

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Teologická fakulta  
Katedra etiky, psychologie a charitativní práce

## BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

# PEER KONZULTANTI JAKO SOUČÁST KOMUNITNÍCH TÝMŮ V ORGANIZACI FOKUS VYSOČINA

Vedoucí práce: doc. Jindřich Šrajer, Dr. theol.

Autor práce: Barbora Kučerová

Studijní obor: Sociální a charitativní práce

Ročník: 3.

2020

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Datum.....

.....

Podpis studenta

Děkuji doc. Jindřichu Šrajerovi, Dr. theol. za odborné vedení této bakalářské práce, za ochotu, cenné rady a trpělivost.

## Obsah

<b>Úvod</b> .....	<b>4</b>
<b>1 Sociální práce s člověkem s duševním onemocněním</b> .....	<b>6</b>
1.1 Duševní onemocnění.....	6
1.1.1.... Schizofrenie .....	8
1.1.2.... Afektivní porucha.....	8
1.1.3.... Poruchy osobnosti a chování u dospělých .....	9
1.2 Sociální práce .....	10
1.3 Specifika sociální práce s lidmi s duševním onemocněním.....	11
1.3.1.... Komunitní péče v psychiatrii .....	12
1.3.2.... Metody práce s lidmi s duševním onemocněním.....	14
1.3.3.... Komunitní služby pro duševně nemocné v České republice .....	15
<b>2 Organizace FOKUS Vysočina</b> .....	<b>17</b>
2.1 Komunitní týmy .....	17
2.1.1.... Cílová skupina.....	18
2.1.2.... Cíle a poslání komunitních týmů.....	18
2.1.3.... Personální zastoupení komunitních týmů .....	18
2.1.4.... Metody práce komunitních týmů.....	19
2.1.4.1. CARE.....	20
2.1.4.2. Metoda CAN-C.....	21
2.1.4.3. Mapování pomocí domén .....	21
2.1.4.4. Asertivní kontaktování .....	21
<b>3 Peer konzultant v sociální práci s lidmi s duševním onemocněním</b> .....	<b>23</b>
3.1 Peer podpora .....	23
3.2 Zotavení .....	24
3.3 Peer konzultant .....	25
3.4 Peer konzultanti ve FOKUSU Vysočina .....	26
3.4.1.... Role peer konzultanta .....	26
3.4.2.... Náplň a cíle práce .....	27
3.4.3.... Vzdělávání peer konzultantů .....	28
3.4.4.... Vliv peer konzultantů na zotavení.....	30
3.5 Příběhy peer konzultantů a jejich pohled na význam a přínos jejich práce.....	32
3.5.1.... Metoda sběru dat.....	32
Martin .....	32
Jan.....	34
Jakub .....	36
<b>Závěr</b> .....	<b>38</b>
<b>Seznam použitých zdrojů</b> .....	<b>40</b>
<b>Přílohy</b> .....	<b>42</b>
<b>Abstrakt</b> .....	<b>43</b>

## Úvod

Téma bakalářské práce Peer konzultanti, jako součást komunitních týmů organizace FOKUS Vysočina jsem si vybrala především proto, že mě přítomnost peer konzultanta v sociální práci s lidmi s duševním onemocněním velmi zaujala.

Myslím, že v současné době může být pro jednotlivce velmi složité v současném světě uspět a orientovat se. Doba je uspěchaná, lidé touží po uznání, po moci, po penězích. Z reálného světa se přesouvají do světa sociálních sítí, přebírají názory podsouvané politiky a médií. Všechny tyto faktory a mnoho dalších mohou podle mého názoru ovlivňovat duševní pohodu člověka a mohou mít vliv na propuknutí nějakého duševního onemocnění. Prožívání stavů spojených s duševním onemocněním často vede k vyhledání sociální služby, která se zabývá péčí o duševní zdraví, a kde se její uživatelé mohou setkat s peer konzultantem.

V bakalářské práci se zaměřuji na peer konzultanty organizace FOKUS Vysočina, kterou znám již mnoho let. Jedna z poboček organizace sídlí v mém rodném městě a jedním ze sociálních pracovníků FOKUSU je můj manžel. Především díky jeho vlivu jsem se o problematiku začala podrobněji zajímat.

Cílem této práce je seznámení s pojmem peer konzultant v práci s lidmi s duševním onemocněním a přiblížení možného vlivu peer konzultanta na zotavení uživatele služeb komunitního týmu. A to především z hlediska vlivu na proces zotavení uživatelů, poskytování naděje pro lepší budoucnost či zaměřování se na silné stránky uživatelů. K dosažení cíle směřuji s pomocí porovnávání různých odborných zdrojů a zpráv organizací na toto téma. Součástí je také výčet výsledků ze zahraničních studií, které se zabývaly efektivitou peer podpory. Tyto výsledky jsou v závěru porovnány s pohledy a zkušenostmi konkrétních peer konzultantů FOKUSU Vysočina.

Práce je rozdělena do tří hlavních kapitol. První kapitola je věnována sociální práci s lidmi s duševním onemocněním. Jsou zde objasněny základní pojmy jako: duševní zdraví, duševní onemocnění a sociální práce. Kapitola nabízí kategorizaci duševních onemocnění a specifika sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Podrobněji jsou zde také popsány konkrétní duševní poruchy, s ohledem na cílovou skupinu komunitních týmů FOKUSU Vysočina.

Druhá kapitola je seznámením s organizací FOKUS Vysočina a s jejími službami. Podrobně se tato kapitola věnuje především komunitním týmům FOKUSU Vysočina, které pracují s lidmi s duševním onemocněním a jejichž součástí jsou pracovníci na pozici peer konzultanta. Zabývám se zde cílovou skupinou komunitních týmů, cíli a náplní práce, personálním zajištěním a metodami, které při spolupráci s uživatelem využívají. Vybrala jsem a podrobněji přiblížila některé přístupy a metody práce, které jsou ve spolupráci stěžejní.

Třetí kapitola je věnována zmíněným peer konzultantům pracujícím v oblasti péče o duševní zdraví. Je zde objasněn význam slova *peer* a charakterizovány pojmy jako: peer podpora, zotavení a peer konzultant. Následně se tato kapitola podrobně zabývá peer konzultanty ve FOKUSU Vysočina, jejich rolí v týmu, náplní práce, cíli práce, vzděláváním a případným vlivem na zotavení uživatelů. Součástí této kapitoly jsou konkrétní příběhy a názory peer konzultantů, kteří pracují v komunitních týmech FOKUSU Vysočina. Zpovědi peer konzultantů se také zaměřují na možný vliv peer pracovníků na zotavení uživatele.

V závěru jsou shrnuty a zrekapitulovány poznatky práce. Je zde také srovnání výsledků studií se zkušenostmi konkrétních peer konzultantů.

Prací bych ráda rozšířila povědomí o tématu peer konzultantů a jejich možném přínosu ve spolupráci s uživateli služeb péče o duševní zdraví.

Při zpracování této bakalářské práce jsem se opírala o množství odborné literatury, příruček pro duševně nemocné, manuálů, zpráv a internetové zdroje.

# 1 Sociální práce s člověkem s duševním onemocněním

Vzhledem ke zvolenému tématu této bakalářské práce se v první kapitole věnuji vymezení základních pojmů. Konkrétně pak pojmu duševního zdraví, přičemž dále přiblížím některá konkrétní duševní onemocnění. Dále definuji pojem sociální práce a následně přiblížím specifika a metody sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Poté stručně charakterizuji komunitní péči v psychiatrii, metody práce s lidmi s duševním onemocněním a nabídnu přehled organizací v České republice, které se sociální prací s lidmi s duševním onemocněním zabývají.

## 1.1 Duševní onemocnění

Pro správnou definici duševního onemocnění je nutné nejprve definovat pojem duševní zdraví. Duševní zdraví představuje schopnost člověka přizpůsobovat se různým situacím a schopnost adekvátně na ně reagovat.<sup>1</sup> Duševní nemoc je naopak stav projevující se poruchami prožívání a mezilidských vztahů. Někteří autoři užívají tento pojem jako synonymum pro duševní poruchu.<sup>2</sup> Duševní nemoc tedy představuje určitou odchylku od běžného a společností očekávaného chování a prožívání jednotlivce.

Tyto odchylky mohou být způsobeny v důsledku nerovnoměrného vyplavování látek, neuromediátorů, v mozku. Těmi jsou například dopamin, serotonin či acetylcholin. Jde tedy zejména o biologické příčiny.<sup>3</sup>

Höschl se naproti tomu dívá na rozvoj psychické poruchy v souvislosti mnohočetných rizikových faktorů. Do těch zahrnuje faktory psychosociálních, biologických a environmentálních stresorů, vývojových vlivů, charakterových rysů a dědičných dispozic.<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> Srov. MARKOVÁ, E., PETR, T. a kol., *Ošetrovatelství v psychiatrii*, Praha: Grada Publishing, 2014, ISBN 978-80-247-4236-6, s. 18

<sup>2</sup> Srov. MATOUŠEK, O., *Slovník sociální práce*, 2. přepracované vydání, Praha: Portál, 2008, ISBN 978-80-7367-368-0, s. 54

<sup>3</sup> Srov. LÁTALOVÁ, K., PRAŠKO, J., *Nemoc zvaná schizofrenie: Příručka pro pacienty a jejich blízké*, Mladá fronta: Praha, 2012, ISBN 978-80-204-2666-6, s. 12

<sup>4</sup> Srov. HÖSCHL, C., a kol., *Psychiatrie: Učebnice pro Vyšší zdravotnické školy*, Praha: SCIENTIA MEDICA, 1997, ISBN 80-85526-64-6, s. 15

V současné době lze všechna duševní onemocnění léčit. Některá duševní onemocnění jsou zcela léčitelná. Jiná zcela vyléčit nelze, avšak díky léčbě je možné utlumit projevy tak, aby byl pacient schopen fungovat ve společnosti a v životě.<sup>5</sup>

Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů dělí duševní poruchy a poruchy chování podle níže uvedeného kódování:

„F00-F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických

F10-F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek

F20-F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

F30-F39 Afektivní poruchy (poruchy nálad)

F40-F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

F50-F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

F60-F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

F70-F79 Mentální retardace

F80-F89 Poruchy psychického vývoje

F90-F98 Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání

F99 Neurčená duševní porucha“<sup>6</sup>

Kategorizace duševních onemocnění zahrnuje příliš velké množství nemocí a vzhledem k tématu a rozsahu práce se nemohu zabývat všemi uvedenými. Dále tedy charakterizují pouze ta duševní onemocnění, která spadají do cílové skupiny komunitních týmů organizace FOKUS Vysočina. Těmi jsou onemocnění z okruhu schizofrenií, afektivních poruch a poruch osobnosti a chování u dospělých.

---

<sup>5</sup> Srov. LÁTALOVÁ, K., PRAŠKO, J., *Nemoc zvaná schizofrenie: Příručka pro pacienty a jejich blízké*, Mladá fronta: Praha, 2012, ISBN 978-80-204-2666-6, s. 12

<sup>6</sup> MEZINÁRODNÍ STATISTICKÁ KLASIFIKACE NEMOCÍ A PŘIDRUŽENÝCH ZDRAVOTNÍCH PROBLÉMŮ, V. kapitola, *Poruchy duševní a poruchy chování (F00-F99)*, dostupné na: <https://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>, cit. dne: 9.1.2020



### 1.1.1 Schizofrenie

Schizofrenie patří do okruhu onemocnění, která jsou obecně nazývána jako psychózy. Jedná se o stavy, které se projevují narušením kontaktu s realitou, tedy narušení vnímání myšlení a prožívání.<sup>7</sup>

Obecně je schizofrenie charakterizována typickými deformacemi myšlení a vnímání. Mezi projevy schizofrenických poruch patří slyšení a vysílání vlastních myšlenek, bludné vnímání, pasivita nebo ovlivňování, sluchové halucinace, poruchy myšlení a negativní příznaky. Schizofrenie probíhá trvale nebo epizodicky s narůstajícím nebo trvalým defektem. Může také proběhnout jedna nebo více atak s úplnou či neúplnou remisí.<sup>8</sup>

Schizofrenie může mít různé formy a dělí se na určité podtypy. Jako příklad můžeme uvést paranoidní schizofrenii, hebefrenní schizofrenii, katatonní schizofrenii nebo nediferencovanou schizofrenii. Již zmíněné projevy a průběhy jsou pouze obecnými ukazateli schizofrenických poruch, nikoli poruch konkrétního typu.<sup>9</sup>

Jarolímek o onemocnění říká: „Schizofrenie je zákeřné, nenápadně se vyvíjející onemocnění. Vzniká nejčastěji mezi čtrnáctým a jedenadvacátým rokem života. (...). Zasáhne znenadání do života mladého člověka a vykolejí ho: nedokončí školu, ztratí příznivou životní perspektivu, obdrží léky, které mají silné vedlejší účinky, a dostane nálepku schizofrenik.“ Z tohoto popisu je zjevné, že onemocnění a všechno s ním související velmi zásadně působí na člověka, na jeho budoucí život i jeho blízké, kteří jsou součástí jeho života.<sup>10</sup>

