

UNIVERZITA KARLOVA
HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Terénní sociální práce v organizaci Fokus - zkušenosti se
zapojením peer pracovníka

Field Social Work in Fokus Organization - Experiences with
Peer Involvement

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Tereza Cimrmannová, Ph.D.

Autor: Bc. Anna Matuchová

Praha 2018

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí diplomové práce Mgr. Tereze Cimrmannové, Ph.D. za její odborné vedení při psaní, ochotu pomoci, čas a úsilí, které mé práci věnovala. Zároveň tímto děkuji respondentům za čas a ochotu poskytnout rozhovor. V neposlední řadě děkuji své rodině a blízkým za trpělivou podporu.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci na téma Možnosti využití peer pracovníků do neziskového sektoru – zkušenosti organizace Fokus vypracovala samostatně, s použitím níže uvedených zdrojů a literatury.

Anotace:

Diplomová práce je zaměřena na realizaci přehledové studie o problematice o zapojování peer konzultantů do odborné práce s lidmi s duševním onemocněním. Dalším cílem bylo vymezit klíčové pojmy a deskripce základních možností sociální práce s cílovou skupinou. Empirická část této práce je zaměřená na konkrétní zkušenosti organizace Fokus se zapojením peer pracovníka pomocí strukturovaných rozhovorů, případových prací, sborníků a praktických zkušeností získaných skrze práci v organizaci Fokus.

Klíčová slova: peer, recovery, duševní onemocnění, schizofrenie, bipolární afektivní porucha, sociální práce, sociální práce s lidmi s duševním onemocněním.

Annotation:

This diploma thesis describes the current state of social field work in the Fokus organization and their experience with the involvement of a peer worker. Another aim was to define key concepts, to formulate possible recommendations. The empirical part of this work focuses on the specific experience of Fokus with the involvement of the peer worker through structured interviews, case studies, proceedings and practical experience gained through work at Fokus.

Key words: peer, mental illness, schizophrenia, bipolar affective disorder, social work, social work with people with mental illness,

Obsah

Úvod	7
1. Fenomén duševní onemocnění	9
1.1. Duševní onemocnění – vybrané teorie a definice.....	10
1.2. Vybraná duševní onemocnění	12
1.2.1. Schizofrenie.....	12
1.3. Mýty a stigmata o duševním onemocnění	18
1.4. Diskriminace lidí s duševním onemocněním.....	19
1.4.1. Diskriminace v občanském společenském životě.....	19
1.4.2. Diskriminace v oblasti práce a financí	20
1.4.3. Diskriminace profesionály	21
2. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním.....	23
2.1. Sociální práce.....	23
2.2. Specifika sociální práce s osobami s duševním onemocněním	24
2.2.1 Multidisciplinární tým	25
2.2.2 Case management.....	27
2.2.3. Comprehensive Approach to Rehabilitation	28
3. Recovery.....	32
3.1. Proces recovery.....	34
4. Metoda peer	38
4.1. Vymezení pojmu peer konzultant.....	38
4.2. Vzdělání Peer konzultanta	39
4.2.1. Wellness Recovery Action Plan.....	40
4.3.Implementace a role peer konzultanta týmu	41
4.3.1. Náplň práce peer konzultanta	42
4.3.2.Příprava týmu a organizace	43
4.3.3. Nábor a zácvik peer konzultanta	44
4.3.3. Role a náplň peer konzultanta v týmu	46
5. Zkušenosti peer konzultantů organizace Fokus – empirické řešení.....	49
5.1 Vymezení šetření	49
5.2 Cíl šetření	49
5.3 Metody sběru a zpracování dat.....	49
5.4 Charakteristika vzorku	49

5.5	Operacionalizace	50
5.6	Etické zásady a limity šetření.....	53
6.	Výsledky šetření	54
6.1.	Jak se k vám dostala informace o peer pozici?.....	54
6.2.	Proces zapojení peer konzultanta do týmu.....	55
6.3.	Náplň práce a pracovní vyčíženost peer konzultanta.....	56
6.4.	Jak probíhá práce s klienty?	57
6.5.	Spolupráce s týmem a role peer konzultanta v týmu.....	58
6.6.	Potřeby peer konzultanta	59
6.7.	Osobní hygiena, prevence relapsu	59
6.8.	Doporučení budoucím a jiným peer konzultantům	60
7.	Diskuse	61
	Závěr	68
	Seznam literatury.....	69
	Summary.....	83

Úvod

Aktuálním tématem v oblasti péče o duševní zdraví je trend přicházející zejména z Norska – zapojování tzv. peer konzultantů do procesu péče o osoby s duševním onemocněním. Tento trend je v České republice novinkou, laická veřejnost pojem téměř nezná a zároveň sféra odborníků na problematiku duševního onemocnění se s ním stále seznamuje a učí se s ním pracovat. Já sama jsem se o pojmu peer konzultant setkala před dvěma lety na konferenci a ihned mě toto téma zaujalo. Během bakalářského i magisterského studia jsem směřovala své povinné praxe do organizací pracujících s osobami s duševním onemocněním, během nichž jsem se nejednou setkala se situacemi, kdy byl sociální pracovník nucen stavět před klienta citlivá témata spojená s duševním onemocněním. Jednalo se především o doporučování pravidelného užívání medikace, aktivizace klienta, minimalizace hospitalizací. V těchto situacích bylo pro sociálního pracovníka mnohdy složité „přesvědčit“ klienta svými racionálními argumenty a narážel na nepochopení ze strany klienta a jeho nedůvěru vůči někomu, kdo niterně nedokáže pocítit jeho vnitřní procesy. Z tohoto důvodu považuji využití lidí s vlastní zkušeností s vážným duševním onemocněním za inovativní způsob práce s klienty s duševním onemocněním. Pro mne osobně je navíc velice lákavá myšlenka využití peer konzultantství i do jiných sfér sociální práce, respektive jiných cílových skupin. Například Norsko tento model práce s klienty využívá také s klienty se závislostí na návykových látkách.

Cílem diplomové práce je realizace přehledové studie o problematice zapojování peer konzultantů do odborné práce s lidmi s duševním onemocněním v organizaci Fokus. K dílčím cílům patří vymezení klíčových pojmů a deskripce základních možností sociální práce s cílovou skupinou. Součástí diplomové práce bude kvalitativní empirické šetření, sloužící jako sonda do současných postupů a zkušeností. Pomocí semistrukturovaných rozhovorů, analýzy dokumentů a materiálů organizace. V neposlední řadě budou v závěrečné diskusi této diplomové práce zařazeny vlastní poznatky získané na pozici zaměstnance Fokus Praha a formulace doporučení do praxe.

V teoretické části bude věnována pozornost i vybraným duševním onemocněním, se kterými se peer konzultanti setkávají, se zaměřením na popis

onemocnění, průběh a možnou léčbu. Vymezení těchto omezení bude obsaženo v první kapitole. Druhá kapitola bude obsahovat popis specifických metod práce s cílovou skupinou osob s duševním onemocněním. V druhé polovině teoretické části, v třetí a čtvrté kapitole, bude směřována pozornost k tématu recovery a metodě peer.

1. Fenomén duševní onemocnění

„Naše zažitá představy o šílenství jsou dlouhodobě přetrvávající a pozoruhodně stabilní. Jedním z nejlépe zavedených vzorců je mluvit o lidech s duševním onemocněním jako o naprostém opaku nás" (Thornicroft, 2011).

Spolu s kardiovaskulárními a onkologickými chorobami jsou duševní onemocnění nejčastější onemocnění postihující populaci napříč společnostmi. V online deníku Pressreader proběhl rozhovor s psychiatrem Martinem Andersem, ze kterého vyplývá, že téměř 27 % obyvatel České republiky, přesněji každý čtvrtý člověk, prodělá v průběhu roku duševní poruchu, tak závažnou, že je ji třeba léčit (Alföldi-Šperkerová, 2016).

I přes tuto skutečnost panuje v laické společnosti poměrně nízké povědomí o problematice duševního onemocnění. Lidé mají často nepřesné a zkreslené informace, což v závěru vede k velké míře stigmatizace osob trpících duševním onemocněním. Většina lidí získává o duševních nemocech informace z osobních kontaktů, či masmédií Na školách neexistují osnovy, které by mladistvé vzdělávaly v této problematice, alespoň na povrchové úrovni a tím tak přispěly k edukaci laické veřejnosti. Mnoho lidí se domnívá, že edukace v tomto směru je zbytečná, pakliže ojediněle potkají osobu trpící duševní chorobou. Opak je však pravdou. Kontakt s touto cílovou skupinou je více než běžný.

Následující kapitola si klade za cíl vymezit základní termíny spojené s duševním onemocněním, uvést základní informace o vybraných duševních onemocněních. Také je zde věnován prostor mýtům a stigmatům duševního onemocnění, které se v současné společnosti objevují a proti kterým může peer konzultant pomoci bojovat.

1.1. Duševní onemocnění – vybrané teorie a definice

Světová organizace (dále jen WHO) definuje duševní onemocnění jako zjevnou poruchu duševní činnosti, natolik specifickou ve svých klinických projevech, že je spolehlivě rozpoznatelná jakožto definovaný soubor znaků a natolik závažná, aby způsobila ztrátu pracovní schopnosti nebo sociálního postavení nebo obou. Z této definice vyplývá, že u duševních poruch jde i o poruchy adaptace jedince na zevní prostředí, především sociální. Osoby s duševní poruchou nejsou schopny adekvátně sociálně fungovat podle všeobecně akceptovaných norem svého sociokulturního prostředí. Potom duševně nemocným člověkem rozumíme osobu, které byla stanovena odborná psychiatrická diagnóza, definovaná podle Mezinárodní klasifikace nemocí neboli MKN-10, vydanou Světovou zdravotnickou organizací WHO. V psychiatrii jsou tato onemocnění dle MKN-10 v kategorii s názvem *Poruchy duševní a poruchy chování* a nesou písmeno F. Daná kategorie je pak členěná následovně:

F00-09 – organické poruchy

F10-19 – poruchy způsobené návykovými látkami

F20-29 – schizofrenie a poruchy s bludy

F30-39 – afektivní poruchy

F40-49 – neurotické poruchy a poruchy adaptace

F50-59 – behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a tělesnými faktory

F60-69 – poruchy osobnosti a chování u dospělých

F70-79 – mentální retardace

F80-89 – poruchy psychického vývoje

F9-99 – poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci (MKN10, 2017).

V širším pohledu můžeme říci, že duševní onemocnění, či duševní porucha - obě označení v sobě skrývají stejný obsah - je označení pro některé procesy, které se projevují v myšlení, prožívání a v neposlední řadě chování jedince, které jistým

způsobem znesnadňuje fungování jedince, ať už k sobě samému, či okolí. Společnost ve svém povědomí rozlišuje tzv. *nemoci normální* a *nemoci duševní*, zatímco nemoci normální – tělesné, jsou racionálně pochopitelné a kauzální. Je nám známa příčina, průběh i léčba, po které zpravidla nezůstávají následky. Na druhé straně stojí duševní nemoc, u které jsou často velice snadno přehlédnutelné její počátky a příčiny, které navíc mohou být svedeny na vinu okolí a jeho špatnému vlivu na naše celkové prožívání. Ludmila Bartůšková (Bartůšková in Opatrný, 2016) píše, že laická veřejnost rozlišuje dvě formy duševního onemocnění. Prvním je tzv. *psychické zhroucení*, které nastává, nežádá, po pro člověka traumatické události – autonehoda, požár, přepadení, znásilnění, smrt v rodině aj. Psychické zhroucení nastává v důsledku celkového oslabení a následnému úplnému vyčerpání organismu při vystavení těla náročné stresové situaci. Tuto formu duševní nemoci společnost dobře přijímá jako nemoc s dobrou prognózou a možným návratem do normálu. „*Žena, již se mléko vrazilo do hlavy nebo se zbláznila z nešťastné lásky*“, to jsou pro společnost „dobré diagnózy“. Druhou formou je dle autorky tzv. *pravé šílenství*, které již souvisí s poškozením mozku. Je pro společnost nepochopitelné a od takto nemocných lidí bychom se měli držet dál. V minulosti se v nejhorších případech stávalo, že tací lidé byli izolováni na lodích, či v léčebnách stavěných daleko od měst a v ústraní (Opatrný, 2016).

Příčina vzniku duševního onemocnění je kombinací několika faktorů, jako jsou biologické (genetické, vrozené), různá organická poranění mozku (následky autonehod), svou roli také hraje výchova, sociální podpora a stimulace. Doposud není známo, nakolik je vznik podmíněn a jedinec disponuje vrozenými předpoklady či se duševní onemocnění objevují sekundárně při atacích jiných onemocnění. Lze říci, že každý člověk disponuje různou měrou zranitelnosti neboli frustrační tolerancí, a na této míře je schopen zvládat stres, který na něho působí. Zároveň každý člověk disponuje určitou predispozicí k duševním onemocněním. Předem není u nikoho jasné, do jaké míry je ohrožen, či nikoliv. Existuje diskuse o kouření marihuany, či navštěvování diskoték/ akcí se stroboskopy, které mohou vznik onemocnění podpořit.

1.2. Vybraná duševní onemocnění

Mezi nejčastější duševní onemocnění podle WHO patří zejména deprese, bipolární porucha osobnosti, schizofrenie a jiné psychózy, poruchy osobnosti. Zaměřím se hlavně na ta onemocnění, s nimiž se setkávám ve své práci a často se s nimi setkávají i peer konzultanti.

1.2.1. Schizofrenie

Duševní nemoc jménem schizofrenie řadíme do skupiny duševních onemocnění zvaných psychózy, kam vedle schizofrenie patří i bipolární porucha osobnosti, také známá jako maniodepresivní psychóza, smíšená psychóza, či laktační psychóza. Etymologicky slovo schizofrenie pochází ze spojení svou řeckých slov *schizein* a *frén*, přeloženo do českého jazyka znamenají tato slova „rozštěpení duše.“ Termín rozštěpené duše vznikl patrně na základě přesvědčení, že typickým projevem tohoto onemocnění je rozdvojení, rozštěpení osobnosti. Tato představa je již přežitá, avšak v povědomí laické veřejnosti stále přetrvává a je zdrojem strachu a obav z lidí postižených touto poruchou.

Schizofrenie je tzv. multifaktoriální onemocnění, tedy, že na jeho vzniku se podílí různý počet bio-psychosociálních vlivů. Aby byla terapie schizofrenie maximálně účinná, musí být komplexní, zahrnovat fragmenty z biologického, psychosociálního spektra (Jarolímek, 2006). Mezi nepostradatelnou část léčby patří nezbytně farmakologická léčba pomocí tzv. psychofarmak, jejichž funkce je mimo jiné normalizovat nevyvážené rozložení neurotransmiterů v mozku. Nejčastěji se při diagnóze schizofrenie předepisují neuroleptika, též antipsychotika, jež mají u nemocného mírnit projevy onemocnění a tím zlepšit jeho fungování ve společnosti a péči o sebe sama.

Projevy schizofrenie se rozdělují do dvou základních skupin – pozitivní příznaky a negativní příznaky schizofrenie. Do kategorie pozitivních příznaků zařazujeme například bludy a halucinace, dezorganizovanou neboli překotnou smysl nedávající řeč, a neúčelné, roztržité chování.

Bludy jsou falešné představy, mylná či chorobná přesvědčení, která jsou podle dotyčného naprosto pravdivá a nedokáže je oddělit od reality, ani při pádných argumentech. U nemocného se mohou vytvářet paranoidní bludy, projevující se

nedůvěrou k lidem, společnosti, pocity spiknutí proti jeho osobě. Dále se mohou vyskytovat bludy depresivní s pocity méněcennosti, ztráty smyslu po životě, bludy o mimořádných a schopnostech, či jiné.

Halucinace jsou produktem zkresleného vnímání reality jedince, též je můžeme nazývat jako vjemy bez existujícího podkladu. Halucinace se dají často zaměnit s pojmem iluze. Avšak iluze se od halucinace liší tím, že staví na reálném základu. Pro názornost si můžeme uvést příklad. Pokud jdete v noci sám/sama parkem, máte strach, který podněcuje zvuky, které pak vnímáte jako ohrožení, jde o iluzi. A to z důvodu, že máte buď vy, nebo váš známí, ať už osobní, či přenesenou zkušenost s nebezpečím přepadení, či znásilnění v takovýchto situacích. Halucinace oproti tomu znamená vjem hlasů v prázdné místnosti, či hlasy vycházející z hlavy jedince. V praxi se lze nejčastěji setkat s akustickými halucinacemi projevující se tóny, pískáním, ranami až po slyšení slov a celých vět. Věty mohou mít formu zákazů a příkazů, dokonce může docházet k výskytu vícero hlasů jež mohou být v konfliktu mezi sebou. Nemocní též popisují halucinace vizuální, kdy spatřují záblesky, celé lidské či zvířecí postavy, krajiny, bortící se stěny, aj. Nezřídka se setkávají i s tělesnými projevy halucinací ve formě pocitu štípání, lechtání, pohyby orgánů nebo cizích předmětů v těle.

Pozitivní projevy schizofrenie mohou často zásadně ovlivnit vnímání reality jedince, jehož osobnost je tak postižena v jeho nejpodstatnějších funkcích, díky nim je zdravý jedinec schopen vnímat svou autonomii a jedinečnost.

Výše jsme zmínili dvojí dělení projevů schizofrenie. Druhou možnou množinou projevů schizofrenie jsou tzv. negativní příznaky. Označení negativní odkazují na fakt, že se něčeho danému jedinci nedostává. Řadíme sem například poruchy myšlení, které se zpravidla jeví jako inkoherentní, nedávající smysl a velmi vzdáleně na sebe navazující, nepřiměřenou afektivitu, a především emoční oploštělost. Všechny tyto projevy jsou v zásadě způsobené až absencí schopnosti jedince třídit informace a soustředit se na podstatné. Paradoxně mají pro jedince značný význam informace zcela okrajové, což zapříčiňuje nespojitelné, nepřesné a pro okolí těžko pochopitelné vyjádření.

Mezi hlavní negativní příznaky schizofrenie bychom ještě měli zařadit hypobuli, neschopnost člověka jednat cílevědomě v důsledku oslabení vůle.

Okolím je tento projev vnímán jako negativismus či lenost a ztrácí často tak pro jedince pochopení a dochází proto k nadměrné kritice ze strany okolí, což může negativně působit na jedince a způsobit tak další relaps.

1.2.2. Bipolární afektivní porucha

Bipolární afektivní porucha, dříve známá jako maniodepresivní psychóza je biologicky způsobené psychické onemocnění. Mluvíme o něm jako o rekurentním, tedy znovu se vyskytujícím, opakujícím se onemocnění. V podstatě se jedná o celoživotní závažné duševní onemocnění, kterým trpí jeden až dva lidé ze sta. Onemocnění se projevuje přibližně kolem 20. roku života člověka, avšak k jeho rozpoznání dochází často až o několik let později. Bipolární afektivní porucha (dále jen BAP) je charakterizovaná poruchami nálady, depresemi a mániemi (či smíšenými stavy). U jedince s diagnózou BAP se během života vyskytují období s poruchami nálad a tzv. mezidobí, které je zpravidla bezpříznakové. Manické fáze se objevují zpravidla náhle a trvají od dvou týdnů až po čtyři měsíce, depresivní fáze v průměru trvají šest měsíců, poté následuje bezpříznakové mezidobí. Bipolární afektivní porucha by mohla být v některých případech zaměněna za periodickou depresivní poruchu, nicméně od ní ji odlišuje výskyt alespoň jedné manické či hypomanické fáze (Látalová, 2010).

Depresivní fáze/epizoda je charakterizována nejméně dvěma týdny přetrvávajících příznaků deprese, jimiž jsou, patologicky smutná nálada, „prázdná nálada“, ztráta perspektivy, bezradná nálada projevující se sníženou schopností rozhodovat se, apatie až neschopnost jakékoliv činnosti, často se snoubí s depresivními představami, bludy. Existuje zde vysoké riziko sebepoškození a suicidálních sklónů.

