina. Systemický přístup, sociální práce a komunikace [online]. Brno, 2007 [cit. 2023-02-14]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/h5gfx/DIPLOMOVA_MAGISTERSKA_PRACE.pdf. Magisterská diplomová práce. Masarykova univerzita.
- Jak analyzovat rizika. BrainTools [online]. [cit. 2023-03-23]. Dostupné z: <https://www.braintools.cz/toolbox/zvladani-rizik/jak-analyzovat-rizika.htm>
- KLEINOVÁ, Mariana, 2011. Psychoedukace rodinných příslušníků osob s dlouhodobým duševním onemocněním. Praha. Diplomová práce. Univerzita Karlova.
- KLIMENTOVIČ, Eva. Teorie a metody sociální práce: studijní texty pro distanční studium. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002. ISBN 80-244-0575-x.
- KOLÍNKOVÁ, Kateřina. Využití psychoterapie v rámci sociální práce s lidmi s duševním onemocněním [online]. Olomouc, 2020 [cit. 2023-02-11]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/ruz5ne/37739465>. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci.
- KRATOCHVÍL, Stanislav. Základy psychoterapie. 7. vydání. Praha: Portál, 2017, 403 s. ISBN 978-80-262-1227-0.
- KREBS, Vojtěch. Sociální politika. 6., přepracované a aktualizované vydání. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2015, 566 s. ISBN 978-80-7478-921-2.
- LAŠTOVICOVÁ, Alena. Rodičovství osob s duševním onemocněním. Olomouc, 2013. Bakalářská diplomová práce. Univerzita Palackého.
- LUDEWIG, Kurt. Systemická terapie: základy klinické teorie a praxe. Přeložil Vratislav STRNAD. Praha: Pallata, 1994. ISBN 80-901710-0-1.
- MACÁKOVÁ, Jitka, Jan VANČURA a Jakub DOLEŽEL. Otevřený dialog jako metoda práce s lidmi s duševním onemocněním. [rukopis]. Otevřený dialog jako metoda práce s lidmi s duševním onemocněním [rukopis] / Jitka Macáková [online]. 2021 [cit. 2023-01-31].
- MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada Publishing, 2008. Sestra. ISBN 978-80-247-2138-5.
- MALÝ PRŮVODCE CENTRY DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ. In: Reforma péče o duševní zdraví [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2020 [cit. 2023-03-13]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-06/Malý%20průvodce%20CDZ.pdf>
- MALÝM PRŮVODCE REFORMOU PSYCHIATRICKÉ PÉČE. REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ [online]. Praha: Gálen, 2017 [cit. 2023-02-14]. Dostupné z:

- <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Malý%20průvodce%20reformou%20psychiatrické%20péče.pdf>
- MANUÁL ZAPOJENÍ PEER KONZULTANTŮ DO PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ, 2014. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví [online]. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví [cit. 2023-03-18]. Dostupné z: https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/Manual_ZPK_web.pdf
- MANUÁL PRO ZAPOJENÍ PEER PEČOVATELŮ DO KOMUNITNÍCH SLUŽEB, 2020. Centrum pro rozvoj o duševní zdraví [online]. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví [cit. 2023-03-18]. Dostupné z: https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/Manual-zapojeni-PP-final_1.pdf
- MÁTEL, Andrej. Teorie sociální práce I: sociální práce jako profese, akademická disciplína a vědní obor / Andrej Mátel. 2019. ISBN 9788027122202.
- MATOUŠEK, Oldřich, KŘIŠŤAN, Alois, ed. Encyklopedie sociální práce. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.
- MATOUŠEK, Oldřich. Metody a řízení sociální práce. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0213-4.
- MATOUŠEK, Oldřich a Hana PAZLAROVÁ. Podpora rodiny: manuál pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0697-2.
- MATOUŠEK, Oldřich. Rodina jako instituce a vztahová síť. 3., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-86429-19-9.
- MATOUŠEK, Oldřich. Slovník sociální práce. Vydání třetí. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1154-9.
- MATOUŠEK, Oldřich. Sociální práce v praxi Specifika různých cílových skupin a práce s nimi kol. Matoušek Oldřich a. 2015. ISBN 9788073678180.
- MATOUŠEK, Oldřich. Základy sociální práce. Vyd. 3. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0211-0.
- NAVRÁTIL, Pavel. Teorie a metody sociální práce. Brno: Marek Zeman, c2001. ISBN 80-903070-0-0.
- NEČASOVÁ, M., Úvod do filozofie a etiky v sociální práci, Brno: MU, 2001
- NENIČKA, Lubomír a Ivona BURYOVÁ. Teorie sociální politiky [online]. Karviná, 2019 [cit. 2023-02-16]. Dostupné z: https://is.slu.cz/el/opf/zima2020/EVSNKTSP/um/Studijni_opora_Teorie_socialni_politiky.pdf. Distanční studijní text. Slezská univerzita.
- PODPORA RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH PACIENTŮ PSYCHIATRICKÝCH LŮŽKOVÝCH ZAŘÍZENÍ. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví [online]. Praha: Jana Pluhaříková Pomajzlová, 2021 [cit. 2023-03-18]. Dostupné z: <https://www.cmhcd.cz/centrum/co-delame/ukoncene-projekty/podpora-rodinnych-prislusniku-v-psychiatrickych-ne/>