### 1.1.2 Afektivní porucha

Afektivní porucha, jinak také porucha nálady, je onemocnění provázené změnami nálad, a to dvěma směry, k depresi nebo k mánii. Změny nálad jsou provázeny také celkovou

---

<sup>7</sup> Srov. LÁTALOVÁ, K., PRAŠKO, J., *Nemoc zvaná schizofrenie: Příručka pro pacienty a jejich blízké*, Mladá fronta: Praha, 2012, ISBN 978-80-204-2666-6, s. 11

<sup>8</sup> Srov. MEZINÁRODNÍ STATISTICKÁ KLASIFIKACE NEMOCÍ A PŘIDRUŽENÝCH ZDRAVOTNÍCH PROBLÉMŮ, V. kapitola, *Poruchy duševní a poruchy chování (F00-F99)*, dostupné na: <https://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>, cit. dne: 9.1.2020

<sup>9</sup> Srov. TAMTÉŽ, cit. dne: 9.1.2020

<sup>10</sup> JAROLÍMEK, M., *Já blázním s vámi*, Praha: Galén, 2017, ISBN 978-80-7492-313-5, s. 6

změnou v aktivitě člověka. Příčinou těchto změn bývá nejčastěji nějaká stresová situace nebo událost.<sup>11</sup>

Depresivní fáze se projevuje zhoršením nálady, snížením aktivity a energie, únavou, nechutí k jídlu, narušením smyslu pro zábavu či osobních zájmů a ztrátou schopnosti koncentrovat se. Může probíhat v lehké, střední či těžké formě. Člověk v depresivní fázi často ztrácí sebedůvěru a schopnosti sebehodnocení. V důsledku toho jsou následně prohloubeny pocity viny a beznaděje. Nálada se v této fázi příliš nemění, jedinec totiž není schopen reagovat na své okolí a změny v něm.<sup>12</sup>

Manická fáze je naopak stavem, kdy se nálada zlepšuje. Zvyšuje se aktivita i energie. Jedinec se cítí velmi dobře, a to jak fyzicky, tak psychicky. V této fázi je znatelná větší hovornost, sociabilita, přehnaná familiárnost, zvýšená sexuální energie a snížená potřeba spánku. Jedinec není schopen udržet pozornost, je velmi roztěkaný. Vzhledem ke zvýšení sebevědomí a ztrátě sociálních zábrán je chování člověka v manické fázi zbytečně riskantní, bezstarostné a nepřiměřené.<sup>13</sup>

V případě, že se fáze deprese a mánie střídají a tyto změny jsou patrné, může se jednat o bipolární afektivní poruchu, pro kterou je právě toto střídání fází charakteristické.<sup>14</sup>

### 1.1.3 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

Poruchy osobnosti a chování u dospělých zahrnují stavy a vzorce chování, které jsou zakořeněné a vychází z osobních a sociálních situací, které člověk prožil nebo prožívá. Tyto poruchy představují extrémní a významné odchylky od způsobů, které jsou v dané kultuře normální a očekávané. Jedná se o odchylky týkající se lidského vnímání, cítění a prožívání.<sup>15</sup>

Poruchy osobnosti a chování jsou vyvolané biologickými a psychosociálními činiteli. Biologické vlivy představují především genetickou nebo nadměrnou prenatální a perinatální zátěž. Za psychosociální vlivy považujeme například nevhodnou výchovu

---

<sup>11</sup> Srov., MEZINÁRODNÍ STATISTICKÁ KLASIFIKACE NEMOCÍ A PŘIDRUŽENÝCH ZDRAVOTNÍCH PROBLÉMŮ, V. kapitola, *Poruchy duševní a poruchy chování (F00-F99)*, dostupné na: <https://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html> cit. dne: 12.1.2020<sup>11</sup>

<sup>12</sup> Srov. TAMTÉŽ, cit. dne: 12.1.2020

<sup>13</sup> Srov. TAMTÉŽ, cit. dne: 12.1.2020

<sup>14</sup> Srov. TAMTÉŽ, cit. dne: 12.1.2020

<sup>15</sup> Srov. TAMTÉŽ, cit. dne: 12.1.2020

jedince či zneužívání. Ve výjimečných případech může k propuknutí dojít i sekundárně, například po nějakém traumatizujícím zážitku.<sup>16</sup>

Poruchy osobnosti se opět dělí na další specifické formy. Jako příklad můžeme uvést paranoidní poruchu osobnosti, schizoidní poruchu osobnosti nebo disociální poruchu osobnosti.<sup>17</sup>

## 1.2 Sociální práce

Abych se mohla podrobněji zabývat sociální prací s lidmi s duševním onemocněním, je nutné nejprve vymežit samotný pojem sociální práce.

Sociální práce je společenskovední disciplína, ale i praktická činnost. Jejím cílem je odhalování, zmírňování, vysvětlování a řešení sociální problémů ve společnosti. Těmito problémy mohou být například chudoba, diskriminace, zanedbávání výchovy, nezaměstnanost, užívání návykových látek a jiné. Její součástí je také napomáhání jednotlivcům, skupinám, ale i komunitám k navrácení se k určitému sociálnímu uplatnění a ke zlepšování podmínek sociálního uplatnění.<sup>18</sup>

Pro vymezení pojmu sociální práce a jejích cílů se někteří autoři opírali o koncept sociálního fungování. Například Navrátil tvrdí, že: „Cílem sociální práce je podpora sociálního fungování klienta v situaci, kde je taková potřeba buď skupinově, nebo individuálně vnímána a vyjádřena.“<sup>19</sup> Americká Národní asociace sociálních pracovníků definovala sociální práci a její cíl takto: „Sociální práce je profesionální aktivita zaměřená na pomáhání jednotlivcům, skupinám či komunitám zlepšit nebo obnovit jejich schopnost sociálního fungování a na tvorbu společenských podmínek příznivých pro tento cíl.“<sup>20</sup>

Sociální práci definuje mnoho různých autorů různými způsoby, je však zřejmé, že obecně jde o určitou pomoc člověku v nepříznivé situaci či krizi a o podporu jeho sociálního fungování. Pro člověka s duševním onemocněním může být podpora skrze

---

<sup>16</sup> Srov. MARKOVÁ, E., PETR, T. a kol., *Ošetřovatelství v psychiatrii*, Praha: Grada Publishing, 2014, ISBN 978-80-247-4236-6, s. 240

<sup>17</sup> Srov. MEZINÁRODNÍ STATISTICKÁ KLASIFIKACE NEMOCÍ A PŘIDRUŽENÝCH ZDRAVOTNÍCH PROBLÉMŮ, V. kapitola, *Poruchy duševní a poruchy chování (F00-F99)*, dostupné na: <https://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>, dne: 12.1.2020

<sup>18</sup> Srov. MATOUŠEK, O., *Slovník sociální práce*, 2. přepracované vydání, Praha: Portál, 2008, ISBN 978-80-7367-368-0, s. 200-201

<sup>19</sup> MATOUŠEK, O., a kol. *Základy sociální práce*, Praha: Portál, 2001, ISBN 80-7178-473-7, s. 184

<sup>20</sup> TAMTÉŽ, s. 184

sociální práci významným činitelem na cestě k zotavení a navracení se do běžného života ve společnosti.

### 1.3 Specifika sociální práce s lidmi s duševním onemocněním

Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním má mnoho specifík a úskalí. Na téma duševního onemocnění je ve společnosti často nahlíženo, jako na něco neznámého, negativního nebo nebezpečného. Obecně je diagnóza duševní nemoci objektem stigmatizace. Stigmatizace se však netýká pouze osob, které nějakou duševní poruchou trpí, ale také odborníků, kteří s touto cílovou skupinou pracují.<sup>21</sup>

Probstová o tomto tématu říká: „Sociální práce v oblasti péče o duševní zdraví je součástí intervencí, které mohou mít různý rozsah i různé cíle – od obnovení stavu duševní rovnováhy (např. krizová intervence) až po oblast dlouhodobého léčení duševních poruch. Kvalifikovaná práce sociálního pracovníka je v multidisciplinárním týmu nejen nezastupitelná, ale v některých fázích je pro život člověka se závažným duševním onemocněním primární.“<sup>22</sup>

Současná péče o duševní zdraví má čtyři hlavní východiska. Těmi jsou deinstitutionalizace, komunitní péče, prevence stigmatizace, destigmatizace a politika péče o duševní zdraví.<sup>23</sup>

Dobře nastavená politika péče o duševní zdraví by tedy měla stanovit podmínky přesunu pacientů z institucí do přirozeného prostředí. Tam by se na péči dále podílela místní komunita. Skrze péči v komunitě a aktivitu sociálních pracovníků by mělo postupně docházet i k větší informovanosti veřejnosti. Tedy i k pochopení problematiky duševních onemocnění a těžkostí, které jsou s nimi spojené, tedy i k destigmatizaci duševního onemocnění. V tomto směru jsou v současné době angažováni také peer konzultanti organizací či oddělení, která s duševně nemocnými lidmi pracují.

Práce s duševně nemocnými má jistá specifika, která vychází především ze specifických potřeb v životě s duševním onemocněním. Lidé trpící duševním onemocněním také často trpí různými poruchami emocí, poruchami pozornosti, vztahování se k lidem a poruchami sebeprožívání. Nejsou schopni zvládat každodenní

---

<sup>21</sup> Srov. MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P., *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*, 1. vydání, Praha: Portál, 2005, ISBN 80-7367-002-X, s. 133

<sup>22</sup> TAMTÉŽ, s. 133

<sup>23</sup> Srov. TAMTÉŽ, s. 133-134

pěči o sebe a o domácnost. Potýkají se se strachem z nového a neznámého, s předsudky a odmítáním. Na tom dále závisí podmínky, ve kterých mohou obecně trávit volný čas, bydlet či pracovat.<sup>24</sup>

V oblasti bydlení se nejčastěji setkáváme se dvěma variantami. S dlouhodobým bydlením v přirozeném prostředí, v druhém případě se jedná o dlouhodobý pobyt v psychiatrické nemocnici. V současnosti se do popředí dostává podpora samostatného bydlení a již zmíněné deinstitucionalizace. Samostatné bydlení je podporováno především formou chráněného či podporovaného bydlení nebo domů na půl cesty. Ideálem péče je takzvaná normalizace klienta, tedy přiblížení klienta co nejběžnějším podmínkám.<sup>25</sup>

V oblasti práce jsou velkým problémem právě projevy duševních nemocí, které mohou komplikovat a znemožňovat výkon práce. Tématem v této oblasti je také přiznání invalidity duševně nemocnému. To může být pro jednoho stigmatem a pro druhého naopak vysvobozením a jednou z mála jistot v životě s duševní poruchou. Adaptace na systém podpory je však pro mnohé nemocné velmi problematická a závislostní. Návrat do normálního života a cesta k zotavení je poté o to komplikovanější. Pracovní rehabilitace může probíhat v rámci denních center, klubových zařízení, chráněných dílen nebo formou přechodného a podporovaného zaměstnávání. Tyto formy práce jsou pro člověka s duševním onemocněním často jedinou možností, jak se zapojit na trhu práce.<sup>26</sup>

Pro člověka trpícího duševním onemocněním bývá obecně zapojení se do společnosti velmi obtížným krokem, stejně tak i postavení se proti své diagnóze a vydat se na cestu zotavení. V těchto krocích mohou člověka provázet a podporovat multidisciplinární týmy komunitní péče. Další důležitou možností, jak se zapojit na trhu práce, je práce na pozici peer konzultanta. Tímto tématem se však budu zabývat ve třetí kapitole této práce.

### **1.3.1 Komunitní péče v psychiatrii**

Komunitní péče je obecně péče poskytovaná v rámci určité komunity nebo členy komunity. Tato péče má dvě formy. První je péče přicházející od státních a nestátních

---

<sup>24</sup> Srov. MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P., *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*, 1. vydání, Praha: Portál, 2005, ISBN 80-7367-002-X, s. 145-152

<sup>25</sup> Srov. TAMTÉŽ s. 145-148

<sup>26</sup> Srov. TAMTÉŽ, s. 148-150

služeb, které jsou pro členy komunity dostupné. Druhou formou je péče poskytovaná formou svépomoci v rámci komunity, kterou si tedy vzájemně poskytují například sousedé, rodiny a jiná společenství.<sup>27</sup>

Komunitní péče v oblasti duševního zdraví se do popředí dostala v polovině dvacátého století, především v důsledku tzv. deinstitucionalizace, tedy redukce ústavní péče v psychiatrických nemocnicích, jejíž rysem je izolace nemocných či postižených od zbytku společnosti. V rámci rozvoje komunitní péče začaly vnikat komunitní týmy duševního zdraví. Ty vlivem dalšího rozvoje začaly rozšiřovat služby také na péči v přirozeném prostředí nemocného, či různé alternativy hospitalizací.<sup>28</sup> Příkladem alternativ hospitalizace mohou být například centra duševního zdraví. Jedno z těchto center, ve spolupráci s Psychiatrickou nemocnicí v Havlíčkově Brodě, provozuje také FOKUS Vysočina.