Manická fáze/epizoda je charakterizována alespoň jedním týdnem s projevy mánie. Těmito projevy mohou být zvýšená euforická až nepřiměřeně veselá nálada, zrychlené myšlení a mluva, zvýšená aktivita projevující se neúčelnými až patologickými činnostmi: přeceňováním vlastních schopností, zvýšenou sebedůvěrou, ztrátou sociálních zábrán, sebedestruktivním, vyhledávání rizikových situací a „dobrodružství“, experimentování s požíváním návykových látek, výrazně snížená potřeba spánku vedoucí k vyčerpání organismu, a další.

Smíšenou fázi/epizodou nazýváme období, které je charakterizováno přítomností obou příznaků, střídajících se v rámci dní až hodin. Celkově můžeme říci, že bipolární afektivní porucha je vleklé onemocnění, ovlivňující celý život nemocného a jeho rodiny. Zásadním klíčem pro podchycení tohoto onemocnění a tím ulehčení života nemocného je minimalizace jejích dopadů a dlouhodobá léčba, která je velice náročná v důsledku právě procesu střídání se dvou na léčbu rozdílných epizod.

Národní ústav duševního zdraví se problematikou bipolární afektivní poruchou aktivně zabývá od roku 2017 ve své studii s názvem **AKTIBIPO400**. Zmíněná studie si klade za cíl detekovat faktory, které budou schopny spolehlivě předvídat opětovné vzplanutí mánie či deprese u pacienta a tím tak výrazně snížit riziko návratu do psychiatrického zařízení. Dílčím cílem je pomocí technologií 21.století vyvinout účinný systém pro kontrolu bipolární afektivní poruchy. Studie se může zúčastnit jedinec, kterému byla stanovena psychiatrická diagnóza bipolární afektivní poruchy, zároveň vlastní či je schopen si pořídit smartphone s operačním systémem Android 4,3 či operačním systémem iOS pro Apple, který bude moci spárovat s fitness náramkem, který je onou klíčovou technologií, která zaštiťuje tento výzkum. Celková délka studie u jednoho dobrovolníka trvá 18 měsíců, během níž nosí na zápěstí zkoumaná osoba fitness náramek detekující změny spánku, které bývají varovným signálem při relapsu. Data jsou pomocí tohoto náramku a mobilní aplikace bezdrátově přenesena do databáze Národního ústavu duševního zdraví, kde jsou vyhodnocena. Součástí studie je občasné vyplnění cca dvouminutového dotazníku pomocí mobilní aplikace. Tento dotazník se týká především pocitů, provázejících po dobu studie, sledování spokojenosti zkoumané osoby, zároveň udržuje zkoumaného v kontaktu s Národním ústavem duševního zdraví. Měsíčně pak probíhá telefonické dotazování, pro zjištění aktuálního stavu. Studie si z dosažených poznatků slibuje identifikaci specifických charakteristik sloužících jako predikce relapsu, prozatím na individuální úrovni (Národní ústav duševního zdraví, 2017).

1.2.3. Generalizovaná úzkostná porucha

Generalizovaná úzkostná porucha je duševní onemocnění, projevující se nadměrným zaobíráním se starostmi, stresujícími myšlenkami, týkajícím se všeobecných denních záležitostí. Na rozdíl od klasických starostí všedního dne, které zasahují každého z nás, má generalizovaná úzkostná porucha patologický charakter. Vede k celkovému tělesnému vyčerpání organismu, nepříjemným tělesným pocitům, jakými jsou závratě, bušení srdce, neklid, roztěkanost, brnění končetin, neklidný, trhaný, přeučovaný spánek, potíže s polykáním jídla, zkrácený dech až lapání po dechu. Jedinec trpí starostmi v nadměrné míře, kterou není schopen sám regulovat. Jedná se o jednu z nečastějších psychických poruch.

Úzkost je pro lidský organismus zcela normální, pomáhá mobilizovat síly v případě nebezpečí, od kterého je třeba utéct, na které je třeba adekvátně zareagovat. Pro tělo je tento proces velice vyčerpávající a trvá zpravidla velice krátkou dobu, než začnou fungovat copingové strategie člověka, situace se sama přežene. Historie lidská je protkaná pudem po přežití a zachování rodu, tento obranný mechanismus fungoval v souladu právě s tímto cílem. Problém nastává u úzkostných poruch, u kterých se úzkostné stavy opakují v častější míře s mnohem silnější intenzitou a na situace tomu neadekvátní. Generalizovaná úzkostná porucha začíná na podkladě dlouhotrvajícího až chronického stresu. Často pramení ze vztahových stresorů – rozvod či odloučení rodičů, absence jednoho z rodičů, rodinné, mezigenerační konflikty, nevěra, odchod dítěte, dále zde figurují pracovní a výkonné stresory – workoholismus, přetěžování vlastních sil, nízký příjem, nepřátelský pracovní kolektiv, nespravedlnost v ocenění a ohodnocení za pracovní úkon, nepřiměřené pracovní podmínky.

1.2.4. Obsedantně kompulzivní porucha

Obsedantně – kompulzivní porucha (dále jen OCD) je spojená s opakovaně vtíravými myšlenkami a nutkavými činy patří mezi neurotické poruchy, obdobně jako výše zmíněné fobie a úzkosti. Projevy OCD, jak bylo zmíněno výše, jsou vtíravé, obtěžující vtíravé myšlenky tzv. obsese, vedoucí k značné psychické nepohodě nemocného, pocitům, že se stane něco s katastrofickými následky, pokud nebude včas neutralizována. Téma těchto obsesí se různí, mohou to být infekce, onemocnění sebe nebo blízkých, strach z vyhoření, vykradení, a další. Obavy se

nemocný snaží doslova neutralizovat kompulzemi – nesmyslné, nutkavé opakování určitých pohybů či jednání, stereotypní myšlení, které jsou nad volní kontrolou jedince. Kompulze zmírní obsesí vzniklý neklid, však na přechodnou dobu, za nedlouho se objeví další či ta samá obsese a s ní další kompulze.

Obsesí míníme mimovolní opakující se neodbytnou myšlenku, představu, pro jejíž spuštění existuje celá řada situací – od podání ruky s cizí osobou, dotyku kontaminovaného místa či po pohled na ostrý předmět. U obsese vnímá nemocný vtíravé myšlenky na své vlastní, na rozdíl od schizofrenie, jež jsou vnímány někým jiným implantované. Mají podobu rouhavých, nemravných, úzkostných myšlenek, vyvolávají u nemocného pocity ohrožení a mohou být až agresivního rázu. Pro diagnostikování OCD je nutné, aby tyto vtíravé myšlenky přetrvávaly u jedince alespoň dva týdny (Praško, Prašková 2008).

„Kláře je 19 let. V posledních třech letech u ní postupně narůstal strach dotknout se kliky u dveří, podat si ruku s jiným člověkem, držet se madla v dopravních prostředcích. Získala přesvědčení, že se může nakazit infekcí, těžce onemocnět, navíc nakazit své rodiče a sestru. Proto se snaží vyhýbat všem těmto situacím, a když není vyhnutí, dlouze si pak umývá ruce až po lokty, poté je dezinfikuje Ajatinem. V koupelně tráví 3–4 hodiny denně. Vždy po umytí musí kohoutky důkladně postříkat vodou a opláchnout Ajatinem, protože se jich předtím dotýkala »znečištěnými« rukama“ (in Praško, Prašková, 2008).

Neutralizačním činidlem pro vzniklý nepříjemný pocit je *kompulze*, nutkavé chování, které nemocný OCD vykonává a zpravidla si neuvědomuje nesmyslnost svého počínání. Nepříjemné pocity mizí ve chvíli, kdy je vykonán daný rituál. Kompulze můžeme rozdělit do dvou skupin, *nápravné* – umývání rukou, dezinfekce pracovních ploch, čištění znečištěných ploch (mytí kliky po návštěvě cizí osoby) a *ujišťující* – například opakovaná kontrola zamčených dveří.

„Bára si opakovaně a důkladně umývala ruce, aby se zbavila znečištění bakteriemi. Mytí prováděla pokaždé podle přesného rituálu: sedmkrát bez mýdla a sedmkrát s mýdlem“ (in Praško, Prašková, 2008).

1.3. Mýty a stigmata o duševním onemocnění

Mýty provázejí společnost lidí celou její historií, vždy se v ní totiž najde skupina odlišná té majoritní, vůči které se ona majorita *musí* vymezit a zároveň vytvořit, co nejjednodušší, nejstručnější popis pro vymezení odlišnosti minority. Mýty vytvářejí prostor pro nálepkování, pro stigmata, která na svých bedrech musí jedinec nést. V následující kapitole budou přiblíženy mýty a stigmata, která provází téma duševního onemocnění.

Mýty vypráví lidem o světě, jak vznikl, jak to v něm chodí. Zároveň je spojen se strachem z neznámého, jedincem neporozuměného a funguje na základě lidské představivosti a symbolice. Tedy, pro potřebu této diplomové práce lze říci, že mýty o duševním onemocnění vznikají na podkladu zakořeněného strachu z neznáma, které protkává duševní onemocnění a zároveň je pro člověka důležité uspokojení potřeby po jistotě a vědomí vysvětlení jevů kolem něho – vznikne mýtus, který velice zjednodušeně popíše stav zvaný duševní onemocnění.

Mýty o duševním onemocnění pocházejí z minimální až nulové znalosti psychiatrického minima a zároveň jsou podporovány médii, která vykresluje duševně nemocného člověka jako sobě a okolí nebezpečnou osobu, dychtící po násilí a agresi. Takovéto mýty pak putují napříč generacemi. Kde člověk nemá osobní zkušenost, přichází na řadu představivost, a v souvislosti s nemocemi duše je značná. Mezi ve společnosti nejrozšířenější mýty patří kromě zvýšené agrese nemocných i domnění, že lidé trpící duševním onemocněním nemohou vést produktivní život, nedokáží adekvátně fungovat ve společnosti.

Stigmata byla dřív spojována ukřižováním Ježíše Krista, jednalo se o krvácející rány na hlavě, dlaních a objevovala se u ortodoxně věřících lidí. Tito lidé byli svým okolím uctívání a zbožňování, protože byli ukázkou doteku Bohem. V současné době je mezi lidmi stigma spojováno s negativní charakteristikou. Stigma duševní nemoci spojeno s méněcenností a nerovností nemocného ve zdravé populaci, projevující se chladným, neuctivým postojem. Stigmatizace značně snižuje sebedůvěru a vede k vysoké míře strachu a stresu, nutí nemocného stranit se společenskému kontaktu, podvolit se veřejnému mínění „normální“ populace. Dochází tak k ostrakizaci duševně nemocných a vyřazení ze společenského života,

což má za následek ztížený přístup ke službám, pracovnímu trhu, společenskému životu (Kolková, 2011).

1.4. Diskriminace lidí s duševním onemocněním

Slovo diskriminace pochází z latinského *discriminare*, v překladu do českého jazyka znamená *odlišovat, rozlišovat*. Diskriminace znamená znevýhodnění z určitých diskriminačních důvodů oproti někomu jinému, tedy odlišné zacházení s jednotlivcem, skupinou, komunitou, které je motivované jejich odlišností (Faltová & Zunt, 2008).

Z důvodů předsudků ve společnosti vůči osobám s duševním onemocněním dochází k diskriminaci téměř ve všech oblastech života – zdravotní péče, bydlení, pracovní trh, každodenních záležitostech, jakými jsou nakupování, využívání finančních služeb, jednání s úřady. Nemožnost získání práce vede k chudobě, nerovnost v poskytování zdravotní péče vede k prohloubení nemoc či podcenění jiného závažného onemocnění, problematika bydlení může v konečném důsledku vést k úplné ztrátě bydlení. V oblasti duševního onemocnění představuje diskriminace i ponižujícímu jednání až zneužívání.

1.4.1. Diskriminace v občanském společenském životě

Duševní nemoc se pro nemocného stává značnou překážkou v občanskoprávním životě. Duševně nemocní automaticky spadá do kategorie rizikových osob, nehledě na skutečnou míru jeho ohrožení vůči okolí, v případě svědectví u soudu je jejich výpověď automaticky zpochybnován, často přichází i řídicí průkaz, v případě cestovního pojištění je též zhodnocován duševní stav¹, problémovou se stává i situace vlastnictví majetku (Thornicroft, 2011).

Hlavní tok informací ohledně znalostí a postojů k duševnímu onemocnění k nám putuje z médií, která problematiku diskriminace osob s duševním onemocněním ve společnosti výrazně zvyšuje. Média mají možnost při sdělování vybraných témat jisté fragmenty zdůraznit či naopak výrazně potlačit, tzv. mají

¹ Pojišťovny mají zpravidla paušální zákaz uzavření pojištění – zdravotní, cestovní pro lidi s duševním onemocněním, veškeré psychiatrické poruchy jsou z pojistky vyňaty. Nově od roku 2016 ku příležitosti Světového dne duševního zdraví vyhlásila společnost AXA ČR destigmatizační kampaň, kdy odstranila z pojištění tento plošný zákaz.

schopnost zasadit se do veřejného diskursu společnosti a nastavit úhel pohledu pro vybraná témata. Ve sdělovacích prostředcích bývají lidé s duševním onemocněním vyobrazováni v kontextu násilí a agrese, je zdůrazňována kriminalita duševně nemocných. „Zobrazování lidí s duševním onemocněním v tiskových médiích je ve většině případů negativní, přehnané a neodpovídá realitě“ (Thornicroft, 2011, s. 134).

1.4.2. Diskriminace v oblasti práce a financí

Práce je pro člověka důležitá, udává strukturu všedního dne, motivuje k výkonům, přináší ocenění za provedenou činnost, zprostředkovává kontakty a sociální interakci, přináší pocit smysluplnosti, sebeurčení, znamená pro člověka místo, kde ví „čím je“. Neméně důležitý je pro osoby s duševním onemocněním. Význam práce je klíčový při sociální rehabilitaci.

„Vy už nikdy nebudete schopni zastávat žádnou práci,“ jsou stále často věty, které si duševně nemocný od lékaře vyslechne, zároveň představa hledání práce se řadí mezi ty, o nichž si lidé s duševním onemocněním myslí, že je bezvýsledné. Hledání a následné udržení si zaměstnání je pro osoby s duševní diagnózou náročné. Řada nemocných se z pracovní pozice vyřadí sama svou upřímností, tím, že potencionálnímu zaměstnavateli sdělí informaci o své psychiatrické diagnóze. Tyto informace plynou z vlastní zkušenosti z pozice pracovního konzultanta.

Listina základních práv a svobod v čl. 26 odst.3 říká, že každý má právo získávat prostředky pro své životní potřeby prací, zároveň podle zákona č. 435/2004 Sb. O zaměstnanosti jsou zaměstnavatelé s více než 25 zaměstnanci povinni zaměstnávat osoby se zdravotním postižením (lidé s duševním onemocněním patří do skupiny osob se zdravotním postižením) ve výši povinného podílu 4 %. Řada zaměstnavatelů však využívá možnosti v tomto zákoně tak, že tyto povinná 4 % plní odebíráním výrobků a využívání služeb či zadáváním zakázek chráněným pracovištím.

Nalezení vhodného pracoviště je poloviční úspěch, důležité je si nalezené místo udržet. Osoby, které se rozhodly svou psychiatrickou diagnózu zatajit, fungují pod tlakem strachu z prozrazení a jeho následků, což vede k vysoké míře

stresu, která může zapříčinit relaps. Nejvhodnější se tedy jeví upřímnost na pracovním poli, avšak reakce kolektivu mohou být různé, od odmítání a vyhybavého chování až k projevu sounáležitosti a podpory (Thornicroft, 2011). Nutno vzít na vědomí samotný průběh duševních onemocnění. Pod vlivem farmakologie mohou být nemocní unavení, apatičtí, což může u zaměstnavatele a kolegů působit jako lenost. Zároveň je problematické udržet si denní pracovní režim na 100 %. Dochází k častějším absencím a pozdním příchodům, což působí problémy zejména na pracovišti, kde nevědí o duševním onemocnění daného jedince.

V kontextu diskriminace v zaměstnávání osob s duševním onemocněním bych ráda zmínila *příklad dobré praxe organizace Fokus Praha*, která pracuje systémem *Individul Placement and Support*, zkráceně IPS. Model IPS stojí na osmi základních principech: a) služba je dostupná všem, kteří mají zájem; b) cílem IPS je zpřístupnit cestu na otevřený trh práce; c) pracovní rehabilitace je provázána se zdravotně-sociálními službami; d) služba se orientuje na přání a cíle klienta; e) pracovní konzultant individuálně plánuje a poskytuje platformu pro informované rozhodnutí klienta; f) cílem je co nejrychlejší nalezení pracovní pozice; g) náplní pracovního konzultanta je systematická péče o zaměstnavatele, rozvoj a navazování vztahů se stálými i budoucími zaměstnavateli; h) klient má garanci kontinuální péče na pracovišti i mimo něj (Kondrátová, Winkler, 2017).

1.4.3. Diskriminace profesionály

Navzdory vzdělávání budoucích lékařů a pracovníků ve zdravotnictví v oblasti duševního zdraví může z jejich strany docházet k nerovnocennému přístupu. Ačkoliv jsou vysoce vzdělaní, přinášejí si ze svých rodin názory na různá témata, včetně duševních onemocnění.

Při lékařské prohlídce často mají tendence nadřazovat psychiatrickou diagnózu nad symptomy jiných nemocí, které nemocný udává. „*Často mě trápí problémy se žaludkem. Vždy jsem měla citlivý žaludek. Když jsem se snažila, aby mi můj lékař pomohl, řekl mi: To je vaší depresí nebo vaší fobií. Nejsem hloupá a velmi dobře poznám rozdíl mezi bolestí žaludku a příznaky mé fobie*“ (Mindset, 2018, online). Jinými příčinami diskriminace může být obava z nepředvídatelnosti

chování u psychiatrických pacientů, především obava z případného hrozícího nebezpečí, což vytváří odstup ze strany lékařů. Jako prevence proti podobnému přístupu se jeví propracovanější psychiatrické vzdělání a nejlépe alespoň sebezkušenostní část psychoterapeutického výcviku, což se zároveň jeví jako utopická vize.

2. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním

Následující kapitola je věnována definování sociální práce, především pak na specifika sociální práce v oblasti duševního zdraví, metodám práce s lidmi s duševním onemocněním.

2.1. Sociální práce

Sociální práci je obor, který je zaměřen na podporu sociálních změn, řešení konfliktů v mezilidských vztazích, na posílení a osvobození lidí za účelem naplnění jejich osobního blaha a zasahuje tam, kde se lidé dostávají do kontaktu se svým prostředím. Klíčovými body pro ni jsou principy lidských práv a společenské spravedlnosti (Sveřepa, 2005).

Podle Matouška (2008) je sociální práce nejen společenskovední disciplína, zároveň je to praktická činnost, podléhající náročné odborné přípravě, s širokou škálou znalostí, praktických dovedností, v neposlední řadě etických hodnot a postojů. Cílem sociální práce je odhalovat, zmiňovat, vysvětlovat a řešit sociální problémy ve společnosti. Opírá se o společenskou solidaritu a pak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu. Míra působení sociálního pracovníka je dána zaměřením na určitou cílovou skupinu obyvatelstva, především však na principy a poslání konkrétní organizace, ve které sociální pracovník působí. Pro výkon sociální práce jsou dány kvalifikační požadavky zákonem č.108/2006 Sb. o sociálních službách a probíhá na úrovni státních organizací, jimiž jsou úřady práce, orgány sociální ochrany dětí, úřady státní sociální podpory aj. Dále probíhá na úrovni nestátních neziskových organizací, zaměřených na konkrétní problematiku a cílovou skupinu a stojících na principu subsidiarity. Tedy, že východiskem sociální politiky je člověk, jako individuální osobnost se specifickými vlastnostmi, které má právo využívat a rozvíjet na takové úrovni, aby byl schopen si sám, či s minimální pomocí zabezpečit přijatelné sociální podmínky.