- RAGINS, Mark. Cesta k zotavení. Přeložil Jan RŮŽIČKA, přeložil Martin FOJTÍČEK. Praha: Fokus, 2018. Marco Cavallo. ISBN 978-80-902741-1-2.
- REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2023 [cit. 2023-02-26]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz>
- REICHEL, Jiří. 2009. Kapitoly metodologie sociálních výzkumů. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-3006-6.
- SOLDÁNOVÁ, Světlana. Jak se stát peer konzultantem. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví [online]. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2021 [cit. 2023-02-27]. Dostupné z: https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/Jak-se-stat-peer-konzultantem_final.pdf
- STANKOVÁ, Zuzana, Alice GOJOVÁ a Vendula. Sociální práce s komunitou [online]. Ostrava, 2020 [cit. 2022-05-09]. Dostupné z: <https://dokumenty.osu.cz/fss/publikace/socialni-prace-s-komunitou.pdf>. Studijní opora. Ostravská univerzita, Fakulta sociálních studií.
- STRAUSS, Anselm L. a Juliet CORBIN. Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie. Brno: Sdružení Podané ruce, 1999. SCAN. ISBN 80-858-3460-X.
- ŠKREČKOVÁ, Nela. Intervence zaměřené na podporu rodinných příslušníků osob s duševním onemocněním. Praha, 2016. Bakalářská práce. Univerzita Karlova.
- ŠUSTROVÁ, Iva, 2018. Schizofrenie očima nemocných a jejich rodičů. Olomouc. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci.
- ŠŮSTKOVÁ, Jana, 2021. Psychosociální podpora pro rodinu duševně nemocného. Praha. Bakalářská práce. Univerzita Karlova.
- TOMEŠ, Igor. Obory sociální politiky. Praha: Portál, 2011, 366 s. ISBN 978-80-7367-868-5.
- TOMEŠ, Igor. Úvod do teorie a metodologie sociální politiky. Praha: Portál, 2010, 439 s. ISBN 978-80-7367-680-3.
- ÚLEHLA, Ivan. Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe. Vyd. 3., v Sociologickém nakladatelství (SLON) 2. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-86429-36-9.
- ZOTAVENÍ [online]. Praha: NUDZ, 2021 [cit. 2023-02-15]. Dostupné z: <https://narovinu.net/zotaveni/>

Seznam tabulek, obrázků a grafů

Tabulka 1: Výstupy.....	55
Tabulka 2: Pravděpodobnost výskytu rizika (Zdroj: braintools.cz)	57
Tabulka 3: Významnost vlivu, dopadu rizika (Zdroj: braintools.cz).....	57
Tabulka 4: Management rizik	58
Tabulka 5: Časový rámec projektu	63
Tabulka 6: Rozpočet pro kalendářní rok.....	65
Tabulka 7: Logický rámec	67
Obrázek 1: Mapa center duševního zdraví (Zdroj: reformapsychiatrie.cz)	16
Obrázek 2: Malá paradigmata SP v souvislosti s bariérou v životním zvládnání (Zdroj: Matoušek, 2013)	21
Obrázek 3: Indikátory splněných klíčových aktivit	53
Obrázek 4: Ganttův diagram	64
Obrázek 5: Výpočet čisté mzdy	66
Graf 1: Informovanost o nemoci během hospitalizace	43
Graf 2: Zdroj informací.....	44
Graf 3: Návrat z psychiatrické nemocnice.....	44
Graf 4: Zájem o peer rodinného příslušníka	45

Seznam příloh

Příloha 1: Ukázka dotazníku.....	79
----------------------------------	----

Přílohy

Příloha 1: Ukázka dotazníku

Dobrý den,

jsem studentkou oboru Sociální práce a momentálně v Centru duševního zdraví na Praze 9 absolvuji dvouměsíční stáž. V rámci zpracování mé bakalářské práce realizuji projekt, který se týká podpory rodinných příslušníků s duševně nemocným dítětem. Proto si Vás dovoluji požádat o vyplnění následujícího dotazníku, který mi ukáže, zda je o projekt zájem.