Cílovou skupinou komunitní péče jsou především lidé trpící dlouhodobými stavy duševního onemocnění a lidé se sníženou funkční kapacitou.<sup>29</sup>

Komunitní péče využívá terapeutický a rehabilitační potenciál přirozených společenství lidí. Je trendem posledních desítek let nejen pro lidi s duševním onemocněním, ale také například pro seniory či lidi se zdravotním postižením. Komunitní péče zahrnuje široké spektrum služeb, programů a zařízení, jejichž cílem je pomoci lidem s duševním onemocněním žít co nejkvalitnější život s ohledem na to, aby byli uspokojovány jejich zdravotní, sociální a psychologické potřeby.<sup>30</sup>

Služby, které fungují na principech komunitní péče se vyznačují určitými charakteristickými vlastnostmi. Pěč zmiňuje těchto 5 vlastností: První vlastností je multidisciplinarita týmů, kterými je komunitní péče tvořena. Součástí těchto týmů je množství odborníků, kteří se podílí na péči o pacienta podle jeho potřeb. Druhou vlastností je regionalizace, tedy určité vymezení lokality či regionu, ve kterém se pohybují a péči poskytují. S tím souvisí třetí vlastnost, kterou je poskytování služeb, co nejbližší domovu pacienta nebo v jeho vlastním prostředí. Čtvrtou charakteristikou je mobilita služeb. To znamená, že se služby přizpůsobují aktuálním stavům a potřebám

---

<sup>27</sup> Srov. MATOUŠEK, O., *Slovník sociální práce*, 2. přepracované vydání, Praha: Portál, 2008, ISBN 978-80-7367-368-0, s. 87

<sup>28</sup> Srov. PROBSTOVÁ, Václava, PĚČ, Ondřej, *Psychiatrie pro sociální pracovníky, vybrané kapitoly*, 1. vydání, Praha: Portál, 2014, ISBN 978-80-262-0731-3, s. 185-189

<sup>29</sup> Srov. TAMTĚŽ, s. 185-189

<sup>30</sup> Srov. TAMTĚŽ, s. 184-185

pacienta, mají proaktivní a asertivní charakter. Posledním a zásadním charakterem komunitní péče je dodržování občanských práv u pacientů.<sup>31</sup>

Lidé s duševním onemocněním mají komplexní potřeby, které je nutné respektovat. To je v rámci komunity hlavní podnět pro vytváření multidisciplinárních týmů, které s těmito lidmi pracují. Péče o duševně nemocné v komunitě by měla zahrnovat také předcházení stigmatizaci nebo alespoň její zmírňování. Stigmatizace působí velmi negativně, uživatelé se izolují od společnosti, stahují se do sebe nebo se vůči okolí projevují agresivním chováním.<sup>32</sup> Diagnóza duševního onemocnění tedy nepůsobí jen na člověka, který jí trpí, ale také na jeho blízké a na komunitu, ve které žije. To může být také jistou motivací pro práci s těmito lidmi.

### 1.3.2 Metody práce s lidmi s duševním onemocněním

Podle Matouška mezi hlavními metody, které mohou sociální pracovníci využívat při práci s lidmi s duševním onemocněním, patří moderní psychiatrická rehabilitace, případové vedení a týmová práce.<sup>33</sup>

Moderní psychiatrická rehabilitace se začala rozvíjet po druhé světové válce. Zásadními impulzy pro její rozvoj byly především poválečné programy pracovní rehabilitace, rozvoj psychofarmak, hnutí deinstitucionalizace, boj za lidská práva a také rozvoj komunitní péče a svépomocných hnutí.<sup>34</sup>

V moderní psychiatrické rehabilitaci rozlišujeme tři hlavní školy, a to Anglickou školu, Losangeleskou školu a Bostonskou školu. Podrobně se však přístupy jednotlivých škol zabývat nebudu. V následujícím výčtu přiblížím obecnější principy psychiatrické rehabilitace:

1. „Základní zaměření psychiatrické rehabilitace je zaměřeno na uživatele a na zvyšování jeho „kompetencí“.
2. Ziskem pro uživatele je zlepšení života v prostředí, které potřebuje a jež odpoví dá jeho vlastní volbě.

---

<sup>31</sup> Srov. PROBSTOVÁ, Václava, PĚČ, Ondřej, *Psychiatrie pro sociální pracovníky, vybrané kapitoly*, 1. vydání, Praha: Portál, 2014, ISBN 978-80-262-0731-3, s. 188-189

<sup>32</sup> Srov. MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P., *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*, 1. vydání, Praha: Portál, 2005, ISBN 80-7367-002-X, s. 134

<sup>33</sup> Srov. MATOUŠEK, O., *Slovník sociální práce*, 2. přepracované vydání, Praha: Portál, 2008, ISBN 978-80-7367-368-0, s. 100

<sup>34</sup> Srov. TAMTĚŽ, s. 139

3. Psychiatrická rehabilitace má být eklektická, má používat různé techniky a metody.
4. Psychiatrická rehabilitace má pracovat se zdravou částí osobnosti, využívat dovedností uživatele.
5. Základem procesu psychiatrické rehabilitace má být stálá naděje.
6. Zvyšování závislosti (dobře naplánované) uživatele může vést ke zvyšování nezávislého fungování.
7. Rehabilitace usiluje o aktivní zapojení uživatele do procesu údravy (zotavení).
8. Základními nástroji psychiatrické rehabilitace jsou rozvoj uživatelských dovedností a rozvoj podpory v jeho blízkém okolí.
9. Během rehabilitace je třeba zachovávat běžné aktivity uživatele.<sup>35</sup>

Ze zmíněného výčtu principů moderní psychiatrické rehabilitace je patrné, že se v rámci rehabilitace autoři přiklání především k podpoře a zaměřování se na silné stránky člověka, na podobných principech je také postavený například přístup Podpory zotavení a začlenění.

### **1.3.3 Komunitní služby pro duševně nemocné v České republice**

Komunitní služby jsou duševně nemocným poskytovány především skrze neziskové organizace, které se na práci s lidmi s duševním onemocněním specializují.

Většina těchto organizací se sdružuje pod Asociací komunitních služeb v oblasti duševního zdraví.<sup>36</sup>

Výčet organizací rozdělených podle kraje působnosti, které se sdružují pod Asociací komunitních služeb v oblasti duševního zdraví, bude zmíněn v následující tabulce.

---

<sup>35</sup>MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P., *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*, 1. vydání, Praha: Portál, 2005, ISBN 80-7367-002-X, s. 140

<sup>36</sup> Srov. OBČANSKÉ SDRUŽENÍ PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ-kolektiv autorů, *Na cestě ke komunitní psychiatrii: sborník k 15 letům občanského sdružení Péče o duševní zdraví*, Theo, 2010, ISBN 978-80-904009-6-2, s. 123



*Tabulka poskytovaných sociálních služeb pro duševně nemocné rozdělených podle působnosti v krajích<sup>37</sup>*

Kraj	Název	Webové stránky
Hlavní město Praha	Baobab	<a href="http://www.osbaobab.cz">www.osbaobab.cz</a>
	Bona	<a href="http://www.bona-ops.cz">www.bona-ops.cz</a>
	Eset – Help	<a href="http://www.esethelp.cz">www.esethelp.cz</a>
	Fokus Praha	<a href="http://www.fokus-praha.cz">www.fokus-praha.cz</a>
	Green Doors	<a href="http://www.greendoors.cz">www.greendoors.cz</a>
Jihočeský	Charita České Budějovice	<a href="http://www.mchcb.org">www.mchcb.org</a>
	Fokus České Budějovice	<a href="http://www.fokus-cb.cz">www.fokus-cb.cz</a>
	Fokus Písek	<a href="http://www.fokus-pisek.cz">www.fokus-pisek.cz</a>
	Fokus Tábor	<a href="http://www.fokustabor.cz">www.fokustabor.cz</a>
Jihomoravský	Sdružení Práh	<a href="http://www.prah-brno.cz">www.prah-brno.cz</a>
Karlovarský	---	
Královehradecký	Péče o duševní zdraví	<a href="http://www.pdz.cz">www.pdz.cz</a>
Liberecký	Fokus Liberec	<a href="http://www.fokusliberec.unas.cz">www.fokusliberec.unas.cz</a>
	Fokus Turnov	<a href="http://www.fokusturnov.cz">www.fokusturnov.cz</a>
Moravskoslezský	Anima Viva	<a href="http://www.animaviva.cz">www.animaviva.cz</a>
	Charita Opava	<a href="http://www.charitaopava.cz">www.charitaopava.cz</a>
	Fokus Opava	<a href="http://www.fokusopava.cz">www.fokusopava.cz</a>
	Mens Sana	<a href="http://www.menssana.cz">www.menssana.cz</a>
Olomoucký	Ester	<a href="http://www.esterzalesi.eu">www.esterzalesi.eu</a>
	Zahrada 2000	<a href="http://www.zahrada2000.cz">www.zahrada2000.cz</a>
Pardubický	Charita Polička	<a href="http://www.charita.policcka.cz">www.charita.policcka.cz</a>
	CEDR Pardubice	<a href="http://www.skp-cedr.cz">www.skp-cedr.cz</a>
	Fokus Vysočina	<a href="http://www.fokusvysocina.cz">www.fokusvysocina.cz</a>
	Péče o duševní zdraví	<a href="http://www.pdz.cz">www.pdz.cz</a>
Plzeňský	Ledovec Plzeň	<a href="http://www.ledovec.cz">www.ledovec.cz</a>
Středočeský	Fokus Mladá Boleslav	<a href="http://www.fokus-mb.cz">www.fokus-mb.cz</a>
	Fokus Praha	<a href="http://www.fokus-praha.cz">www.fokus-praha.cz</a>
Ústecký	Fokus Ústí nad Labem	<a href="http://www.fokusul.cz">www.fokusul.cz</a>
Vysočina	Fokus Vysočina	<a href="http://www.fokusvysocina.cz">www.fokusvysocina.cz</a>
	VOR Jihlava	<a href="http://www.os-vor.cz">www.os-vor.cz</a>
Zlínský	Centrum sociálních služeb	
	Horizont	<a href="http://www.cspzlin.cz">www.cspzlin.cz</a>

<sup>37</sup> OBČANSKÉ SDRUŽENÍ PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ-kolektiv autorů, *Na cestě ke komunitní psychiatrii: sborník k 15 letům občanského sdružení Péče o duševní zdraví*, Theo, 2010, ISBN 978-80-904009-6-2, s. 124

## 2 Organizace FOKUS Vysočina

V této kapitole obecně představím FOKUS Vysočina, poskytované služby a jejich dostupnost v městech kraje Vysočina. Podrobněji se budu zabývat komunitními týmy, které pracují s duševně nemocnými. Charakterizují cílovou skupinu, poslání a cíle komunitních týmů, poskytované služby a také pracovní zastoupení týmů. Dále se budu zabývat metodami práce komunitních týmů, zejména pak přístupem CARE, metodou CAN-C, metodou Mapování pomoci domén a metodou Asertivního kontaktování.

Organizace FOKUS Vysočina vznikla v roce 1992. Věnuje se především práci s lidmi s duševním onemocněním. Mimo péči o duševně nemocné provozuje také dobrovolnická centra a služby pro osoby s mentálním či kombinovaným postižením, tyto služby v práci však dále rozebírat nebudu. Pro duševně nemocné poskytuje péči skrze centra duševního zdraví, komunitní týmy, týmy podpory v zaměstnávání a také poskytuje chráněná bydlení. Tyto služby jsou dostupné ve městech kraje Vysočina, konkrétně jsou to střediska v Havlíčkově Brodě, Hlinsku, Pelhřimově a Chotěboři.<sup>38</sup>

### 2.1 Komunitní týmy

Pro práci s duševně nemocnými využívá FOKUS Vysočina multidisciplinární komunitní týmy, jejichž úkolem je především poskytování služeb sociální rehabilitace.