Sociální práce je mezioborová činnost, důvodem je zajištění její kvality. Aby mohla být prováděna na co nejlepší úrovni, musí docházet k mezioborové komunikaci se zdravotníky, lékaři, pracovníky sociálních službách, policisty,

advokáty, duchovními, politiky, a to především na komunální úrovni. Jak je komunikace úspěšná záleží ve velké míře na prestiži sociální práce ve společnosti laické i veřejné. Dostatečná prestiž a jméno sociální práce je jednou s nevyhnutelných součástí aktivit sociálních pracovníků. Ti by měli být schopni reflektovat svou činnost veřejnosti, objasnit a vysvětlit klíčové pilíře sociální práce, získat si důvěru. Kromě pomoci jednotlivcům, skupinám, rodinám atd., dosáhnout adekvátní způsobilosti a zplnomocnění k sociálnímu uplatnění, pomáhá sociální práce vytvářet společensky příznivé podmínky pro tento cíl. S tím souvisí právě zmíněná prestiž. Ta usnadňuje komunikaci, umožňuje získat zdroje, pomáhá bořit stereotypy o sociální práci, vyzdvihuje její důležitost a nepostradatelnost ve společnosti. V neposlední řadě umožňuje aktivně a úspěšně se zasazovat o zlepšování podmínek ve společnosti a cílit k hlavnímu úkolu sociální práce, kterým je podle Etického kodexu sociálních pracovníků následující: „... upozorňovat širokou veřejnost a příslušné orgány na případy porušování zákonů a oprávněných zájmů občanů, zasazovat se o zlepšení sociálních podmínek a zvyšování sociální spravedlnosti tím, že podněcuje změny v zákonech, v politice státu i v politice mezinárodní ... působit na rozšíření možností a příležitostí ke zlepšení kvality života pro všechny osoby, a to se zvláštním zřetelem ke znevýhodněným a postiženým jedincům a skupinám ...“ (Etický kodex sociálních pracovníků České republiky, bod 2.5).

2.2. Specifika sociální práce s osobami s duševním onemocněním

Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním bezesporu vyžaduje vysokou míru psychické odolnosti, upřímný a empatický přístup ke klientovi, v neposlední řadě, erudovanost v oblasti psychopatologie – psychiatrického minima.

V následující kapitole uvedu jednotlivá specifika vyskytující se v oblasti péče o osoby s duševním onemocněním, mezi které řadíme například multidisciplinární tým, CARE, case management a také přístup k práci s duševním onemocněním zvaný recovery, který bude podrobněji v následující kapitole. Dále obsahuje informace k reformě psychiatrické péče, kterou považuji za nezbytné v této diplomové práci přiblížit.

2.2.1 Multidisciplinární tým

Duševní onemocnění zasahuje do všech aspektů lidského života. Nalezení cesty k uzdravě je náročný, individuální, komplexní proces. Proto je nutné zapojit do procesu uzdravení množství odborníků z rozdílných profesí úzce spolupracujících k zajištění komplexní a koordinované péče. Sociální práce se tedy zakládá na aktivní mezioborové spolupráci. Proto se jí budu v této kapitole věnovat podrobně a popíši roli jednotlivých členů.

Jak bylo řečeno výše, cílem multidisciplinárního týmu je koordinována komplexní péče zaměřená na klienta jako individualitu se specifickými rysy. Principem takovýchto týmů je sdílení klientů, pravidelné předávání informací, koordinace služeb, společné plánování psychosociální rehabilitace klienta, sladění terapie a psychofarmakologie. Multidisciplinární tým může fungovat v rámci jedné organizace. Pro příklad můžeme uvést Fokus Praha z.ú. Zde existuje multidisciplinární tým, tzv. Komunitní tým, jež je složen ze sociálních pracovníků, psychiatrických sester a psychologů, dále ve spolupráci s Psychiatrickou nemocnicí Bohnice otevřeli Centrum duševního zdraví (blíže v samostatné kapitole), fungující na ryze multidisciplinárních principech. Tento tým funguje v rámci institucí. Zmínit můžeme například psychiatrické nemocnice. Dále může jít o úzkou externí mezioborovou spolupráci a setkávání se v pravidelných case multidisciplinárních týmech.

Spolupráce v multidisciplinárním týmu znamená kolektivní odpovědnost na proces úspěšné uzdravy klienta. Zodpovědní jsou všichni různě a nikdy není zodpovědnost pouze na jednom členovi z týmu. Nutná je koordinace, například psychiatrický lékař předepisuje farmaka klientovi ve spolupráci se sociálním pracovníkem, tak, aby bylo zaručeno, že klient bude schopen si danou léčbu finančně dovolit. Jednotliví členové tedy nemají primárně zodpovědnost za klienta, na toho se vztahuje právo na seburčení, mají zodpovědnost za proces předávání informací, sdílení a koordinaci (Mahrová, Venglářová, 2008).

V oblasti duševního zdraví hovoříme o multidisciplinárním týmu složeném z ambulantního psychiatra, psychologa, psychoterapeuta, psychiatrických sester/bratrů, sociálních pracovníků, pracovníků v sociálních službách, peer konzultantů, případně konzultantů pro oblast práce.

Sociální pracovník má na starost sociální šetření klienta, seznámení se s přirozeným prostředím klienta, získávání relevantních informací o životní situaci klienta. Poskytuje klientovi sociálně právní poradenství: o nároku na dávky, invalidní důchod, vysvětluje možnosti zdravotní a sociální péče, možnosti zaměstnání, rehabilitace. Zplnomocňuje klienta, dodává potřebné kompetence, rozvíjí dovednosti, podporuje klienta, uplatňuje metody individuální i skupinové sociální práce. S klientem individuálně plánuje, sestavuje krizový plán, doprovází klienta při vyřizování osobních záležitostí na úřadech, podporuje komunikaci s rodinou, snaží se zaktivizovat spolupráci klienta s jeho blízkým okolím, a další. Může též zastupovat funkci fundraisera týmu, jehož náplní je pěstování vztahů se sponzory, donátory, získání materiální i nemateriální pomoci pro danou organizaci/tým.

Pracovníka v sociálních službách můžeme chápat jako prodlouženou ruku sociálních pracovníků, ve smyslu pomoci plnění individuálního plánování, například v oblasti péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, udržování čistoty, nácviku sebeobsluhy, pomoci v každodenních činnostech, pomoc při plánování stravování a úpravě jídla, plnění volnočasových aktivit (Mahrová, Venglářová, 2008).

Nedílnou součástí týmu jsou kliničtí *psychologové, psychoterapeuti*, kteří pracují s klienty v rámci individuálních či skupinových terapií. Jejich cílem je zprostředkovat klientům nové pohledy na duševní onemocnění a potíže, které přináší, pomáhají klientům pochopit a ukotvit jejich prožívání, snaží se klienta ukotvit v realitě, podávají pomocnou ruku při hledání nových cest s duševním onemocněním, mohou pomoci s praktickými nácviky komunikace s okolím, rodinou. V oblasti duševního zdraví při terapii s klienty se často používá muzikoterapie, arteterapie, dramaterapie.

Psychiatrický lékař navrhuje postup léčby, pomocí komplexního vyšetření, na jehož základě navrhuje konkrétní medikamentózní léčbu. Psychiatrický lékař má zodpovědnost za určení správné diagnózy a předpis jí určené medikaci. V současné době není ojedinělé, že též poskytuje psychoterapeutickou pomoc, což zásadně pozitivně ovlivňuje vztah mezi jím a klientem, zvyšuje efektivitu spolupráce a

v neposlední řadě pomáhá bořit obavy s psychiatrických lékařů a snižovat tak napětí způsobené nemocí.

Velkou roli v týmu hrají *psychiatrické sestry*. Jelikož jsou součástí zdravotnické péče o klienta, pomáhají mu při pravidelném užívání medikamentů. Provádí terénní zdravotní péči o klienty v jejich prostředí, edukuje klienty v oblasti farmakologie, pomáhají klientům s přípravou léku, provádí aplikaci depotních injekcí.²

V některých týmech mohou též působit peer konzultanti-pracovníci s vlastní zkušeností s duševním onemocněním. Tomuto pojmu je věnována kap. č. 4. Součástí týmu bývají také pracovní konzultanti, kteří často ve spolupráci s psychologem a sociálním pracovníkem pomáhají klientům v oblasti zaměstnávání. Poskytují informace v oblasti pracovního trhu, smluv, zaměstnávání osob zdravotně postižených, pomáhají při zprostředkování nabídky práce, komunikaci se zaměstnavateli, nácviku pracovních dovedností, též poskytují asistenci na pracovišti.

2.2.2 Case management

Metoda case management je koordinovanou činnost, zacílená na podporu klienta za účasti všech možných zdrojů. Zdroji máme na mysli rodinu, blízké okolí, profesionály v různých oborech. Pokud tým pracuje s metodou case management, platí, že za realizaci jednotlivých případů vždy zodpovídá jeden pracovník, tzv. case manager neboli klíčový pracovník. Ten je koordinátorem dílčích aktivit vedoucích ke splnění individuálního plánu s klientem.

Case management vychází z jednoduchého principu - „víc hlav, víc ví“ a je zaměřena především na budování záchranné a podpůrné sítě pro klienta. Vytváření podpůrné sítě tzv. síťování, jako hlavní prostředek metody case management je formální nebo i neformální spojování lidí, organizací a služeb, natolik propojených, že to umožňuje vzájemnou efektivní komunikaci. Účastníci spolu vzájemně sdílí informace (za předpokladu předchozího souhlasu klienta), dokumenty, znalosti a zkušenosti. Přínosem takového síťování je rychlost, předcházení zdvojování služeb, dochází i k alternativním a inovativním způsobům řešení situací klienta,

² Depotní injekce jsou dlouhodobě účinkující antipsychotika.

dochází k navozování vztahů klienta i těmi s odborníky, které by se sám neodvážil oslovit. Subjekty jsou schopny pracovat na více problémech zároveň, v neposlední řadě dochází k vytváření vztahů mezi jednotlivými subjekty podpůrné sítě, což může být přínosem pro další budoucí spolupráci (Solářová, 2013).

Mezi hlavní zásady metody case management patří zaměření se na zdravé stránky klienta namísto psychopatologického chování. Case manager cílí na hledání silných stran klienta, pojmenovává je, podporuje je a využívá je k řešení situace. Tento přístup vede k motivaci klienta svou vůli situaci řešit, pomáhá odrazit se od těchto zdravých schopností a stavět na nich svůj proces uzdravy. Intervence jsou založeny na klientově rozhodnutí. Berou na zřetel klientova přání a volbu, zásah činí case management, až v případě ohrožení klienta či přímého ohrožení jeho okolí. Platí tzv. asertivní intervencí, tedy case manager by měl mít dostatečný přehled o situaci klienta. Z tohoto důvodu se s klientem schází i mimo kancelář, a to v zařízeních a místech, kde klient tráví svůj čas, a také v jeho místě bydliště. Pro case management je styčný vztah klienta a case managera. Tento vztah má větší váhu než samotný individuální plán. Vztah buduje na základě přesvědčení, že lidé s dlouhodobým závažným duševním onemocněním se mohou měnit, učit, zlepšovat, je tedy nutné posilovat víru klienta k lepšímu, motivovat ho k odhodlání. Poslední zásadou je práce s komunitou, vnímaný jako zdroj podpory (Stuchlík, 2011).

2.2.3. Comprehensive Approach to Rehabilitation

Metodika *Comprehensive Approach to rehabilitation*, (dále CARE) byla vyvinuta v Nizozemsku v 80. letech, a jedná se o jeden z komplexních přístupů k rehabilitaci. Jejím cílem je zvýšení kvality života osob s duševním onemocněním, převzetí odpovědnosti sám za sebe a začlenění do komunity. Pro pracovníky v oblasti duševního zdraví je cenným ukazatelem, jak pracovat s klienty, aby dosáhli takové úrovně kvality života, jakou by si oni sami přáli (Hollander, Wilken, 2016). Jedná se o metodiku, která vede klienty k realizaci vlastních cílů, zvládnutí vlastních příznaků nemoci, pomáhá v komunikaci s prostředím na takové úrovni, aby nastal soulad s jejich cíli a přáními.

CARE se uplatňuje především v komunitních službách a lůžkových zařízeních pro duševně nemocné. Cílem je systematicky pracovat na dosažení cílů klientů

v duchu recovery. Výhodou této metodiky je možnost využití pro všechny klienty zažívající závažné duševní onemocnění bez ohledu na závažnost jejich potíží nebo to, v jaké fázi zotavení se právě nachází.

Základními principy CARE metodiky jsou kvalita života klienta, přítomnost, zplnomocňování a zotavení (blíže popsáno v kapitole č.3 Recovery). Jak bylo uvedeno výše, metodika byla vyvinuta s cílem podpořit osoby se závažným duševním onemocněním při dosahování životních cílů a tím tak postupně zlepšovat kvalitu jejich života. S nemocí přichází nenaplněná životní přání, pocity ztráty, pocity omezení v životě vedoucí k frustraci. Zásadním krokem pro uskutečnění úspěšného procesu Care metody je zjištění, jak klient vnímá kvalitu svého života a na základě tohoto poznání společně nalézat smysluplné aktivity zvyšující současnou kvalitu života. Ve smyslu CARE posuzujeme kvalitu života v rámci dvou domén – osobní doména, životní doména. Sebepéče, sociální vztahy řadíme mezi domény osobní. Jedná se o činnost umožňující člověku se o sebe adekvátně postarat, udržovat sociální kontakty, patří sem duševní a tělesné zdraví a dále například bezpečí – emocionální - jistota uznání jedinečnosti člověka, možnost být sám sebou, fyzické - ochrana před ohrožením, fyzickým napadením. Životní domény se rozprostírají v mnoha prostředích, ve veřejné sféře, na ulicích, obchodech, ve veřejné dopravě, na místech, kde se člověk nachází, kde žije, pracuje, kde tráví svůj volný čas a věnuje se studiu (Hollander, Wilken, 2016).

Aby byla zdravotní i sociální péče pozitivní pro klienta musí být zakotvena ve vztahu, kde jeden přijímá lidskost toho druhého. Být druhému k dispozici, je podstatou přítomnosti, druhým principem přístupu metodiky CARE. Zásadní podstatou je uznání jedinečnosti člověka i jeho utrpení, v němž zakouší osamělost a potřebuje ujištění, že na každém člověku záleží. Přítomnost souvisí s blízkostí, být druhému člověku k dispozici, neodvracet se od něho, je stavebním kamenem pro vztah. Hollander a Winkler v knize Podpora zotavení a začlenění, úvod do metodiky CARE (2016, s. 36), zmiňují základní charakteristiky principu založeném na přítomnosti:

- *„Každá lidská bytost má právo na normální život.“*
- *„Každá lidská bytost si zaslouží pomoc na své cestě za normálním životem.“*

- „Každá lidská bytost má hodnotu-dokonce i ta, která je nepříjemná, komplikovaná, trpí poruchou nebo má problémy se zákonem.“
- „Každá lidská bytost je zpravidla schopna sama za sebe činit správná rozhodnutí,“

Posledním principem, který zde bude popsán, je zplnomocňování, angl. empowerment, založené na chápání člověka plného možností, ale zároveň překážek a limitů, které však primárně nemusí jeho život ovládat. Hlavním cílem je dosáhnout u klientů schopnosti rozhodovat o sobě sám. Vede k výrazné změně postojů a uchopení vlastního života i s jeho problémy a nezdary. Jedná se o způsob, kterým uvažujeme směrem ke klientovi, tedy, že klient je zásobník možností, nikoli jen problémů, a také, že skutečně markantní změny nastávají nejen na straně klienta, ale i jeho okolí. Zplnomocnění pomáhá učit klienty vnímat lidi kolem sebe jako stejně plnohodnotné a právoplatné občany, jako je on sám, nikoli ostrakizovat se před nimi. Proces empowerment znamená posilování silných stran klienta a dodání kompetencí pro kvalitní život, má zmírnit negativní aspekty vyzdvihováním těch pozitivních. Autoři Hollander a Winkler (2006, s.45) uvádí, jak je možné pomoci hledat klientovi silné stránky. Vhodnou pomůckou může být zamření se na *nyní* a *dříve* neboli hledání silných stránek v minulosti a budoucnosti klienta:

- „*nyní*: *přání, touhy, ambice, osobní kvality, věci a činnosti přinášející potěšení, nadání, zkušenosti, motivující faktory*;
- *dříve*: *v čem člověk vytrval, odolnost, dosažené úspěchy*.“

Osobní kvality → Jsem

Vlohy, nadání a dovednosti → Umím

Silné stránky v prostředí → Mám

Zájmy, touhy a ambice → Chci

Mé znalosti a zkušenosti → Vím

Aspirace a přání jsou výrazem touhy člověka po dosažení nějakého cíle, přání pohání naši motivaci učí, čemu jsme ochotni věnovat energii. Osobní vlohy a kvality člověka můžeme dle autorů považovat za silné stránky sami o sobě. Vlohy a nadání udávají zvláštní schopnosti člověka vynikat například ve hře na hudební

nástroj, v kreativním myšlení, znalosti zoologie, či jiné. Silné stránky v prostředí reprezentují podporu a pochopení rodiny, přítomnost blízkých přátel, dobrých známých, se kterými může člověk sdílet svoje libé pocity, radosti. Znalosti a zkušenosti hovoří sami za sebe, patří sem například znalosti cizích jazyků, zkušenost práce s IT atd.

3. Recovery

V posledních několika letech se přístupu recovery přidává čím dál větší význam, v důsledku vývoje postoje k psychiatrické péči. Velká část odborníků došla k závěru, že zotavení klienta nelze podmínit pouze farmakologicky. Nemoc začíná být brána nejen jako soubor symptomů a příznaků, které je třeba za každou cenu potlačit, ale jako součást integrity člověka. Z tohoto důvodu je zapotřebí k nemoci přistupovat jinak, vnímat ji jako zážitky hluboce ovlivňující život jedince. Mohla to být nemoc, která jedinci ztížila život, mohly to být traumatické a zásadním způsobem obtížné životní osudy jedince-smrt blízkého, násilí, válka. Každá takto náročná zkušenost má dopady na kvalitu života, působí pocity bezmoci, osamění, dochází k ostrakizaci takto postižených osob. Klíčový pak nastává postoj, jak bude jedinec schopen čelit těmto tragickým událostem. Jak bude schopen nalézt smysl po životě po prožití traumatu a tím se tak navrátit do normálního života před onou tragédií. Obecněji můžeme hovořit o procesu růstu, vývoje a morálních hodnot. Pro účel této diplomové práce a v oblasti péče o duševní zdraví je pracováno s termínem *recovery* (Hollander, Wilken, 2016).

Recovery je anglický termín, který se v moderních přístupech k duševnímu onemocnění používá pro moderní přístup kladoucí důraz na kvalitu života pro osoby s duševním onemocněním. V českém překladu tento termín znamená zotavení. Na recovery je možno nahlížet ze dvou stran. Jednou z nich je klinické zotavení, chápané v psychiatrii jako výsledek, znovuoobnovení sociálního fungování jedince a návrat k normálu skrze oslabení, potlačení symptomů nemoci. U klinického zotavení je u pacienta posuzována přítomnost následujících znaků: je bez symptomů, je bez medikace, samostatně bydlí v komunitě, pracuje, sociální vztahy má na uspokojivé úrovni, je bez sociálně rušivého/patologického chování (Harding in Foitová, 2016). Aby mohl být jedinec uznán za tzv. zotaveného, musí být přítomno alespoň pět ze šesti výše vypsanych znaků. Na straně druhé stojí osobní zotavení, které lze chápat jako *hluboce osobní, jedinečný proces proměny postojů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a rolí jednotlivce. Je to způsob, jak žít spokojený, nadějeplný a přínosný život přes omezení způsobené nemocí. Recovery obsahuje uchopení nového významu a smyslu života člověka tak,*

jak tento člověk překonává katastrofické důsledky svého duševního onemocnění (Anthony in Sobotka, 2017, s. 29). Podle Marka Raginse (2013) je základním stavebním kamenem přístupu/procesu zotavení především osobní přesvědčení, že zotavení je i přes neléčitelnost nemoci možné. Aby člověk mohl dojít k zotavení, musí být připraven aktivně pracovat se svým postojem k duševnímu. Podle peer konzultantky Deeganové není proces zotavení přímočarý proces, nýbrž cesta vedoucí k zotavení lemovaná mnoha pády a opětovnými vzestupy, jejíž součástí je nevyhnutelnost přijmout skutečnost, že minulost nelze vrátit a nelze se k ní vztahovat, pokud chceme jít kupředu. (Deeganová in Faltová, 2016, s. 86). Součástí tohoto procesu je i zotavení se ze stigmatu, který je s duševním onemocněním ve společnosti těmto osobám dán. Zároveň aktivní snaha o překonání selfstigmatu, překonání následků onemocnění, učení a osobního zrání. Proces zotavení je časově náročný proces, na kterém je třeba pracovat po celý život. Základními atributy osobního zotavení jsou naděje, zplnomocnění, zodpovědnost, smysluplná životní role (Faltová, 2016, s. 15).