Cílem mého projektu je **zapojení peer rodinného příslušníka** do tohoto Centra duševního zdraví. Tento člověk má buď sám zkušenost s duševním onemocněním, nebo má dítě, které se léčí s psychiatrickým onemocněním. Prostřednictvím jeho zkušeností by Vám nabídl bezpečný prostor pro sdílení Vašich prožitků či otázek. Pomáhal by rodině s přijetím diagnózy, s vysvětlením projevů nemoci, a taktéž by byl oporou během následné péče po hospitalizaci.

Zavazuji se, že dotazník je zcela anonymní a veškeré získané údaje využiji pouze pro účel své práce.

Vendula Kolková

Zakroužkujte, prosím, jednu Vaši odpověď:

1. Myslíte si, že jste byli dostatečně informováni o nemoci během hospitalizace?



určitě ne

spíše ne

nevím

spíše ano

určitě ano

2. Jaký zdroj informací o dané diagnóze byl pro Vás nejužitečnější?

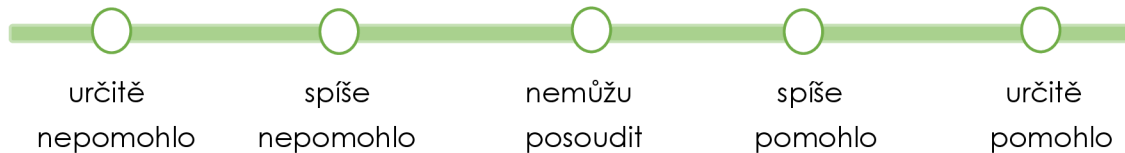
- a) psychiatrická nemocnice
- b) knihy
- c) internet
- d) letáky
- e) přednášky
- f) rodina
- g) kamarádi
- h) sociální služba
- i) jiný – napište zde:

3. Co bylo pro Vás nejnáročnější, když jste se dozvěděli diagnózu? (Vypište.)

4. Věděli jste si rady, co dělat po návratu z psychiatrické nemocnice?

- a) ano
- b) ne

5. Pomohlo by Vám, kdyby byla možnost říct peer rodinnému příslušníkovi své obavy?



6. Zavolali byste peer rodinnému příslušníkovi kvůli otázkám, na které nemůžete najít odpověď?

- a) ano
- b) ne

7. Uvítali byste, kdyby peer rodinný příslušník se Vám svěřil, jak situaci zvládal on?

- a) ano
- b) ne

8. Měli byste zájem o peer rodinného příslušníka v Centru duševního zdraví pro Prahu 9?

- a) ano, bylo by to pro nás oporou
- b) ne, zvládneme to bez něho

9. V jaké jste věkové kategorii?

- a) 30 – 35 let
- b) 36 – 40 let
- c) 41 – 45 let
- d) 46 – 50 let
- e) 51 – 55 let
- f) 56 – 60 let
- g) 61 – 65 let
- h) 66 – 70 let
- i) 71 – 75 let
- j) 76 – 80 let
- k) 80 +

10. V jaké je Váš syn/Vaše dcera věkové kategorii?

- a) 16 - 20 let
- b) 21 - 25 let
- c) 26 - 30 let
- d) 31- 35 let
- e) 36 – 40 let
- f) 41 – 45 let
- g) 46 – 50 let

Děkuji za Vaši cennou odezvu a čas strávený nad tímto dotazníkem.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá formou podpory rodičů, kteří se setkali s duševním onemocněním u svých dospělých dětí. Záměrem práce je zapojit peer rodinného příslušníka do centra duševního zdraví. V práci představuji vliv a dopad duševní nemoci na fungování rodiny, činnost peer rodiče a sociální službu centrum duševního zdraví. Téma propojuji s teoriemi/metodami sociální práce, sociální politikou a legislativou. V závěru první části zpracovávám analýzu potřebnosti pro návrh projektu. Návrh projektu vymezuje klíčové aktivity a jejich indikátory splnění, harmonogram, rozpočet a vytýčení možných rizik spojený se záměrem projektu.

Klíčová slova: peer rodinný příslušník, peer pracovník, duševní onemocnění a rodina, duševní onemocnění

The bachelor thesis deals with a form of support for parents who have experienced mental illness in their adult children. The intention of the thesis is to involve a peer family member in a mental health centre. In this thesis I present the influence and impact of mental illness on family functioning, the activities of the peer parent and the social service of the mental health centre. I link the topic to social work theories/methods, social policy and legislation. At the end of the first part I develop a needs analysis for the project proposal. The project proposal identifies key activities and their indicators of achievement, a timetable, a budget and outlines the potential risks associated with the project design.

Keywords: peer family member, peer worker, mental illness and family, mental illness