Služba je uživatelům poskytována na základě určitých zásad. První zásadou je dobrovolnost, tedy svobodného rozhodnutí uživatele služby využívat. Druhou zásadou je individualita, tedy poskytování služby s ohledem na individuální přání a potřeby uživatele. Třetí zásadou je respekt. Služba je poskytována s úctou vůči uživateli a usilováním o zachování všech práv a důstojnosti uživatele. Další zásadou je směřování k soběstačnosti a poskytování služby tak, aby nedocházelo k závislosti na ní. Poslední zásadou je asertivita. Tato zásada představuje především schopnost vyhledávat uživatele v jejich přirozeném prostředí a opakovaně nabízet služby těm, kteří je nevyhledali sami.<sup>39</sup>

---

<sup>38</sup> Srov. FOKUS VYSOČINA, *FOKUS Vysočina z. ú.* © 2020, dostupné na: <http://www.fokusvysočina.cz/>, cit. dne: 12. 2. 2020

<sup>39</sup> Srov. FOKUS VYSOČINA, *Operační manuál komunitního týmu 2020*, vydal: A. Šimonová, 2020, s. 8

### **2.1.1 Cílová skupina**

Komunitní týmy FOKUSU Vysočina mají pro cílovou skupinu přesné diagnostické a věkové vymezení. Do cílové skupiny patří lidé od 18 let věku trpící onemocněním z okruhu psychóz, a to především schizofrenie a afektivní poruchy, dále osoby s poruchou osobnosti a osoby s těžšími neurotickými poruchami. Důležitým faktorem pro využívání služby je také regionální příslušnost k danému komunitnímu týmu.<sup>40</sup>

### **2.1.2 Cíle a poslání komunitních týmů**

Hlavním posláním komunitních týmů je již zmíněná sociální rehabilitace. Tedy obnovení, udržení či získání schopností a dovedností, které jsou pro uživatele nezbytné v oblasti zapojování do běžného života.<sup>41</sup>

Základní cíle komunitních týmů FOKUSU Vysočina jsou orientovány třemi směry, a to na uživatele, na službu a na společnost. Hlavním cílem orientovaným na uživatele je obecně podpora osob s duševním onemocněním. Konkrétně podpora při rozvoji a podpoře samostatnosti, při naplňování vlastních cílů a potřeb, při využívání veřejných služeb či míst, při kontaktu s komunitou nebo pro řešení obtížných či krizových situací. Cíle orientované na službu zahrnují poskytování služeb vycházejících z potřeb uživatelů, z naplňování standardů kvality péče ve službě a vzdělávání pracovníků. Mezi cíle orientované na společnost patří kontaktování osob s duševním onemocněním, zajištění sociální pomoci pro tyto osoby, spolupráce s úřady, či místní samosprávou, ale také spolupráce s dalšími poskytovateli sociálních a zdravotnických služeb.<sup>42</sup>

### **2.1.3 Personální zastoupení komunitních týmů**

Zásadním prvkem komunitních týmů, který poskytuje komplexnost péče o duševně nemocné, je to, že se jedná o týmy multidisciplinární. Týmy jsou zastoupené různými potřebnými profesemi. Komunitní týmy FOKUSU Vysočina jsou tvořeny sociálními pracovníky, terénními zdravotními sestrami, peer konzultanty, psychology nebo psychoterapeuty a pracovními konzultanty.

---

<sup>40</sup> Srov. FOKUS VYSOČINA, *Operační manuál komunitního týmu 2020*, vydal: A. Šimonová, s. 7

<sup>41</sup> Srov. TAMTÉŽ, s. 6

<sup>42</sup> Srov. TAMTÉŽ, s. 6

Sociální pracovníci se ve své práci řídí svým vzděláním, zkušenostmi či dovednostmi a vycházejí z jejich pracovní náplně a individuálních potřeb uživatelů služby. V péči o uživatele také zastávají funkci hlavních koordinátorů neboli klíčových pracovníků.<sup>43</sup>

Pozice terénní zdravotní sestry je také významná v oblasti zotavování uživatelů. Přispívá k tomu především podporou a obnovou zdravotního stavu a kvality života uživatele. Terénní zdravotní sestra poskytuje péči především v oblastech edukace, kontroly medikace, aplikace depotních injekcí a v oblasti kontroly zdravotního stavu u lidí se sebepoškozováním. Pracovník na této pozici je podporou pro jednotlivé členy týmu ale také podporou v rámci fungování týmu jako celku. Významným přínosem je poskytnutí zdravotnického pohledu a také to, že tento pracovník představuje jakýsi spojovací článek mezi sociální prací a zdravotnickými službami.<sup>44</sup>

Psycholog nebo psychoterapeut se podílí na zlepšování zdraví a zkvalitnění života uživatelů. Napomáhá uživatelům služby, prostřednictvím různých terapií, pochopit nemoc a procesy, které se v uživateli právě odehrávají. V rámci práce se skupinou se snaží vytvářet prostor pro vzájemné obohacování, a vzájemnou podporu. Pracovník má také za úkol edukaci rodinných příslušníků, a to v oblasti psychoterapie a problematiky duševního onemocnění.<sup>45</sup>

Pozice pracovního konzultanta je pro multidisciplinární tým důležitá především v procesu zotavení uživatele. Významnou součástí zotavení je zapojení se do pracovního procesu. Pracovník pomáhá v orientaci na trhu práce, pomáhá uživateli získávat dovednosti a schopnosti potřebné k získání vhodného zaměstnání a k jeho udržení.<sup>46</sup>

Součástí multidisciplinárních komunitních týmů jsou také peer konzultanti, touto pozicí se, ale budu podrobně zabývat v následující samostatné kapitole.

#### **2.1.4 Metody práce komunitních týmů**

Komunitní týmy se při své práci orientují především na proces rehabilitace a zotavení uživatele. Tento proces má tři fáze. První fází je stabilizace, ve které se uživatel učí zvládat projevy nemoci. Druhá je fáze reorientace. Ta zahrnuje především podporování

---

<sup>43</sup> Srov. FOKUS VYSOČINA, *Operační manuál komunitního týmu 2020*, vydal: A. Šimonová, s. 13

<sup>44</sup> Srov. TAMTÉŽ, s. 13-14

<sup>45</sup> Srov. TAMTÉŽ, s. 14-15

<sup>46</sup> Srov. TAMTÉŽ, s. 15

uživatelé v přebírání odpovědnosti s pracovníkovou pomocí. Třetí fáze je reintegrační, která vede k přebírání odpovědnosti uživatele. Pracovník je zde vnímán pouze jako určitá jistota, na kterou je možno se obrátit.<sup>47</sup>

K tomu, aby uživatel zvládl projít na cestě k zotavení těmito fázemi, využívají pracovníci určité metody, přístupy a techniky. Některé z nich následně stručně charakterizují.

#### **2.1.4.1. CARE**

Metodika CARE je pro pracovníky komunitního týmu základním přístupem, ze kterého při práci s uživateli vychází.

CARE (Comprehensive Approach to Rehabilitation) neboli Komplexní přístup k rehabilitaci, je metodika, která má kořeny v Nizozemsku: Vyvinuli ji v 80. letech psychiatri Dirk den Hollander a Jean Pierre Wilken. Základními rámci, ze kterých CARE vychází jsou: zotavování, zaměření na přítomnost a zplnomocňování.<sup>48</sup>

Základním principem metody CARE je poskytování optimální individuální podpory. Součástí podpory jsou tyto fáze a činnosti: „Budování a udržování „efektivního“ vztahu; pomoc klientovi formulovat přání, rozhodovat se a plánovat; získávání informací a vypracovávání Osobního profilu ve spolupráci s klientem; pomáhat klientovi při sestavování Osobního plánu (včetně Plánu podpory); pomoc při realizaci tohoto plánu; sledování celého procesu; učení, evaluace a adaptace.“<sup>49</sup>

Mimo zmíněné fáze a činnosti v oblasti podpory je pro duševně nemocné zásadní osobní podpora. Metodika CARE nabízí „systém osobní podpory“, který zohledňuje důležitost nejen vnitřních silných stránek, ale také podporu ostatních lidí či potřebu materiálních zdrojů.<sup>50</sup>

Příkladem podpory ostatních lidí, může být peer podpora skrze osoby nacházející se ve stejné situaci nebo osoby s podobnými zkušenostmi. Významná je také podpora lidí z přirozené sociální sítě člověka. Jedná se o přátele, rodinu, sousedy, kolegy uživatele.<sup>51</sup>

---

<sup>47</sup> Srov. FOKUS VYSOČINA, *Operační manuál komunitního týmu 2020*, vydal: A. Šimonová, s. 30

<sup>48</sup> Srov. HOLLANDER, WILKEN, *Podpora zotavení a začlenění, Úvod do metodiky CARE*, Psychiatrická nemocnice Bohnice, Praha, 2016, ISBN 978-80-260-9945-1, s. 7-14

<sup>49</sup> TAMTÉŽ, s. 50

<sup>50</sup> Srov. TAMTÉŽ, s. 35

<sup>51</sup> Srov. TAMTÉŽ, s. 35

Za materiální zdroje jsou považovány ty zdroje, které jsou dostupné v okolním prostředí nebo ve společnosti. Jedná se například o finanční zdroje, pracovní příležitosti, obchody, školy, sportovní kluby či komunitní centra. Tato potřeba může být označována také jako systém komunitní podpory.<sup>52</sup>

#### **2.1.4.2. Metoda CAN-C**

Metoda CAN-C neboli Camberwell Assessment of Need, se zaměřuje především na potřeby uživatele. Jedná se o dotazníkové šetření, s jehož pomocí lze systematicky mapovat potřeby a míru uspokojených potřeb. Jedná se o potřeby ve 22 důležitých životních oblastech za poslední měsíc. Mapování pomocí CAN-C se provádí dle potřeby, případně v situaci, kdy není jasné, zda uživatel dále potřebuje službu využívat.<sup>53</sup>

#### **2.1.4.3. Mapování pomocí domén**

Tato metoda se zaměřuje především na přání uživatele a na hledání jeho vnitřní motivace ke změnám. Mapování probíhá formou tematicky zaměřených rozhovorů týkajících se 8 okruhů domén. Domény jsou rozděleny do dvou skupiny, a to do skupiny osobních domén a životních domén. Zásadním prvkem v mapování je smysluplnost a hledání významů, které jsou pro uživatele zásadní.<sup>54</sup>

Tato metoda vychází z přístupu CARE, jako nástroj pro mapování domén tedy využívají pracovníci Osobní profily uživatelů, které jsou součástí metodiky přístupu CARE.<sup>55</sup>

#### **2.1.4.4. Asertivní kontaktování**

Asertivita patří mezi hlavní zásady komunitních týmů ve FOKUSU Vysočina. Tento pojem představuje schopnost vyhledávat potenciální uživatele v jejich prostředí a opakovaně nabízet služby těm, kteří je nevyhledali sami.<sup>56</sup>

---

<sup>52</sup> Srov. HOLLANDER, WILKEN, *Podpora zotavení a začlenění, Úvod do metodiky CARE*, Psychiatrická nemocnice Bohnice, Praha, 2016, ISBN 978-80-260-9945-1, s. 35

<sup>53</sup> Srov. FOKUS VYSOČINA, *Operační manuál komunitního týmu 2020*, vydal: A. Šimonová, 2020, s. 35

<sup>54</sup> Srov. TAMTÉŽ, s. 33-34

<sup>55</sup> Srov. TAMTÉŽ, s. 34

<sup>56</sup> Srov. TAMTÉŽ, s. 8

Asertivní kontaktování je metoda využívaná při jednání s potenciálním zájemcem o službu. Tento zájemce je osoba, která splňuje podmínky pro využívání služby. Nemá však náhled na nemoc, může být bez medikace nebo není dostatečně motivována ke spolupráci. Službu tedy kontaktuje někdo z blízkého okolí potenciálního uživatele. Nejčastěji jsou to rodinní příslušníci, někdo ze sociálního prostředí či zástupce místní samosprávy.<sup>57</sup>

Při jednání s potenciálním zájemcem je dobré dodržovat zásady a postupy asertivního kontaktování. Mezi tyto zásady patří například: Zjišťování co nejvíce informací o potřebách potenciálního zájemce, mapování situace; první schůzka probíhá vždy za přítomnosti osoby, která službu vyhledala; je vhodné kontaktování opakovat, ne vždy se podaří kontaktovat potenciálního uživatele na poprvé.<sup>58</sup>

---

<sup>57</sup> Srov. FOKUS VYSOČINA, *Operační manuál komunitního týmu 2020*, vydal: A. Šimonová, s. 17

<sup>58</sup> Srov. TAMTÉŽ, s. 17-18

### 3 Peer konzultant v sociální práci s lidmi s duševním onemocněním

V této kapitole obecně charakterizují pojem peer podpora a pojem zotavení. Dále se budu podrobně zabývat pracovní pozicí peer konzultant konkrétně v organizaci FOKUS Vysočina. Zmíním zde náplň práce peer konzultantů, cíle práce, vzdělávání a také možný vliv peer konzultanta na zotavování uživatelů. Součástí této kapitoly budou jednotlivé příběhy peer konzultantů FOKUSU Vysočina a také jejich pohled na význam jejich přítomnosti v komunitním týmu a jejich názor na proces zotavení.