Naděje, jedná se o část procesu, kdy je třeba vlastní vnitřní přesvědčení, že bude tzv. lépe. V této fázi je velice důležité osoby s duševním onemocněním podporovat, být jim nablízku a dávat jim podněty, které je udržují aktivní. Atribut naděje znamená důvěřovat, že je se na co těšit, že bude lépe, mít vizi. *Zplnomocnění*, je běžně používaným pojmem v oblasti sociální práce. Tím, že pracovník svého klienta zplnomocňuje, znamená, že mu pomáhá získat dostatečné kompetence – znalosti, informace, důvěru ve svou vlastní sílu, aby byl klient svou situací, co nejvíce schopen řešit vlastními silami, případně pomocí jeho blízkého okolí. V procesu zotavení znamená „*zvládnou to sám, rozhodnu se sám*“, nést riziko, ponaučit se z vlastních chyb a mít život ve svých rukou, tedy atribut *zodpovědnost sama za sebe*. Pokud se klient v léčbě zaměří pouze na odstranění symptomů, je zde velké riziko návratu zpět do léčebny. Více než důležité je, aby začal klient využívat jemu dodané kompetence, nezaměřil se pouze na symptomy své nemoci a jejich odstranění, ale aktivně činil kroky ke zdárnému zotavení. Poslední atribut procesu zotavení, *smysluplná životní role*, je nesmírně důležitý, znamená zaujmout normální životní roli nesouvisející s nemocí. S příchodem duševního onemocnění člověk ztrácí svou životní roli – roli profesionála, manžela/manželky, kamaráda. Cílem a výsledkem recovery je pomoci znovunavrátit tyto ztracené role a opět si najít ve

světě a životě své místo, pro které je klient ochoten neustále aktivně pracovat. Jednou z takových možností může být právě činnost Peer konzultanta.

Platón řekl, že největší chybou lékařů je snaha vyléčit tělo, aniž by léčili duši. Sama medicína též operuje s pojmem *psychosomatika*, známé již ve starověkém Řecku jako spojení svou řeckých slov *psyché*, přeloženo do českého jazyka *duše*, a *soma*, znamenající *tělo*. Psychosomatika zkoumá vztahy psychickou funkcí těla a pochodů organismu. I přes tento fakt je psychiatrie stále primárně orientována na *lécit*, pomocí farmak tlumit příznaky nemoci, odstraňovat hlasy, tlumit mánie, aj. Přičemž mezi medicínským zotavit se a osobním zotavením je markantní rozdíl, a právě osobní zotavení má pro člověka s vážným duševním onemocněním rozhodující význam. Osobní zotavení znamená individuální proces, hledání nových strategií a způsobů, jak se naučit žít s vážnou nemocí, či postižením, umět se vyrovnat s jejich dopady a pracovat s nimi. Skutečný život tak zvaně „normálních“ lidí je plný stresu, překážek, zotavení znamená míru podlehnutí jejich tíži, transformace stresu do vzrušení a nových výzev.

3.1. Proces recovery

„... zotavení jako proces neustálého vyjednávání mezi vnitřními a vnějšími silami“

Ochocka a kol., 2005

Téměř nedílnou součástí procesu zotavení je zpracovávání traumatických událostí a ztrát, jež měly za následek spuštění závažného duševního onemocnění. Nemalé procento psychóz, které ve finále vedly k hospitalizaci v psychiatrické nemocnici má tzv. reaktivní charakter. Tedy, byly vyvolány vnějšími životními okolnostmi a událostmi, které jedince postihly. Dále se ukazuje, že až neuvěřitelných devadesát procent lidí zažívající psychotické epizody prožilo závažná a těžká traumata v dětství. Tento fakt potvrzuje psychoterapeutické vnímání psychóz, která považuje závažná duševní onemocnění spadající do této kategorie jako *aktivní reakci na extrémní situaci, řešení extrémních intrapsychických konfliktů jeho odštěpením* (Hudlička, 2017, přednáška). S tímto náhledem na psychotická onemocnění souvisí pohled na problematiku hlasů, které psychoterapie chápe jako integrální součást osobnosti, která je náročná, ale často zajímavá. Proč je toto pro nás důležité? Aby mohl člověk začít pracovat sám na

sobě a na svém zotavení, je potřeba znát své limity, které mohou mít svůj prapočátek právě s prožitých traumatech. Pro přijetí sebe sama, třeba i se svými hlasy je důležité naučit se s nimi jednat, mohou znamenat pokus o komunikaci, která nám ukáže směr (Hudlička, 2017).

Pokud každého jedince vnímáme jako jedinečnou a neopakovatelnou bytost, nelze očekávat, že proces zotavení bude u každého stejný. Nicméně existují obecné rysy, dá se říci i *fáze zotavení* společné pro všechny. Jsou jimi *fáze ochromení postižením, zápas s postižením, život s postižením a jako poslední fází je život přesahující postižení* (Spaniol a kol in Hollander a Winkler, 2016, s. 28). Období krize začíná akutním ochromením postižením/nemocí, zjištěním diagnózy, informováním o jejích důsledcích a životním omezením. Toto období je charakteristické vysokou zranitelností a oslabením v důsledků zápasu s nemocí, až k finálnímu smíření, které může znamenat dvojí – podlehnutí a rezignace či zpracování a následná reorientace. V procesu reorientace čerpá nemocný především z podpory okolí. Zde může významnou roli sehrát přítomnost někoho s vlastní zkušeností, který již procesem zotavení prošel. Fáze vyrovnávání se s důsledky prožitého utrpení je pro zotavení více než klíčová. Jedinec se v ní orientuje na hledání nového smyslu a možností. V této fázi je člověk otevřený přijímat nové role, zkoumá svou zranitelnost, pátrá po své identitě, tvoří svůj osobní příběh. Proces zotavení končí přijetím života s postižením, hledáním silných stránek, uvědoměním a vyrovnáním se s vlastní zranitelností a její přijetí, zapojení se do smysluplných aktivit, posilování či budování nových vztahů, přijetí a identifikace rolí – naučit se žít život, přesahující postižení (Hollander, Winkler, 2016).

Výše zmíněné fáze by v žádném případě neměly být vnímány jako striktně rigidní. Jejich průběh podléhá individualitě jedince, zároveň se někdy člověk může nacházet ve fázi reorientace v jedné oblasti a v jiné může stále zůstat ve fázi ochromení a snahy o stabilizaci. Fáze procesu se mohou různým způsobem protahovat, může dojít též ke stagnaci, která může trvat od několika dní, po několik měsíců až let. Mezi jednotlivými fázemi dochází k různým zlomovým bodům, kratším obdobím, přinášející změny ať už pozitivní, či negativní. Příčinou je i fakt, že proces zotavení probíhá ve více vrstvách života jedince - na rovině bydlení, financí, vztahů atd. Velice často se stává, že na některých rovinách je

jedinec úspěšnější, na jiných v procesu stagnuje, což může být považováno za rizikové, protože frustrace z neúspěchu nich plynoucí může vést k relapsu nemoci (Hollander, Winkler, 2016).

Úspěšné zotavení a rozvoj jedince může podpořit přítomnost pomáhajícího pracovníka, který je podle Boevickové *přítomný*, s klientem pracuje tady a teď, nenechá klienta unikat ve fantaziích, co by bylo kdyby, *vytváří prostor pro osobní příběh klienta, podporuje jeho formulaci*, tím, že nevnáší soudy, vlastní životní hodnoty, *rozeznává a podporuje klienta ve využívání jeho silných stran*, vede ho tak ke zplnomocnění, přebrání vlastní zodpovědnosti, chápání vlastní individuality, *maximálně uznává odbornost klienta založenou na vlastních zkušenostech, zaměřuje se na zmírňování utrpení, pomáhá posilovat nezávislost klienta* (Boevinková a kol in Hollander, Winkler, 2016, s. 31).

Kolektiv autorů Shepherd, Boardman a Slade (sec.cit. In Hollander, Winkler, 2016, s.31-32) formulovali tzv. Deset nejdůležitějších rad pro dobrou praxi zaměřenou na proces zotavení. Následující rady slouží jako šablona otázek, které by si každý pracovník v oboru duševního zdraví měl klást:

- Naslouchal jsem klientovi aktivně, abych mu pomohl porozumět jeho psychickým potížím?
- Pomáhal jsem klientovi nacházet a upřednostňovat jeho osobní cíle zaměřené na zotavení/recovery, ne moje profesní cíle?
- Ukázal jsem, že věřím, že klient může dosáhnout těchto cílů s využitím svých stávajících silných stránek a zdrojů?
- Uvedl jsem příklady z mé vlastní zkušenosti nebo ze zkušenosti jiných klientů, které inspirují k naději a potvrzují její důležitost?
- Věnoval jsem zvláštní pozornost těm cílům, které vyvádějí klienta z „role pacienta“ a umožňují mu obohatit život jiným?

- Upozornil jsem klienta na zdroje mimo systém služeb pro duševně nemocné – přátele, známé, organizace – klíčové pro dosažení jeho cílů?
- Podpořil jsem klientovu schopnost samostatně zvládat potíže s nemocí (poskytnutím informací, posílením strategií zvládání potíží, které se mu již osvědčily atd.)?
- Nabízel jsem klientovi při diskusi nad jeho potřebami terapeutické intervence (psychologická podpora, alternativní terapie, krizové plánování, ...), s respektem k jeho přáním kdykoli to bylo možné?
- Vyjadřovalo mé jednání po celou dobu postoj respektu k osobě klienta, touhu po rovnocenném partnerství při společné práci a ochotu „udělat něco navíc“?
- Přestože je budoucnost nejistá a mohou přijít nezdary, vytrval jsem ve vyjadřování podpory v dosažení cílů, které si klient určil, živil jsem naději a pozitivní očekávání? (Shepherd a kol. in Hollander, Winkler, 2016).

„Recovery je to, co člověk s postižením dělá, léčba je to, co dělají profesionálové, case manageři a psychoterapeuti.“

Anthony, 1991

4. Metoda peer

Stěžejní částí této diplomové práce je problematika Peer pracovníka a jeho role v organizaci. Z tohoto důvodu má tato kapitola za cíl tento klíčový pojem vymezit a přiblížit. Uvedené informace pochází z odborné literatury pro problematiku zavádění peer konzultantů do péče o duševní zdraví a z vlastní praxe z komunitního týmu Fokus.

4.1. Vymezení pojmu peer konzultant

Slovo Peer pochází z anglického jazyka a v českém jazyce doslovně vyjadřuje *osobu stejného stavu*. Ještě lépe tento pojem dokreslí jeho původ z latinského slova *par*, které lze přeložit do anglického jazyka jako *equal*, což přeloženo do českého jazyka znamená *osoba považována na stejné úrovni jako jiná, osoba rovná s ostatními ve skupině* (Faltová, 2016). Z praktického pohledu zde hovoříme o osobě, která má určité shodné charakteristiky s druhou osobou v určité oblasti, např. rodinná situace (matka, vdova, babička), školství (spolužák ve stejném věku), zdraví (onkologičtí pacienti, pacienti po ztrátě sluchu), životní zkušenosti (vysloužilý voják, osoba propuštěna z výkonu trestu odnětí svobody). V oblasti sociální práce, či zdravotnictví bychom si tento pojem mohli přeložit i jako *osoba blíže ke klientovi – uživateli služby*. Peer konzultant může díky svým vlastním zkušenostem dát pracovníkům týmu pohled „z druhé strany“ z pohledu bližšího klientům a tím tak pomoci k pevnějším vztahům mezi klienty a pracovníky služeb. V oblasti duševního zdraví, kterým se tato diplomová práce zabývá, hovoříme o osobě, která má své osobní zkušenosti s duševním onemocněním – tedy trpí duševním onemocněním.

Peer konzultant je osoba, která prošla procesem zotavení, absolvovala kurz pracovníka v sociálních službách a prošla kurzem pro peer konzultanty. Hlavním a stěžejním rozdílem mezi peer konzultantem a sociálním pracovníkem je ten, že díky tomu, že si sám prošel procesem zotavení má jiný přístup ke klientovi. Také v klientovi se často probouzí zvědavost a naděje, protože vidí, že zde existuje cesta z utrpení. Není ani ojedinělé, že klienti si často neumí o danou pomoc říct, neznají odborný jazyk, bojí se stigmatu duševní nemoci, kdy se raději uchylují k

bagatelizování svých obtíží a uzavírání se do sebe. Při spolupráci sociálního pracovníka a peer konzultanta dochází k efektivnější provázanosti a souhře, která vede až ke zkrácení doby, kdy je klient schopen svou nemoc zvládat vlastními silami, učí se zvládat sebe s ohledem na své duševní onemocnění, také dochází k lepší komunikaci mezi klientem a sociálním pracovníkem, díky pohledu zkušeného oka peer konzultanta.

4.2. Vzdělání Peer konzultanta

Samotná zkušenost osoby s duševním onemocněním je klíčovou podmínkou roli peer konzultanta, nicméně není jedinou. Pro zvládnutí profesionální role peer konzultanta musí být osoba vybavena postoji, znalostmi a dovednostmi.

Postojem rozumíme názor, připravenost k činu ve vztahu s určitým problémem nebo volbou. Zde se jako vhodným příkladem jeví Viktor Emanuel Frankl a jeho pojetí existenční analýzy, respektive tvrzení, že pokud nemůžeme změnit situaci, ve které se nacházíme – například to, že trpíme duševním onemocněním-můžeme vždy na základě naší volby změnit náš postoj k ní, využít naši zbytkovou hodnotu. Přeneseně na problematiku Peer konzultantů, fakt, že se u nich vyskytla duševní nemoc je dán a je pouze na jejich přístupu, jak se k této výzvě postaví (Frankl, 1996).

Aktivní přístup ke zvládnutí vlastní nemoci a odhodlání k zotavení je též nepostradatelnou složkou postoje. S postojem též souvisí i samotná praxe peer konzultanta, kde musí být ochoten ztotožnit se s pravidly služby, kterou daná organizace poskytuje, s návazným vzděláváním a tím také souvisejícími supervizemi a v neposlední řadě také postoj a ochota peer konzultanta k sebereflexi (Foitová, 2016).

V ideálním případě je vhodné, aby budoucí peer konzultant absolvoval stáž v organizaci, která zaměstnává pracovně zkušenějšího peer. Pod jehož vedením by absolvoval několik sezení a náslechl s klienty, rodinami klientů. Též je více než vhodné, aby byl během těchto dní účasten i týmovým poradám a případně terénní práci – návštěva pacientů v léčebnách, návštěvách u klientů v jejich domácnostech. Veškeré tyto zkušenosti napomáhají formulovat budoucí postoje v roli peer konzultanta, slabá místa či obavy v této roli.

Peer konzultant je kvalifikovaný pracovník a jako takový musí projít vzdělávacím procesem. Pro tento účel existují speciální Peer kurzy, které má v současné době nejlépe propracované česká nezisková organizace Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví a dále by měl mít splněný akreditovaný kurz pracovníka v sociálních službách.

Sama životní situace a zkušenost s duševním onemocněním není dostatečným atributem pro profesionální výkon pozice peer konzultanta. Aby se mohl stát člověk peer konzultantem, musí mít specifickou vybavenost – *postoje, znalosti, dovednosti*. Žádoucí a potřebné jsou *postoje* směřující k aktivnímu přístupu zvládat vlastní nemoc a léčbu, vlastní silné přesvědčení o možnosti funkčního zotavení u sebe samých i druhých, nezbytně nutná otevřenost ke sdílení vlastního osobního příběhu. Zároveň pro výkon pozice konzultanta v prostřední určité služby musí být jedinec ochoten akceptovat vnitřní pravidla organizace, seznámit se s etickým kodexem. Peer konzultant musí mít potřebné *znalosti* v oblasti konceptu zotavení, znát různé aspekty v jednotlivých fázích procesu. Tyto znalosti napomáhají case management týmu a ostatním pracovníkům zvažovat nabízení jednotlivých služeb organizace Pomáhá při kontaktování klienta především na obsahové bázi – předmět jednání, cílení služby, dávky, aj. (Foitová, 2016).

4.2.1. Wellness Recovery Action Plan

K nezbytným znalostem patří znalost i svého protikrizového plánu, k tomuto je velice vhodný nástroj prevence relapsu tzv. WRAP (Wellness Recovery Action Plan) – nástroj sloužící k prevenci zhoršení stavu, pocitu pohody, jedná se o dokument obsahující následující (Wrap and recovery books, 2016):

- *daily maintenance plan* (denní plán péče) – popis sebe sama ve chvíli pohody, seznam věcí/činností pro každý den, který udrží člověka v dobré náladě a stavu.
- *triggers* (spouštěče) - události vedoucí k nepříjemným pocitům nepohody, mohou to být každodenní stresové situace, které však při neopčování mohou vést k zhoršení stavu.

- *early warning signs* (včasné varovné signály) – vnitřní znamení informující o přicházejícím neklidu, jedinec by se měl naučit tyto signály číst a uvědomovat, tím tak zabránit jejich prohloubení.
- *when things are break down* (když se věci rozpadají) – seznam příznaků, které souvisejí s výrazným zhoršením stavu – dlouhotrvající špatná nálada, návrat nepříjemných hlasů.
- *crisis plan* (krizový plán) – identifikace příznaků, které jsou sdíleny s jinou osobou, který v případě jejich nástupu okamžitě poskytne potřebnou a smlouvenou pomoc, jedná se o proaktivní pokročilé preventivní jednání.

Vedle potřebných postojů a znalostí, musí disponovat peer konzultant i *dovednostmi*, především z oblasti komunikace, schopnosti vyprávět a naslouchat, navázat a ukončit kontakt s klientem. Dovedností je i držení adekvátního postupu a udržení si profesních hranic, a to i s ohledem ve vztahu konzultanta k týmu. Peer konzultant musí být schopen nesklouznout do činností ryze určených sociálním pracovníkům a terapeutům, jako je například case management, zároveň musí ustát hranice vůči klientům, nestát se pro ně kamarádem.

4.3. Implementace a role peer konzultanta týmu

Je obvyklé, že se lidé cítí bezpečně v přítomnosti osob, které vědí, čím si prochází (protože je mnohem snazší navázat kontakt, dialog s někým, kdo bude tolerantní vůči náladám, nepřekvapí ho nervózní třes rukou a neklidné rozhlížení po místnosti). Ačkoliv jsou sociální pracovníci spolupracující s osobami s duševním onemocněním nadmíru empatictí a trpěliví, může být navázání kontaktu s klientem obtížné. Klient může chovat nedůvěřivý odstup, zvláště pokud mu pracovník jejich spolupráci podmínkuje-je třeba dodržovat užívání léků, je třeba dodržovat návštěvu ambulantního psychiatra, aj. Toto jsou sice nutné podmínky, nicméně mohou znamenat pro klienta pocit odstupu a nesouladu. V tento moment nastupuje peer konzultant, most mezi klientem a sociálním pracovníkem, osoba, která napomáhá porozumět si, pochopit svět toho druhého očima, tím, že si

prošel podobným příběhem. Hlavním přínosem zapojováním peer konzultantů je především ve změně uvažování o duševní nemoci, respektive nenahlížení na ni jako tzv. neléčitelné zakletí, spíše jako na stav, který je možný překlenout, a navíc z něho načerpat cenné informace a zkušenosti. Říčan též upozorňuje na potíže, která panuje v sociální rehabilitaci a znovuzapojení do pracovního procesu osob s duševním onemocněním, a to, že naprostá většina pracovišť fungují jako chráněná místa a jedná se především o manuální činnost. V peer pracovnících je tady vize, že svým působením budou ve společnosti bořit mýty a neustálé představy o lidech s psychiatrickou diagnózou, tím, že vykonávají nemateriální plnohodnotnou práci (Říčan, 2014). Práce má pro každého člověka obrovský význam, pomáhá rozvíjet sebedůvěru, udává člověku strukturu dne. U člověka s diagnózou má navíc ten benefit naučit se zacházet s vlastní nemocí, učit se sociálním kontaktům a tím se tak opět začlenit do společnosti.

Celý koncept pochází ze zkušeností z Holandska, kde mají tento fenomén poměrně dobře zvládnutý a konceptualizovaný a peer konzultanti jsou zde součástí multidisciplinárních týmů a přímo se podílejí na péči o klienty. V České republice je zapojování a využívání peer konzultantů v práci s klienty s duševním onemocněním stále v začátcích a peer konzultant u nás funguje v rámci nestátních neziskových organizací s cílovou skupinou lidí s duševním onemocněním jako podpora v rámci následné péče.

4.3.1. Náplň práce peer konzultanta

Náplň práce Peer konzultanta závisí na roli, kterou v dané sociální službě zaujímá. Může jít o roli konzultanta pro člověka s duševním onemocněním (peer konzultant – klient), kde pomocí metody práce s životním příběhem pomáhá se zotavováním. Nebo o roli konzultanta pro rodiny a rodinné příslušníky klienta či osob s duševním onemocněním (peer konzultant – rodina, sociální okolí klienta), při které poskytuje zkušenosti s duševním onemocněním z pohledu nemocného. Pomáhá navracet či budovat komunikaci rodiny/okolí s klientem, motivuje ke spolupráci, poskytuje podporu v obtížných situacích, upevňuje a navrácí nemocí zmáhané vztahy. Poslední rolí, kterou může zastávat je role podpory týmu, kdy přináší týmu organizace zpětnou vazbu, v rámci case managementu, poskytuje pohled ze strany klienta. Zároveň i on v rámci týmu získává zpětnou vazbu a celým

tímto procesem se tak společně se sociálními pracovníky snaží zefektivnit spolupráci v péči o klienta, aktivně se účastní porad a supervizí. Nelze také zapomenout, že přítomnost Peer konzultanta v týmu je příznivá jako jedna z prevencí syndromu vyhoření, jelikož konzultant je důkazem, že zotavení se z duševního onemocnění je možné, a tudíž vyvolává v týmu silnou naději a víru ve smysl jejich práce v náročných momentech jejich práce (Foitová 2016).

Ve všeobecnosti bychom mohli říct, že náplň práce Peer konzultanta je navazování komunikace s klienty – může se jednat o schůzky v prostorách organizace, návštěva v léčebných zařízeních a či domácnostech v případě potřeby či limitů nemoci, doprovázení klienta v náročných a stresujících situacích- úřady, banky, návštěva lékaře, nákup. Jak bylo řečeno výše, pozice peer konzultanta je spíše podpůrná. Je důležité mít na paměti, že v organizaci nezastává roli sociálního pracovníka, tudíž v jeho pravomoci není tvorba individuálního/ krizového plánování s klienty, uzavírání smluv. Podrobnější informace o přípravách týmu pro přijetí peer konzultanta jeho roli a charakteristice jsou v následujících podkapitolách.

4.3.2.Příprava týmu a organizace

Vždy, když má tým/ organizaci posílit nový člen je třeba ujasnit jeho pozici- náplň práce a požadavky spojené s výkonem dané pozice-hovoříme-li o nástupu peer konzultanta, je tento proces též nezbytný, avšak odlišný. Pokud tým posiluje peer pracovník, nachází se ve dvojí roli – roli kolegy a roli odborníka na problematiku duševního onemocnění ze své vlastní zkušenosti. Aby byl tým schopen využít výhod přítomnosti peer konzultanta, je třeba ho dostatečně připravit. V praxi to znamená, že tým by měl být co nejvíce stabilní – sjednocený a ztotožněný v poslání organizace, metodice a procesu práce s klienty či komunikaci s veřejností, měl by mít efektivní a dobře fungující systém supervize a intervize. Proč? Na pole organizace vstupuje sice nový kolega, ale stále člověk s duševním onemocněním, který na svém zdraví neustále pracuje. Je třeba ujasnit a upřesnit si role, vymezit si náplň práce a odpovědnosti. Tak se napomůže k pohodovému a bez stresovému fungování celé organizace a rovněž zabrání případnému relapsu z nervového vypětí peer konzultanta.

Součástí přípravy týmu je velice vhodný týmový brainstorming ohledně požadavků a představ o pozici peer konzultanta. Z tohoto setkání by měla vzejít jasná představa o obsahu a formě spolupráce s daným peerem – zda bude vyžadována předešlá praxe, zda bude vyžadováno předchozí/ vzdělání v oboru, jaká bude hodinová dotace přímé práce s klientem a kde bude spolupráce peer a klienta probíhat, jakým způsobem bude peer konzultant zapojován do akcí pro veřejnost/ odborných konferencí/změn chodu organizace, aj. (Foitová, 2016).

Pro pozici peer konzultanta prozatím v české legislativě neexistuje žádný konkrétní ani přidružený paragraf o výkonu pozice „peer konzultant/pracovník.“ V České republice působí peer konzultant v rámci nestátních neziskových organizací poskytující služby lidem s duševním onemocněním dle zákona 108/2006 Sb. O sociálních službách, kde nastupují na pozici pracovníka v sociálních službách. Pro výkon této pozice je postačující úspěšné zakončení akreditovaného kurzu v déle 150 hodin do jednoho a půl roku od uzavření smlouvy o pracovním poměru. Jiná legislativně daná kritéria pro přijetí a výkon funkce peer konzultanta nejsou. Z tohoto důvodu je dbát velký zřetel na předchozí dohodu týmu, protože každá organizace vede práci s klienty s malými nuancemi jinak a každá organizace chce využít zkušenosti konzultanta na jiné úrovni a hloubce.

Tato nová pozice může být pro tým ne příliš dobře představitelná a mohou se v týmu odehrávat obavy a vyvstat otázky, na které si tým nedovede sám odpovědět, a to převážně z toho důvodu, že jejich zkušenost s osobami s duševním onemocněním je z pozice odborníka, který se jim snaží pomoci a najednou se má objevit někdo, kdo tuto jejich pomoc již primárně nepotřebuje, a naopak může on být tím odborníkem pro ně.

4.3.3. Nábor a zácvik peer konzultanta

V rámci předvýběrových porad týmu je základní otázkou, z jakých zdrojů budou kandidáti zváni k osobnímu pohovoru, ujasnit si kritéria, která budou pro výběru uplatňována, jak nutné bude hovořit o historii onemocnění, jakým způsobem bude v budoucnu peer konzultant pracovat se svými klienty. Peer konzultanství není již neznámou, z tohoto důvodu lze umístit inzeráty s nabídkou práce na internetové portály s volnými místy, je možné využít možnosti nástěnky

úřadu práce, vyvěšení inzerátu skrze webové stránky věnující se problematice duševního zdraví. Další z možností je oslovit bývalé, či aktuální uživatele služby, nebo oslovení spolupracujících organizací, odborníků.

Důležitými aspekty, které bez výjimky musí zaznít při přijímacím řízení jsou vlastní zkušenost s vážným duševním onemocněním v rozmezí deseti let a minimálně rok trvající stabilizovaný stav, zkušenost s hospitalizací v psychiatrické nemocnici, ochota konzultanta hovořit o vlastním životním příběhu s vážným duševním onemocněním, a především o procesu zotavení, dobré komunikační dovednosti, ochota pracovat v týmu. Budoucí peer konzultant by též měl umět pečlivě a zodpovědně zacházet se svým zdravotním stavem a kdykoliv v případě zhoršení, či jeho obav upozornit tým. Zároveň by měl mít na paměti mechanismy (např. WRAP) pomáhající stabilizovat duševní pohodu a zabránit případnému relapsu. Mezi ostatní dovednosti potřebnými k výkonu této pozice je znalost práce s PC na uživatelské úrovni (většina neziskových organizací pracuje v interních softwarech určených pro sdílenou dokumentaci klientů, je tedy nutný předpoklad k jejímu bezproblémovému užívání), předchozí pracovní zkušenosti (Foitová, 2016).

V případě úspěšného výběrového řízení přichází na řadu zapojení peer konzultanta do týmu a celkově práce s klienty organizace. Foitová upozorňuje na fakt, že příchodem peer konzultanta se v týmu naskýtá osoba, která pravděpodobně delší dobu, v důsledku svého onemocnění nepracovala, nepracovala v oblasti neziskové sféry a sociálních služeb. A především, pokud se jedná pouze jen o jednoho peer konzultanta v týmu, může na něho padnout tíha osamocení, či náročného postavení představující břemeno „je to pouze na mě“ (Foitová 2016). Zácvik nově příchozího konzultanta ve své podstatě probíhá strukturově stejně, jako se všemi nově příchozími, v průběhu zkušební doby, a především v prvním měsíci probíhá seznamování konzultanta s prostředním a kulturou organizace, s jejím posledním cíli a pravidly. Vždy je určen jeden klíčový pracovník – školitel, který po domluvě s týmem a nově příchozím kolegou sestaví individuální zaškolující/ vstupní plán. Klíčový pracovník je zde pro konzultanta i kontaktní osoba v případě jakýkoliv technických otázek. Zásadní pro dobře fungující spolupráci je nutné seznámit blíže peer konzultanta se strategií jeho pozice. Ujasnit

si témata, oblasti spolupráce s klienty. Zde je prostor pro vymezení peer konzultanta, zda existují témata, která jsou příliš osobní/ intimní pro sdílení. Prostřednictvím účasti na týmových poradách a poradách case managerů má konzultant možnost blíže a dříve uchopit systém práce s klienty a též může přijít s nápady, čím by mohl být nápomocen svým kolegům i nad rámec jejich původního očekávání.

Seznámení peer konzultanta s klienty může z počátku probíhat prostřednictvím jeho účasti na skupinových aktivitách, případně předem na webových stránkách organizace, nejlépe i popisem jeho pozice a náplní práce ve vztahu ke klientům, i sami pracovníci v case managementu a v přímé péči mohou své klienti informovat o této možnosti. Postupem času by měl být peer konzultant pozván k náslechům na schůzkách s klienti, kterou vede jejich klíčový pracovník. Cílem náslechů je osvojit techniky a nástroje rozhovoru, vedení rozhovoru, držení si profesních hranic, pomocí techniky hraní rolí s klíčovým pracovníkem, nácvik otevřeného sdílení vlastního příběhu, neudělování přímočarých osobních rad (tato dovednost je nesmírně důležitá, konzultace klienta s peer konzultantem nesmí sklouznout do převypravování osobního příběhu konzultanta, příběh slouží pouze k dokreslení sdělení). Proces zaškolení končí domluvením prvních samostatných schůzek peer konzultanta s klientem.

4.3.3. Role a náplň peer konzultanta v týmu

Základním vodítkem pro určení role člověka s vlastní zkušeností s duševní nemocí je směr, kterým je jejich práce vedena. V tomto ohledu pak můžeme rozdělit tyto základní role:

- *Peer poradce* – osoba využívající svou zkušenost s recovery procesem se službami v rámci poradenství, především v internetových poradnách. V České republice bychom mohli například zmínit web Stopstigma.cz.
- *Peer výzkumník* – osoba s vlastní zkušeností s duševní nemocí, která sama vede výzkumnou práci nebo se na ni podílí s jinými.
- *Peer konzultant* – osoba s vlastní zkušeností s duševní nemocí, na pozici plnohodnotného člena týmu ve

službách péče poskytovaným lidem s duševním onemocněním.

- *Peer lektor* – osoba, která využívá svou vlastní zkušenost se službami a recovery procesem pro lektorování budoucích profesionálů v péči v oblasti duševního zdraví (sociální pracovníci, lékaři, sestry, psychiatři) (Foitová, 2016, s. 13-15).

Peer konzultant zaujímá v týmu trojí roli s ohledem na to, v jakém vztahu se právě nachází. Ve vztahu *peer konzultant – klient* plní roli poradce pro danou problematiku. Jedná se především o doprovázející činnost, terapeutické prvky práce, podstoupení a získání nadhledu nad onemocněním. Peer konzultant dodává klientovi potřebnou motivaci a podporu a podněcuje ho k přijetí zodpovědnosti za vlastní proces zotavení. Vztah *peer konzultant – rodina/ sociální okolí klienta* znamená práci s rodinnými příslušníky na pochopení průběhu nemoci, porozumění symptomům z pohledu nemocného. Usnadňuje rodinnou i společenskou komunikaci, podporuje komunikaci o duševním onemocnění a tím tak napomáhá budovat pevný základ pro úspěšný proces zotavení klienta. Třetím a posledním vztahem je *peer konzultant – tým*, do něhož vnáší pohled z tzv. druhé strany. Poskytuje kolegům zpětnou vazbu s využitím vlastní zkušenosti. Tím tak zefektivňuje práci, napomáhá kolegům vytvářet pevnější vztahy s klienty. Je zdrojem podnětů, aktivně je zapojován do týmových porad a supervizí. Umocňuje smysluplnost práce týmu organizace, v rámci svých neziskových organizací se zapojují do destigmatizačních kampaní (Foitová, 2016, s. 13-15)

Náplň práce je odlišná podle charakteru dané služby, ve které působí, obecně lze říci, že stejně jako sociální pracovníci může peer konzultant pracovat jak v zázemí organizace, nebo v přirozeném prostředí klienta, či může docházet do prostředí kliniky, kde je klient momentálně hospitalizován. Ve spolupráci s PR organizace s vzdělávacím oddělením může peer konzultant vézt přednáškové lekce a semináře pro veřejnost, může vést zájmové a volnočasové aktivity zaměřené směrem k zotavení a selfdestigmatizaci³. Osvědčené je zapojit peer konzultanta do

³ Self-stigma – přijetí pohledu na sebe sama jako na slabého, poškozeného jedince v důsledku duševního onemocnění. Vede k stranění se ostatním, přijímání diskriminace, prohlubování osamělosti, nevíry v ostatní, především v sebe sama.

protikrizových plánů klienta, tvorby metodik, koncepcí a směrnic organizace. Nepominutelnou náplní je zápis do dokumentace klienta, zapojení se do case managementu klienta, konzultuje spolupráci s klienty, informuje pracovníky o zásadních změnách, velice nápomocným se per konzultant stává při vytváření mostu mezi lůžkovým a komunitním zařízením či domovem klienta.

Pozice peer konzultanta však může pro něho samotného přinést i rizika, svádí totiž k jistému familiárnímu vztahu, především toto riziko vnímáme z pohledu klienta na konzultanta (Foitová, 2016). Z tohoto důvodu je stejně tak, jako u ostatních pracovníků striktní dodržování a nepropuštění osobních a profesních hranic. Z tohoto důvodu i peer konzultant funguje pouze v pracovních hodinách organizace/ centra, nikoli mimo svou službu a též není přípustnou předávat klientům osobní telefonní kontakt.

5. Zkušenosti peer konzultantů organizace Fokus – empirické řešení

Následující text je věnován popisu metodologického postupu této diplomové práce.

5.1 Vymezení šetření

V současnosti se v sociální práci rozmáhá nový trend pro práci s osobami s duševním onemocněním, peer to peer metoda. Jedná se o unikátní metodu, při které je do procesu rehabilitace klienta zapojen tzv. peer konzultant, pracovník s vlastní zkušeností. Domnívám se, že je to pro mnohé sociální pracovníky neprobádaná oblast, která však stojí minimálně za povšimnutí. Toto šetření si klade za cíl poskytnout obraz o současné situaci zapojení peer konzultantů do práce s klienty, respektive zapojení peer konzultantů v organizaci Fokus, která má s touto metodou dobré zkušenosti.

5.2 Cíl šetření

Cílem empirické části mé práce je realizace kvalitativního šetření, jehož prostřednictvím popíši zkušenosti, postupy a roli peer konzultanta v organizaci Fokus.

5.3 Metody sběru a zpracování dat

Kvalitativní šetření bude probíhat prostřednictvím realizace semistrukturovaných rozhovorů vedenými s peer konzultanty organizace Fokus. Informace z absolvovaných rozhovorů budou doplněny o data získaná z metodik organizace, výročních zpráv, sborníků z konferencí, odborné literatury, a dalších.

Pro následující šetření budou použity metody jako jsou analýza dat a dokumentů, kategorizace, indukce.

5.4 Charakteristika vzorku

Výzkumný vzorek zahrnuje peer konzultanty – pracovníky organizace Fokus. Kritéria výběru respondentů byla následující: a) aktuální působení na pozici peer konzultant v organizaci Fokus; b) délka praxe na pozici peer konzultanta

alespoň 3 měsíce; c) absolvování rekvalifikačního kurzu pracovníka v sociálních službách a kurzu pro peer konzultanty.

Výzkumného šetření se účastnilo celkem šest peer konzultantů z organizace Fokus. Z celkového počtu respondentů bylo pět žen a jeden muž. Věkový průměr respondentů nelze určit důvodu nevedení respondenta. Dálka praxe na pozici peer konzultanta by se dala rozdělit do dvou skupin, jedna polovina peer konzultantů má za sebou praxi v délce 3-6 měsíců, polovina druhá 2-3 roky. Mezi předchozí zaměstnání peer konzultantů patří prodavačka, asistentka v advokátní kanceláři, peer konzultant pro jinou neziskovou organizaci, administrativa, zbylá část respondentů se k této otázce nevyjádřila. Informaci o konkrétním duševním onemocněním nesdílel žádný respondent.

5.5. Metodika šetření

Šetření pro empirickou část diplomové práce, tedy semistrukturované rozhovory bude probíhat v období březen-duben 2018, po e-mailové komunikaci s telefonickým doptáváním, které bude předem domluveno po e-mailu. Časová dotace pro jeden rozhovor v rámci e-mailové komunikace bude pět pracovních dní, pro telefonické doptávání bude nastaven časový prostor přibližně třicet minut. Emailová komunikace s telefonickým doptáváním je volena z důvodu času – peer konzultanti pracují na poloviční úvazek, zpravidla 8. a jsou ochotni poskytnout rozhovor pouze v rámci pracovní doby, což se jeví jako problematické z důvodu mé práce.

5.5 Operacionalizace

Hlavní výzkumná otázka: Jak peer konzultanti vnímají svoji roli zapojení v organizaci a při práci s klienty?

Dílčí výzkumné otázky:

DVO1: Jakým způsobem se peer podílejí na práci s klienty?

DVO1.1 Konkrétní postupy peer konzultanta.

DVO:1.2 Jaká je vytíženost peer konzultanta (hod/týden/konzultace?)

DVO2: Jakým způsobem konzultant kooperuje s týmem organizace?

DVO2.1: Jak probíhal proces zapojení konzultanta?

DVO2.2: Jaká je role peer konzultanta v týmu?

DVO2.3: Jak funguje supervize/intervize peer konzultanta?

DVO3: Jaká jsou slabá místa v metodě peer to peer metody?

DVO3.1: Jakým způsobem a jestli by šlo zefektivnit zapojení konzultanta v interakci konzultant – klient?

DVO3.2: Jakým způsobem a jestli by šlo zefektivnit zapojení konzultanta v interakci konzultant – tým?

DVO4: Jak funguje duševní hygiena u peer pracovníka?