#### 3.1 Peer podpora

Slovo *peer* je anglického původu a doslovně se překládá jako „druh“ nebo jako „osoba stejného stavu“. Označuje spojení mezi osobami díky shodné charakteristice v nějaké významné oblasti. Například osoby ve stejné rodinné situaci (matky malých dětí), osoby se stejným místem bydliště (bližší a vzdálenější sousedé). V oblasti zdraví jsou to osoby se stejným druhem onemocnění či handicapu. Setkat se osobami peer podpory můžeme například při léčbě závislostí či v oblasti péče o duševní zdraví.<sup>59</sup>

„Peer podpora je založena na přesvědčení, že ti, kdo čelili těžkým překážkám, vydrželi a překonali je, mohou poskytnout užitečnou podporu, povzbuzení, naději a možná i mentorství jiným, kteří se nacházejí v podobné situaci.“<sup>60</sup>

V oblasti duševního zdraví jsou peer pracovníky lidé s žitou zkušeností duševního onemocnění. Tuto zkušenost využívají především k podpoře a posilování naděje uživatelů. Peer podpora je klíčovým prvkem pro přístup orientovaný na zotavení, pro boj proti stigmatizaci, posilování sebevědomí, zlepšování sociálního fungování uživatelů nebo zlepšování psychiatrických symptomů, a tedy i snižování hospitalizací.<sup>61</sup>

Zásadním prvkem v peer podpoře je vzájemné sdílení zkušeností s duševním onemocněním a všeho, co s ním souvisí. Nejčastěji sdílené zkušenosti se týkají služeb

---

<sup>59</sup> Srov. FOITOVÁ, Z., PINKASOVÁ, V., a kol., *Manuál Zapojení peer konzultantů do péče o duševní zdraví*, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví: Praha, 2014, 1. vydání, s. 11

<sup>60</sup> FOITOVÁ, Z., PINKASOVÁ, V., a kol., *Manuál Zapojení peer konzultantů do komunitní a lůžkové péče o duševní zdraví*, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví: Praha, 2016, 2. vydání, s. 14

<sup>61</sup> Srov. TAMTÉŽ, s. 9



péče o duševní zdraví, stigmatizace nebo projevů nemoci. Toto vzájemné sdílení je prospěšné pro obě strany a pomáhá tedy k zotavení uživatele i peer pracovníka.<sup>62</sup>

Práce peer pracovníků může být zaměřena různými směry, podle toho jsou pracovníci rozlišováni například jako: peer konzultanti, peer lektori, peer výzkumníci či peer poradci.<sup>63</sup> Podrobně se budu zabývat pouze peer konzultanty.

## 3.2 Zotavení

Pro správnou charakteristiku práce peer konzultantů je důležité nejprve vysvětlit pojem zotavení, z anglického *recovery*. A to proto, že pro peer konzultanty je zotavení stěžejním tématem. Peer konzultant musí nejprve projít svou vlastní cestou k zotavení a až poté může pomáhat ostatním. Především ze zkušenosti zotavení vychází práce peer pracovníků. V následujících odstavcích se tedy budu věnovat tématu zotavení, které je pro osoby s duševním onemocněním důležitým východiskem při návratu do společnosti a do běžného života.

Pojem zotavení označuje dlouhodobý proces nebo cestu ke zlepšování zdravotního stavu a osobních proměn. Tyto procesy umožňují duševně nemocnému žít smysluplný život ve společenském prostředí podle jeho vlastního výběru a napomáhají využívat jeho osobního potenciálu.<sup>64</sup>

Probstová o tomto pojmu říká: „Zotavení – úzdrava je nosným konceptem moderních služeb duševního zdraví v posledních letech. Představuje způsob myšlení o klientech, ve kterém se prolínají a protínají různé způsoby podpory lidí s duševním onemocněním (rehabilitace, psychoterapie, psychiatrická léčba), přičemž hlavní důraz je kladen na proměnu osobní zkušenosti u klienta.“<sup>65</sup>

Zotavení má dvě pojetí. Prvním z nich je klinické, které zahrnuje určité pozorovatelné obnovení kognitivních, sociálních a pracovních funkcí. Druhým je rehabilitační pojetí. To je zaměřeno na životní adaptaci člověka a na dosažení plnohodnotného života. Subjektivněji se zaměřuje na člověka a na samotný proces

---

<sup>62</sup> Srov. TRACHTENBERGOVÁ, M., PARSONAGE, M. SHEPHERD, G., *Zpráva: Peer podpora v péči o duševní zdraví: vyplatí se?*, Centre for Mental Health, 2013

<sup>63</sup> Srov. FOITOVÁ, Z., PINKASOVÁ, V., a kol., *Manuál Zapojení peer konzultantů do komunitní a lůžkové péče o duševní zdraví*, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví: Praha, 2016, 2. vydání, s. 8

<sup>64</sup> Srov. PROBSTOVÁ, Václava, PĚČ, Ondřej, *Psychiatrie pro sociální pracovníky, vybrané kapitoly*, 1. vydání, Praha: Portál, 2014, ISBN 978-80-262-0731-3, s. 214

<sup>65</sup> TAMTÉŽ, s. 222

zotavení.<sup>66</sup> Rehabilitační pojetí lze označit také jako osobní zotavení, tento pojem je významný především v nepsychiatrických profesích a svépomocných hnutích.<sup>67</sup>

V případě klinického zotavení existují znaky, podle kterých lze určit míru zotavení. Jsou to tyto znaky: je bez symptomů, je bez medikace, samostatně bydlí v komunitě, pracuje, sociální vztahy má na uspokojivé úrovni, je bez sociálně rušivého chování. Přičemž za zotavení je považována přítomnost alespoň pěti z těchto znaků.

V oblasti osobního zotavení je důležité zohledňovat jedinečnost a individualitu.<sup>68</sup> Zotavení probíhá v procesech, jejichž součástí je znovunalezení vlastní identity a životního smyslu po traumatizující zkušenosti. Obecně se tedy jedná o procesy osobního růstu a vývoje.<sup>69</sup>

Za základní atributy osobního zotavení jsou považovány: naděje, důvěra v lepší budoucnost, zplnomocnění, tedy převzetí vlastní zodpovědnosti, samostatnosti a rozhodování, smysluplná životní role, ta, která nesouvisí s nemocí.<sup>70</sup>

### 3.3 Peer konzultant

Peer konzultant je pracovníkem ve službách péče o duševní zdraví a je plnohodnotnou součástí týmu profesionálů. Specifikem této pozice v týmu je využívání vlastní zkušenosti s duševním onemocněním a zotavováním.<sup>71</sup>

Peer konzultanti ve své práci vychází především z konceptu zotavení. Pracují prostřednictvím svého osobního příběhu, případě prostřednictvím zprostředkovaných zkušenosti, například od jiných peer pracovníků. Základním úkolem není radit, ale inspirovat, podporovat, předávat naději, ukazovat možnosti, podporovat v nezávislosti, v samostatnosti a v přijímání vlastní zodpovědnosti.<sup>72</sup>

Zapojování peer konzultantů do péče o duševní zdraví se v České republice začalo probíhat v roce 2012 v rámci projektu Zapojení peer konzultantů do péče o duševně

---

<sup>66</sup> Srov. TAMTÉŽ, s. 214-215

<sup>67</sup> Srov. FOITOVÁ, Z., PINKASOVÁ, V., a kol., *Manuál Zapojení peer konzultantů do komunitní a lůžkové péče o duševní zdraví*, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví: Praha, 2016, 2. vydání, s. 12

<sup>68</sup> Srov. TAMTÉŽ, s. 12

<sup>69</sup> Srov. HOLLANDER, WILKEN, *Podpora zotavení a začlenění, Úvod do metodiky CARE*, Psychiatrická nemocnice Bohnice, Praha, 2016, ISBN 978-80-260-9945-1, s. 21

<sup>70</sup> Srov. FOITOVÁ, Z., PINKASOVÁ, V., a kol., *Manuál Zapojení peer konzultantů do komunitní a lůžkové péče o duševní zdraví*, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví: Praha, 2016, 2. vydání, s. 12

<sup>71</sup> Srov. TAMTÉŽ, s. 8

<sup>72</sup> Srov. FOKUS VYSOČINA, *Operační manuál komunitního týmu 2020*, vydal: A. Šimonová, 2020, s.

nemocné. Tento projekt vycházel ze zahraniční praxe, především v Holandsku, kde jsou peer pracovníci zapojováni již více než 20 let. Po ukončení tohoto projektu se odborníci z praxe péče o duševní zdraví přesvědčili o prospěšnosti peer pracovníka v týmu a rozhodli se s peer pracovníky dále spolupracovat.<sup>73</sup>

### 3.4 Peer konzultanti ve FOKUSU Vysočina

Organizace FOKUS Vysočina v současnosti disponuje třemi peer konzultanty, a to ve střediscích v Pelhřimově, v Havlíčkově Brodě a v Hlinsku. Pozice peer konzultanta byla ve FOKUSU Vysočina vytvořena v důsledku absolvování zmiňovaných stáží v Nizozemsku.<sup>74</sup>

#### 3.4.1 Role peer konzultanta

V současnosti můžeme rozlišit role peer konzultantů podle místa jejich působení. Peer konzultanti jsou součástí multidisciplinárních týmů nebo pracují v nestátních neziskových organizacích.<sup>75</sup>

Ve FOKUSU Vysočina jsou peer konzultanti součástí multidisciplinární komunitních týmů.<sup>76</sup> V tomto případě jde o podílení se na samotné léčbě či motivaci k ní. Oslovují potenciální uživatele v psychiatrických nemocnicích nebo v domácím prostředí, podporují uživatele s ohledem na fázi jejich zotavení.<sup>77</sup>

Při práci s uživateli jde především o sdílení osobních či zprostředkovaných příběhů s nemocí a zotavením. Peer konzultant se snaží uživatele motivovat, podporovat, dodávat naději, snaží se zaměřovat na silné stránky uživatele.<sup>78</sup>

Pro práci s rodinou či okolím uživatele je zásadní motivovat ke spolupráci, vysvětluje a informuje o zkušenostech s nemocí. Dále také podporuje komunikaci a posiluje naději a víru, že zlepšení a zotavení je možné.<sup>79</sup>

---

<sup>73</sup> Srov. FOKUS VYSOČINA, *FOKUS Vysočina z. ú.* © 2020, dostupné na:

<http://www.fokusvysocina.cz>, cit. dne: 2. 3. 2020

<sup>74</sup> Srov. TAMTÉŽ, cit. dne: 28. 2. 2020

<sup>75</sup> Srov. FOITOVÁ, Z., PINKASOVÁ, V., a kol., *Manuál Zapojení peer konzultantů do komunitní a lůžkové péče o duševní zdraví*, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví: Praha, 2016, 2. vydání, s. 9-11

<sup>76</sup> Srov. FOKUS VYSOČINA, *Operační manuál komunitního týmu 2020*, vydal: A. Šimonová, 2020, s. 14

<sup>77</sup> Srov. TAMTÉŽ, s. 9

<sup>78</sup> Srov. TAMTÉŽ, s. 10

<sup>79</sup> Srov. TAMTÉŽ, s. 10

Do týmu, kterého je peer konzultant součástí, vnáší pohled z „druhé strany“ a poskytuje pracovníkům zpětnou vazbu s ohledem na osobní zkušenost. Především je důkazem toho, že zotavení není nemožné a práce týmu má svůj smysl.<sup>80</sup>

### 3.4.2 Náplň a cíle práce

Hlavním cílem a náplní práce peer konzultantů je, sdílení osobního příběhu a povzbuzování uživatele. Práce je zaměřena individuálně na jednotlivce nebo na skupinu. S duševně nemocným pracuje peer konzultant na půdě organizace, v přirozeném prostředí uživatele, či v prostředí psychiatrické nemocnice. Mimo uživatele může informovat laickou i odbornou veřejnost prostřednictvím besed a přednášek.<sup>81</sup>

Obecně se peer konzultant také zapojuje do aktivit denního programu v rámci organizace, tedy včetně porad, supervizí či vedení dokumentace. Peer konzultant může kontaktovat a navštěvovat uživatele během hospitalizace v psychiatrické nemocnici. Pokud je peer konzultant součástí lůžkových oddělení, může být také určitým průvodcem pro nově přijaté pacienty. Dále se může podílet na vytváření a organizaci svépomocných skupin pro duševně nemocné. Pozice peer konzultanta je často vnímána, jako jakýsi prostředník či spojující článek. A to mezi pacienty nebo uživateli a pracovníky daných zařízení a organizací, ale také mezi duševně nemocným a jeho blízkými.<sup>82</sup>

Cíle podpory peer konzultanta se odvíjí od fáze zotavení, ve které se uživatel nachází. Duševně nemocní prožívají proces zotavení ve čtyřech fázích.<sup>83</sup>

První fáze-ochromení nemocí, zahrnuje období, ve kterém je uživatel zahlcen symptomy nemoci, je zmatený, neschopný jednat, převládají u něj pocity beznaděje, zoufalství a bezmoci. V této fázi je cílem peer konzultanta především vytvoření důvěrného vztahu s uživatelem a poskytnutí naděje pro lepší budoucnost. Jeho vlastní zkušenost se stavy, které uživatel prožívá může pomoci k posílení empatie pracovníka.<sup>84</sup>

Ve druhé fázi-zápasení s nemocí je důležité mluvit s uživatelem o jeho přáních a potřebách. Mluvit o nemoci, o možnostech a účelu léčby, podporovat v získávání

---

<sup>80</sup> Srov. FOKUS VYSOČINA, *Operační manuál komunitního týmu 2020*, vydal: A. Šimonová, 2020, s. 11

<sup>81</sup> Srov. FOITOVÁ, Z., PINKASOVÁ, V., a kol., *Manuál Zapojení peer konzultantů do komunitní a lůžkové péče o duševní zdraví*, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví: Praha, 2016, 2. vydání, s. 11

<sup>82</sup> Srov. TAMTÉŽ, s. 11

<sup>83</sup> Srov. TAMTÉŽ, s. 9

<sup>84</sup> Srov. TAMTÉŽ, s. 9

informací, zaměřovat se na zotavení. Peer konzultant také odkrývá silné stránky a minulé úspěchy ze života uživatele, dále hovoří o svých zkušenostech z této fáze, a to zejména o vztahu k rozhodování a změnám.<sup>85</sup>

Třetí fáze-život s nemocí je typická postupným zbavováním se strachu z nemoci. Dále seznamováním se se silnými i slabými stránkami, navrácením se a přijímáním životních rolí. Uživatel je schopen vyrovnávat se s omezeními, které s nemocí souvisí. V této fázi peer konzultant podporuje především v zotavování. A to různými prostředky, například pomáhá hledat či vytvářet vhodné podpůrné sociální sítě, pomáhá hledat vhodné zaměstnání, podporuje jeho nezávislost a opět dodává naději skrze sdílení vlastních zkušeností se zotavením.<sup>86</sup>

Pro čtvrtou fázi-život překonávající nemoc je charakteristické upozadění nemoci, upevňování vztahů mezi uživatelem a jeho blízkými, naplňování svých přání, rozvíjení svých nadání, rozvíjení a naplňování životních možností a rolí. Peer konzultant se v této fázi snaží podporovat v prohloubení zotavení a v utváření nového života. Také uživatele podporuje v nalezení vhodného zaměstnání. Tím může být na přání uživatele také práce na pozici peer konzultanta.<sup>87</sup>

### 3.4.3 Vzdělávání peer konzultantů

Pro vykonávání práce peer konzultanta je nutná určitá míra vzdělání. Součástí vzdělání mohou být stáže v organizacích.<sup>88</sup> Příkladem může být již zmiňovaná stáž v Nizozemsku.