Transformační tabulka:

Hlavní výzkumná otázka: Jaké je využití zapojení peer konzultantů ve Fokusu?		
DVO1: Jakým způsobem se peer podílejí na práci s klienty?	DVO1.1 Konkrétní postupy peer konzultanta. DVO:1.2 Jaká je vytíženost peer konzultanta (hod/týden/konzultace?)	TO3: Jaká je Vaše pracovní náplň ve Fokusu (dle smlouvy)? TO4: Můžete mi popsat Váš typický pracovní týden? (pracovní vytíženost hod/týden/konzultace) TO3: Zajímá by mne Váš pracovní postup s klientem. Bylo by možné shrnout ho v krátké typické kazuistice?
DVO2: Jakým způsobem konzultant kooperuje s týmem organizace?	DVO2.1 Jak probíhal proces zapojení konzultanta? DVO2.2 Jaká je role peer konzultanta v týmu? DVO2.3.	TO1: Jaký byl Váš začátek ve Fokusu? (proces přijetí, zapojení, kdo, školitel, vedoucí) TO2: Jaká je Vaše role v týmu? TO6: Když tápete v práci

	Jak funguje supervize/intervize peer konzultanta?	s klientem, jaké jsou Vaše možnosti konzultace?
DVO3: Jaká jsou slabá místa v metodě peer to peer metody?	DVO3.1: Jakým způsobem a jestli by šlo zefektivnit zapojení konzultanta v interakci konzultant – klient? DVO3.2: Jakým způsobem a jestli by šlo zefektivnit zapojení konzultanta v interakci konzultant – tým?	TO7: Co byste potřeboval, aby pro Vás byla spolupráce s klientem snazší, co nejefektivnější? TO8: Existuje něco, co by pro Vás mohl tým udělat, aby se Vám lepe fungovalo v organizaci?
DVO4: Jak funguje duševní hygiena u peer pracovníka?		TO9: Co Vám pomáhá k tomu, aby Vás pracovní přetížení nevrátilo zpět do klientské pozice? (supervize, školení, setkávání peer)
Doplňující závěrečná otázka TO10: Můžete uvést nějaká doporučení pro další peer konzultanty, kteří začínají?		

5.6 Etické zásady a limity šetření.

Veškeré rozhovory budou uskutečněné výlučně pro potřeby diplomové práce a nebudou použity za žádným jiným cílem. Všichni respondenti dostanou před zahájením rozhovoru informovaný souhlas, obsahující informace o důvěrnosti. Žádná získaná data nebudou zveřejněna a použita jinak než pro účely šetření diplomové práce, zároveň nebudou zveřejněna data takovým způsobem, aby bylo možno respondenta zpětně identifikovat. V neposlední řadě respondenti obdrží informaci o dobrovolnosti a možnosti účastníka rozhovoru kdykoliv od rozhovoru odstoupit. Informovaný souhlas bude předán písemnou formou. Respondenti budou tázáni neutrálně, nebudou jim sdělovány osobní, či zaujaté názory, bude ponechán prostor pro jejich vyjádření, zkušenosti a myšlenky. Účastníkům rozhovorů bude nabídnuta možnost debriefingu, tedy zpětné vazby a příležitosti informovat se o výsledcích šetření a jeho smyslu. Poslední zásadou šetření bude informování respondentů o pořizování nahrávek rozhovoru a následného přepsání uskutečněného rozhovoru, jako příloha do diplomové práce.

Hlavním limitem šetření může být nekvalitně zpracovaná metodika šetření, chybná volba metod a neřízení se metodami kvalitativního šetření. Mezi další limit lze zařadit dostupnost mezi mnou a respondenty, část kontaktovaných respondentů se nachází mimo Prahu, může být tedy náročné osobní setkání. Tomuto se lze však vyvarovat správnou organizací času nebo volbou jiného než osobního rozhovoru (e-mail, telefonicky).

6. Výsledky šetření

Následující kapitola bude věnována výsledným datům získaným z polostrukturovaných rozhovorů. Získané informace byly pro přehlednost seřazeny do jednotlivých kategorií, podle obsahu jejich sdělení. Budou zde pro dokreslení vkládány přesné citace z proběhlých rozhovorů.

6.1. Jak se k vám dostala informace o peer pozici?

Na tuto otázku respondenti odpovídali, že informace o existenci pozice takzvaného peer konzultanta se k respondentům dostala z rozličných zdrojů, zároveň na jednom se všichni shodli. Existence peer konzultanství je všechny mile překvapila a vnímají ji jako obrovský posun v psychiatrické péči o lidi s duševním onemocněním.

Dalším shodným bodem je, že předchozí pokusy o získání pracovní nabídky ztroskotaly převážně z důvodu nedostatečného vzdělání a minimálních pracovních zkušeností – velká část lidí s duševním onemocněním onemocní v období mladé dospělosti, kdy se mají připravovat na budoucí povolání, při a příchod onemocnění je v tomto zastaví. Cituji jednu z respondentek při její reakci na nalezení pozice peer konzultanta: *“ Pozice peer konzultanta „byla pro můj život stěžejní a úplný opak, co se běžně žádá na trhu práce – šlo o nabídku, kdy zdravotní problém byl hlavním požadavkem a klíčovou součástí potřebné kvalifikace.“* (Peer M.)

Jak bylo řečeno výše, informace o peer konzultantovi přicházela různě. Z tohoto důvodu nelze říci obecný závěr. Níže uvádím možné cesty, které vedli k informaci o pracovní pozici peer konzultant:

- Pozice peer konzultanta byla nalezena během „klasického“ vyhledávání pracovních nabídek na internetu v rámci pracovních portálů.
- Informace přišla z řad odborníků – peer konzultant byl informován od psychologa, případně tuto informaci v současné době přináší i někteří ambulantní psychiatři, kteří spolupracují neziskovými organizacemi zaměřenými na oblast péče o duševní zdraví.
- Práce peer konzultanta může přijít po nějakém čase spolupráce s organizací s pozice klienta. *„Nejdříve jsem začala pracovat jako klient služby*

v chráněné kavárně. O rok později přišla práce na pozici Peer k. Ve Fokusu začínal běžet projekt Multidisciplinární tým a díky tomu, jsem měla příležitost začít. Po roce, když projekt skončil si mě Fokus, jako PK nechal.“ (Peer B.)

- Informace vzešla z prostředí zaměřeného na péči o duševní zdraví, kde se sdílí různé metody práce s klienty/pacienty a je tedy zde šance pro inovativní metody a jejich sdílení. „...což vedlo k dobrovolnické práci v Národním ústavu duševního zdraví. Už není jasné odkud přišla zmínka o pozici peer konzultanta, nicméně byla natolik zajímavá a inovativní, že vedla k absolvování Základního kurzu.“ (Peer M.)

6.2. Proces zapojení peer konzultanta do týmu

Proces zaškolování je individuální záležitostí jednotlivých organizací, jakým způsobem připravuje svoje nové kolegy pro práci v týmu. Všichni respondenti se shodli na tom, že postup zaškolení a tzv. vplutí do týmu byl pozvolný a přesně tak jim to vyhovovalo a měli čas se postupně seznámit se strukturou organizace, posláním a týmem. Zároveň se všemi rozhovory linula stejná informace, že velice záleželo na tom, jaký první dojem udělal tým, jak se on postavil k novému kolegovi v pozici peer konzultanta. Téměř všichni respondenti zmínili, že jejich tým byl „*tak báječný, takže nápomocní mi byli vlastně všichni.*“ (Peer B.) Dva z mých respondentů byli v organizaci zaškoleni pracovním starším peer konzultantem, který je postupně provedl metodami práce s klienty, pomohl jim nalézt cestu jak pracovat s klienty pomocí jeho zkušeností.

Zapojování peer konzultantů do procesu práce s klienty bylo mezi respondenty relativně podobné. Probíhalo především ve spolupráci s case managerem, kdy je peer konzultanti po předchozím vytipování klientů doprovázeli na schůzkách a byl jim zde dán prostor pro představení své pozice a nabídnutí jejich osobního příběhu zotavení. Peer konzultanti byli zváni na náslechy ke svým kolegům, aby viděli, jak taková práce s klienty vypadá a mohli si tak lépe představit, jak budou pracovat s klienty oni. Posléze se peer konzultanti dostávali k samostatně vedeným schůzkám s klienti za přítomnosti case managera. Nutno dodat, že tento systém zapojování peer konzultantů do práce s klienty není obecný. Například dva z respondentů vypověděli, že nejprve docházelo k prvním schůzkám

s klienty za přítomnosti case managera, aby se vzájemně seznámili a představili, avšak poté už vedli konzultaci samostatně pouze s klientem. Četnost společných schůzek závisela často na case managerech klientů: „*Každý SP je jiný a trvalo, než si každý u mě našel něco, pro co bych mohla být přínosem právě pro klienty, se kterými SP pracuje. Některý SP to nehledal a rovnou řekl: „pojed' se mnou na schůzku“.* Když jsem na schůzce s SP, tak si držím svou roli PK tzn.“

Shrnuto lze říci, že specifické postupy peer konzultantů získávali respondenti jednak absolvováním Základního kurzu pro peer konzultanty, avšak především zkušenosti získanými spoluprací s klienty. „*Metodický postup jsem postupem dolad'ovala sama podle svých zkušeností s klienty.*“ (Peer D.)

6.3. Náplň práce a pracovní vytíženost peer konzultanta

Náplní práce peer je terénní a ambulantní práce s klienty v rámci multidisciplinárního komunitního týmu, individuální i ve skupině. Např. podpůrné a motivační rozhovory, dále konzultace osobní i telefonické, návštěvy klientů v jejich přirozeném prostředí, zprostředkování kontaktu s jinými lidmi a návaznými službami, aktivizace klientů procházkami svépomocné skupiny, nalézání aktivit pro volný čas, doprovody k lékaři, na poštu, aj. Schůzky s klienty probíhají pravidelně či jednorázově, počet klientů na pracovní den se v průměru pohybuje mezi 2-4. Pracovní doma je podle respondentů vždy na poloviční úvazek.

S tím vším v první řadě souvisí zapojení se do péče o klienta v rámci spolupráce – aktivní komunikací v týmu, sdílením informací s týmem, účastí na poradách a supervizích týmu. Stejně jako u ostatních členů týmu je náplní práce i zodpovědnost za administrativu a vedení dokumentace klientů.

Někteří respondenti mají v rámci své pozice na starosti skupiny – například hudební kroužek, recovery skupinu, rodičovské skupiny, účastní se i aktivit ostatních služeb organizace – aktivit v chráněném bydlení, center sociální rehabilitace. Práce peer konzultanta při s klienty se především opírá o myšlenku „*cesty zotavení a soběstačném fungování v komunitě.*“ (Peer M.)

Příklad z pracovního týdne jedné respondentky:

„*Moje pracovní vytíženost je dost velká s ohledem na částečný úvazek, občas je náročné vše zvládnout, zejména potřebnou administrativu. Nejraději trávím čas s klienty.*“

Cca. 6 schůzek s klienty za týden, 1-2 schůzky za den (spíše terénní – jedna schůzka v terénu trvá průměrně 2 hodiny), telefonáty s klienty, členy týmu a jinými službami, týmové porady a individuální konzultace o klientech s členy týmu každý pracovní den, administrativa (včetně práce na projektech reformy) každý den, přibližně jednou za týden pak účast na akci v rámci reformy.“ (Peer M.)

6.4. Jak probíhá práce s klienty?

Není univerzální postup práce s klientem. Stává se, že klient není přístupný na spolupráci nebo jednoduše nemá náladu, a proto není zcela prostor pro práci s osobním příběhem. Někdy je hlavní držet klienta v realitě. Zapojováním a aktivizováním v reálném čase. Jsou klienti, kteří chtějí slyšet osobní příběh peer konzultanta, doptávají se, zajímají se. Jiní si pozici peer konzultanta jako pomoc zcela neuvědomují, ani je nenapadne využít možností příběhu a fragmentů v něm podobných pro aplikaci k řešení vlastních potíží vlastní zkušenosti. Poslední kategorií klientů jsou ti, kteří nejsou aktuálně schopni vnímat realitu a opřít se osobní příběh peer konzultanta. Zde je to práce především o hledání společných momentů. „...*Já vím, je to tady hrozné, také jsem tu nějakou dobu ležela...*“ (Peer K.) a počkat, zda bude klient chtít slyšet více.

K takzvaným prvokontaktům jdou na schůzku zpravidla společně case management a peer konzultant. Na takové schůzce se peer konzultant představí, je zde vytvořen prostor pro sdílení osobního příběhu peer konzultanta a informace o vlastní zkušenosti s duševním onemocněním. Někteří klienti nemají další otázky a takto jim to stačí, někteří projeví zájem a chtějí se potkávat dále. Tím se tvoří vztah s důvěrou, kdy je možné nalézat mnoho společného. Peer konzultant může nabízet, co jemu v podobných situacích pomáhalo. Pomoci klientovi připravovat se na setkání či kontakt s rodinou, okolím, přáteli. Podílí se na tvorbě protikrizového plánu. „*Vkládám do schůzky naději a bezpečný prostor pro klienta. Používám svou zkušenost s duš.o. k navazování vztahu. Vyzdvihuji silné stránky klienta a snažím se ho více zchopnit.*“ (Peer B.) Další schůzky už mohou mít obsah i mimo osobní příběh: „*bavíme se ze začátku hodně nezávazně (o počasí, sportu ...), abychom se poznali. Pokud klient řeší nějaký problém (např. rozbroje s rodiči), použiji vlastní zkušenosti. Můj zájem je zájem klienta a já se ho snažím podpořit.*“ (Peer T.)

Hlavním nástrojem peer konzultanta je sdílení osobní zkušenosti s duševním onemocněním a příběhu zotavení s ní související. Cílem takové práce s klientem je být zejména psychickou podporou a „svou zkušeností jej motivovat k zotavení a soběstačnosti.“

„Peer konzultantství je založené na práci s osobním příběhem. Zatím se mi nestalo, že bych ho musela vyprávět klientovi od začátku do konce, ale těžším samozřejmě ze zkušeností, které mám. Klienty zajímá, jak jsem se s určitými obtížemi potýkala já a hledají hodně podobnosti v příznacích a projevech nemoci...“ (Peer M.)

Klientka 29 let, vystudovaná fyzioterapeutka diagnostikována v r.2014 posttraumatická psychóza. – Přes rok trval společný kontakt v psychiatrické nemocnici. Po tuto dobu žádná změna. Trvalý klientčin stav byla apatie, vůči jakýmkoliv emocím a beznadějí, že někdy bude opět emoce prožívat. Kontakt s lidmi byl pro klientku problém. Do schůzek v PN vnáším naději a mluvíme s klientkou o silných stránkách. Klientka se často doptává, jestli jsem zažila něco podobného, jako ona a jak dlouho to trvalo. Používám svou zkušenost i zkušenost jiného kolegy. V klientce to probouzí zájem. Chce mluvit o tom, co se jí děje. Vždy je potřeba dostávat do rozhovoru naději. Klientka má své plány, nabízím podporu a motivuji. Máme možnost jít na procházku nebo do kavárny nebo do města mezi lidi. Tuto potřebu si klientka sama zajišťuje v jiné dny a naše schůzky jsou více o rozhovoru a sdílení zkušeností a dodávání naděje. Klientka zkouší ve Fokusu zkušební pobyt v ch. bydlení. Zvládá se o sebe postarat. V roce 2016 končí klientce ústavní nařízená léčba a odchází na Slovensko, odkud pochází. Tam jí přeměňují léčbu na ambulantní. Klienta bydlí další rok u rodičů na Slovensku s motivací se osamostatnit a začít znovu pracovat. Klientce schází služby chráněného prostředí. Získává zkušenosti se stigmatizací na volném trhu práce. Chce se vrátit do ČR a chráněného bydlení. S klientkou opět navazují spolupráci. Klientka má zájem hlavně o vaření a sport.“ (Peer D.)

6.5. Spolupráce s týmem a role peer konzultanta v týmu

Spolupráce mezi peer konzultantem a zbytkem týmu probíhá především v rámci společných schůzek s klienty – tedy schůzek peer konzultanta a case managera daného klienta. Dále probíhají i schůzky mimo klienta, a to především

pro předání informací, uvedení do obrazu jeden druhého, například, co se dělo na předchozí schůzce, jaké jsou zásadní novinky, čeho se vyvarovat. V případě nejasností, kdy peer konzultant tápe, je prostor v každotýdenních či denních poradách týmu, případně supervizích a intervizích. V případě nejasností, tápání, jak pokračovat s klientem se mohou peer konzultanti obrátit na svůj tým v rámci porad nebo osobních schůzek, případně mohou tato témata vnášet na týmovou či peer supervizi.

Role je specifická, daná vlastní zkušeností s duševním onemocněním, zároveň rovnocenné postavení v týmu. V multidisciplinárním týmu neexistuje nadřazená pozice peer konzultantovi, kromě vedoucího pracovníka, který je však takto nadřazený všem stejně.

6.6. Potřeby peer konzultanta

Důležitým faktorem pro pohodlí a dobrou práci peer konzultanta je spolehlivý a podporující tým. Všichni respondenti se shodli na tom, že pracují v týmu, kde se cítí bezpečně a rovnocenně, jako plnohodnotný člen týmu. Peer konzultant potřebuje tým, který mu věří, vychází mu vstříc, spolupracuje s ním. Třeba při práci s klienty mu poskytne možnost přípravy tím, že včas informuje a seznámí peer konzultanta s příběhem a situací klienta. Tím tak konzultant získá adekvátní background, lépe se orientuje, má pocit jistoty a v případě krize ví, jak reagovat.

Polovina respondentů se shodla, že by ocenila další vzdělávání, především v oblasti komunikace s klienty – krizová intervence, komunikace s obtížnými klienty, komunikace s klienty, kteří mají snahu manipulovat s peer konzultantem.

6.7. Osobní hygiena, prevence relapsu

V první řadě hraje velkou roli v prevenci relapsu a návratu do klientské pozice individuální psychoterapie. Jedna respondentka uvedla, že v rámci osobní hygieny a uvolnění ji pomáhá tanec, respektive taneční terapie, čtení knih, meditace a ráda navštěvuje kočičí kavárnu. Jako důležité je vnímáno se pečlivě hlídat, znát své limity a nezanedbávat je. Samozřejmostí je důležité dodržovat profesní hranice, a ačkoliv vstupují do kontaktu s klienty jako někdo s vlastní zkušeností, nepracují na bázi kamarádství.

Dalším aspektem péče o sebe sama je dostatečné plánování času, včetně toho volného a nezahltit se, co nejvíce odpočívat, relaxovat. Také, pokud se peer konzultant necítí dobře, měl by si vzít volno, obrátit se na tým.

„Dočasný propad neznamená selhání peer konzultanta...“ (Peer B.)

6.8. Doporučení budoucím a jiným peer konzultantům

Následující doporučení vychází od dotazovaných peer konzultantů v rámci jejich dosavadních zkušeností na této pozici. Doporučení zde cituji přesně tak, jak byla peer konzultanty sdělena.

- *„Vydržet ze začátku. Pro mě bylo obtížné vzít povinnost, že každý den musím fungovat. Byla jsem, a i teď jsem někdy dost unavená. Umět přijmout odmítnutí, ne každý klient kývne na spolupráci.“ (Peer B.)* Pro peer konzultanta může být tato pozice náročná, především s ohledem na denním režim. Pro duševně nemocného je náročné si ho udržet po delší dobu. Zároveň tato pozice s sebou přináší zodpovědnost, jak respondent píše. Povinnost související s pozicí zaměstnaného jedince, povinnost a odpovědnost vůči klientům. V neposlední řadě odpovědnost vůči sobě samému a svému zdraví.
- *„Myslím, že je důležité do toho jít s chutí a s pocitem, že kdybyste měli pomoci třeba jen jednomu klientovi, má to smysl. A začínat zvolna – pozorovat práci ostatních, ptát se, učit se, vzdělávat se. Všechno postupně, nenechat si najednou všeho moc.“ (Peer D.)* Důležité je uvědomění, že věci mají svůj čas a je důležité vstupovat do přímé práce s klienty krok po krok, postupným zapojováním peer konzultanta do týmu. Respondenti se v šetření shodli, že postupné zaškolování do týmu a práce s klienty byl základ pro jejich současnou práci. Dalo jim to větší jistotu a bezpečí.
- *„Budte pokorní a trpěliví. Mluvte o tom, co cítíte, i když je to nepříjemné. Říkejte si pokorně o to, co potřebujete a myslte na to, že i vaši kolegové mají své starosti a problémy, které život přináší, a hlavně mají stále hodně práce. Více než máme mi peři. Takže buďme laskaví a milí ke svým kolegům.“ (Peer M.)*

7. Diskuse

Oblast duševního zdraví je nejen u nás v České republice ožehavým tématem. Pro laickou veřejnost je často téma duševní onemocnění tabuizované a pokud už se o něm ve společnosti hovoří, je spojeno se strachem, mýty a stigmaty. Avšak duševní onemocnění je v naší společnosti stále častějším jevem a každý z nás se určitě, ať už vědomě či nevědomě, setkal s někým, kdo nějakou formou duševního onemocnění trpí. V teoretické části jsem v úvodní kapitole věnované tématu Fenomén duševního onemocnění zmiňovala, že až celých 27 % obyvatelstva České republiky má vlastní osobní zkušenost s duševním onemocněním, to odhadem činí skoro 3 milion z celkového počtu obyvatelstva. O problematice duševního onemocnění je však stále informovanost minimální a pokud, tak zpravidla z masmédií či ve zkresleném podání od lidí ve společnosti

Problém není jen v laické veřejnosti, oblast péče o duševní zdraví je celkově v České republice velkým tématem. Psychiatrická péče u nás je mnohem zastaralejší než kdekoliv jinde v Evropě. Neustálé umístování jedinců do velkokapacitních léčeben. Nedobrovolné hospitalizace zpravidla spojené se zásahem policie a záchranné služby. Uzavřená oddělení, poutání na lůžko, omezování osobní svobody, takzvaná neklidová oddělení. Podávání silných dávek medikace, s tím spojený problém upoutání na lůžko, vysoká míra institucionalizace. V posledních letech se však začínají ozývat hlasy, upozorňující na nutný příchod změn v této oblasti. Výsledkem toho hovoříme o takzvané reformě psychiatrické péče, zaměřené na nejzávažnější témata současné psychiatrické péče – podfinancování péče o duševně nemocné, nerovnoměrné rozložení sítě služeb, přetížení ambulantních psychiatrů, systémově nepodporovaná a slabá komunitní péče. S reformou souvisí i zájem odborné veřejnosti o nové inovativní metody práce s lidmi s duševním onemocněním, převádění a přijímání zkušeností dobré praxe ze zahraničí. Tímto se dostáváme k tématu *peer konzultantů* a inovativního přístupu k duševnímu onemocnění *recovery*.