Po absolvování stáže by měl následovat vzdělávací kurz, ve kterém se účastníci zabývají zotavením, sdílením životních příběhů, nácvikem komunikace a prací v týmu. Tento vzdělávací kurz by měl být minimálně pětidenní. V České republice tyto vzdělávací kurzy nabízí Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.<sup>89</sup>

Další možností vzdělání je absolvování výcviku pro poskytování peer podpory, jehož absolvování některé organizace vyžadují jako podmínku přijetí. Tyto výcviky jsou zaměřeny na praktický zážitkový proces, který by měl podněcovat účastníky v učení podporovat zotavení. Výcvik by měl být postavený na principu zaměřování se na

---

<sup>85</sup> Srov. FOITOVÁ, Z., PINKASOVÁ, V., a kol., *Manuál Zapojení peer konzultantů do komunitní a lůžkové péče o duševní zdraví*, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví: Praha, 2016, 2. vydání, s. 9-10

<sup>86</sup> Srov. TAMTÉŽ, s. 10

<sup>87</sup> Srov. TAMTÉŽ, s. 10

<sup>88</sup> Srov. TAMTÉŽ, s. 30

<sup>89</sup> Srov. TAMTÉŽ, s. 30-31

přednosti účastníků. Také by měl oslavovat úspěchy, oceňovat rozdíly a nabízet zpětnou vazbu.<sup>90</sup>

Pro zvládání profesionální role peer konzultanta není dostačující pouze zkušenost s duševním onemocněním. Základními podmínkami jsou vlastní zkušenost s duševním onemocněním, zkušenost s léčbou duševního onemocnění a také zkušenost malých či větších úspěchů se zvládáním situací s nemocí spojených.<sup>91</sup>

Pro vykonávání práce peer konzultanta je také nutné disponovat určitými postoji, dovednostmi a znalostmi.<sup>92</sup>

Mezi potřebné postoje patří především aktivní přístup ke zvládání vlastní nemoci a léčby. S tím souvisí také přesvědčení o možnosti zotavení z duševního onemocnění a ochota a otevřenost v souvislosti se sdílením vlastního příběhu. Velmi důležité je také to, aby peer konzultant přistupoval k práci s určitým umírněným nadšením a bral ohled na své vlastní zotavení, na kterém je také důležité stále pracovat.<sup>93</sup>

Znalosti, kterými by měl peer konzultant disponovat se týkají především konceptu zotavení. Je nutné, aby znal aspekty a fáze zotavení. Znalost aspektů zotavení v různých rovinách a jeho fází je důležité při zvažování s jakými uživateli a jakým způsobem pracovat, případně jaké intervence využívat. Vzhledem k přítomnosti peer konzultantů v multidisciplinárních či jiných týmech, je dobré, pokud mají základní vědomosti o principech týmové práce.<sup>94</sup> Zmíněné znalosti lze získat při účasti na kurzech, výcvicích či stážích.

Pro vykonávání této pozice je naprosto zásadní, aby byl peer konzultant vybavený nezbytnými dovednostmi. Mezi ty patří především komunikace a schopnost udržet hranice své role. Schopnost komunikovat zahrnuje schopnosti vyprávět, ale i naslouchat, navázat kontakt a umět ho ukončit, budit důvěru a zároveň si udržet profesionální odstup. Pracovník by měl být autentický při dodávání naděje. Udržení hranic role peer konzultanta je velmi těžké, peer pracovník by neměl zastávat role

---

<sup>90</sup> Srov. REPPEROVÁ, J., *7. Pracovníci peer podpory: Praktická příručka k implementaci*, (přeloženo z angl. originálu *Peer Support Workers: a practical guide to implementation*), London: Centre for Mental Health, 2013

<sup>91</sup> Srov. FOITOVÁ, Z., PINKASOVÁ, V., a kol., *Manuál Zapojení peer konzultantů do komunitní a lůžkové péče o duševní zdraví*, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví: Praha, 2016, 2. vydání, s. 30

<sup>91</sup> Srov. TAMTÉŽ, s. 27

<sup>92</sup> Srov. TAMTÉŽ, s. 27

<sup>93</sup> Srov. TAMTÉŽ, s. 27

<sup>94</sup> Srov. FOITOVÁ, Z., PINKASOVÁ, V., a kol., *Manuál Zapojení peer konzultantů do péče o duševní zdraví*, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví: Praha, 2014, 1. vydání, s. 29-30

ostatních členů v týmu a neměl by se pro uživatele stát přítelem. Udržení hranic vyžaduje určitý trénink, napomoci může také práce s určitými nástroji, například knihou *Cesty k zotavení* či *Osobním plánem zotavení*.<sup>95</sup>

#### 3.4.4 Vliv peer konzultantů na zotavení

Od prvních projektů, které realizovali zapojování peer konzultantů do péče o duševní zdraví se, díky působení peer pracovníků, péče výrazně proměnila. Změna se uskutečnila především ve vnímání toho, jak by péče o duševně nemocné měla vypadat. V České republice v současné době působí více než 70 lidí na pozici peer pracovníka. V současnosti jsou peer konzultanti profesionálové v oblasti vlastního zotavení. Jsou to lidé, kteří navzdory psychiatrické diagnóze žijí plnohodnotné životy. Tito lidé dohromady tvoří hnutí, které svým působením vyvolává diskuzi k reformě psychiatrie a systému péče o duševní zdraví obecně.<sup>96</sup>

Peer podpora je založená na vzájemném porozumění, a to především v oblasti péče o duševní zdraví. Vztah mezi uživatelem služby a peer konzultantem by měl být založený na důvěře a měl by nabízet empatii, společnost a posílení v souvislosti s těžkostmi, které s sebou prožitky duševního onemocnění nesou. Podpora peer pracovníka má výrazně pozitivní vliv na kvalitu života i zdraví uživatele.<sup>97</sup> Pro uživatele je kontakt s peer konzultanty velmi silným prostředkem k utváření naděje. A to především díky viditelnému zotavení a odžitým zkušenostem. Na rozdíl od ostatních pracovníků je často vztah mezi uživatelem a peer konzultantem mnohem bližší, bez určitého společenského odstupu. Spolupráce s peer konzultantem pak může vést i k větší ochotě využívání služeb.<sup>98</sup>

Utváření vztahů obecně je jedním z mnoha faktorů, které významně působí na schopnost udržování se v určité duševní pohodě. Vztahy lze utvářet s pracovníky, s lidmi se stejnou nebo podobnou zkušeností a s ostatními lidmi. Smysluplné zapojení

---

<sup>95</sup> Srov. FOITOVÁ, Z., PINKASOVÁ, V., a kol., *Manuál Zapojení peer konzultantů do péče o duševní zdraví*, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví: Praha, 2014, 1. vydání, s. 27-28

<sup>96</sup> Srov. GABRIEL, J., KAŠPAR, M., VANĚK, T., *Kam jdou lidé s nemocnou duší*, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, z. s., Praha, 2019, ISBN 978-80-907318-3-7, s. 8

<sup>97</sup> Srov. TRACHTENBERGOVÁ, M., PARSONAGE, M. SHEPHERD, G., *Zpráva: Peer podpora v péči o duševní zdraví: vyplatí se?*, Centre for Mental Health, 2013

<sup>98</sup> Srov. SLADE, M., *100 způsobů, jak podporovat zotavení: Průvodce pro odborníky působící v oblasti podpory duševního zdraví*, 2. vydání, London, Rethink Mental Illness: 2013, s. 11

peer pracovníků je spojováno především se službami, které se zaměřují na zotavení uživatelů.<sup>99</sup>

Tématu efektivity peer podpory se věnovalo malé množství kvalitních výzkumů, ze kterých vyšlo několik recenzí, které zahrnuly různé studie. Vzhledem k nejednotné kvalitě dat a použití různých vzorových studií, došli recenzenti k nepatrně odlišným závěrům.<sup>100</sup>

Ze zmíněného množství studií vyšla tato obecně platná zjištění:

Žádná studie neukázala, že by zaměstnávání peer pracovníků vedlo k horším zdravotním výsledkům u příjemců jejich služeb.

Ve srovnání se službami bez peer pracovníků mají služby s peer pracovníkem stejné nebo lepší výsledky v množství výstupů.

Pacienti/uživatelé služeb nabývají pocitu posílení, především díky peer pracovníkům.

Některé studie ukazují souvislost mezi zlepšením subjektivního i lékařsky posuzovaného zdraví a fungování a působením peer pracovníka.

Po zapojení peer pracovníků se zvyšuje spokojenost se službami. Dále také spokojenost s kvalitou života, tato zjištění studií však nejsou jednoznačná.

Lidé využívající peer podporu vykazují zlepšení v začleňování do komunity a v sociální fungování.

U pacientů s problémy souvisejícími se zneužíváním návykových látek vedlo zapojení peer pracovníků ke sníženému užívání alkoholu a drog.

Častý kontakt s peer pracovníky zvyšoval stabilitu v zaměstnání, vzdělání a školení.<sup>101</sup>

Prokazatelně pozitivně působí peer podpora také na peer pracovníky. Ti se skrze svou práci ukotvují ve své cestě k zotavení, cítí se na této cestě posílení. Peer pracovníci

---

<sup>99</sup> Srov. SLADE, M., *100 způsobů, jak podporovat zotavení: Průvodce pro odborníky působící v oblasti podpory duševního zdraví*, 2. vydání, London, Rethink Mental Illness: 2013, s. 11-14

<sup>100</sup> Srov. TRACHTENBERGOVÁ, M., PARSONAGE, M. SHEPHERD, G., *Zpráva: Peer podpora v péči o duševní zdraví: vyplatí se?*, Centre for Mental Health, 2013

<sup>101</sup> Srov. TAMTÉŽ



získávají více sebedůvěry, cítí se být lépe hodnoceni a přijímáni ve společnosti, cítí se být méně stigmatizováni. Také se projevuje pozitivnější chápání a prožívání vlastní identity. Peer podpora významně působí na destigmatizaci duševní nemoci.<sup>102</sup>

Pro nastínění pohledu na vliv pracovníků peer podpory na zotavení následně nabídnu tři konkrétní příběhy a pohledy jednotlivých pracovníků organizace FOKUS Vysočina.

### **3.5 Příběhy peer konzultantů a jejich pohled na význam a přínos jejich práce**

Jednotlivý peer konzultanti FOKUSU Vysočina budou v této kapitole stručně představeni. U každého nastíním zkušenost s duševním onemocněním, cestou k zotavení a jeho současnou situací. Dále přiblížím způsob práce s uživateli služby a názor na důležitost či přínos jejich práce. Zmíním také pohled na zotavení obecně, konkrétně na to, co je podle jednotlivých peer konzultantů pro zotavení nejdůležitější.

#### **3.5.1 Metoda sběru dat**

Pro peer konzultanty, se kterými jsem byla v kontaktu, bylo součástí jejich zotavení určité utřídění a sepsání vlastního příběhu. Někteří z nich své příběhy také veřejně prezentovaly, například v časopisech či knihách.

Každý peer konzultant mi dal k dispozici jím sepsaný životní příběh související s jeho prožitky duševního onemocnění. Následující informace tedy vychází z těchto osobních či veřejně prezentovaných zповědí. Další informace týkající se jejich práce vychází z dlouhodobější komunikace a nestrukturovaného rozhovoru na toto téma. Během rozhovoru jsem se opírala předem připravené otázky viz. Příloha I.

Pro zachování anonymity jsou jména peer konzultantů pseudonymy.

#### **Martin**

Martin prošel těžkou několikaletou psychózou, přičemž vlastní diagnóza mu není známá. Byl hospitalizován v Psychiatrické nemocnici v Bohnicích a později docházel do Denního psychoterapeutického sanatoria v Ondřejově.

---

<sup>102</sup> Srov. TRACHTENBERGOVÁ, M., PARSONAGE, M. SHEPHERD, G., *Zpráva: Peer podpora v péči o duševní zdraví: vyplatí se?*, Centre for Mental Health, 2013

Z psychóz mu pomohla především rodina, přátelé, ale také jeho vlastní uvědomění si, že musí udělat něco pro to, aby se už za žádnou cenu nemusel vrátit do Bohnic. V Ondřejově pro něj bylo zásadní setkání s psychiatrem Martinem Jarolínkem, který mu svým lidským přístupem pomohl hledat cestu k zotavení.

Martin svůj příběh vyprávěl tolikrát, že nemá sebemenší problém o čemkoli ze svého života s duševní poruchou mluvit. Z projevů nemoci se u Martina spíše výjimečně vyskytuje slyšení hlasů. Hlasy, nejčastěji komentují situaci, ve které se právě nachází. Nic si z toho však nedělá a většinou se těmto projevům pouze zasměje. V případě, že je v této situaci přítomný ještě někdo další, například z rodiny, přátel nebo kolegů, snaží se své okolí obeznámit s tím, co se v něm právě odehrává.

V současnosti vnímá svou duševní nemoc pouze jakou součást své osobnosti, se kterou v minulosti pouze nedokázal správným způsobem pracovat. Pro Martina je velmi důležité uvědomovat si své vnitřní procesy a přemýšlet o nich. Velmi pečlivě se zabývá svými pocity, vztahy nebo chováním, hodnotí je a hledá jejich příčiny. To mu ke zvládnání nemoci velmi pomáhá. V minulosti mu ve zvládnání nemoci také pomáhalo výtvarně se vyjadřovat. V současnosti je schopný svou nemoc zvládat, aniž by užíval doporučenou medikaci.

Martin pracuje v pelhřimovském středisku FOKUSU Vysočina jako peer konzultant od roku 2017. Možnost pracovat jako peer konzultant mu navrhla jeho přítelkyně, která se doslechla, že bude v blízké době probíhat na tuto pozici výběrové řízení. Martin na výběrové řízení přišel a z množství kandidátů vybrala komise právě jeho, ještě ale několik týdnů trvalo, než nabídku přijal. V té době pro něj totiž bylo důležité, aby věci, které dělá opravdu dělat chtěl a nedělal je kvůli očekávání ostatních. Svůj příběh s duševním onemocněním sdílí na nejrůznějších besedách, přednáškách a v rozhovorech. Jeho výpověď o těžkých psychotických stavech, kterými si prošel je také součástí knihy *Kam jsou lidé s nemocnou duší*.

Při práci peer konzultanta se snaží s uživateli služby na základě jejich povahových vlastností a rysů, nikoli na základě jejich diagnózy. Diagnóza duševního onemocnění pro něj není podstatná. Z uživatelů služeb Fokusu Vysočina v Pelhřimově se setkal asi s polovinou z celkového počtu. Schůzky s uživateli jsou nejčastěji zprostředkovány klíčovým pracovníkem daného uživatele.

V práci s uživatelem postupuje tak, že se nejprve uživateli představí a vysvětlí, co je náplní jeho práce. Pokud má uživatel zájem sdílí s ním svou zkušenost s duševním

onemocněním a se svou cestou k zotavení. V posledních pár měsících se snaží dávat uživatelům prostor pro jakékoli téma. Schůzka se tedy nemusí vždy týkat jen sdílení zkušeností a témat spojených s duševním onemocněním. To, jakým způsobem přistupuje ke klientům se neustále vyvíjí. První rok v roli peer konzultanta měl tendenci předávat svou zkušenost s nemocí a se zotavením jako jedinou správnou možnost. S tím měla větší část uživatelů služby problém a tento přístup nepřijímali. Někteří uživatelé se s tímto přístupem k zotavení ztotožnili. Jednalo se o cestu zotavení s vysazením předepsané medikace. Avšak právě pro tyto uživatele bylo vysazení léků velmi nevhodné a vrátil vzniklou situaci, bylo velmi problematické. Tímto způsobem práce pokračoval ještě nějakou dobu. Kolegové ho však upozornili na to, že tento přístup není příliš vhodný a on svůj postoj k zotavení přehodnotil.

Podle Martina je pro osobní zotavení důležité nemoc si vůbec uvědomit a zjistit, co projevy způsobuje. Naučit se je přijímat a pracovat s nimi.

Pro uživatele je podle něj přínosné vědomí toho, že zotavení je možné a že cest k němu je nespočet. Peer konzultant je podle něj určitým nositelem naděje a porozumění. V komunitním týmu také zaujímá roli zprostředkovatele pohledu na věc očima uživatele. Pomáhá pracovníkům pochopit chování či některé situace v životech uživatelů. Na cestě zotavení je podle něj velmi zásadní přístup odborníků. Psychiatři často nepřístupují k pacientům s individuálním přístupem, ale spíše jako k diagnózám. Tedy lidský přístup a podpora je zásadní pro rozhodnutí se pro osobní zotavení.

## **Jan**

S duševním onemocněním se poprvé setkal nejspíš u svého kamaráda, který v legraci často mluvil o sebevraždě a byl psychicky nevyrovnaný. Tento Janův blízký přítel v roce 2006 zemřel, spáchal sebevraždu. A právě tuto událost vnímá Jan jako klíčovou pro propuknutí jeho duševního onemocnění. Na vzniku nemoci se podílely také další faktory, jako například nezpracovaný rozvod jeho rodičů, alkohol, a drogy.

Následně se začal cítit „divně“, cítil neustálý strach, marnost, nedokázal cítit emoce tak, jako ostatní. Postupně přestal vycházet z domu a návštěvu lékaře stále oddaloval. První návštěva u odborníka proběhla až, když byl Jan na pokraji svých sil. Léky, které mu doktor předepsal však užíval nepravidelně. Úzkosti se ještě více prohloubily.

Ve svém životě prošel ještě velkým množstvím těžkostí, ztrátou blízkého přítele, selháním ledvin, závislostí na lécích na spaní, vážnou autonehodou, která byla způsobená právě léky na spaní. Tyto události a uvědomení, že nemůže život žít způsobem, který ho dostává na určité „dno“ jeho existence, byly klíčovými prvky k jeho cestě zotavení. Zásadní pro něj byla také podpora jeho manželky, která při něm stála a podporovala ho. Jeho rodina ho i v současnosti ukotvuje v životě, a právě tento pocit ukotvení je pro něj v zotavení velmi důležitý.

Jan v současnosti užívá léky a projevy nemoci je schopen zvládat. Pociťuje však, že pokud se ocitne v určité duševní nepohodě okamžitě se to odráží na jeho fyzickém zdraví. Mimo jeho rodinný život a nynější psychickou kondici je právě práce na pozici peer konzultanta také významným prvkem na jeho cestě zotavení.

Svou zkušenost měl Jan potřebu sdílet a být skrze ni určitým způsobem prospěšný velmi dlouhou dobu. O peer podpoře nic nevěděl a k práci peer konzultanta se dostal náhodou prostřednictvím inzerátu na internetu. Ve FOKUSU Vysočina pracuje jako peer konzultant od roku 2018 ve středisku v Hlinsku.

Jako peer konzultant působí nejen v komunitním týmu, ale také na různých besedách, přednáškách či svépomocných skupinách. Práce peer konzultanta je pro něj zásadním zaměstnáním, poprvé prý dělá a je součástí něčeho co má podle něj veliký smysl a přesah. Práce na této pozici dává jeho existenci určitou důležitost a unikátnost.

V práci s uživateli služby se zaměřuje především na silné stránky uživatele, které mu v budoucnosti mohou pomoci. Přestože mají všichni uživatelé možnost se s Janem setkat, setkává se asi s jednou čtvrtinou uživatelů. O spolupráci diskutují všichni pracovníci týmu, ne každý uživatel však o spolupráci s peer konzultantem stojí. Nejčastěji se ve své práci setkává s ženami, se kterými se dá podle něj pracovat lépe než s muži. Jsou podle něj mnohem více otevřené a dokáží lépe popsat a formulovat, co od spolupráce očekávají. Konkrétní diagnóza uživatele pro něj není důležitá. Vždy se totiž najdou alespoň podobné symptomy, které má s uživatelem společné. Ve spolupráci se také může stát, že kontakt je dočasně přerušen, například vlivem zhoršení symptomů nemoci. Práce peer konzultanta je tedy velmi proměnná a spolupráce často nejistá.

Ke každému uživateli se snaží přistupovat individuálně. Než se s uživatelem osobně setká, snaží se příliš neinformovat o jeho současném stavu nebo jeho anamnéze. Chce tak předcházet určitým předčasným a subjektivním názorům na uživatele. V práci

využívá různé postupy a nástroje, které zná z různých kurzů a vzdělávání. Nejdůležitější je pro něj však určité souznění a porozumění mezi ním a uživatelem.

Přítomnost peer konzultanta v komunitním týmu je pro něj velmi důležitá. Uživatelé mu často „nastavují zrcadlo“, reflektují jeho práci i práci celého týmu, i jeho cestu zotavení.

Pojem zotavení znamená pro Jana především uvědomění si, kde se v životě právě nachází, jak mu je a co hodlá dělat dál pro to, aby mu nebylo hůře, nebo se jeho stav a život zlepšili. Zotavení vnímá jako určitou skutečnost, kterou je schopen určitým způsobem ovlivňovat. Nejdůležitější v procesu zotavení je podle něj chtít změnu a uvědomit si, že ten, kdo může věci změnit je pouze ten daný člověk a nikdo to není schopen udělat za něj. Dalším důležitým bodem je také naučit se pracovat se stavy, kdy se člověk necítí dobře, aby se necítil ještě hůř. Je možné osvojit si určité návyky, jejichž uskutečňování může pomáhat předcházet těmto stavům, a udělat si z nich například koníčky či životní styl.

Jan se domnívá, že svou přítomností v týmu může přispět k zotavení uživatelů. A to především díky svým zkušenostem, a tedy i určité naději, že i člověk, který si projde velkým množstvím velmi náročných životních situací může žít normální, a především šťastný život.

## **Jakub**

Do doby, než Jakub onemocněl, o duševních poruchách nic nevěděl, z duševně nemocných měl strach, také měl velmi zkreslené představy a předsudky. Věřil, že duševní onemocnění je nevléčitelné a lidé, kteří jím trpí jsou nezvladatelní a měli by být trvale hospitalizováni.

Později mu byla diagnostikována schizoafektivní psychóza. Byl dvakrát hospitalizován v psychiatrické nemocnici. Během první hospitalizace se Jakub velmi rychle zotavil, avšak nezískal náhled na nemoc. Do života po této hospitalizaci vstoupil s nadšením a nadějí, že je vše vyřešeno a může na sebe klást vysoké nároky, jak byl doposud zvyklý. Následovala další ataka, a tedy i další hospitalizace. Tentokrát se ale zotavoval velmi pozvolna, uvědomoval si nemoc a potýkal se také s depresiemi. Také se naučil rozlišovat mezi tím, co chce on sám a tím, co od něj očekávají druzí.

Na cestě k zotavení mu nejvíce pomohl jeho psychiatr. Na této cestě byl schopný nalézt životní partnerku, posledních deset let je zaměstnaný a vychovává děti.

V současnosti stále setkává s projevy nemoci, ty však zvládá s pomocí svého psychiatra a psychologa. Ve zvládnání projevů je pro něj zásadní také dodržování určitého pravidelného režimu.

K práci peer konzultanta se dostal skrze inzerát na internetu. Přičemž o pojmu zotavení se dozvěděl až na vzdělávacím kurzu pro peer konzultanty. Jako peer konzultant začal pracovat v červnu 2016, a to ve středisku v Havlíčkově Brodě. Práce na této pozici je pro něj důležitá především proto, že mu poskytuje určitý prostor pro seberealizaci. Zároveň mu kontakt s uživateli, ale i s kolegy pomáhá lépe se orientovat v jeho nemoci i osobním příběhu.

V práci s uživateli služby je pro něj zásadní osobní příběh uživatele a fáze jeho onemocnění. Setkává se pouze s uživateli, kteří mají o spolupráci zájem. Při práci využívá různé metody podporující zotavení, při první schůzce využívá metody asertivního kontaktování. S uživateli komunikuje formou rozhovoru, ve kterém se zaměřuje především na silné stránky uživatele a na jeho osobní životní příběh. Práce peer konzultanta je podle něj důležitá především pro jeho pohled na věc, pro jeho zkušenost. Skrze ten přináší do komunitního týmu nové pohledy na uživatele. Peer konzultant obecně pro něj představuje „nositele naděje“, tedy člověka, který je jakýmsi důkazem toho, že zotavení je možné a toho, který je schopen reflektovat a poskytovat zpětnou vazbu ostatním pracovníkům.

Zotavení pro něj představuje cestu, po které je možné směřovat k plnohodnotnému životu a překonání nemoci. Klíčovým prvkem pro Jakubovo zotavení bylo uvědomění si nemoci a přijmout určitá omezení, který z onemocnění vyplívají. Důležité je podle něj také přijetí duševního onemocnění, jako součást sebe sama. O tom, zda peer konzultant může přispět k zotavení uživatelů, je Jakub naprosto přesvědčený.