Jak již název diplomové práce napovídá, zabývá se novým trendem v oblasti péče o duševní zdraví – *zapojování peer pracovníků* do služeb organizací pečujícího o osoby s duševním onemocněním. Ačkoliv se jedná o obrovský krok dopředu, je o něm mezi laickou i odbornou veřejností zatím poměrně nízké

povědomí. Jak je psáno v teoretické části, kapitole *Metoda peer*, jedná se o zapojování jedince s vlastní osobní zkušeností s duševním onemocněním do týmu sociálních pracovníků a nově vznikajících multidisciplinárních týmů (kap. Specifika sociální práce o osoby s duševním onemocněním). Peer konzultant, jak se tato osoba nazývá, je osoba považována na stejné úrovni jako k osoba klienta. Pomocí svého osobního životního příběhu se zkušeností s duševním onemocněním vstupuje do světa klienta. Pomocí střípků podobnosti doprovází klienta jeho onemocněním, přináší naději na *uzdravení*.

V kapitole č.3 s názvem *Recovery* píše že zotavení je víra přesvědčení, životní pohoda, láska k sobě samému. Také, že zotavení je převzetí zodpovědnosti za svůj život. Zotavení není termín spojený s klinickou údravou zacílenou na bez symptomový stav a zcela nepatologické fungování ve společnosti. Cesta recovery je proces zrání skrze zpracování traumatických událostí. S tímto přístupem jsem se osobně n a vlastní kůži setkala v organizaci Fokus Praha. Ten seznamuje všechny nové zaměstnance organizace s touto filosofií, jak při výběrových řízení, tak poté na úvodních školení pro nové zaměstnance. Osobně mohu říci, že základní myšlenky recovery mohou přinést mnoho nových podnětů všem, bez ohledu na duševní zdraví.

I přes odbornost, erudovanost sociálních pracovníků, psychiatrických sester, psychiatrů a psychologů, se někdy nedaří vstoupit do všech sfér klientova života, aby byla možná změna v jeho dosavadní situaci. Nejčastěji se jedná o užívání léku – antidepresiv, antipsychotik, která klientům mnohokrát znesnadňují plnohodnotný společenský život. Způsobují vysokou únavu, zhoršené komunikační dovednosti – výslovnost, srozumitelnost, přinášejí tendence k obezitě, aj. Dále lze zmínit oblast práce, self-stigma, spojené s obavami z reakce zaměstnavatele, kolegů. Klient se často setkává s ne empatii a netolerancí vůči omezení, která klient v důsledku onemocnění má, strach z reakce potencionálního zaměstnavatele na dlouhé proluky mezi pracovními zkušenostmi, nebo naopak z nedostatečných pracovních zkušeností a vzdělání. Často se též nedostává pochopení a prostoru pro sdílení své ztížené životní situace, ačkoliv dochází k aktivnímu naslouchání a empatickému pochopení ze strany odborníků. Klienti mají často pocit, že i přes síť služeb, kladný postoj rodiny a přátel jsou na svou nemoc sami a nikdo jim *skutečně* nedokáže

porozumět. V těchto situacích je právě prostor pro vstoupení peer konzultanta do procesu. V rámci role peer konzultant-klient, jak píší ve 4. kapitole *Metoda peer*, je náplní práce doprovázení klienta, pomoc při získání jiného úhlu pohledu na situaci. Též je efektivní zapojit peer konzultanta do individuálního plánování třeba v rámci koordinační schůzky společně s case managerem a klientem. Z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že tento postup práce se při práci s klienty vyplácí, pokud je case manager otevřen spolupráci s peer konzultantem. Nezřídka se stává, že klient v první chvíli spolupráci s case managerem odmítá, ať už proto, že necítí potřebu pracovat na své situaci, nebo má obavy z nepochopení, či neumí svůj problém uchopit na takové úrovni, aby byl schopen přijít se zakázkou.

Kapitola 2. zmiňuje možný postup práce s osobami s duševním onemocněním-multidisciplinární tým. Principem těchto týmů je sdílení klientů, koordinace služeb, společné plánování rehabilitace klienta, aj. Teorie říká, že takto složený tým může být ohrožen konflikty pocházejících z různorodosti profesí jednotlivých členů týmu. S ohledem na téma peer konzultantů jsme se ani já a ani oslovení respondenti s nesetkali, že by peer konzultant čelil konfliktu či nepříjemným situacím z důvodu vnímání jeho pozice v týmu jako neplnohodnotnou. Avšak v praxi nastávají situace, kdy není potenciál peer pozice týmem zcela využít. Domnívám se, že stejně jako klient, i pracovník má občas tendence nést příběh svého klienta sám a neřící si o pomoc někomu dalšímu, a tak se stává, že nevyužije přítomnost peer konzultanta. Proto je často kladen důraz na vlastní iniciativu peer konzultanta se do procesu spolupráce s klientem vložit a kontaktovat konkrétní klíčové pracovníky. V tomto ohledu vidím mezeru a správný vedoucí týmu by měl týmovému peer konzultantovi pomoci – při poradách sjednávat náslechy u klientů, u kterých se mohl peer představit.

Moje vlastní zkušenost: aktuálně pracuji v multidisciplinárním týmu v Centru duševního zdraví v Praze, kde je součástí našeho týmu i peer konzultant. Přínos jeho přítomnosti je vskutku znatelný. Na každodenních týmových poradách, věnovaných aktuálně ohroženým klientům a klientům na krizových lůžkách, přináší pohled z druhé strany, vhled, díky němuž je nezřídka snazší vymyslet plán práce s klientem téměř na míru. Náš peer konzultant je občas naším vyslancem. Především v situacích, kdy je člověk hospitalizovaný, neukotvený v realitě, nedůvěřivý vůči

odborníkům. Peer konzultant k němu přichází především jako jemu rovný, nositel naděje na uzdravení, někdo, kdo opravdu ví, co na něho za zdmi psychiatrické nemocnice padá, protože on sám byl před nějakou dobou na jeho místě a může říct „já vím, jak vám je, rozumím tomu, jak se cítíte, když tu jste...“ Mě osobně peer konzultant pomohl více proniknout do reality duševního onemocnění. Díky jeho osobnímu příběhu a vlastní zkušenosti si při komunikaci s klientem vzpomenu na určité fragmenty jeho vyprávění, které mi pomohou být trpělivá, vnímavější vůči neverbální komunikaci klienta. V osobní rovině mi pomohl ukojit mou touhu po skutečném poznání, proniknutí do symptomů duševního onemocnění – „*Jaké to ve skutečnosti je?*“ „*Jak to probíhá a v čem to na něho mělo konkrétní vliv?*“ „*Co jsou to hlasy?*“

Jak píše v kapitole 3, *Metoda peer*, osobní zkušenosti jsou klíčovou, nikoli jedinou podmínkou role peer konzultanta. Jeho role musí být vybavena znalostmi a dovednostmi. V praxi pak musí splňovat zákonné požadavky pro výkon této pozice, kterou v naší legislativě upravuje zákon č.108/2006 Sb. O sociálních službách a splnit si kvalifikační kurz Pracovníka v sociálních službách. Nezbytnou součástí vzdělání je také kurz pro peer konzultanty. Pro jistější práci s klienty by peer konzultanti ocenily vzdělání a praktické nácviky věnované komunikaci s klienty – krizová intervence, komunikace s obtížnými klienty, jak vyplývá z šetření, respektive oblastí potřeb peer konzultanta. Náplň práce peer konzultanta souvisí s rolí, jakou zaujímá v týmu. Ve stejné kapitole jsou zmíněny tři možné role, které lze jako peer konzultant zastávat – peer konzultant pro klienta, peer konzultant pro tým, peer konzultant pro rodinu. V praxi, z výsledků šetření vyplývá, že reálná pozice peer konzultant zahrnuje všechny tři výše zmíněné role.

V rámci role peer konzultant pro klienta je jeho náplní práce konzultanství založené na osobním příběhu v rámci schůzek v prostorách organizace, v prostředí klienta, v prostorách psychiatrických nemocnic na oddělení, také telefonické konzultace s klientem. „*Během schůzek (procházek, doprovodů, volnočasových aktivit, pomoci v domácnosti) se s klientem bavíme o různých tématech, nejen o našich zkušenostech s duševním onemocněním a s tím souvisejícími problémy ve vztazích, životě, ale také např. o běžných tématech jako je cestování, umění, hudba...*“

Ve vztahu peer konzultant tým se projevuje náplň práce peer konzultanta ve formě účasti na pravidelných poradách a supervizích, koordinačních schůzkách s case managerem, případně jiných spolupracujících službách, pomoci při navazování kontaktu s klientem a s tím související společné schůzky a sdílení zápisů. Peer konzultant pro rodinu je role poslední a v praxi znamená například společné schůzky s klientem a rodinou, schůzky s rodinou zájemce, pořádání a účast na skupinách pro rodiny osob s duševním onemocněním.

V týmu, kde působím, plní náš peer konzultant též funkci PR ambasadora a účastní se pravidelných porad ostatních PR ambasadorů s PR oddělením, kde se společně zabývají možnými novými cestami zviditelnění služby. Přinášejí nové nápady třeba v oblasti destigmatizace.

Shrnuto lze z výsledků šetření říci, že role peer konzultanta je specifická díky jejich vlastní zkušenosti, zároveň však rovnocenná vůči ostatním členům týmu.

V podkapitole *Nábor a zácvik peer konzultanta* uvádím následující: pozice peer konzultanta v týmu může být náročná s ohledem na skutečnost, že je v týmu na této pozici sám a tím na něho tak padá břemeno „*je to jen na mě.*“ (Foitová, 2006) Respondenti však jednohlasně vypovídají, že pokud cítí nějaké nejasnosti či tíhu v práci s klientem mají ve svém týmu prostor pro sdílení a zároveň mají dostatečnou podporu s *peer supervizích*, konajících se každý měsíc a jsou pořádány pro peer konzultanty z jednotlivých služeb. Teorie uvádí, že zapojování peer konzultantů do procesu spolupráce s klienty by mělo probíhat postupným přizíváním konzultanta na náslechy s klienty, jejichž cílem by mělo být osvojení si technik vedení rozhovoru, nácvik otevřeného sdílení osobního příběhu. Respondenti se v tomto ohledu shodují. Začátky v organizaci probíhaly s case managery na schůzkách s klienty, kde byl peer představen jako nová posila týmu, s níž mohou sdílet své osobní příběhy, protože je to člověk též s vlastní zkušeností. Postupem času už si respondenti sjednávali samostatné schůzky. Nyní už působí ve stejné režii jako zbytek týmu – doprovody, návštěvy v nemocnici, společné procházky, setkávání na schůzkách v kanceláři. Tři respondenti k tomu navíc uvádí, že do procesu školení byl úzce zapojen o pár let starší bývalý kolega peer konzultant, který jim pomáhal s praktickými dovednostmi ohledně sdílení osobního příběhu, a po nějakou dobu byl k dispozici pro dotazování a podporu. Ačkoliv všichni konzultanti absolvovali

základní kurz pro peer konzultanty, hodnotím jako velice přínosné zapojit do školení a implementace konzultanta do týmu zkušenějšího konzultanta, může to být bývalý člen z týmu nebo v rámci stáží ve spřátelených organizacích, kde takový peer konzultant působí a je ochoten spolupracovat.

O ohledem na zkušenost s duševním onemocněním peer konzultantů, mne zajímalo, zda se díky náročné pozici, kterou vykonávají, neobávají možného zvýšeného rizika stresových situací a tím spojného potencionálního návratu na klientskou pozici. Na otázku „*Co Vám pomáhá k tomu, aby Vás pracovní přetížení nevrátilo zpět do klientské pozice?*“ respondenti vypovídají, že jednoznačně jim nejvíce pomáhá individuální psychoterapie a držení si profesních hranic a v případě pocitu ohrožení komunikace na pracovišti.

Jedna z respondentek doplňuje, že je občas obtížné držet si profesní hranice, protože jakožto člověk s vlastní zkušeností s duševním onemocněním se na ni obrací i blízké okolí, kamarádi, tudíž se jí občas nedaří „vypadnout“ z pracovní role peer konzultanta ani ve volném čase. Tuto skutečnost hodnotí jako zátěžovou a do budoucna s musí naučit si pečlivěji střežit svoje osobní hranice. Tento fakt v teorii rozebrán není, nicméně je poměrně logický. V tomto ohledu doporučuji sdílet tuto informaci v rámci terapie s psychoterapeutem, který může pomoci při nácviku odmítnutí, delegování na konkrétní službu, držení si osobních hranic a duševního pohody. Kromě psychoterapie přikládá, že ji v oblasti osobní hygieny pomáhá tanec, přesněji taneční terapie, čtení a meditace. Potřebnost individuální psychoterapie v léčebném a stabilizačním procesu uvádím v první kapitole věnující se fenoménu duševního onemocnění – *Vybraná duševní onemocnění*, zároveň si uvědomuji, že v teorii chybí zmínka o doporučeních k duševní hygieně mimo psychoterapii a využívání sociálních služeb. Oceňuji tedy, že tento fakt vyplynul z rozhovorů.

Závěr

Cílem diplomové práce byla realizace přehledové studie o problematice zapojování peer konzultantů do odborné práce s lidmi s duševním onemocněním. Mezi dílčí cíle patřilo vymezení klíčových pojmů a formulace možných doporučení. Součástí diplomové práce bylo výzkumné šetření pomocí strukturovaných rozhovorů s peer konzultanty Fokusu Praha a Mladá Boleslav.

V teoretické části diplomové práce se podařilo cíl naplnit, i přes nedostatek literatury věnované tématu peer a metodice jejich zavádění do praxe. Tuto překážku jsem však v počátcích očekávala a z tohoto důvodu se zaměřila na pátrání po sbornících z konferencí, zahraničních zkušeností a též poznatky, které jsem načerpala v rámci bakalářské a magisterské praxe v organizaci Fokus, kde jsem měla možnost hovořit s jejich tehdy aktuálním peer konzultantem, který mě tematikou peer povrchněji provedl. Z hlediska vymezení klíčových nenalézám zpětně žádný problém, literatura k tématům péče o duševní zdraví je poměrně četná.

Naplnění cíle empirické části považuji za dostatečné, ačkoliv jeho průběh byl odlišný než původní plán. Na začátku šetření bylo stanoveno, že rozhovory s peer konzultanty budou probíhat osobně v prostředí organizace kde pracují. Bohužel jsem z časových a osobních důvodů musela zvolit variantu e-mailové komunikace s možností telefonického dotazování v případě nesrovnalostí. Tuto možnost jsem využila celkem dvakrát, kdy odpovědi byly příliš stručné, anebo se v nich vyskytovaly zkratky a termíny, které jsem nebyla schopna popsat sama.

Psaní diplomové práce, respektive její empirická část pro mne byla inspirativní. Téma jsem si vybrala z důvodu fascinace peer tematikou, se kterou jsem se setkala na konferenci a v rámci praxe ve Fokusu, zároveň jsem stále měla nejasnosti, jak se peer praxe a konzultanství projevuje v praxi. V průběhu psaní mě též napadalo, zda by se metodika peer konzultantů v oblasti duševního zdraví nedala překlenout i mezi jiné cílové skupiny, protože si uvědomuji, že vlastní zkušenost s uzdravením, a znovunalezením smyslu a místa v životě je tím největším důkazem pro to, se snažit bojovat.

Seznam literatury

ANTHONY, W. A. *Zotavení z duševní nemoci: Vůdčí vize systému služeb péče o duševní zdraví v devadesátých letech*. Praha: Centrum pro rozvoj a péči o duševní zdraví.

DAVISON, L., J. TONDORA. *Praktický průvodce praxí orientovanou na zotavení: Nástroje transformace péče o duševní zdraví*. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2017. ISBN 978-80-906574-0-3.

FOITOVÁ, Z. et al. *Manuál zapojení peer konzultantů do péče o duševní zdraví*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. 2014.

FALTOVÁ, Z., T. ZUNT. *Malý průvodce diskriminační problematikou: manuál pro zvědavé občany pro snadnou orientaci v oblasti diskriminace*. Český Krumlov: ICOS Český Krumlov. 2008. 978-80-254-2359-2

FISHER, O. a kol. *Etika a lidská práva v sociální práci*. Praha: Centrum sociálních služeb Praha, 2008.

FRANKL, V. E. *A přesto říci životu ano*. Opravené vydání. Praha: Karmelitánské nakladatelství, 2006. ISBN 80-7192-848-8.

HUDLIČKA, P. *Komunikace-etika-systém služeb* (přednáška Fokus Praha – Kurz pro nové zaměstnance). Praha: Fokus Praha. 26.2.2018

HOLLANDER, D., J.P. WINKLER. *Podpora zotavení a začlenění: Úvod do metodiky CARE*. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2016. ISBN 978-80-260-9945-1.

JAROLÍMEK, J., *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*. Praha: Pallata. 1996. 80-254-8619-2.

LÁTALOVÁ, K., *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada. 2010. 978-80-247-3125-4.

MAHROVÁ, G., M. VENGLÁŘOVÁ a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-248-2138-5.

- MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*, 1.vyd., Praha: Portál 2005
- MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8548-2.
- MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.
- NAVRÁTIL, P. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman, 2011. ISBN 80-903070-0-0.
- OPATRŇÝ, A. a kol. *Pastorační péče o psychicky nemocné*. Praha: Karmelitánské nakladatelství, 2016, ISBN 978-80-7195-995-3.
- PRAŠKO, J. et al. *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 978-80-262-0900-3.
- PRAŠKO, J. et al. *Psychiatrie*. Praha: Informatorium, 2003. ISBN 80-7333-002-4. 36.
- PRAŠKO, J. et al. *Sociální fobie*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-031-3. 37.
- PRAŠKO, J. et al. *Agorafobie a panická porucha*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-336-9.
- PRAŠKO, J. et al. *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak ji zvládat*. Praha: Portál, 2008. ISBN ISBN 978-80-7262-531-4.
- PROBSTOVÁ V., O. PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*, 1.vyd. Praha: Potál, 2014
- RIDGWAY, P., D. MCDIARMID, L. DAVIDSON, et al. *Cesty k zotavení*. Lawrence: University of Kansas school of social welfare, 2014. ISBN 978-1-5031-7191-6.
- STUHLÍK, J. *Case management*. In O., PĚČ, V. PROSBOVÁ, *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. V Praze: Triton, 2019. 978-80-7387-253-3.