## Závěr

Zapojování pracovníků peer podpory do péče o duševně nemocné je v zahraničí osvědčené dlouholetou praxí. V České republice je peer konzultant poměrně novou pracovní pozicí. Je však zjevné, že zaměstnávání lidí se zkušeností s duševním onemocněním je institucemi a organizacemi čím dál tím více využíváno. Od projektu, který začal s tímto zaměstnáváním uběhlo osm let. Během těchto let se lidé se zkušeností stali profesionálními pracovníky peer podpory, a odborníky na vlastní zotavení. V současnosti pracuje na této pozici okolo sedmdesáti osob. Peer pracovníci se sdružují v různá hnutí a významně působí na destigmatizaci duševního onemocnění, na pohled společnosti na problematiku, ale také na proměnu péče o duševně nemocné. Jako příklad můžu uvést v současnosti aktivní STUDIO 27 „Zaostřeno na duši“, jde o skupinu lidí, kteří a prostřednictvím rozhovorů a reportáží se snaží informovat o problematice duševního zdraví. Bojují tak také proti stigmatizaci. Tato a další skupiny peer pracovníků nebo obecně lidí se zkušeností duševního onemocnění významně ovlivňují současné dění v problematice péče o duševní onemocnění. Důkazem toho může být také probíhající Reforma psychiatrické péče. O důležitosti peer konzultantů a jiných pracovníků peer podpory v péči o duševní zdraví tedy nelze pochybovat.

Cílem této práce bylo seznámení s pojmem peer konzultant v práci s lidmi s duševním onemocněním a přiblížení možného vlivu peer konzultanta na zotavení uživatele služeb komunitního týmu. A to především z hlediska vlivu na proces zotavení uživatelů, poskytování naděje pro lepší budoucnost či zaměřování se na silné stránky uživatelů.

Výsledky studií, které se působením peer pracovníka na uživatele, zabývaly byly obecně pozitivní. Ukázalo se, že peer podpora má vliv na zlepšování kvality života, na zlepšování zdravotního i psychického stavu, na zlepšení sociálního fungování uživatele. Také se ukázalo že peer podpora pozitivně působí na stabilitu v zaměstnání, ve vzdělávání, školení a také na začleňování do komunity. Studie také ukázaly, že přínos peer podpory není směřován pouze na uživatele služeb či pacienty psychiatrických nemocnic, ale také na pracovníky samotné. Práce na pozici pomáhá peer konzultantovi ukotvovat se ve svém vlastním zotavení a ve svém životě. Pokud to shrnu výsledky jsou takové, že spolupráce s peer pracovníkem je velmi prospěšná a obohacující pro obě strany a obecně se vyplatí.

Zpovědi peer konzultantů FOKUSU Vysočina, které jsem nabídla ve třetí kapitole, naznačují, že i tito konkrétní lidé jsou přesvědčení o přínosu jejich práce. A bez tohoto přesvědčení by práci nejspíš nemohli kvalitně vykonávat.

V kontextu zotavení je podle peer pracovníků FOKUSU Vysočina zásadní lidský přístup odborníků, náhled na nemoc, přijetí nemoci a následné učení se s projevy nemoci pracovat. Všichni pracovníci se shodují v názoru, že samotné vědomí toho, že zotavení je možné je zásadním činitelem v tom, zda se uživatel pro zotavení vůbec rozhodne. Tedy inspirace jejich vlastním zotavením může být pro uživatelem služby velkou motivací ke změně. Ze zpovědí vyplývá, že pro pracovníky není důležité znát diagnózu uživatele. Přístupují ke každému bez předsudku a předčasných soudů, individuálně a podle potřeb a stavu uživatele. To značí, že pro ně samotné je lidský přístup opravdu zásadní prioritou v komunikaci s uživatelem a pro směřování k zotavení.

Výsledky studií dokazují určitý přínos a efektivitu peer pracovníka v práci s duševně nemocnými. Mnou nabídnuté zpovědi a pohledy na toto téma ukazují, že i samotní peer pracovníci hodnotí svou práci, jako prospěšnou a připouští, že jejich působení může mít vliv na cestu k zotavení uživatele služby.

Rozhovory s peer konzultanty FOKUSU Vysočina také ukázaly komplikovanost práce. Ve smyslu oproštění se od vlastní cesty zotavení. V rozhovoru s peer konzultantem Martinem vyšlo najevo, že zpočátku prosazoval svůj způsob zotavení za jediný správný a možný. Jednalo se o cestu zotavení s vysazením medikace. Někteří uživatelé se v tomto přístupu zhlédli, avšak tato cesta pro ně v jejich fázi nemoci nebyla vhodná a vyskytli se u nich další ataky nemoci.

Na tomto příkladu můžeme sledovat, že špatné načasování a přílišné prosazování vlastního směru zotavení může ve spolupráci působit také velmi negativně. Sdílení vlastních zkušeností je hlavní náplní práce peer pracovníka, avšak je nutné v tomto směru pracovat uváženě a s dobrým načasováním. V tomto ohledu by také měl peer konzultantovi dát zpětnou vazbu jiný pracovník multidisciplinárního komunitního týmu.



## Seznam použitých zdrojů

FOITOVÁ, Z., PINKASOVÁ, V., a kol., *Manuál Zapojení peer konzultantů do komunitní a lůžkové péče o duševní zdraví*, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví: Praha, 2016, 2. vydání

FOITOVÁ, Z., PINKASOVÁ, V., a kol., *Manuál Zapojení peer konzultantů do péče o duševní zdraví*, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví: Praha, 2014, 1. vydání

FOKUS VYSOČINA, *FOKUS Vysočina z. ú.* © 2020, dostupné na: <http://www.fokusvysocina.cz/>

FOKUS VYSOČINA, *Operační manuál komunitního týmu 2020*, vydal: A. Šimonová, 2020

GABRIEL, J., KAŠPAR, M., VANĚK, T., *Kam jdou lidé s nemocnou duší*, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, z. s., Praha, 2019, ISBN 978-80-907318-3-7

HOLLANDER, WILKEN, *Podpora zotavení a začlenění, Úvod do metodiky CARE*, Psychiatrická nemocnice Bohnice, Praha, 2016, ISBN 978-80-260-9945-1

HÖSCHL, C., a kol., *Psychiatrie: Učebnice pro Vyšší zdravotnické školy*, Praha: SCIENTIA MEDICA, 1997, ISBN 80-85526-64-6

JAROLÍMEK, M., *Já blázním s vámi*, Praha: Galén, 2017, ISBN 978-80-7492-313-5

LÁTALOVÁ, K., PRAŠKO, J., *Nemoc zvaná schizofrenie: Příručka pro pacienty a jejich blízké*, Mladá fronta: Praha, 2012, ISBN 978-80-204-2666-6

MATOUŠEK, O., *Slovník sociální práce*, 2. přepracované vydání, Praha: Portál, 2008, ISBN 978-80-7367-368-0

MATOUŠEK, O., a kol. *Základy sociální práce*, Praha: Portál, 2001, ISBN 80-7178-473-7

MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P., *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*, 1. vydání, Praha: Portál, 2005, ISBN 80-7367-002-X

MARKOVÁ, E., PETR, T. a kol., *Ošetřovatelství v psychiatrii*, Praha: Grada Publishing, 2014, ISBN 978-80-247-4236-6

MEZINÁRODNÍ STATISTICKÁ KLASIFIKACE NEMOCÍ A PŘIDRUŽENÝCH ZDRAVOTNÍCH PROBLÉMŮ, V. kapitola, *Poruchy duševní a poruchy chování (F00-F99)*, dostupné na: <https://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

OBČANSKÉ SDRUŽENÍ PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ-kolektiv autorů, *Na cestě ke komunitní psychiatrii: sborník k 15 letům občanského sdružení Péče o duševní zdraví*, Theo, 2010, ISBN 978-80-904009-6-2

PROBSTOVÁ, Václava, PĚČ, Ondřej, *Psychiatrie pro sociální pracovníky, vybrané kapitoly*, 1. vydání, Praha: Portál, 2014, ISBN 978-80-262-0731-3

SLADE, M., *100 způsobů, jak podporovat zotavení: Průvodce pro odborníky působící v oblasti podpory duševního zdraví*, 2. vydání, London, Rethink Mental Illness: 2013

TRACHTENBERGOVÁ, M., PARSONAGE, M. SHEPHERD, G., *Zpráva: Peer podpora v péči o duševní zdraví: vyplatí se?*, Centre for Mental Health, 2013

REPPEROVÁ, J., *7. Pracovníci peer podpory: Praktická příručka k implementaci*, (přeloženo z angl. originálu *Peer Support Workers: a practical guide to implementation*), London: Centre for Mental Health, 2013

## **Přílohy**

### *Příloha I. Otázky pro nestrukturovaný rozhovor s peer konzultanty*

Jak dlouho v organizaci pracujete?

Jak jste se k této práci dostal?

Co pro vás tato práce znamená? Je pro vás důležitá?

Byla Vám stanovena diagnóza duševního onemocnění? A je pro vás důležité znát diagnózu uživatele?

Setkáváte se i nyní s projevy onemocnění či jinými projevy, které nejsou obvyklé? Pokud ano, jak se vám daří tyto projevy zvládat, popřípadě jak s nimi pracujete?

S jakými uživateli se nejčastěji setkáváte?

Potkáte se s každým uživatelem služby?

Za jakých okolností se setkáváte s uživateli služby?

Jsou uživatelé, kteří s vámi nechtějí spolupracovat?

Jakým způsobem s uživatelem pracujete? Využíváte nějaké konkrétní metody nebo osvědčené postupy (např. při první schůzce)?

Vnímáte svou přítomnost v komunitním týmu, jako důležitou? V čem a proč?

Jak podle vás vnímají vaši kolegové roli peer konzultanta v týmu?

Co pro vás znamená pojem „zotavení“ a kdy jste se s ním poprvé setkal, nebo o něm začal přemýšlet?

Co pro vás bylo klíčovým prvkem k vašemu zotavení?

Myslíte, že vaše podpora a přítomnost ve komunitním týmu může mít vliv na zotavení uživatelů? Jak podle vás můžete k zotavení přispět?

Co je podle vás v procesu zotavení to nejdůležitější?

## Abstrakt

KUČEROVÁ, B., *Peer konzultanti jako součást komunitních týmů v organizaci FOKUS Vysočina*. Bakalářská práce, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Teologická fakulta, katedra Sociální a charitativní práce, České Budějovice: 2020, vedoucí práce: J. Šrajer

**Klíčová slova:** duševní onemocnění, peer konzultant, peer podpora, sociální práce, sociální práce v komunitě, komunitní tým, zotavení, FOKUS Vysočina

Práce se zabývá přítomností peer konzultanta v komunitním týmu. Konkrétně v komunitních týmech organizace FOKUS Vysočina. Práce je rozdělena do tří kapitol. V první kapitole jsou objasněny pojmy jako: duševní zdraví či sociální práce. Dále se kapitola zabývá specifiky sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Druhá kapitola je seznámením s organizací FOKUS Vysočina, především však s prací komunitních týmů. S cílovou skupinou, pracovním zastoupením, náplní či metodami práce. Třetí kapitola se zaměřuje na objasnění pojmu peer podpora a podrobně se zabývá peer konzultanty v organizaci FOKUS Vysočina. V závěru této kapitoly jsou konkrétní příběhy jednotlivých peer konzultantů FOKUSU Vysočina. Součástí příběhů je také osobní pohled na téma peer konzultanta a jeho možný vliv na zotavení uživatele.

Z práce vychází, že přínos peer konzultanta v komunitním týmu je zjevný a velmi významný. Zpovědi jednotlivých peer konzultantů nejsou v rozporu s výsledky studií a s poznatky odborné literatury. Lze tedy říci, že peer konzultanti v organizaci FOKUS Vysočina mohou výrazně pozitivně působit na zotavení uživatelů služeb.

## **Abstract**

### **Peer consultants as part of the community teams in the organization FOKUS Vysočina**

**Key words:** mental illness, peer consultants, peer support, social work, social work in community, community team, recovery, FOKUS Vysočina

The thesis deals with the representation of peer consultants in the community team, specifically in community teams of the organization FOKUS Vysočina. The thesis is divided into three chapters. The first chapter explains terms like: mental health or social work. The chapter also deals with the specifics of social work with people with mental illnesses. The second chapter is an introduction to the organization FOKUS Vysočina and specifically the work of the community teams. The chapter introduces the target group, working representation, job description and methods of work in this organization. The third chapter explains the concept of peer support. It also focuses on the work of peer consultants in FOKUS Vysočina. The end of this chapter is partially composed of individual stories of peer consultants who work in FOKUS Vysočina. The stories include a personal view of the peer consultant's topic and its potential influence on the recovery of clients.

The thesis shows that the peer consultant is necessary and very significant for community teams. The statements of the peer consultants do not contradict the results of the studies and the knowledge from literature. It is evident that peer consultants in FOKUS Vysočina can have a very positive effect on the recovery of clients.