THORNICROFT, G. *Ti, kterým se vyhýbáme: diskriminace lidí s duševním onemocněním: angl. Shunned: Discrimination Against People with Mental Illness.* české vydání. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2011. ISBN 978-80-260-0302-1.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese.* 3.rozšířené vydání. Praha: Portál, 2004. 978-80-262-0225-7

Zákon 108/2006 Zákon o sociálních službách

Zákon 435/2004 Sb. Zákon o zaměstnanosti

Etický kodex sociálních pracovníků České republiky 1995

Online zdroje

ADVOCATE FOR HUMAN POTENTIALIA, *WRAP is...* [online]. ©1995-2016 [cit. 2018-14-03]. Dostupné z: <http://mentalhealthrecovery.com/wrap-is/> .

ANTHONY In SOBOTKA. J., *Potřeby lidí s duálními diagnózami v terapeutické komunitě.* [online]. Brno: Masarykova Univerzita. 2017. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/104793/fss_m/Diplomova_pa_ce_Sobotka_30_12_17.pdf

FOJTÍČEK. R., *Recovery podle Dr. Raginse – inspirace pro služby psychosociální podpory na Ledovci: Seminární práce pro kvalifikační kurz sociální pracovník.* [online] Praha, 2013. [cit. 2017-09-14]. Dostupné z http://www.zotaveni.cz/zotaveni-nazivo/item/download/10_845c9d1150b06e46017461258cd75055.

FOKUS-OPAVAL Z.S. *Metodika multidisciplinárního týmu* [online]. Opava: © FOKUS – Opava, z.s, 2016 [cit. 2018-04-15]. Dostupné z: www.fokusopava.cz/dokumenty/Fokus_Metodika-MT.pdf

KOLKOVÁ, B. *Stigma duševní nemoci-mýtus nebo realita?* Brno: Masarykova Univerzita. 2011. [cit. 2018-20-02]. Dostupné z: <http://docplayer.cz/11061261-Masarykova-univerzita-stigma-dusevni-nemoci-mytus-nebo-realita.html>

KONDRÁTOVÁ, L., P. WINKLER. *Podporované zaměstnávání osob s vážným duševním onemocněním-zahraniční a česká zkušenost: narativní syntéza*. Česká a Slovenská psychiatrie. 2017. [cit. 2018-02-01]. Dostupné z: <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=1150>

KULÍŠKOVÁ, O., *Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatotrofin poruchy-etologie, diagnostika a terapie*. [online]. Neurologie pro praxi. 2001. [cit. 2018-26-03]. Dostupné z: <file:///C:/Users/andul/Desktop/Literatura/fobické%20poruchy%20kulískova%202001.pdf>.

PEČ, Ondřej. Destigmatizace. *Psychiatrická společnost ČLS JEP* [online]. [cit. 2018-02-19]. Dostupné z: <http://www.psychiatrie.cz/index.php/deni-zdravotni-asocialni-politika/deni-destigmatizace>.

SOLÁŘOVÁ, H. *Case management aneb případové konference v praxi*. [online]. Pardubice: Benepal, a.s. 2013. [cit. 2018-12-03]. Dostupné z: http://www.benepal.cz/files/project_4_file/CASE-MANAGEMENT.PDF

STUHLÍK, Jan. *Asertivní komunitní léčba a case management* [online]. Praha: Fokus, 2001 [cit. 2018-04-15]. Dostupné z: www.rpkk.cz/download/model-zdroje/011-asertivni-komunitni-lecba.pdf

SUMMERVILLE, CH. *Schizophrenia in Canada: a national report*. Leger Marketing. © 2008. [cit. 2018-05-02]. Dostupné z: http://www.bcss.org/wp-content/uploads/schizophrenia-report_final_english2.pdf.

Seznam příloh

Příloha č. 1: Otázky do rozhovoru

Příloha č. 2: Transkripce osobního rozhovoru s respondentem

Příloha č. 3: Informovaný souhlas

Příloha č.1: Otázky do rozhovoru

Otázky do rozhovoru k diplomové práci: „*Možnosti využití peer pracovníků do neziskového sektoru – zkušenosti organizace Fokus*“.

Dobý den, jmenuji se Anna Matuchová, nyní dokončuji magisterské studium oboru Sociální a charitativní práce na Univerzitě Karlově. Cílem mého rozhovoru je zmapování procesu zapojování peer konzultantů do organizací Fokus. Následující rozhovor je anonymní a slouží pouze ke zpracování do diplomové práce. Děkuji za Váš čas a Vaši ochotu.

1. Jaký byl Váš začátek ve Fokusu?
 - *Jak jste se k této pozici dostala, kdo byl Váš školitel, jak probíhal proces zapojení do týmu, přijetí týmem, či klientů?*
2. Jaká je Vaše role v týmu nyní?
3. Jaká je Vaše pracovní náplň ve Fokusu
 - *S čím jste na pozici přicházel/a, liší se tomu nynější podoba Vaší náplně práce?*
 - *Jak vypadá spolupráce s SP na případu klienta?*
4. Můžete mi popsat Váš typický pracovní týden?
 - *Ve zkratce, pro dokreslení představy.*
 - *Pracovní vytíženost, konzultace/den, konzultace/týden.*
5. Zajímá by mne Váš pracovní postup s klientem. Bylo by možné shrnout ho v krátké typické kazuistice?
 - *Osobní příběh, jiné metody...*
6. Když tápete v práci s klientem, jaké jsou Vaše možnosti konzultace?
7. Co byste potřeboval, aby pro Vás byla spolupráce s klientem snazší, co nejvíce efektivní?
 - *Ze strany týmu, organizace, osobní potřeby?*

8. Existuje něco, co by pro Vás mohl tým udělat, aby se Vám lepe fungovalo v organizaci?
9. Co Vám pomáhá k tomu, aby Vás pracovní přetížení nevrátilo zpět do klientské pozice?
10. Můžete uvést nějaké doporučení pro další peery, kteří začínají?

Pohlaví:

Délka peer praxe:

Předchozí zaměstnání:

Studium:

Pokud pro vás nebude otázka na Vaše onemocnění nepříjemná, prosím doplňte, jak dlouho pobíhala léčba, případně onemocnění, ze kterého se zotavujete. Předem za tuto odpověď děkuji.

Velice děkuji za rozhovor. Výsledky mého šetření budou od 9.5.2018 K dispozici na adrese matuchova.anna@email.cz.

Příloha č. 2: Transkripce rozhovoru s respondentem

Otázky do rozhovoru k diplomové práci: „*Terénní sociální práce – zapojení peer konzultantů do organizace Fokus*“.

Dobý den, jmenuji se Anna Matuchová, nyní dokončuji magisterské studium oboru Sociální a charitativní práce na Univerzitě Karlově. Cílem mého rozhovoru je zmapování procesu zapojování peer konzultantů do organizací Fokus. Následující rozhovor je anonymní a slouží pouze ke zpracování do diplomové práce. Děkuji za Váš čas a Vaši ochotu.

1. Jaký byl Váš začátek ve Fokusu?

- *Jak jste se k této pozici dostala, kdo byl Váš školitel, jak probíhal proces zapojení do týmu, přijetí týmem, či klientů?*

K pozici PK jsem se dostala během hledání zaměstnání – přes inzerát na internetu. Hodně mne to zaujalo, do té doby jsem neúspěšně hledala práci a nenacházela – kvůli nedostatečnému vzdělání a minimálních pracovních zkušenostech (z důvodu duševního onemocnění). Nabídka zaměstnání jako PK byla pro můj život stěžejní a úplný opak toho, co se běžně žádá na trhu práce – šlo o nabídku, kdy zdravotní problém byl hlavním požadavkem a klíčovou součástí potřebné kvalifikace.

Pokud jde o bližší informace o naší službě i jiných službách v rámci naší organizace, administrativní a organizační záležitosti atd., tak mne zaškolovala kolegyně z týmu. Další zaškolování probíhalo s ostatními z týmu (např. společné schůzky s klienty – náslechy), navíc si vždy na mne někdo udělal čas (zejména vedoucí a zástupkyně vedoucí týmu), pokud jsem potřebovala něco probrat, měla nějaké otázky, nejasnosti. Specificky zaškolení jako peer konzultant jsem měla spíše okrajově – od svého kolegy peer konzultanta, který nastoupil do týmu nějaký čas přede mnou, ale sám ještě pracovní zkušenosti získával. Šlo o novou pozici, takže jsem dostala základní informace o hlavní myšlence zapojování PK do služeb, náplni práce a mojí roli v týmu, metodický postup jsem pak doladřovala sama podle svých zkušeností s klienty. Jinak jsem asi za půl roku od nástupu absolvovala

kvalifikační kurz pro pracovníky v sociálních službách, později i základní kurz pro peer konzultanty.

Zapojení do týmu probíhalo bez komplikací, už od prvního dne jsem měla v týmu velkou oporu, kolegové se ke mně chovali s důvěrou a brali mne jako svého rovnocenného kolegu. Klienti na mne reagovali se zájmem, důvěrou. Nechtělo se jim věřit, že mám duševní onemocnění. Myslím, že na mnohé moje zkušenost působila hodně motivačně, dodalo jim to naději na zlepšení. Velmi mne jejich pozitivní reakce překvapily, hodně to pomohlo i mně ve vnímání sebe samé, dodalo mi to více sebedůvěry, pocit smysluplného uplatnění.

2. Jaká je Vaše role v týmu nyní?

Moje role v týmu se změnila jen minimálně. Díky své pracovní zkušenosti jsem získala více sebedůvěry se intenzivněji zapojovat do projektů v rámci reformy péče o duševní zdraví, tyto informace pak sdílím jak s klienty, tak s členy týmu. Více se snažím hájit práva klientů.

3. Jaká je Vaše pracovní náplň ve Fokusu

- *S čím jste na pozici přicházel/a, liší se tomu nyní podoba Vaší náplně práce?*
- *Jak vypadá spolupráce s SP na případu klienta?*

Mojí pracovní náplň je terénní a ambulantní práce s klienty v rámci multidisciplinárního komunitního týmu, individuální i ve skupině, např. podpůrné a motivační rozhovory, konzultace (i telefonické), návštěvy a pomoc v domácnosti, zprostředkování kontaktu se službami, procházky, svépomocné skupiny, doprovody (k lékaři, na poštu, do banky, do jiných sociálních a dalších služeb, do obchodu atd.), zajišťování volnočasových aktivit, pomoc s obstaráním jídla, vařením, potřeb do domácnosti atd., kontakt a komunikace s rodinou a blízkými, s ambulantním psychiatrem klienta - případně další pomoc. S tím také související zapojení se do péče o klienta v rámci spolupráce v týmu – aktivní komunikace v týmu, sdílení a účast na poradách a na poskytovaných službách týmu. Dále to je i potřebná administrativa, dokumentace. Hlavní myšlenkou služby našeho týmu je vést a podporovat naše klienty v co největší možné samostatnosti, v cestě zotavení a soběstačném fungování v komunitě. Hlavní nástroj mé práce jako PK je pak sdílení

mé osobní zkušenosti s duševním onemocněním (příběhu zotavení) a cílem mé spolupráce s klientem je zejména být klientovi psychickou oporou a svou osobní zkušeností jej motivovat k zotavení a soběstačnosti.

Z počátku byly součástí mojí náplně práce mimo konzultací, psychické podpory klientů a praktické pomoci, např. v domácnosti (vaření), hlavně doprovody. Protože se mezitím náš multidisciplinární tým rozrostl, např. doprovody k lékaři nyní zajišťují primárně zdravotní sestry a na dalších doprovodech se více podílí sociální pracovníci, tak se nyní ve spolupráci s klienty zaměřuji také na podporu klienta v krizi, volnočasové aktivity (aktivizace klienta, zapojování do komunity), docházení za klientem během hospitalizace, sdílení myšlenky zotavení a informací o probíhající reformě péče o duševní zdraví (svépomocná skupina). Také se více zapojuji do aktivit v rámci reformy (projekty deinstitucionalizace a destigmatizace).

Spolupráce se sociálním pracovníkem v týmu probíhá obdobně jako s ostatními členy týmu – vyměňujeme si informace, radíme se, nasloucháme si, vycházíme si vstříc v péči o klienta. Pokud má klient něco k řešení, co spadá do agendy sociálního pracovníka, proberu to na poradách, případně s individuálním sociálním pracovníkem, který je klientův CM. Někdy jsem to já, kdo požádá o zapojení se do spolupráce s klientem, jindy CM požádá mne.

4. Můžete mi popsat Váš typický pracovní týden?

- *Ve zkratce, pro dokreslení představy.*
- *Pracovní vytíženost, konzultace/den, konzultace/týden.*

Cca. 6 schůzek s klienty za týden, 1-2 schůzky za den (spíše terénní – jedna schůzka v terénu trvá průměrně 2 hodiny), telefonáty s klienty, členy týmu a jinými službami, týmové porady a individuální konzultace o klientech s členy týmu každý pracovní den, administrativa (včetně práce na projektech reformy) každý den, přibližně jednou za týden pak účast na akci v rámci reformy.

Moje pracovní vytíženost je dost velká s ohledem na částečný úvazek, občas je náročné vše zvládnout, zejména potřebnou administrativu. Nejraději trávím čas s klienty.

5. Zajímal by mne Váš pracovní postup s klientem. Bylo by možné shrnout ho v krátké typické kazuistice?

- *Osobní příběh, jiné metody...*

Kvůli zachování anonymity klientů uvedu jen hypotetický příklad založený na mé zkušenosti spolupráce s klienty.

Projevím zájem se s klientem seznámit, case manager souhlasí a domluví společné setkání. Klienta během prvního setkání se mnou můj příběh zaujal, sdílím základní informace o své zkušenosti. Klient projevuje zájem navázat spolupráci, ptá se na podrobnosti o mé roli PK, také z mého osobního příběhu. Odpovídám a on na oplátku sdílí své obdobné zkušenosti, pocity, bolesti i radosti. Nacházíme mnoho společného. Domlouváme pravidelné schůzky jednou týdně. Během schůzek (procházek, doprovodů, volnočasových aktivit, pomoci v domácnosti) se s klientem bavíme o různých tématech, nejen o našich zkušenostech s duševním onemocněním a s tím souvisejícími problémy ve vztazích, životě, ale také např. o běžných tématech jako je cestování, umění, hudba... Zajišťuji navázání i na další členy týmu – psycholog, psychiatr ad. Vše se nějaký čas dobře vyvíjí, během našich schůzek panuje někdy dobrá nálada, jindy je klient depresivní, úzkostný, případně jinak zhoršený. Klient ke mně přistupuje s důvěrou. Za nějaký čas přichází propad, krize. Klient je hospitalizovaný. Navštěvuji ho během hospitalizace, je utlumený léky, chce domů, nelíbí se mu tam, špatně to snáší. Projevuji podporu, pochopení, je to těžké, odkazuji na CM, který se za ním brzy staví i to, že v týmu předám informace a poradíme se, co a jak dál. Ptám se, jestli klient nepotřebuje něco donést, zařídit. Ne, vše mu zajistí rodina. Snažím se mluvit o příjemných tématech, klient se občas zasměje, je v o něco lepší náladě. Loučíme se, klient mne někdy i objímá, děkuje za to, že jsem přišla. Posléze je brzy propuštěný, volám pak klientovi, domlouváme schůzku. Klient děkuje za návštěvu během hospitalizace, pomoc týmu, také děkuje za můj telefonát s tím, že se zas rád setká. Následuje dočasná každodenní podpora celého týmu po klientově propuštění. Během jeho spolupráce se mnou a dalšími členy týmu se jeho sociální situace i zdravotní stav zlepšují, intervaly mezi hospitalizacemi a krizemi se prodlužují.

6. Když tápete v práci s klientem, jaké jsou Vaše možnosti konzultace?

Zejména v týmu během porad, individuálně s členy týmu nebo během týmových a peerských supervizí.

7. Co byste potřeboval, aby pro Vás byla spolupráce s klientem snazší, co nejvíce efektivní?

Méně související administrativy! :-)

8. Existuje něco, co by pro Vás mohl tým udělat, aby se Vám lepe fungovalo v organizaci?

Nic mne nenapadá, náš tým je mi totiž velkou oporou, vždy mi někdo pomůže, poradí a podpoří mne.

9. Co Vám pomáhá k tomu, aby Vás pracovní přetížení nevrátilo zpět do klientské pozice?

Jestli máte na mysli, co dělám proto, aby nedošlo ke zhoršení mého psychického stavu, tak zejména si snažím si svůj čas dobře naplánovat, včetně volného času, nezahltit se, co nejvíce odpočívat, relaxovat. Jakmile mi není dobře, беру si volno, které pak zpětně napracuji.

Když jsem nastoupila na pozici PK, tak jsem byla klientem jedné ze sociálních služeb jiné organizace, peer konzultantem se totiž může stát i klient služeb (jiné organizace nebo alespoň jiného týmu/centra), jednou z podmínek získání pozice PK bývá stabilní zdravotní stav (min. rok bez hospitalizace). Do klientské pozice se při zhoršení zdravotního stavu nebo složité/těžké životní situaci může dostat i peer, který v době nástupu nebyl klientem jiných služeb, i to bývá součástí příběhu zotavení. Dočasný propad neznamená selhání PK a neměl by to být důvod k rozvázání prac. poměru.

10. Můžete uvést nějaké doporučení pro další peery, kteří začínají?

Doporučila bych novým peerům, aby nezapomínali brát při své práci ohled na svoje zdraví, možnosti, přání – nepřetěžovali se, nenutili se do něčeho, co je jim nepříjemné, řekli otevřeně „ne“ anebo se nebáli říci – jak klientům, tak týmu – „není mi dobře, potřebuju odejít/potřebuju pomoc“ a nebrali to jako své selhání. Být peerem neznamená, že nemůžeme na tom být občas zdravotně stejně jako klient. Cesta zotavení je i o propadech, které se mohou stát i peerům. Nejde o to být

dokonalý a fungovat bez jakéhokoliv zhoršení psychického stavu a případné hospitalizace.

Pohlaví: žena

Délka peer praxe: necelé tři roky

Předchozí zaměstnání: administrativa

Studium: nedokončené střední vzdělání

Pokud pro vás nebude otázka na Vaše onemocnění nepříjemná, prosím doplňte, jak dlouho pobíhala léčba, případně onemocnění, ze kterého se zotavujete. Předem za tuto odpověď děkuji.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Informovaný souhlas týkající se diplomové práce na téma: „Možnosti zapojení peer pracovníků – zkušenosti organizace Fokus“.

Žádám Vás o souhlas s poskytováním výzkumného materiálu pro výzkumné šetření formě polostrukturovaného rozhovoru, který bude probíhat po e-mailové komunikaci s telefonickým doplněním. Vše bude následně přepsáno do písemné elektronické podoby a uchováno v archivu Bc. Anny Matuchové. Výzkumné šetření je součástí kvalitativního výzkumu k diplomové práci Bc. Anny Matuchové. Výzkumné šetření probíhá v rámci magisterského studia na Husitské teologické fakulty Karlovy Univerzity v Praze.

Důraz je kladen na:

- (1) Anonymitu informantů – v přepisech rozhovorů budou odstraněny (i potenciálně) identifikující údaje.
- (2) Mlčenlivost výzkumnice ve vztahu k osobním údajům o účastnících výzkumu (s tím, že s výzkumným materiálem budu pracovat výhradně já).

Děkuji za pozornost věnovanou těmto informacím a žádám Vás tímto o poskytnutí souhlasu s Vaší účastí.

Bc. Anna Matuchová

Podpis: ..  ..

Podle zákona 101/2000 sbírky o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů uděluji souhlas s účastí v uvedeném výzkumném projektu a s poskytnutím výzkumného materiálu.

.. Praze 9.4.2018  ..

Summary

The first part of the diploma thesis was devoted to the theoretical framework of the issue of mental health and peer method. In the first chapter I have defined mental illness, the described mental illness described, where I paid attention to the diseases that are most frequently encountered by peer consultants. The second chapter defines the theme of social work, the central theme is the specifics of social work with people with mental illness. The third and fourth chapters are aimed at describing the current understanding of peer concepts and involving peer consultants in the organization team.

The second part is devoted to research. The main and partial objectives of the survey, the methodology, the characteristics of the research sample are described. An integral part of this chapter is the operationalizing of the main research question and the transformation table defining the areas and categories for the results of the survey.